

1120
3500

DIV
TOLE.1

Instituto Superior de Psicologia Aplicada


Mestrado em Psicologia Educacional

Representações dos Estudantes Finalistas sobre as Práticas Profissionais de Enfermagem

Contributos para a Educação e o Aprender em Enfermagem

Glória Maria Marques Afonso Esteves Toletti

Lisboa, Novembro de 2004

	ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação	C.
Registo:	15753
Data:	19/04/05
Tel: 21 801 17 50 • bibliopa@ispa.pt	

“Pertence-nos testemunhar que qualquer sociedade que desconsidera, despreza, relega os cuidados é uma sociedade ameaçada pela violência, pela tortura, pelas agressões graves à vida, que podem acontecer mesmo no seio das instituições”

Marie-Françoise Collière

A todos os utilizadores dos cuidados que partilharam comigo momentos particulares da sua vida, ajudando-me a descobrir o sentido profundo que estes encerram, na origem da minha motivação actual para persistir no desafio de ser professora....

A todos os estudantes que aceitaram generosamente partilhar comigo as suas experiências e vivências e a todos os outros que me têm acompanhado neste percurso iniciático,

À Professora Doutora Glória Ramalho, pela orientação, apoio e suporte,

Aos amigos, sempre presentes mesmo na minha ausência,

A muitos colegas, pelo incentivo, pela força (e pelo trabalho que às vezes tiveram a mais),

À minha família, que foi um suporte essencial, encorajando-me continuamente, sobretudo naqueles momentos cinzentos em que tudo me parecia inatingível,

À Carolina, pelas horas que nem sempre lhe dediquei, pelos momentos de menos paciência, pelos seus mimos e em especial pelo seu ânimo,

Ao Marcello, sem mais palavras,

...Obrigada!

RESUMO

Na educação em enfermagem, enquanto disciplina aplicada, a prática desempenha um papel de enorme relevância, na medida em que constitui por excelência o lugar para onde convergem todas as aprendizagens. A preocupação central deste estudo foi “situarmo-nos” melhor face à situação educativa. Duas questões conduziram esta investigação:

- O que sabem os estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem?
- Como foram (re)construindo esses saberes, através das práticas pedagógicas socialmente organizadas pela educação em enfermagem?

Pela sua natureza enquanto modalidade de conhecimento prático que une sujeito-objecto, a teoria das representações sociais constituiu-se como um mediador para aproximarmos a realidade dos participantes do nosso estudo apelando directamente às suas vivências e experiência, tentando compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação.

Por outro lado, a ambiguidade da noção de “prática” implicou uma profunda pesquisa documental, no sentido da sua desconstrução, propondo-se uma definição sustentada do campo da prática profissional de enfermagem.

Estudar problemas educativos sem delimitar os complexos contextos em que ocorre a acção educativa, corre o risco de se tornar infrutífero, dada a frequente impossibilidade de generalização dos resultados. O presente estudo foi delimitado a uma única Escola Superior de Enfermagem e os participantes constituídos pelos estudantes finalistas que voluntariamente se disponibilizaram para nele participar, constituindo por dezanove elementos.

Trata-se de um estudo exploratório que associou vários métodos e instrumentos, visando proporcionar um olhar alargado da realidade empírica e nesse sentido deve ser entendido apenas como ponto de partida para estudos futuros que visem aprofundar aquilo que parecem constituir algumas tendências que se poderão constituir futuramente como pistas de análise e investigação em psicologia educacional.

A representação social dos estudantes sobre as práticas profissionais de enfermagem, foi estudada a partir de dois critérios de prática: a prática “como modos

de fazer” e a “prática como cálculo”, suportando-nos exclusivamente em medidas de “saliência” que permitem enunciar algumas propostas quanto aos elementos susceptíveis de integrar o núcleo da representação social neste grupo de estudantes.

Os resultados obtidos parecem apontar para uma organização dos elementos da representação em torno de uma concepção de “cuidar” enquanto meta-organizadora e condutora da prática, constituindo a intenção global que a prática de cuidados materializa. Neste sentido, a estrutura da representação social, sugere a centralidade das “práticas profissionais” por oposição às “práticas tradicionais”, revelando que é a função específica do enfermeiro no campo da saúde das populações, que sustenta a prática, enquanto acção humana finalizada e intencional.

Como foram (re)construindo esses saberes, através das práticas pedagógicas socialmente organizadas pela educação em enfermagem, começamos por verificar que em função da preferência vocacional, que conduziu os participantes a optar pelo curso/profissão de enfermagem – primeira opção, opção possível -, o campo representacional que possuíam da profissão antes de ingressarem no curso, aproximado por narrativas escritas, revelou diferenças significativas. A ideia de uma profissão de ajuda e do humano ocupava a quase totalidade do campo representacional daqueles para quem esta constituiu a sua primeira opção. Nesta linha também se verificaram algumas diferenças face ao auto-conceito de competência. Na dimensão social de competência não havia diferenças entre os grupos, mas nas dimensões cognitiva e de criatividade os estudantes para quem enfermagem constituiu a opção possível apresentavam valores tendencialmente mais elevados. Interrogamo-nos se estas tendências não tecem relações com o imaginário simbólico da profissão, frequentemente identificado com a mulher veiculando uma imagem do “eterno feminino”.

Os ensinamentos clínicos –experienciais – parecem ocupar um lugar de centralidade na reconstrução e reinterpretção destes saberes sobre as práticas, confirmando o resultado de estudos anteriores. Mas os estudantes referem claramente as práticas pedagógicas que favorecem este processo de apropriação – estimular a reflectir, questionar, investigar, dar autonomia e responsabilidade – sustentadas porém, por um conjunto de práticas relacionais e de suporte, que lhes permitam lançar-se em novas experiências. Também são valorizadas todo um conjunto de “atitudes éticas e existenciais”, um existir na sua individualidade, que nos faz pensar numa aproximação a uma imagem de uma “enfermeira real”, com vida própria e participando activamente, tanto no mundo profissional como civil.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Práticas e Saberes na História de Enfermagem	16
<i>Etapa Pré-Profissional</i>	<i>17</i>
<i>Etapa Profissional</i>	<i>21</i>
História Portuguesa da Educação em Enfermagem	39
Noção de Prática	53
<i>A Prática na Relação entre Saberes Teóricos e Práticos</i>	<i>53</i>
<i>A Prática como Modo de Habitar o Mundo.</i>	<i>59</i>
<i>Para Uma Educação Ao Serviço De Práticas Profissionais</i>	<i>66</i>
Campo da Prática profissional de Enfermagem	69
Teoria das Representações Sociais	74
<i>Proposições Básicas da Teoria das Representações Sociais</i>	<i>75</i>
<i>Desenvolvimentos Teóricos da Teoria das Representações Sociais</i>	<i>78</i>
Definições de representação social	78
Sujeito, objecto e relação sujeito-objecto da representação social	79
Funções das representações sociais	82
<i>Estrutura das Representações Sociais: Teoria do Núcleo Central</i>	<i>84</i>
Núcleo central da representação social	85
Elementos periféricos da representação social	87
<i>Campos de Estudo e Níveis de Análise em Representações Sociais</i>	<i>91</i>
As Práticas como Objecto de Estudo das Representações Sociais	95
<i>Relação entre Práticas e Representações Sociais</i>	<i>95</i>
<i>Transformação das Práticas/ Representações Sociais</i>	<i>99</i>
<i>Mudança das Práticas/ Representações Sociais</i>	<i>103</i>
<i>Métodos de Recolha e Análise das Representações Sociais</i>	<i>107</i>
MÉTODO	113
<i>Delimitação da População</i>	<i>113</i>
<i>Delineamento do Estudo</i>	<i>115</i>
<i>Procedimentos e Instrumentos</i>	<i>121</i>
Questionário de caracterização dos participantes	122
Questionário do Auto-conceito de Competência	123
Questionário de Opinião do acesso às Práticas profissionais de Enfermagem	126
Questionário de Hierarquização de itens da Representação das Práticas de Enfermagem	127
Carta Associativa de Palavras a partir do item indutor “competências para fazer enfermagem” ...	128
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	131
<i>Caracterização dos Participantes</i>	<i>131</i>

Preferência Vocacional	132
Auto-Conceito de Competência	138
<i>Acesso às Práticas Profissionais de Enfermagem: A Percepção dos Estudantes</i>	151
<i>Representação do Desempenho Profissional Competente</i>	157
<i>Representações Sociais das Práticas Profissionais enquanto “Modos de Fazer”</i>	163
<i>Representações Sociais das Práticas Profissionais enquanto “Cálculo”</i>	171
CONCLUSÃO	180
REFERÊNCIAS	186

ANEXOS

Anexo A – Questionário de Caracterização dos Participantes

Anexo B – Questionário do Auto-conceito de Competência de Råti & Snellman (1992) para a população portuguesa

Anexo C – Questionário de Opinião de Acesso às Práticas Profissionais de Enfermagem

Anexo D – Questionário de Hierarquização de itens da Representação das Práticas de Enfermagem

Anexo E – Questionário Carta Associativa de Palavras

Anexo F – Mapa das Narrativas face à Preferência Vocacional

Anexo G – Mapa das Narrativas face aos Desempenhos Competentes

Anexo H – Carta Associativa de Palavras/Expressões

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – A alquimia da prática; adaptado de Malglaive (1995)	57
Figura 2 – Elementos que afectam a prática profissional de enfermagem; inspirado da OMS (1996).....	70
Figura 3 – Campo da prática profissional de enfermagem; traduzido e adaptado OMS (1996).....	72
Figura 4 – Modelo para uma prática profissional de enfermagem; adaptado de Martin (2000).....	74
Figura 5 – O campo de estudos da representação social; adaptado de Spink (2000, pp. 118).....	92
Figura 6 – Os contextos temporais na construção das representações sociais; adaptado de Spink, 2000) .	93
Figura 7 – Exemplo de carta associativa do nosso estudo; Toletti, 2004	112
Figura 8 – Mapa da representação social de enfermagem dos estudantes para quem o curso constituiu a sua preferência	136
Figura 9 – Mapa da representação social de enfermagem dos estudantes para quem o curso constituiu uma negociação da sua preferência vocacional	137
Figura 10 – Representações dos estudantes relativamente às Atitudes existenciais e éticas	159
Figura 11 – Representações dos estudantes relativamente às Atitudes relacionais e de comunicação na equipa.....	160
Figura 12 – Representações dos estudantes relativamente aos comportamentos profissionais relativamente ao estudante	161

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Funcionamento do núcleo central versus característica da situação	87
Quadro 2 – Características e funções diferenciais dos sistemas central e periférico	89
Quadro 3 – Leituras da prática: do gesto à intenção; do hábito à novidade	104
Quadro 4 – Leituras da acção: dos procedimentos ao cálculo	105
Quadro 5 – Representações dos estudantes relativamente aos comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores	162
Quadro 6 – Estrutura Interna da Representação Social dos estudantes dos sobre as Práticas Profissionais de Enfermagem 1. ^a Cadeia Associativa	174
Quadro 7 Estrutura Interna da Representação Social dos estudantes dos sobre as Práticas Profissionais de Enfermagem 1. ^a -2. ^a Cadeia Associativa.....	176
Quadro 8- Análise do Campo Semântico Competências para fazer enfermagem: As práticas como cálculo	177

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Teste à fiabilidade dos blocos de análise	130
Tabela 2 – Distribuição das respostas dos estudantes face às auto-competências percebidas	141
Tabela 3 – Posicionamento dos estudantes relativamente a cada uma das subescalas	144
Tabela 4 – Percepção dos estudantes sobre a frequência de acesso a práticas profissionais de enfermagem	153
Tabela 5- Frequência e Índice de ordem média de aparição evocações 1.º par associativo	173

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo.....	131
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes por idades.....	132
Gráfico 3 – Distribuição dos participantes quanto à sua preferência vocacional	133
Gráfico 4 – Posicionamento médio dos estudantes face às características de competência	139
Gráfico 5 – Distribuição do índice de competências percebidas	142
Gráfico 6 – Número médio de itens assinalados com “moderadamente”, “muito” e “mesmo muito”	143
Gráfico 7 – Posicionamento médio dos estudantes relativamente às subescalas.....	145
Gráfico 8 – Posicionamento médio face às dimensões Cognitiva, Social e Criativa.....	146
Gráfico 9 – Valorização das dimensões Cognitiva, Social e Criativa, consoante a opção do curso.....	147
Gráfico 10 – Características da dimensão cognitiva percepcionadas como mais ou menos vincadas.....	149
Gráfico 11 – Características da dimensão social percepcionadas como mais ou menos vincadas	150
Gráfico 12 – Posicionamento médio relativamente ao acesso às práticas profissionais de enfermagem .	152
Gráfico 13 – Índice global de percepção do acesso às práticas profissionais.....	156
Gráfico 14 – Grau médio de valorização do conjunto de itens associados às práticas	168
Gráfico 15 – Valorização média das práticas profissionais de enfermagem	169
Gráfico 16 – Valorização média das práticas tradicionais de enfermagem	169

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, têm sido levadas a cabo várias investigações de enfermagem, através da abordagem das representações sociais, procurando nestas material analítico para uma nova ordem de aproximação às questões específicas da sua área, tanto ao nível dos contextos sociais de trabalho, como educativos (Basto, 1998b; Bento, 1997; Coelho, 1996; Gouveia, 1995; Mendes, 2001; Rebelo, 1996).

Em nossa opinião a abordagem teórico-metodológica das representações sociais permite ultrapassar os contrastes simplificadores, que muitas vezes têm sido colocadas, entre investigação qualitativa e investigação quantitativa. Na realidade o estudo das representações sociais integra uma grande diversidade de abordagens metodológicas, de certo modo subjacente à sua posição face às teorias dos conhecimentos:

Não há “métodos” para um campo de conhecimento que tenha um verdadeiro conteúdo intelectual. O objectivo é encontrar a verdade. (...) Espera-se de um cientista que ele descubra novos princípios, novas teorias, novos métodos de verificação... Isso não se aprende como um método. (Chomsky, s.d. cit in Moscovici, 2000, pp.15)

O conceito de representação social foi introduzido por Serge Moscovici em 1961, enquanto modalidades de conhecimento prático e sistemas de interpretação que têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos no contexto da sua vida quotidiana; designando igualmente o tipo de fenómeno ao qual a sua interpretação teórica se aplicava, assim como “*uma explicação própria para o processo de construção ou génese das representações*” (Sá, 1998, pp.62).

Esta “grande teoria” cuja conceitualização formal e sintética de *representação social* é extremamente difícil, fruto da posição que ocupa, no cruzamento entre conceitos psicológicos e sociológicos, conduziu a uma diversidade de definições do conceito de *representação social*, frequentemente traduzindo diferentes olhares e abordagens face ao vasto campo dos fenómenos de representação social a que se refere.

Daqui se inferindo que o universo do estudo das representações sociais é um universo vasto, que abrange uma multiplicidade de fenómenos, de abordagens e de métodos de análise, que constituem em si a sua riqueza (Moscovici, 2000), mas também a sua dificuldade, sobretudo quando se trata de “jovens” investigadores como nós.

Esta dificuldade teve de ser desconstruída progressivamente. Começámos então por nos situar face ao campo do nosso estudo – campo da psicologia da educação – que de acordo com Mialeret (2000) é constituído pela análise psicológica de todas as facetas da situação educativa – actores que nela participam, instituição educativa, conteúdos e programas, métodos e técnicas, a acção de um grupo de indivíduos sobre outro, resultados e efeitos da acção educativa, etc. –, os métodos mesmos das ciências humanas em geral e em particular da psicologia.

Passámos então à motivação que presidiu à concepção do nosso estudo e que não foi “*saber mais*”, no sentido de comprovar uma teoria, na ocorrência a teoria das representações sociais, mas sim “*situarmo-nos melhor*”¹ face à situação educativa, através do estudo da representação social dos estudantes finalistas de enfermagem acerca das práticas profissionais e por essa via alimentar reflexões sobre a educação em enfermagem.

A representação social enquanto forma de saber prático que liga um sujeito a um objecto, desdobra-se principalmente em três campos de estudo, é o campo que estuda *os estados e processos da representação*, que responde às questões “*o que e como se sabe?*” (Jodelet, 1989), que aplicado ao objecto da representação em estudo – *as práticas profissionais de enfermagem* – nos permite formular as questões da nossa investigação:

- *O que sabem os estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem?*
- *Como foram (re)construindo esses saberes através das práticas pedagógicas (parte delas) socialmente organizadas pela educação em enfermagem?*

Como veremos estas questões, dada a sua amplitude e complexidade na intersecção com os constrangimentos de tempo e situacionais que regulam esta nossa empreitada, apenas poderão ser respondidas parcialmente.

¹ Esta diferenciação face à motivação subjacente ao processo de construção de um projecto de pesquisa é definida por Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998, pp. 154), traduzindo-se naturalmente nos conteúdos da investigação e no modo como são explicitados.

Em Portugal, a legislação das duas últimas décadas deu início a um novo tempo na história da educação em enfermagem, marcado por uma aproximação às directivas e recomendações internacionais – Comissão Europeia, Organização Mundial de Saúde e Conselho Internacional de Enfermeiras – através da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, em 1988, ao nível do ensino superior politécnico – Escolas Superiores de Enfermagem – e de modo mais amplo, com a introdução do grau de licenciatura na formação inicial em 1999 – Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Estas reformas educativas reforçam expectativas de reconhecimento do serviço público que os enfermeiros têm prestado à população portuguesa, mas também de uma (re)definição do papel a desempenhar por estes profissionais no desenvolvimento de um sistema de saúde adaptado às necessidades de uma sociedade cada vez mais exigente e complexa. Expectativas que se viram reforçadas com a criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998, enquanto associação pública representativa de todos os diplomados em enfermagem que exerçam a profissão em Portugal.

É na senda destas expectativas nacionais, que hoje se situa o aparelho de educação em enfermagem, de quem se espera – enquanto responsável legal pela formação de enfermeiros –, a capacidade de assegurar junto dos seus estudantes – formação inicial e pós-graduada – o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais necessárias ao desenvolvimento de respostas adaptadas face aos desafios políticos que hoje atravessam a saúde dos portugueses em geral e a profissão de enfermagem em particular.

A escolha do objecto da representação – *práticas profissionais de enfermagem* – situa-se em particular neste momento histórico que a profissão atravessa, mas também de um ponto de vista mais abrangente, nos movimentos políticos e sociais alimentados pelas novas correntes da teoria do conhecimento e teorias sociológicas, que ao questionarem o estatuto das práticas enquanto meros saber-fazer põem em causa toda uma organização do trabalho e de atribuição de poderes suportada por uma lógica dos que pensam e dos que fazem.

Do ponto de vista das representações sociais, as práticas de cuidados, tão antigas quanto a humanidade, *fazem parte do vasto campo dos objectos culturais com uma longa história estabelecida*. São estas representações que fazem o mundo inteligível para os membros de grupos sociais e culturais, permitindo uma interacção social integrada que para além de recriar os objectos, também define os actores como

parte complementar dos mesmos, conferindo-lhes o sentimento de pertencerem a comunidades e culturas específicas. (Wagner, 1998)

As práticas de cuidados de enfermagem, cuja história foi durante séculos ignorada, funda-se precisamente nas práticas de cuidados prestadas e transmitidos pelas mulheres – *práticas ao corpo e práticas alimentares* –, fruto da antiga divisão sexual do trabalho e por essa via, fazem parte dos conteúdos culturais cumulativos da nossa sociedade, ligando-se e confundindo-se com o imaginário social e cultural da mulher.

Estas *práticas das mulheres de virtudes*, constituindo todo um conjunto de cuidados de manutenção e suporte da vida mediados pelo gesto e pela palavra, que se desenvolviam em torno de saberes comunitários, vividos e transmitidos pelo corpo, símbolo da expressão do espírito e do universo, vão determinar visceralmente a identidade social da profissão de enfermagem. Mas sofrerão igualmente profundas alterações ao longo da história, tecidas na intersecção entre os imaginários simbólicos sobre o corpo e a saúde e a teia de significações determinadas pelos contextos – estruturas sociais e relações sociais – onde se desenvolvem.

Todavia quando se profissionalizam – práticas de cuidados de enfermagem – passam a constituir *o objecto de representação social de um grupo social específico* – as enfermeiras – que as reconstróem num movimento circular onde identidade social, associação em grupos e acções colectivas se interpenetram num processo de diferenciação social indispensável à perenidade do grupo. (Wagner, 1998)

Contrariamente a um grande número de países europeus e americanos, a educação em enfermagem portuguesa, manteve-se durante décadas numa situação de submissão e marginalização face a outras formações e outras profissões, traduzida pela atribuição tardia às enfermeiras da responsabilidade da formação dos seus pares e pela igualmente tardia integração no sistema educativo nacional.

A escola reconhece à enfermagem um estatuto de saber e cria a *disciplina de enfermagem*. Sempre em relação com a prática, que constitui simultaneamente a sua origem e finalidade, prática e teoria mantêm desde o início uma relação entre si no processo de formação das enfermeiras, mas a natureza dessa relação, a forma como vai ser interpretada, traduzida nas práticas socialmente construídas e organizadas pelo ensino, vão-se alterando ao longo da história à medida que evoluem, as situações de trabalho e a teoria do conhecimento.

Este acesso das enfermeiras à educação vai (re)construindo, pela sua mão, o campo de competências da prática de enfermagem, na procura de uma identidade profissional que integre simultaneamente o sentido original dessa prática e as transformações que a história e os contextos sócio-económicos e culturais lhe foram emprestando. É assim que a enfermagem se desmarcará progressivamente (pelo menos do ponto de vista teórico) de uma prática subsidiária da prática médica, para uma prática organizada em torno do serviço específico prestado pelas enfermeiras à sociedade. (Adam, 1994; Collière, 1989; 2003; Petitat, 1989 in Soares, 1997; Wenner, 1988 in Bento, 1997).

Mas na realidade o que se vai verificar, é que esta reconstrução, operada essencialmente ao nível da educação pelas teóricas de enfermagem, vai encontrar profundos obstáculos à sua difusão ao nível dos contextos de trabalho, onde tende a prevalecer – ainda hoje – uma organização dos cuidados em torno de um modelo biomédico, que opõe doença a saúde e tratamentos a cuidados, tecendo um jogo de poderes que atribui às práticas de tratamento e diagnóstico da doença uma dominação sobre as práticas de cuidados de manutenção e suporte da vida.

Como modalidade de pensamento prático, as representações sociais, emergem das práticas em vigor na sociedade e na cultura, são por elas alimentadas, perpetuadas e transformadas. E neste sentido, se a mudança é a coisa mais trivial do mundo, também é uma das mais lentas, sobretudo quando se trata de objectos sociais com uma longa história construída, o que é caso das práticas de cuidados identificadas com a mulher.

Talvez por isso a ideologia que impregnou a educação em enfermagem, mesmo quando já eram as enfermeiras que a conduziam, manteve-se durante décadas marcada por princípios que privilegiavam 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”*, não preparando os seus agentes para serem profissionais do saber nem para a exigência que a responsabilidade implica (Ribeiro, 2000, pp. 110).

Esta é a razão pela qual a autora afirma que a licenciatura em enfermagem, do ponto de vista da história da educação, se situa numa posição diversa face a outros cursos superiores, particularmente os universitários, estes últimos num esforço de aproximação à dimensão profissional, enquanto que em enfermagem o caminho a percorrer é no sentido das dimensões científica e cultural.

Porém, embora ao longo das últimas décadas já tenham sido introduzidas melhorias no sentido de ampliar as dimensões científica e cultural, traduzidas por uma mudança tendencial para passar do ensino de técnicas e procedimentos para o de estratégias que facilitem o desenvolvimento de capacidades relacionais e de julgamento crítico, permanece a ideia geral de que as práticas de enfermagem se mantêm tributárias do modelo biomédico e de uma organização de trabalho mediada por tarefas rotinizadas que não apelam a um processo de decisão das enfermeiras, enquanto actoras das suas práticas. (Basto, 1998a; Rebelo, 1996, Ribeiro, 1995;).

Estes constrangimentos têm repercussões óbvias ao nível da educação em enfermagem cujo modelo de formação, embora com interpretações e modalidades diferentes, alterna períodos de teoria com períodos de prática, confrontando sistematicamente os seus estudantes com significações de uma “enfermagem dita”, veiculada pelo aparelho educativo e significações de uma “enfermagem feita”, veiculada pelas práticas concretas que se desenvolvem nos contextos de cuidados, resultando numa frequente dissociação entre o que é “dizer a enfermagem” e o que é “fazer a enfermagem”, revelada por estudos ainda recentes. Sendo ainda que esta dissociação, ultrapassa os muros da escola e se encontra igualmente entre as enfermeiras do exercício clínico.

“Dizer enfermagem” é prestar cuidados com uma intenção, integrados numa acção cuidadora global, pensada e conduzida pela enfermeira através de um plano de acção suportado pela tomada de decisão que articula, necessidades das pessoas em cuidados de enfermagem e sentido desses cuidados para as pessoas que os recebem. “Fazer enfermagem” é realizar cuidados rotinizados sob a forma de tarefas e actos técnicos centrados nas doenças das pessoas e dissociados de uma acção cuidadora global, na medida em que são pensadas por outros (médicos e gestoras de enfermagem) e conduzidas pelas enfermeiras enquanto sucessão de actos autonomizados daquilo que os determina. (Basto, 1998a; Bento, 1997; Coelho, 1996; Mendes 2001; Ribeiro, 1995).

No âmbito das *representações sociais*, tal como sujeito e objecto não podem ser dissociados, também o não podem, o pensamento e acção, isso implicaria conceber o pensamento como principal e a acção como secundária: “A acção é uma parte da representação e não sua consequência” (Wagner, 1998, pp. 19). De um modo ainda mais preciso, as representações são uma condição das práticas, estão nelas ancoradas e as práticas são um agente de transformação das representações.

Arriscando uma breve análise – que apenas tem valor no sentido de problematizar as questões que conduzem o nosso estudo – a partir das proposições teóricas da teoria das representações sociais, não podemos afirmar que haja uma representação social da enfermagem pensada e uma representação social da enfermagem feita, há uma única representação social da enfermagem, que inclui pensamentos e acção.

Neste sentido poderíamos supor que a representação social das enfermeiras sobre a natureza da sua profissão, revela uma contradição entre os elementos ligados ao “tempo longo” mobilizando valores e crenças que desempenham um papel fundamental na identidade social de um grupo e os elementos ligados ao “tempo curto”² do aqui-e-agora, em que as representações são mobilizados para finalidades práticas, tecidos nos contextos onde as práticas se desenvolvem atribuindo-lhe uma dada configuração.

Dois problemas se colocam então ao grupo profissional: O do reequilíbrio cognitivo, dado que a contradição continuada e profunda não é suportável, geralmente desencadeando uma transformação da representação; O de que na medida em que as representações ancoram nas práticas esta transformação, esta (re)construção da representação integrará tendencialmente o conhecimento produzido pelas práticas concretas.

Quando anteriormente referimos as repercussões ao nível da educação em enfermagem, focalizámo-nos no processo de formação dos estudantes que decorre na intersecção entre a escola e os contextos de trabalho. Mas estas repercussões são mais vastas, na medida em que a *educação*, é uma condição básica da profissionalização de qualquer ofício e tem por essa via uma função essencial na criação de condições que a legitimem, mobilizando as educadoras a interrogar-se sobre as suas práticas educativas afim de introduzir medidas correctivas.

Para Rebelo (1996), na medida em que as práticas e aqueles que as realizam foram vistos durante muito tempo como consumidores de conhecimentos, de quem era esperado adoptarem nos contextos de trabalho os instrumentos conceptuais concebidos pela elite académica, estes, acabaram por se converter em medidas

² Quando introduzimos esta noção de temporalidade na atribuição de significações pelo sujeito ao objecto da representação, inspirámo-nos em Spink (2000) que teorizou sobre a análise dos conteúdos a partir dos diferentes tempos históricos que permeiam os conhecimentos, socialmente construídos que circulam na sociedade e que será abordado no capítulo Teoria das representações sociais.

normativas, destituindo os práticos da possibilidade de pensar/ interrogar e conduzir os cuidados que prestam, reforçando a distância entre a teoria e a prática.

Basto (1998a) proporciona ainda outra explicação, a de que, embora as práticas pedagógicas tenham avançado no sentido de uma ampliação do papel profissional das enfermeiras, não têm incluído de uma forma sistemática processos de educação para obter mudanças no papel destas no contexto de trabalho. E nesse sentido considera que é necessário que os valores profissionais veiculados pela formação – de modo idealizado – se aproximem dos da prática, devendo ser discutidos e desenvolvidos consensualmente entre docentes, gestoras de enfermagem e enfermeiras dos cuidados directos.

De facto tem-se tendencialmente evoluído para uma concepção “*onde pensar a profissão não dispensa um olhar sobre as práticas como campo de análise e de produção de saberes.*” (Rebelo, 1998, p.100)

Mas para além disso a partir do pressuposto da teoria das representações sociais em que nos suportamos de que as práticas são determinantes das representações, passar de *práticas tradicionais*, organizadas em torno das finalidades da profissão médica, para *práticas profissionais*³ organizadas em torno dos cuidados de enfermagem, exige ter acesso a essas práticas e não especular sobre elas. Se no campo dos contextos de trabalho estão em jogo uma multiplicidade de varáveis que ultrapassam o espaço de intervenção da escola, o mesmo já não acontece com as práticas educativas por ela decididas, organizadas e desenvolvidas.

Passar de um sistema educativo suportado por uma tradição “cognitivista” do conhecimento e da aprendizagem, que tem tendência a subordinar a acção ao pensamento e que por essa via dá primazia ao segundo, de certo modo subjacente a uma organização didáctica dos conhecimentos sob a forma de disciplinas, não é tarefa fácil, mas precisa ser equacionada.

Estas implicações são tanto mais importantes para a educação em enfermagem, que enquanto disciplina aplicada, a prática é por excelência o lugar para onde convergem todas as aprendizagens. Assim, está em causa a organização de práticas educativas que permitam aos estudantes reconstruir os saberes transmitidos, transformando-os em saberes para agir, isto é, saberes que se traduzam na acção e na compreensão dessa acção. Não se trata apenas de construir conhecimentos mas

³ Esta distinção entre práticas tradicionais e práticas profissionais será por nós teorizada e definida ao longo do capítulo Noção actual de prática.

também competências, “modos de fazer” e de “gerir situações” no exercício quotidiano da sua prática clínica. (Donnadieu, B., Genthon, M. & Vial, M., 1998).

A *reflexão* e o *cálculo*, constituem-se como essenciais para a construção da inteligibilidade das práticas, para o seu maior controlo e desenvolvimento, tanto em diversidade quanto em profundidade. Porém para que tal ocorra têm de ser sustentados em práticas vividas e não em discursos especulativos sobre práticas possíveis. (Donnadieu et al., 1998; Honoré, 2000; Malglaive, 1995, 1997; Rouquette, 1998;).

A aprendizagem de práticas profissionais, suportadas por uma tomada de decisão que as desencadeia em função de uma finalidade geral cuidadora e de uma finalidade específica a partir da situação concreta que as justifica, implica experienciar estas práticas – aprendizagem experiencial, (Kolb, 1984 in Alarcão, 2001) – e não quaisquer outras, para que deste modo de reelaborarem representações com elas correlacionadas: “*as representações ancoram nas práticas*” (Rouquette, 1998)

Outro aspecto fundamental é que todo procedimento deve ser sempre inserido numa acção global: “*Se certos actos podem exigir treinos sistemáticos indispensáveis à habilidade que requerem, é imediatamente necessário investi-los na acção global, inclusive para atingir a destreza exigida*” (Malglaive, 1995, pp. 263). Este é o caso da enfermagem, cujo uma série de procedimentos fazem apelo a uma certa perícia, destreza, tanto manual, como verbal (esta última frequentemente esquecida), o que implica respeitar o princípio do mais simples para o mais complexo, mas nunca desvinculando-os do projecto-acção, isto é da sua finalidade, correndo o risco de assim não for, os actos/procedimentos se autonomizarem e transformarem em rotinas.

Em ligação com este último aspecto está o da diferença entre iniciados e peritos, que assenta não tanto nos *saberes da acção*, na sua perícia, mas sim nos diferentes caminhos de controlo dos mecanismos de regulação da acção. Toda a acção tem um cálculo, mais ou menos consciente, que exige um maior um menor controlo cognitivo. Nos iniciados a regulação da acção exige um maior controlo cognitivo, fruto da sua “pouca bagagem experiencial”, nos peritos, o controlo da acção exige a activação de menos meios cognitivos, libertando-os para novas combinações dos recursos internos e externos disponíveis. (Bandura, 1986; Benner, 2001; Le Boterf, 1999; Malglaive, 1995, 1997)

A educação inicial em enfermagem visa proporcionar um saber conceptual e um saber técnico, que permita o desenvolvimento de competências específicas e

transversais – domínios cognitivos, afectivos e criativos – o que implica ligar a si esses saberes, reconstruí-los. Neste processo de reconstrução, os estudantes têm que construir esses saberes e construir-se com eles, reinterpretando-os e dando-lhes sentido:

Ligar é dar sentido, é compreender como fazemos o que fazemos e, com que finalidades. É possível que o espaço de formação e o ensino nele dispensado seja demasiado retalhado, disperso. O lugar de congregação por excelência é o cuidado de enfermagem e as suas diversas faces (Charon, V. & Giraud, A.-M., 1999, pp.27).

Tanto no saber conceptual, cujo espaço formal é a sala de aula, como no saber técnico, cujo espaço formal são as unidades de saúde, deverão estar sempre ao centro as práticas profissionais de enfermagem: O primeiro – saber conceptual – é mediado por uma análise reflexiva sobre estas práticas, visando um impacto ao nível da aquisição de conhecimentos profissionais específicos e transversais; O segundo – saber técnico – é mediado por uma aprendizagem pela experiência, onde é indispensável o acesso a estas práticas, fazendo apelo à sua reflexão num ensaio permanente de implicação, distanciação.

Se referenciamos estes aspectos é porque em nossa opinião ainda prevalece alguma confusão sobre estes conceitos e naturalmente sobre as suas implicações na educação em enfermagem.

Para Honoré (2001) educar é uma dimensão existencial, tal como o é cuidar. Não há vida sem educação, nem educação sem a construção de um mundo comum, isto é, sem a coexistência do individual e do social. Porque educar(se) é uma dimensão existencial, também o é aprender. A vida e a evolução da vida são inteiramente determinadas pela faculdade de se adaptar, de se informar pela experiência para se transformar, isto é, de aprender:

Só o Homem se pode compreender (...) enquanto ser que aprende: só o humano se sabe aprendiz. Ele pode portanto orientar, (...) avaliar os objectos, as condições, os projectos da sua própria aprendizagem. Esta capacidade específica de organizar as suas aprendizagens é para o Homem uma produção do imaginário individual e colectivo, ligada tanto à sua memória histórica, a sua competência linguística e narrativa como à sua capacidade de se explicar e compreender” como um “eu” entre “outros”. (Donnadieu et al, 1998, pp. 18)

A educação é um sistema mais vasto do que a escola, é um processo amplo que envolve o homem na sua totalidade – no concreto do seu viver e do seu fazer – e

a totalidade dos homens no dinamismo de uma cultura onde a linguagem constrói e reconstrói o sentido do gesto e do comportamento pelo qual o homem comum se expressa na relação com o outro. (Madeira, 1998).

Assim, cada pessoa, num dado tempo, é simultaneamente aquele que aprende e aquele que ensina, transmitindo e recebendo reciprocamente o que somos, as representações que temos, construídas ao longo da vida numa dada formação escolar, num processo de relações familiares, de grupo e inter-grupos, mediadas por afectos, necessidades, valores, normas, estereótipos.

Neste sentido nem todo conhecimento é o resultado de uma aprendizagem deliberada, institucionalmente organizada, porém transposta sempre a marca do sujeito que o conhece e o traço do processus⁴ de aprendizagem. (Donnadieu et al, 1998)

É neste sistema mais amplo que se situam as escolas com os seus diversos níveis, enquanto instituições educativas a quem é conferida uma função social específica, a de assegurar a transmissão histórica e a construção social dos saberes e de contribuir para a inteligibilidade da aprendizagem humana.

Para Abric (Comunicação pessoal, 15 de Maio, 2001) educar é permitir a criação de representações sociais partilhadas, através das quais é possível a comunicação social, a integração social, a competência. A finalidade da educação é proporcionar ao sujeito a construção de uma visão do mundo socialmente partilhada, que lhe permita ser reconhecido e adaptar-se, traduzidas por duas grandes funcionalidades:

- Funcionalidade normativa, da ordem do aceitar e aderir a um sistema de valores, a um grupo de pertença;
- . Funcionalidade operativa, da ordem da competência

O autor insiste ainda no facto de que todo procedimento educativo que vise o aperfeiçoamento de novas competências, deve impreterivelmente considerar o sistema de representações dos estudantes, dado que, as representações que os estudantes possuem sobre as competências são mais determinantes para o seu desenvolvimento, do que as suas capacidades.

⁴ A aprendizagem concebida como um processus significa uma actividade própria ao sujeito que aprende e nesse sentido não é directamente ou totalmente acessível a um observador, como não o é uma prática, nem uma representação: "O processus engloba o conjunto de investimentos conscientes ou não, do sujeito, sob os planos cognitivos, afectivo, emocional, social, histórico, cultural." (Donnadieu et al. pp. 126).

Na teoria das representações sociais os processos identitários constituem uma das forças motrizes da sócio-génese das representações sociais, a representação que um sujeito faz de um objecto é um bom indício do perfil da sua identidade e inversamente o conhecimento da identidade de um sujeito, permite prever a sua visão do mundo. (Moscovici, 1976 in Andrade, 1998, pp. 144)

Assim, o termo representação social é utilizado no âmbito do nosso estudo simultaneamente enquanto *actividade de reinterpretção contínua* dos estudantes sobre uma parte da realidade social – práticas profissionais de enfermagem –, tecida no espaço da interacção social nos contextos onde aprendem – situações construídas nas práticas socialmente organizadas pelo ensino – e enquanto *expressão da sua identidade*.

Esta é a razão porque para na caracterizar os participantes medimos o seu auto-conceito de competência. Para Vaz Serra (1989) o *auto-conceito* está intimamente relacionado com a *identidade* da pessoa na medida em que permite dar continuidade e sentido ao seu comportamento ao longo do tempo, ajudando-o simultaneamente a predizer as suas acções e por outro, com o seu *conceito de auto-estima*.

A educação em enfermagem confronta-se hoje com as necessidades de aproximar a escola de valores mais próximos da realidade, que tenham em conta os constrangimentos e os locais onde decorrem os cuidados e de formar profissionais capazes de agirem nos contextos de trabalho como agentes de mudança.

Reforçadas pela opinião de Costa, A. (2000, pp. 30) de que eliminar a pretensa dicotomia entre o “saber” e o “saber fazer” é o grande desafio que hoje se coloca à instituição educativa e ao ensino politécnico em particular: “o “saber” é (*deve ser*) “saber fazer”, não havendo lugar à distinção entre os que “sabem” e os que “fazem”, pois “só sabe quem faz” e “só faz quem sabe”.

Estas necessidades implicam uma mudança epistemológica sobre a noção de prática enquanto agente de transformação das representações e não o inverso. A questão das relações entre práticas e representações tem um relevo importante na investigação em representações sociais, dada a natureza destas últimas, simultaneamente ligadas às comunicações e à pragmática, sendo consensual entre todos os seus teóricos a posição de determinação das práticas nas representações sociais. (Abric, 1994c; Andrade, 1998; Guimelli, 1994a,b; Rouquette, 1998; Sá, 1996; Wagner, 1998;).

Para a construção do objecto do nosso estudo, suportamo-nos principalmente em Rouquette (1998) que desenvolveu os constructos da teoria das representações sociais, para o estudo da "prática", em Guimelli (1994a,b), que estudou os processos de transformação das práticas/ representações sociais em grupos de enfermeiras e na teoria do núcleo central de Abric (1994a,b,c, 1998).

Retornando agora as duas questões orientadoras do nosso estudo: O que sabem os estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem? Como foram (re)construindo esses saberes através das práticas pedagógicas (parte delas) socialmente organizadas pela educação em enfermagem ?

A primeira questão, aproximada pela noção de prática enquanto "modos de fazer" e enquanto "cálculo"⁵, constituirá o principal objectivo deste estudo:

- Representação social dos estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem

A segunda questão será abordada de um modo complementar, isto é, procurando elementos de compreensão a partir da percepção dos estudantes sobre a frequência de acesso às práticas profissionais de enfermagem ao longo dos ensinamentos clínicos e dos desempenhos profissionais por eles mais valorizados, aproximados pela descrição livre, através de narrativas escritas, de um(a) enfermeiro(a) que pela sua prática profissional se tenha constituído como um modelo.

No estudo que realizou sobre a *mensagem percebida pelos estudantes do que é a enfermagem*, Bento (1997) referiu que lastimava não ter recolhido dados sobre os factores motivacionais que orientaram a escolha do curso/ profissão na medida em que poderiam ter completado a sua reflexão sobre a problemática em estudo. Dando conta da sua experiência, optamos por recolher esta informação, a partir de narrativas escritas, que servirão para caracterizar os participantes e alimentar a reflexão em torno das questões da investigação.

Santomé (1988, in Bento, 1997) alerta para o risco de estudar problemas educativos "universais" sem delimitar os contextos em que ocorre a acção educativa,

⁵ Estas distinções inspiram-se em Rouquette (1998), que teorizou sobre a noção de "prática" no âmbito da psicologia social e em particular no estudo das representações sociais, as práticas como "modos de fazer" referem-se a procedimentos, as práticas como "cálculo", referem-se ao que as decide e sustenta. Estes aspectos serão desenvolvidos no capítulo As práticas como objecto de estudo das representações sociais.

dada a sua frequente impossibilidade de aplicação, o que é reforçado pelo facto de que as Escolas Superiores de Enfermagem possuem autonomia pedagógica para a concepção e desenvolvimento dos seus planos de estudo. Assim, o estudo foi limitado a uma escola pública e os participantes ao seu grupo de estudantes finalistas. A escolha da escola foi orientada pelo seu carácter singular, na medida em que até à abertura do curso de licenciatura em enfermagem a sua acção educativa se tinha centrado exclusivamente na formação pós-graduada, suportada por princípios da formação de adultos.

O estudo que aqui se apresenta é um estudo descritivo e exploratório que visa compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação, através de diferentes métodos e técnicas, úteis para responder às questões desta investigação que conjuga múltiplos propósitos (Richardt & Cook, 1986 in Carmo, H. & Ferreira, M.M., 1998), visando proporcionar reflexões relativamente à educação em enfermagem e apontando eventuais tendências que se poderão constituir como pistas futuras de análise e investigação em psicologia educacional.

Os dados colhidos no nosso estudo referem-se na sua totalidade a medidas subjectivas, isto é, ao que os sujeitos pensam e sentem, apelando directamente às suas vivências e experiências pessoais – medidas de opinião, percepção e narrativas escritas –. E ainda que em situações específicas tenhamos recorrido a técnicas de estatística descritiva para a análise dos dados, é sempre a percepção dos sujeitos, a sua visão do mundo que procurámos compreender.

Pelas razões apresentadas consideramos que este estudo que se situa no paradigma qualitativo e de certo modo numa perspectiva interaccionista, na medida em que visa compreender quais os conhecimentos socialmente reconstruídos pelos participantes, sujeitos e actores sociais para dar sentido às suas interacções, enquanto (futuros) elementos de um grupo social específico. (Carmo, H. & Ferreira, M.M., 1998)

Como refere Honoré (2000) a prática é uma actividade situada num meio, num quadro de vida e de acção, datada de uma história, tanto a do contexto como a da própria prática, como da do actor que a realiza, organizada segundo princípios e regras, finalizada e valorizada nos seus efeitos. Assim entendida, uma prática exprime sempre uma relação entre a pessoa, o grupo, o meio social e a época, mas também, o modo particular de agir daquele que a realiza.

Também Rouquette (1998) sublinha que a mudança das práticas e/ou das representações refere-se mais à história do que a quaisquer outras variáveis. Nesta posição assumida pelo autor, a pesquisa histórica constitui o ponto de partida para o estudo das práticas no âmbito das representações sociais, complementado posteriormente, pelo estudo das representações sociais actuais.

Assim o enquadramento do problema é completado por uma pesquisa documental comportando três partes:

- Evolução das práticas e dos saberes em enfermagem contados pela história da profissão e da educação em enfermagem.
- Definição do campo da prática profissional de enfermagem, a partir de uma revisão sobre a actual noção de prática, reconfigurada pela teoria do conhecimento (epistemologia) de onde emergem novas concepções da relação entre saberes teóricos e práticos e de modelos pedagógicos que favoreçam a formação de profissionais actores das suas práticas.
- Teoria das representações sociais em que se suporta a presente investigação, comportando um sub-capítulo – As práticas como objecto de estudo em representações sociais – incontornável para o delineamento do presente estudo, sugerindo quer questões concretas, quer respostas específicas directamente relacionadas com os fenómenos em estudo e onde se descreve a metodologia por nós utilizada para o estudo das representações sociais dos estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem.

Será depois definido o Método, começando pela delimitação da população, delineamento do estudo, descrição dos instrumentos e procedimentos.

A última parte é constituída pela Apresentação e Discussão dos Resultados, que é efectuada em simultâneo, isto é à medida que os resultados vão sendo descritos, vão sendo interpretados, no sentido de alimentar reflexões face à educação em enfermagem. Finalmente serão apresentadas as conclusões, enunciando algumas questões sugeridas pela investigação.

Práticas e Saberes na História de Enfermagem

Se durante milhares de anos, os cuidados não pertenceram a um ofício e ainda menos a uma profissão (Collière, 1989) é contudo frequente, na história da enfermagem distinguirem-se duas grandes etapas, *fase pré-profissional* – enfermagem tradicional – e *fase profissional* – enfermagem moderna – esta última habitualmente relacionada com o início da formação escolar em enfermagem, a partir do final do século XIX, baseada num corpo de saberes oriundo da ciência moderna e rompendo com uma tradição oral empírica (Meyer, 1995 in Bento, 1997; Soares, 1997).

O processo de profissionalização inaugurado com a formação escolar é desencadeado pela aproximação à prática médica pelo caminho da tecnicidade de que progressivamente se desmarcará, através de um movimento de (re)encontro da sua singularidade e de (re)construção dos saberes que sustentam as suas práticas de cuidados originais.

Muito embora a enfermagem moderna vá desde o início qualificar a sua prática como cuidados de enfermagem, será apenas a partir da década de sessenta que esta atribuição vai ser questionada de um modo consistente, no sentido de significar uma prática profissional identificada e não, uma mera identificação de quem presta os cuidados – a enfermeira.

Tanto mais que esta identificação com a mulher que presta cuidados é de tal modo marcada na profissão, que durante décadas, esta se definiu mais pelo papel da (mulher) enfermeira do que pela natureza do serviço que assegura, factor que tem colocado obstáculos ao seu reconhecimento como profissão e como ciência. (Collière, 1989; 2003)

Por outro lado, também o campo da prática de enfermagem se vai ampliando e assim, de uma prática submetida à organização e gestão de instituições de saúde orientadas exclusivamente para o diagnóstico e tratamento das doenças, subordinando as enfermeiras a um papel de auxiliar dos médicos e das administrações hospitalares; a prática vai (re)encontrar o seu sentido original e as enfermeiras um papel de parceiras na concretização da missão de instituições de saúde orientadas para promoção da saúde das populações, reconfigurando todo um conjunto de práticas profissionais ligadas ao ensino, investigação e gestão.

Porém estas novas concepções implicam sérias mudanças para todos os actores envolvidos no planeamento, organização, financiamento e desenvolvimento dos sistemas de saúde: uns no sentido de aceitarem não possuir o domínio exclusivo de decisão, outros no sentido de aceitarem a responsabilidade de novas funções, outros ainda, no sentido de aceitarem não subjugar a máquina da saúde aos interesses de grupos económicos.

Para uma melhor compreensão dos desafios que se colocam hoje à educação em enfermagem organizamos esta leitura da evolução das práticas e saberes em duas grandes etapas – pré-profissional e profissional –, cada uma delas comportando períodos cronologicamente situados na confluência de correntes sócio-históricoculturais, cujas concepções influenciaram quer a finalidade, quer a abordagem dos cuidados e por essa via conferindo-lhes um valor social e económico.

Etapa Pré-Profissional

Práticas de cuidados identificadas com a mulher

Interrogando as raízes culturais das práticas de cuidados⁶, provavelmente a mais antiga prática social da humanidade, cuja função original era assegurar a vida e a perpetuação da espécie, Collière (1989; 2003) refere duas orientações complementares e gerando-se mutuamente, em torno das quais se organizou a história dos cuidados:

As práticas das mulheres elaboradas em torno da fecundidade, isto é, “participando directamente em tudo o que contribui para a manutenção e desenvolvimento da vida” e as práticas dos homens, decorrendo das suas actividades de caça, pesca e guerra, visando “fazer recuar a morte”. (Collière, 1989, pp.25)

Todavia, fruto de mutações culturais, socioeconómicas e tecnológicas, esta função original dos cuidados foi-se transformando conduzindo por um lado a uma diferenciação de estatuto entre as práticas asseguradas pelas mulheres e as práticas

⁶ No âmbito deste trabalho por práticas de cuidados, devem-se entender todas as práticas desenvolvidas e transmitidas pelas mulheres, onde se fundam as práticas de cuidados de enfermagem e que contribuíram ou contribuem para manter, desenvolver ou estimular as possibilidades de viver dos indivíduos, grupos e comunidades, visando perpetuar a espécie. (Collière, 2003). São práticas socialmente elaboradas, partilhadas e transmitidas, contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. (Jodelet, 1989)

asseguradas pelos homens, estas últimas adquirindo um lugar de supremacia, assimilando e mesmo negando as primeiras; e por outro, conduzindo a uma dispersão das práticas de cuidados num conjunto de tarefas e actividades disputadas por diferentes profissões e ofícios, entre as quais a profissão de enfermagem.

Estas práticas de cuidados, desenvolvidas a partir da fecundidade e cujo papel é assimilado às mulheres, são características da sociedade de tradição oral – decorre da pré-história até à idade média – dominadas por uma corrente antropológica fundada numa concepção do corpo enquanto modo de expressão do espírito do qual é indissociável, assim como do universo em que está inserido cuidados – *antropologia do corpo* –. (Collière, 2003)

A finalidade dos cuidados consiste na estimulação, desenvolvimento e manutenção das capacidades de viver, através de uma multiplicidade de práticas elaboradas à volta do corpo e da alimentação – lavar, tocar, massajar, friccionar, purificar o ambiente pela limpeza das casas, preparar caldos, infusões, elixires, bálsamos, para alimentar e aplicar.

São constituídas de saberes experienciais, isto é, saberes vividos e comunitários, resultantes da experiência do grupo. Adaptáveis em função das situações, originadas da observação detalhada, fundando um capital de conhecimentos empíricos transmitidos oralmente de geração em geração, de mulher para mulher.

As práticas revestem-se de símbolos, são portadoras de sentido, expressam uma relação entre quem recebe e quem presta os cuidados, são fonte de prazer e evitam o sofrimento: Os cuidados de higiene estimulando pelo toque, pelo contacto com a água, pela utilização de plantas amaciadoras e odoríferas; O toque pelas mãos mobilizando a vida, acalmando, relaxando, tonificando; O contacto directo com a pele, descobrindo pontos de condução ou inibição do movimento, da dor, das sensações térmicas e cinestésicas; A purificação do ambiente pela água, fazendo ressurgir a vida e promovendo um ambiente são de protecção ao corpo. (Collière, 1989)

O valor social desta prática funda-se na experiência interiorizada e vivida no seu próprio corpo, através do qual a mulher comunica *as forças geradoras de vida*, decorre do reconhecimento quer do seu papel social face a um conjunto de actividades indispensáveis, quer do seu papel individual que garante a diversidade e desenvolvimento das práticas. O valor económico inscreve-se num sistema de trocas e reciprocidade, representado um conjunto de serviços de natureza fundamental.

São estas imagens de pacificação, de alívio, que representarão predominantemente a mulher que cuida (...) São estas imagens que vão ficar agarradas à personagem da enfermeira, mas quase totalmente dissociadas do seu conteúdo simbólico, da sua forma de expressão e em ruptura com o vivido do corpo da mulher, bem como do imenso património de conhecimentos em que se fundaram as práticas de cuidados das mulheres. (Collière, 1989, pp.49)

Com o início da idade média o valor que vai ser atribuído ao espírito pelas pessoas que dominam a escrita – padres, sábios e filósofos – de supremacia sobre o corpo, contribuirá para a elaboração de representações do corpo como *servil*, *vil*, e mesmo como *infame* e *perverso* veiculado pelas religiões judaico-cristãs em geral e o cristianismo em particular, inaugurando uma nova concepção.

Práticas de cuidados identificados com a mulher consagrada

Cronologicamente situada entre a idade média e o final do século XIX. Inicia-se com a fundação pela igreja católica, de instituições de cuidados para os enfermos pobres, identificando a prática de cuidados com a mulher consagrada, cujo papel é prescrito pelas regras conventuais que ditam as suas condutas e comportamentos.

Estas instituições fundam-se num novo saber, espiritualista, inspirado na teologia dos padres e dos clérigos que os gerem e que asseguram a salvação da alma e da morte (com a vida eterna), através de rituais religiosos e desvalorizando os cuidados ao corpo que continuarão a ser prestados pelas mulheres, mas agora por caridade e legitimados enquanto veículo para os cuidados espirituais. (Wenner, 1988 in Bento, 1997)

Este período é dominado por uma corrente antropológica fundada numa concepção de cuidados que nega a inter relação corpo-espírito, sobrevalorizando o espírito e relegando o corpo impuro – *antropologia da salvação* –. (Collière, 2003)

A finalidade dos cuidados visa contribuir para o bem-estar espiritual e a salvação da alma, as práticas ao corpo e alimentares dirigem-se exclusivamente ao corpo sofredor, ao que está mal, desvinculando-se da sua vertente de bem-estar e de prazer.

De um modo geral, todas as práticas de manutenção da vida são “*assimilados às tarefas domésticas de rotina, que não exigem qualquer julgamento, nem espírito crítico, nenhuma iniciativa*” (Collière, 1989, pp.69), por isso delegadas no pessoal subalterno – noviças menos dotadas e laicas devotas. Passam a ser mais valorizados os cuidados mediados pela palavra que indica a salvação – *aconselhar, perdoar,*

suportar e rezar – do que os cuidados mediados pelas mãos e por isso mesmo condenados:

As mulheres, principais detentoras do património de conhecimentos dos cuidados ao corpo e da utilização das plantas, tornam-se o alvo prioritário dos ataques e da repressão da Igreja, e depois dos tribunais seculares, por causa da ameaça múltipla que representavam para o poder temporal e religioso (Collière, 1989, pp.55).

Estas escolas de medicina com o cunho de doutrina cristã impõem-se às medicinas profanas, são da exclusividade dos homens da Igreja e fundam-se em tratados didácticos, despojando as mulheres dos saberes empíricos provenientes das práticas, modificando-os, fundando concepções académicas que prepararão as da medicina científica.

A noção de *entreatajuda* é substituída pela de *ajuda aos necessitados*, os cuidados constituem-se como fonte de riqueza para as instituições, que em seu nome recebem donativos. Contudo, tal como dos pobres de quem cuidam, também as mulheres consagradas o permanecerão, constituindo “*um proletariado de trabalhadoras de Deus*”, fundado na gratuidade do seu serviço. (Wormser, 1977 cit in Collière, 1989, pp.68).

Cuidar é um acto de fé, daquelas que a professam, fazendo votos de pobreza, material, mas também de saber garantindo o desempenho de tarefas repetitivas, não questionáveis num clima de subserviência e obediência total àqueles que ditam as leis.

Se durante séculos, a obrigação de clausura inviabilizará os cuidados no domicílio, centrando essencialmente a acção das religiosas no hospital, surgirão ainda neste período, a partir do século XVII, os primeiros grupos organizados de mulheres cuidadoras civis, de cariz religioso de certo modo fundando todo um trabalho comunitário à sombra das paróquias, dirigido às populações mais carenciadas (bairros pobres e zonas rurais) e de certo modo dando continuidade aos cuidados elaborados em torno da fertilidade: (Collière, 1989; Delonghery, 1977 in Bento, 1997).

Até ao aparecimento da medicina científica no final do século XIX, a concepção genérica que dita o papel das prestadoras de cuidados apoia-se na orientação inicial – *assegurar tudo o que contribui para manter e sustentar a vida* – contudo modificar-se-á quer face aos destinatários – apenas os doentes e necessitados –, quer face ao valor simbólico e social dos cuidados – clivagem e subjugação das práticas do corpo às

espirituais – quer ainda, face ao seu valor económico – dom gratuito sem lugar de reciprocidade.

O valor social da prática de cuidados prestados pelas mulheres consagradas resulta directamente do reconhecimento do seu papel social face a um conjunto de condutas e atitudes prescritas em nome da sua vocação de servir, garante de um desempenho normativo sem lugar de expressão para o papel individual. Vai ser sobre esta linha de conduta que se vai edificar o papel que servirá de base ao modelo profissional.

Com a separação do poder político da igreja, fruto de acontecimentos histórico-sociais que levaram à laicização da medicina e dos cuidados aos doentes inaugura-se uma nova concepção dos cuidados da “enfermeira de cariz religioso” para “enfermeira auxiliar do médico”.

Etapa Profissional

Raízes culturais: A Prática de cuidados identificada com a enfermeira auxiliar do médico

Esta etapa profissional da enfermagem emerge no final do século XIX e segundo Meyer (1995, in Bento, 1997, pp.31) é desencadeada pelo “*encontro das práticas médicas e de enfermagem no mesmo espaço – o hospital*”. A dualidade corpo-espírito fundada pela “medicina religiosa” que dissocia mecanismos físicos e mentais abre o caminho à medicina científica fundada no positivismo do século XIX, onde a pessoa se atenua face à doença de que é portadora.

Período dominado por uma corrente antropológica dos cuidados – *antropologia da doença* –, (Collière, 2003) que assenta numa concepção do corpo como objecto de estudo na sua pura corporalidade e que ignora o seu vivido, esta medicina vai centrar-se no órgão “doente”, objecto de investigação e de tratamentos, que serão delegados nas enfermeiras sob a forma de tarefas rotinizadas e insidiosamente denominados “cuidados”, confundindo o sentido e finalidade original dos cuidados de enfermagem⁷:

⁷ Distinguiremos os cuidados de enfermagem que hoje constituem o campo das práticas de cuidados de enfermagem em dois tipos: “*cuidados de manutenção da vida*” decorrentes da função primária da enfermagem e que conduzem o seu agir, “*cuidados de reparação*”, decorrentes da intersecção com as práticas médicas. Os primeiros referem-se aos cuidados quotidianos que sustentam a vida e a reabastecem de energia: hidratação, alimentação, eliminação, mobilização, segurança, pertença, etc., directamente ligados aos hábitos de vida,

“O saber médico traduz-se em poder, assume o topo da hierarquia hospitalar e passa a dirigir todas as práticas que é possível observar no meio hospitalar e que resultam da divisão social do trabalho. Estabelecem-se relações de dominação/ subordinação e a prática de enfermagem passa a ser uma prática dependente da prática médica (Bento, 1997 pp.32).

Vão ser os médicos, exclusivamente homens, que no sentido de assegurar e prolongar a sua própria acção, vão ensinar às enfermeiras os gestos técnicos – *técnicas de enfermagem* – a partir de uma instrução, que submete a prática profissional dos cuidados a uma racionalidade técnica.

Contudo, uma vez que esta partilha de saberes pode constituir uma ameaça, vai ser simultaneamente cultivada a obediência e a execução sem julgamento, nem questionamento: *“É executar a prescrição do médico sem fazer qualquer modificação, mesmo admitindo que o doente a deseje e que vos pareça justificada, não aceiteis mudar seja o que for sem consultar os vossos chefes”* (Mlle Greiner, 1936 cit in Collière, 1989, pp.85).

Os cuidados organizam-se em torno do papel moral da enfermeira – *consolar, encorajar, apoiar* – e do seu papel técnico – *detectar sinais precoces da doença, obter informações clínicas dos doentes e essencialmente aplicar e vigiar tratamentos* – que nela se reúnem, garantindo a prática de cuidados com a qual se confunde.

É uma prática sustentada por uma missão de servir: *“Servir os doentes, objecto da finalidade dos cuidados e, em atenção a eles, servir os médicos, servir a instituição que os trata e os seus representantes”* (Collière, 1989, pp.79), arrastando com ela uma noção de vocação impregnada de moral e considerada pré-requisito para aquelas que a praticam, de tal modo marcada, que durante décadas o casamento vai ser interdito às enfermeiras, que ingressavam para a profissão, tal como outrora para o convento: dedicação total e exclusiva.

Porém é neste período que serão dados os primeiros passos de uma clarificação da função específica da prática de enfermagem na saúde das populações, constituindo Florence Nightingale (1820-1910) um exemplo paradigmático. Escreve a primeira obra relativa ao “cuidar”, defende a delimitação de saberes específicos de enfermagem e clarifica a natureza e finalidade dos seus cuidados, onde enfatiza a importância do ambiente na promoção da saúde das pessoas, sãs ou doentes:

crenças e costumes das pessoas; os segundos visam lutar directamente contra a doença e atacar as suas causas e ainda que em circunstâncias particulares possam constituir “o primeiro gesto” da enfermeira, no âmbito da prática de enfermagem, são sempre complementares dos primeiros. Tanto mais que na doença é essencial mobilizar tudo o que resta de capacidade de vida e isto até ao limiar da morte. (Collière, 1998)

Utilizo a palavra enfermagem por falta de uma melhor. Seu sentido foi limitado e passou a significar pouco mais que a ministração de medicamentos e aplicação de cataplasmas. Deveria significar o uso de ar puro, iluminação e aquecimento, limpeza, silencio e a selecção adequada de dieta, quanto da maneira de servi-la, tudo com um mínimo de dispêndio da capacidade vital do paciente. (Nightingale cit. in Bento, 1997, pp.32)

Porém a escola por ela fundada em Inglaterra, em 1860, vai manter uma formação idêntica às fundadas pelos médicos, na medida em que é uma formação submetida a um conjunto de normas que ditam o “papel da enfermeira”, tanto em relação à sua conduta, como aos gestos técnicos a executar. (Bento, 1997, Collière, 2003)

É portanto em torno do “papel da enfermeira” onde confluem as duas faces já aqui referenciadas – papel moral e papel técnico –, contribuindo para tornar confusa e equivocada a identidade da enfermagem, que se vai edificar o processo de profissionalização. O papel moral de inspiração cristã será reforçado por esta visão médica da mulher, decretando um ideal de enfermagem transmitido pela formação e simbolizado pela enfermeira auxiliar do médico, que cumpre a sua vocação de dádiva aos outros e que executa as técnicas delegadas contendo os seus *caprichos de livre iniciativa*. (Collière, 2003, pp.18)

Será o papel moral, ancestral, uma vez que herdado do modelo de cuidados de natureza religiosa que durante séculos impregnou a cultura de enfermagem que se vai constituir como principal organizador da enfermagem, por sua vez conduzindo e alimentando o papel técnico.

Esta é a razão porque muito embora a enfermagem se refira a homens e mulheres prestadores de cuidados de enfermagem, optámos por ao longo deste trabalho, utilizar predominantemente o termo feminino assinando esta profunda relação que a enfermagem e as suas origens culturais tecem com a imagem (social) da mulher.

Processo de Profissionalização

A importância que a sociologia das profissões conferiu à *constituição de um corpo de conhecimentos, linguagem e conjunto de actividades próprias* para a atribuição do estatuto de profissão a uma ocupação, marcou profundamente o movimento de profissionalização da enfermagem, constituindo-se como incentivos para a sua comunidade e em particular para as escolas e as associações

profissionais, que ao longo do último século se empenharam na sua concretização. (Alarcão, 2001; Rebelo, 1996; Soares, 1997).

De facto, como refere Collière (1989; 2003) as enfermeiras sempre se opuseram à atribuição do estatuto de “ofício” à enfermagem, reivindicando o de “profissão”, palavra que surge de *professar* – as mulheres consagradas já o faziam – subentendendo uma convicção ideológica e uma função reguladora da ordem social:

A profissão de enfermagem afirmou-se sempre como profissão e defendeu-se de ser um ofício. Não se trata de uma posição anódina. Com efeito, ela tinha os fundamentos de uma profissão muito antes do movimento de profissionalização. Professar significa acreditar, e por isso, ensinar aquilo em que se crê. (Collière, 1989, pp.16)

Não é por isso surpreendente que as enfermeiras na procura do reconhecimento da sua função social, se tenham lançado no caminho de concretização destas condições, nomeadamente através da constituição de um corpo de saberes específicos, que vão “criando” sem que contudo tenham sempre verificado a universalidade da sua aplicação no campo da prática de enfermagem.

Não obstante ser consensual a ideia de que o movimento de profissionalização proporcionou avanços inquestionáveis, já quanto ao seu reconhecimento efectivo como profissão o mesmo não acontece, gerando dúvidas e polémicas, organizadas em torno de duas questões principais: a da constituição de um corpo de saberes próprio e a definição de um campo específico de actividade. (Katz, 1969, Etzioni, 1969, Freidson, 1970 in Soares, 1997)

A este propósito Parsons (1986 in Soares, 1997) é da opinião que foi a definição destes critérios como padrão universal para definir uma profissão e a aceitação passiva das enfermeiras face a esta atribuição que as conduziram a pôr em causa a sua identidade profissional. Assim, a autora propõe, que as enfermeiras se devem antes esforçar por criar um modelo que reflecta a sua singularidade. Opinião que é reforçada por outros autores que acrescentam que é na demonstração da importância da enfermagem para a saúde e qualidade de vida das pessoas que reside o caminho para o reconhecimento do seu estatuto profissional (Crowder, 1985 in Soares, 1997; Collière, 1989; 2003)

Percorrendo o processo de profissionalização da enfermagem é possível distinguir três correntes influenciando a conceptualização dos cuidados e o seu modo de valorização social e económico: *corrente ligada à tecnicidade e centrada na*

doença, corrente de revalorização da relação entre quem presta e quem recebe os cuidados, corrente orientada para o desenvolvimento da saúde. (Collière, 1989).

Todavia, é importante precisar que embora cronologicamente situadas, estas correntes geram reacções ao nível dos contextos de trabalho onde coexistem e se sobrepõem.

Corrente ligada à tecnicidade.

Como já referimos o processo de profissionalização vai ser desencadeado pela negação progressiva dos saberes tradicionais, em prol de um conjunto de saberes oriundos da medicina moderna, através dos quais é agora possível afirmar a competência e valor científico da enfermagem, a partir das técnicas e tratamentos que até aí as premissas de uma moral profissional definida por deveres não permitia. (Collière, 1989; 2003; Petitat, 1989 in Soares, 1997)

São as *técnicas* delegadas pelos médicos que vão constituir o cerne dos saberes em enfermagem, resumem-se a uma descrição dos procedimentos e do material a utilizar, sem recurso ao porquê, numa lógica de reprodução meramente instrumental que garante o desempenho de tarefas ao menor custo e dispêndio de tempo, subjacente à ideologia taylorista. (Almeida, 1989 e Meyer, 1995 in Bento, 1997).

Nesta corrente que domina o processo de profissionalização até meados dos anos sessenta, a finalidade dos cuidados é o doente, mas como portador de doença, em torno dos quais se organizam os *cuidados de reparação* – diagnosticar, tratar, vigiar – sustentados por instrumentos que se foram buscar à tecnologia médica. Submetem-se os cuidados aos tratamentos. Assim de um modo geral, a formação das enfermeiras não se centra nos cuidados de manutenção da vida, que são frequentemente apresentados de forma idealizada mas simultaneamente como arbitrários, evidentes, secundários face aos actos técnicos. (Collière, 2003)

Muito embora a enfermeira continue a assegurar e a decidir o conjunto de *cuidados de manutenção da vida*, como não são valorizados, não são nomeados nem explicitado o seu impacto na saúde das pessoas e o seu possível contributo para o êxito da acção médica.

Já na década de cinquenta, as enfermeiras norte-americanas, universitárias, criam o conceito de *princípios científicos em enfermagem*, fundamentando teoricamente as *técnicas de enfermagem* – a partir das mesmas ciências naturais em que se baseia a medicina (anatomia, microbiologia, fisiologia, patologia) –, atribuindo

uma dimensão intelectual e um carácter de cientificidade ao ensino e à prática de enfermagem e inaugurando, ainda que de modo inconsistente, as primeiras interrogações sobre a identidade profissional. (Rebelo, 1996; Almeida, 1989 e Meyer, 1995 in Bento, 1997).

À medida que a técnica e tudo o que se refere à investigação e à reparação da doença vai sendo hiper valorizado, a dualidade de papéis de que a enfermeira está investida, transporta consigo incongruências face ao objecto de cuidados – ora a pessoa doente ora a doença de que é portadora –, desencadeando enormes desconfortos ao nível do exercício profissional:

Ao mesmo tempo ela sente muitas vezes um profundo mal-estar, o de não poder conciliar conhecimento do doente e tarefas a executar em torno da doença ou só o fazendo com muita dificuldade e ao preço de esforços por vezes sobre-humanos. (Collière, 1989, pp.122)

A partir da década de cinquenta com as correntes psicanalíticas e psicossociológicas vão emergir novas concepções de pessoa, saúde e doença, desencadeando um questionamento sobre “*as perspectivas reducionistas e monopolistas do modelo biomédico face àqueles fenómenos*” (Rebelo, 1996, pp.16) e com elas, as consequências da invasão da prática de enfermagem pela tecnologia de diagnóstico e tratamento. Alargam-se às práticas concepções oriundas destas ciências, permitindo (re)colocar ao centro as necessidades dos doentes e “*para as descobrir, o suporte de uma relação entre quem presta os cuidados e quem os recebe*”.(Collière, 1989, pp.122).

Corrente ligada à revalorização da relação.

Primeiro nos meios psiquiátricos, mais tarde fora deles, a revalorização da *relação entre quem presta e quem recebe os cuidados* expande-se, desenhando uma nova concepção das práticas onde a pessoa (com a sua subjectividade) constitui a finalidade dos cuidados que só adquirem sentido a partir dela.

Bem acolhida pelas enfermeiras – que nela (re) encontram o sentido humano tantas vezes expresso nas motivações que orientam a escolha profissional – esta corrente conduz a um novo estados de saberes onde já é possível descrever a prática de cuidados de enfermagem para além de uma moral profissional ou da técnica, contribuindo para uma nova forma de valorização social da enfermagem e com ela emancipando a enfermeira da sua prática. (Collière, 1989).

Edificam-se os pilares da disciplina de enfermagem através do alargamento a todo um conjunto de realidades teóricas oriundas do vasto campo das ciências sociais e humanas permitindo clarificar a sua contribuição específica para o campo da saúde.

Serão mais uma vez as enfermeiras norte-americanas, universitárias, que a partir da década de sessenta vão dar início à (re)construção de um corpo de conhecimentos de enfermagem – *modelos teóricos de enfermagem e processo de enfermagem* –, conceptualizando a noção “cuidados de enfermagem”, agora ao centro da profissão e enfatizando o processo de tomada de decisão.

É a emergência destes modelos conceptuais que separará o passado da enfermagem “*caracterizado por uma prática subsidiária das práticas médicas, de um futuro que vislumbra a concretização da desejada autonomia de enfermagem como disciplina e como profissão*” (Rebelo, 1996, pp.20)⁸

Os modelos teóricos organizam-se em torno dos conceitos de *pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem*, constroem-se em torno do serviço prestado pelas enfermeiras à sociedade, definindo o objecto, o objectivo dos cuidados, os modos de intervenção e constituem-se como quadros de referência para a prática, formação e investigação em enfermagem (Adam, 1994).

Estas necessidades em cuidados de enfermagem, decorrem das necessidades das pessoas em matéria de saúde e não apenas de doença, são de natureza diversa – bio-psico-social – e em contínua inter relação, suportam-se na concepção de saúde definida pela Organização Mundial de saúde, em 1946, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. (Collière, 1989).

Oriundas da primeira geração de teóricas: Peplau, 1952, define a enfermagem a partir do modo peculiar de a praticar: *processo interpessoal, terapêutico, educativo e significativo*, que coopera com outros processos humanos promotores da saúde dos indivíduos no seio das comunidades; Henderson, 1955, centra-se na explicitação daquilo que as enfermeiras fazem, definindo o seu papel autónomo a partir de funções que lhe são próprias⁹: *assistir o individuo são ou doente na realização de actividades*

⁸ De um modo geral, é consensual a ideia de que o reconhecimento da autonomia funcional da enfermagem depende de uma prática de cuidados que assente numa definição clara de *cuidados de enfermagem* e no *corpo de conhecimentos específicos que a sustentam*, permitindo revelar o seu contributo essencial no campo da saúde, de onde decorre a sua função social primária (Collière 1989; 2003; Adam, 1994; Rebelo, 1996, Bento, 1997)

⁹ Distinguem-se geralmente no campo da prática de cuidados de enfermagem, as *intervenções autónomas* decorrentes da *função autónoma* da enfermeira em relação aos *cuidados de manutenção da vida* e as *intervenções interdependentes*, decorrentes da *função de colaboração da enfermeira* com os outros profissionais da equipa de saúde, particularmente os

que contribuem para a sua saúde ou para a sua recuperação (ou uma morte serena), mantendo e repondo a sua independência no sentido de que este possa satisfazer autonomamente as suas necessidades fundamentais. (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1994).

Esta concepção de Virgínia Henderson vai ser adoptada e recomendada internacionalmente como paradigma de uma nova enfermagem pelo Conselho Internacional de Enfermeiras em 1961 que publica a sua obra e de modo ainda mais amplo, em 1966, pela Organização Mundial de Saúde, proferindo uma nova concepção da prática de enfermagem. (Collière, 1989).

Por seu lado, o movimento do *processo de enfermagem* (Orlando, 1961 in Rebelo, 1996), constitui uma conceptualização dos procedimentos da acção que as enfermeiras realizam quotidianamente, com base no método de resolução de problemas, incentivando um agir profissional cuidador¹⁰, a partir de um conjunto de acções deliberadas, sequencias e sistemáticas que concretizam a intenção das práticas de cuidados de enfermagem

Enraizada no paradigma das teorias da interacção, esta corrente desenha uma concepção profissional da relação em enfermagem, portadora de sentido ao processo de cuidar, *“no qual emerge o estar com o doente como uma dimensão fulcral do trabalho da enfermagem, mas agora revestido do fundamento científico que o modelo psicossocial lhe empresta.”* (Rebelo, 1996, pp. 26)

Esta *relação*¹¹, de um modo geral entendida como uma relação existencial-humanista e consensualmente referenciada pelas teóricas como fundamental para

médicos, em relação aos *cuidados de reparação*. Esta distinção está patente na regulamentação portuguesa do exercício profissional dos enfermeiros (decreto-lei n.º161/96 de 04/09)

¹⁰ Quanto à orientação para a prática de cuidados – o que conduz a acção da enfermeira – é comum diferenciar duas concepções dominantes: *orientação para o cuidar*, a *finalidade dos cuidados* é o bem-estar global da pessoa cuidada, baseia-se nos modelos de enfermagem que inscrevem os cuidados numa acção global e suportam a tomada de decisão da enfermeira que pensa e conduz os cuidados que presta; *orientação para o tratar* cuja finalidade dos cuidados é a cura da doença, baseia-se no modelo biomédico que inscrevem os cuidados numa acção parcial, geralmente organizados sob a forma de tarefas e que limitam a tomada de decisão da enfermeira ao modo de executar as práticas prescritas/ pensadas por outros; Alguns autores referem ainda uma *orientação mista* onde coexistem as duas orientações referidas. (Bullough & Sparks, 1975; Condon 1986 in Ribeiro, 1998).

¹¹ O termo relação, interacção, relação interpessoal, relação de ajuda, comunicação, comunicação terapêutica são utilizados no âmbito da enfermagem ora indiferenciadamente ora com sentidos diferentes, contudo o seu sentido profundo, subjacente a esta corrente é o que é aqui traduzido por nós e suportado por diversos autores mais amplo. (Collière, 1989; Basto 1989; Charon & Giraud, 1999; Chalifour, 2000; Leyreloup & Digonnet, 2000; Martin, 2000

uma concepção de enfermagem orientada para o cuidar, comporta em si uma dimensão mais ampla do que a de uma relação de suporte e acompanhamento da pessoa em crise, ela constitui-se como organizadora de práticas de cuidados com uma significação, intencionalidade e que esclareçam o seu contributo na resolução de problemas de saúde das pessoas e comunidades, traduzida pelas suas finalidades de:

- Pôr em relação o pedido de ajuda da pessoa e a oferta de cuidados da enfermeira;
- *Pôr em relação* as diferentes informações referentes à pessoa e à sua situação de vida, para *descobrir e reconhecer* os cuidados apropriados a prestar;
- *Pôr em relação* a pessoa com os seus recursos internos e externos, promovendo a sua plena participação;
- *Pôr em relação* todos os profissionais envolvidos, assegurando a continuidade dos cuidados;
- *Pôr em relação* os cuidados prestados e os ganhos em saúde obtidos.

Até aqui marcada por uma forte tradição oral, a enfermagem vai desenvolver um conjunto de instrumentos de registo inspirados pela metodologia do *processo de enfermagem* e pelo *plano de cuidados* (liderado pela enfermagem inglesa). Estes instrumentos asseguram a continuidade dos cuidados, dão visibilidade ao trabalho das enfermeiras, permitem fundamentar as práticas de cuidados, concebidas como projectos-acção e para além disso constituem:

(...) instrumento essencial na gestão de cuidados de enfermagem, derivado em linha directa das teorias da administração, ao articular-se com uma noção de cuidado de enfermagem, baseada num conceito positivo de saúde da OMS, introduz clivagens importantes na organização do trabalho das enfermeiras. Já não basta executar tarefas, pois a lógica em que assenta o plano de cuidados é a de individualização e globalização de cuidados (Diniz de Sousa, 1975 in Rebelo, 1996, pp. 26)

É posta em causa a tradicional distribuição de trabalho que não pode continuar a ser tributária das tarefas a prestar num turno, mas das pessoas a quem prestar cuidados numa sucessão de turnos – enfermeira referente –, reforçando uma noção de equipa de enfermagem como garante da continuidade de cuidados individualizados e onde a partilha de informação se constitui como uma condição essencial – registos e passagens de turno.

Estão assim criadas, pelo menos do ponto de vista teórico, as condições que vão permitir à enfermagem desmarcar-se do domínio médico, que já não detém um lugar de centralidade na organização do trabalho das enfermeiras, agora empossadas “*de um novo papel que é o de conceber, pensar, decidir os cuidados e como os prestar, de forma a ir ao encontro das necessidades específicas da pessoa e de assegurar a continuidade dos cuidados até que o doente seja capaz de realizar as actividades de vida.*” (Rebelo, 1996, pp. 17).

Mas para que as alterações que esta corrente introduz se possam materializar, são necessárias novas configurações sociais, económicas e políticas. Assim, ao nível das instituições impõem-se uma redefinição da natureza do serviço que prestam às populações em termos de saúde – que permanece centrado na doença e na tecnologia médica – e o reconhecimento e atribuição de valor económico ao contributo singular de cada grupo profissional na concretização desse serviço, traduzidos por uma reorganização do trabalho e da hierarquia de poderes.

Por outro lado, ao nível da educação de enfermagem é necessário romper com os modelos de formação vigentes, de tipo transmissivo, teoricista – é na teoria que o estudante aprende as *teorias de enfermagem* que aplica linearmente na prática – e normativo (Lesne, 1984) não preparando as enfermeiras para as novas responsabilidades que agora lhe são atribuídas. Neste cenário, as teorias de enfermagem vão-se converter em “regras do pensamento” e “modelos a aplicar”, inibindo toda possibilidade de interrogação dos cuidados a quem os presta: “*Da “enfermeira modelo” passa-se sem se dar conta ao “modelo para enfermeiras.”*” (Collière, 2003, pp.129).

Esta pressão desenvolvida pelas elites e associações de enfermagem para a adopção de instrumentos conceptuais específicos da enfermagem, fortaleceu resistências e aumentou a distância entre a teoria e a prática e os respectivos actores, reforçando a dicotomia entre os que pensam e os que fazem enfermagem e por essa via contribuindo para a subsistência de práticas rotinizadas, isto é tarefas padronizadas de cuidados, prescritas por uns e executadas por outros.

Também o conceito de *relação* será frequentemente mal interpretado, dentro e fora da enfermagem. Associada a certas imagens de moral profissional e por isso considerada *óbvia*, de certo modo à parte do exercício profissional – um extra –, acaba por circunscrever a enfermeira a um papel de confidente, dificilmente sustentável e sem que possa ser argumentada ao nível das administrações e das equipas de saúde,

a gestão de tempo e espaço necessárias, para que se inscreva numa acção profissional.

O mesmo acontece no plano educativo, que dificilmente encontra espaço para garantir a qualificação da enfermeira para a relação humana, sobrecarregado por conteúdos das ciências médicas e aspectos técnicos, onde os saberes específicos de enfermagem são transmitidos de um modo idealizado, sequencial e expositivo e aquilo que os alimenta desintegrado. Por outro lado quando aparece nos planos de estudo – a relação humana – será sob o apanágio da relação dual centrada no doente, não preparando a enfermeira para poder agir simultaneamente sobre os mecanismos institucionais:

Ela mobiliza, de novo, as suas motivações profundas: ter capacidade para ser útil ao doente, mas ficando totalmente desamparada perante o peso institucional e muito pouco preparada para viver relações de paridade com diferentes parceiros sociais. (Collière, 1989, pp. 161)

É nesta encruzilhada dos factores que se situaram os obstáculos à plena difusão desta corrente – de revalorização entre quem presta e quem recebe os cuidados – que não obstante, constituiu um grande passo no caminho da profissionalização da enfermagem.

O aumento inconsiderado das despesas de uma “máquina da saúde” com tecnologias cada vez mais pesadas, uma não rentabilização de todos os recursos susceptíveis de promover a saúde das populações, um acesso à saúde desigual e uma visão normativa da saúde que retira aos cidadãos a possibilidade de serem pró-activos constituirão alguns dos factores que vão desencadear a próxima corrente.

Corrente ligada ao desenvolvimento da saúde

Esta corrente emerge no final da década de setenta: o aumento das trocas interculturais, o avanço das ciências esclarecendo o impacto das dimensões sociais e culturais no processo saúde-doença, desencadeiam movimentos sociais que põem em causa um pesado sistema de saúde centrado na doença e que “deixa de fora” um número significativo de pessoas, apesar de um aumento contínuo das despesas de “saúde” contribuindo para uma “medicina próspera”. (Organização Mundial de Saúde, 1977 in Collière, 1989, pp. 169).

Tratar as doenças revela-se manifestamente insuficiente para a manutenção da saúde das pessoas e dos grupos. A saúde, que tal como a vida a que se liga, é dinâmica e personalizada, depende do ambiente e das condições de vida e do *sentido que cada um pode encontrar na sua existência*, não podendo ser explicada ou compreendida, apenas por investigações biológicas. Promover a saúde é muito mais do que tratar doenças:

(...) a saúde é a capacidade do indivíduo ou do grupo de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades (...) ser capaz de mudar o ambiente e de se adaptar a ele (Organização mundial de Saúde, 1986 cit. in Bento, 1997, pp. 40).

Toda a actual política de saúde da OMS (1996) reflecte estas preocupações, afirmando a necessidade de uma política orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados curativos e de readaptação, que garanta a acessibilidade às pessoas aos cuidados de saúde essenciais, por meios culturalmente aceitáveis, com a sua total participação.

Pela natureza do serviço que asseguram, as enfermeiras constituem frequentemente “*o primeiro ponto de contacto*” com o sistema de saúde e por essa via ocupam um lugar privilegiado para a consecução da função de *gestor dos cuidados*, ou seja, assegurar o acesso a cuidados coordenados, evitando o risco de fragmentação face à complexificação da rede social de recursos. (Comissão Europeia, 1997 in Correia, 2004)

O actual conceito de saúde vai abrir novas perspectivas ao processo de profissionalização na medida em que amplia o campo das práticas de enfermagem e contribui para questionar o seu contributo social e económico.

O objecto dos cuidados de enfermagem é a pessoa/ família na sua *situação de vida*¹², é da situação que emergem as acções a desenvolver. Este centrar-se na situação de vida, exige um pensamento que se abre à complexidade, capaz de lidar com o imprevisível, uma vez que a situação nunca é totalmente elucidada, porque vive

¹² A vida é marcada por uma sucessão de passagens (do nascimento até à morte) que para serem ultrapassadas exigem ser envolvidas por cuidados. Estas passagens da vida não podem ser reduzidas a um critério de saúde ou doença: a maternidade, a adolescência, a velhice, são algumas destas passagens que não são sinónimo de doença, mas que necessitam contudo de cuidados para permitir à vida realizar-se e prosseguir-se. Qualquer passagem tem um carácter biológico, afectivo e social, é influenciada pela cultura - hábitos e costumes – e carregada de significados e sentidos para quem as vive, mas também para quem as acompanha. (Honoré, 2001; Collière, 2003)

e portanto segue as leis fundamentais da vida, transforma-se, modifica-se. (Collière, 2003)

A concepção original das práticas de cuidados praticados e transmitidos pelas mulheres, já aqui apresentada, encontra de novo todo o seu significado: os cuidados de enfermagem reconciliam-se com a vida comunitária onde se fundam – cuidados inseridos no tecido social e económico da vida quotidiana; visam estimular as capacidades de viver – cuidados que permitem à vida manter-se e desenvolver-se –; e são portadores de sentido para quem os presta e para quem os recebe – são cuidados reflectidos a partir daquilo que as pessoas vivem.

Esta concepção de *cuidados comunitários* veicula um duplo sentido, isto é, são *cuidados que se inserem na comunidade* – cuidados ao domicílio, na escola, no trabalho, etc. – mas também que *inserem na comunidade*, isto é, que se articulam com os recursos comunitários – associações civis, grupos de entre-ajuda, etc. – e que descobrem e mobilizam a rede de capacidades e recursos de cada pessoa/ família, restituindo-lhes o poder de agir sobre a sua situação.

Repôr os cuidados na comunidade, significa ultrapassar os muros do hospital, mas também do centro de saúde, conferindo novos sentidos à noção de *continuidade de cuidados* que já não se refere apenas aos cuidados a prestar dentro de uma mesma equipa ou instituição, mas à articulação e complementaridade inter-equipas e inter-instituições – abrangendo todas aquelas que se constituam recursos comunitários, entre elas a família –, propiciadora de ganhos em saúde, em tempo e económicos.

Os profissionais de saúde não podem mais ignorar a dimensão social, cultural e económica dos cuidados. A antropologia, a sociologia, a demografia e a economia constituem-se saberes incontornáveis para as enfermeiras, que não podem dissociar a sua função de prestação, da de gestão dos cuidados.

Assim, toda a função de cuidados é necessariamente coadjuvada pela função de gestão desses cuidados, pois é a partir da identificação dos problemas encontrados nas situações de vida das pessoas, famílias ou comunidades, que se elaboram os projectos de cuidados e se fazem opções de gestão dos recursos: “(...)o que exige a aprendizagem da argumentação dos projectos, de expressão de conflitos, de negociação, de relação de paridade com reconhecimento das diferenças e das complementaridades.” (Collière, 1989, pp. 172).

O plano de cuidados, agora frequentemente designado *projecto de cuidados* é um instrumento de trabalho indispensável na gestão (da complexidade) dos cuidados: é orientado a partir do que é significativo na situação; situa-se no tempo; é avaliado à medida que é realizado.

O *projecto de cuidados* constrói-se a partir do “material” que vem da situação de vida, exige saber o que se procura a partir daquilo que é significativo para aquele(s) que a vive(m) – discernir/ clarificar o pedido de ajuda - e que servirá de base à elaboração do *projecto* – oferta de cuidados de enfermagem - concebido como um *projecto-acção* - encontrar a resolução do(s) problema(s) a partir dos dados da situação –, reflectindo desempenhos pensados e conduzidos pela enfermeira, visando atingir fins. (Martin, 2000; Collière, 2003)

O *projecto de cuidados* situa-se no tempo, toda a acção humana que não é inserida num tempo preciso dilui-se. Conceber o *projecto* numa dinâmica do tempo é antes de mais evitar situações de dependência e de esmagamento – tanto para quem presta como para quem recebe os cuidados – por uma acção desumanizada¹³, pôr limites no tempo é condição vital para conceber os cuidados a partir de um *projecto-acção*, conduzindo a uma prática profissional, situada e avaliada. (Guy Bilaudeau, s/data in Collière, 2003).

O *projecto de cuidados* permite avaliar os impactos da acção em função dos resultados obtidos e não pelo número de tarefas, visitas domiciliárias ou consultas. Passar de um modelo de avaliação quantitativa dos cuidados para um modelo qualitativo dos cuidados, implica necessariamente acompanhar todo o processo de cuidados de uma avaliação/ análise, mediada por uma reflexão¹⁴ em grupos de referência, locais de expressão do vivido das situações, onde se possa ser esclarecido por conhecimentos que permitam a compreensão dos fenómenos.

Também a *educação para a saúde* se redefine, quer se destine a uma pessoa, quer a um grupo ou comunidade, não pode reduzir-se a um conjunto de acções sistemáticas de controlo e educação sanitária, tem de partir “*da verificação concreta e analisada dos problemas encontrados e não de uma aplicação artificial de conhecimentos normativos*” (Collière, 1989, pp. 172)

¹³ Toda acção humana é uma acção finalizada, é um movimento em direcção a um fim. A prática de (cuidados) é uma actividade situada num meio, num quadro de vida e de acção, ordenada segundo certos princípios e regras, finalizada e valorizada nos seus efeitos. (Malgaive, 1995; Honoré, 2001)

¹⁴ Esta reflexão tece laços com o conceito de aprendizagem experiencial de Kolb (1984 in Alarcão, 2001) que a define como um processo transformar a experiência no sentido da construção de um saber.

Centralizada no desenvolvimento das pessoas e dos grupos, esta corrente interroga o aumento das tecnologias pesadas e regenera as tecnologias simples passíveis de serem entendidas e utilizadas pelas pessoas e que se adaptam às suas necessidades e recursos. Revigoram-se as práticas ligadas ao corpo – primeiro instrumento dos cuidados –, como a primeira de todas as tecnologias simples, (re)aprendem-se as práticas de expressão corporal – massagens, técnicas de relaxamento, a reflexologia, a sofrologia – as práticas ligadas à alimentação e à utilização das plantas – naturopatia, fitoterapia – que começam a ser (re)utilizadas na prática de cuidados de enfermagem.¹⁵

A tomada de decisão da natureza dos cuidados a assegurar em relação com ou com as finalidades a atingir – diagnóstico em cuidados de enfermagem – é fundamental para a estimativa dos efeitos terapêuticos dos cuidados. A clarificação dos cuidados e do que se procura atingir através deles é agora fonte de interesse tanto para as enfermeiras que os prestam como para as pessoas que os recebem (procuram) e permite igualmente um diálogo em parceria e uma relação de complementaridade com os outros profissionais da equipa de saúde.

Torna-se imperativo (re)construir os saberes que a prática encerra, construídos e transmitidos de geração em geração, tradicionalmente através dos *saberes da acção* (Malglaive, 1995), sem que tenham tido lugar de uma enunciação explícita. A prática, que durante tanto tempo foi (des)considerada entre as teóricas de enfermagem que construíam os seus saberes fora dela e mesmo, pelas próprias enfermeiras do terreno que marcadas por uma aprendizagem directiva e normativa tendiam a desvalorizá-la, reabilita-se, passará a ser concebida como objecto de análise e campo de produção de conhecimentos em enfermagem. (Collièr, 2003; Rebelo, 1996)

As enfermeiras são chamados a investigar a sua prática, não só para a alimentar, mas para divulgar o seu saber junto de todos os cuidadores informais que os asseguram no quotidiano a si próprios e às suas famílias. Investigar, dominar as metodologias de investigação é agora uma condição essencial para as enfermeiras, que enquanto profissionais dos cuidados, estão socialmente investidos de os investigar e desenvolver.

¹⁵ Este reencontro com as práticas originais dos cuidados é testemunhado por vários documentos realizados fora e dentro do nosso país, é o caso do livro "Terapias Naturais na prática de enfermagem, editado em 2003 pela Sinais Vitais; e também pela introdução de unidades curriculares opcionais nos cursos de enfermagem (iniciais e pós-graduados) versando sobre as práticas de expressão corporal referidas. Contudo de um modo geral e particularmente no nosso país estas práticas encontram obstáculos à sua aceitação e difusão nos contextos de trabalho.

A disciplina de enfermagem, durante décadas “inventada” a partir das técnicas delegada pelos médicos e mais tarde de um ideal representado pelo “modelo de enfermagem”, aproxima-se da realidade: *“Se estudarmos a prática de cuidados e procurarmos compreender o(s) sentido(s), contribuiremos para a clarificação dos conteúdos disciplinares de enfermagem e muito concretamente do cuidado de enfermagem”* (Amendoeira, 2000, pp.70)

Estes conteúdos disciplinares implicam necessariamente conhecimentos e saberes diversificados – *todos os domínios que falam dos homens e dos fenómenos de vida, todos os saberes vivenciados, especialmente dos que vivem as situações* – capazes de sustentar a criatividade das enfermeiras, que para cuidar, são chamadas a criar no quotidiano:

(...)é uma criação sempre renovada que exige uma grande atenção e uma análise fina com base em numerosos conhecimentos diversificados, para saber ler e descodificar o grande livro da vida...das vidas..., saber utilizar aquilo que se aprende com ela e fazer prova de uma real inventividade nas coisas aparentemente mais banais¹⁶.” (Collière, 2003, pp. 193)

À educação em enfermagem (formação inicial e pós-graduada) é agora reforçado o desafio de proporcionar experiências de aprendizagem que permitam aos seus estudantes agir e conduzir a sua acção: desenvolver a capacidade de análise das situações de cuidados, identificar a natureza do(s) problema(s), desencadear os cuidados de enfermagem e promover a sua continuidade. A circulação da informação verbal e escrita (instrumentos para a recolher e registar) é essencial em todo este processo, que não é intuitivo e exige o recurso a uma formação de acção-reflexão, que proporcione espaços de auto-questionamento. (Charon & Giraud, 1999)

Aos formadores é solicitado que se coloquem nas situações, não se trata de um saber a ensinar, mas de um processo de comunicação, de co-construção (pôr em relação, criar laços), onde cada um tem que se situar, explorar, estudar, questionar-se e ajuizar laços entre o vivido e o seu significado. Simultaneamente estes espaços permitem explicitar, desenvolver e tornar a prática inteligível, situando-a ao nível de uma prática profissional. (Donnadieu et al, 1998; Collière, 2003; Honoré, 2000)

¹⁶ As coisas mais banais, todos aqueles actos a que se refere Heesben (1997) como as “pequenas coisas” do cuidado de enfermagem, de uma aparência simples (por oposição a complicadas), mas com uma profunda intencionalidade cuidadora, a de expressar a alguém o seu direito a existir e o reconhecimento da sua existência, do seu vivenciado, que lhe é próprio e singular.

Esta corrente desencadeia uma nova geração de modelos teóricos de enfermagem, reunida em duas escolas de pensamento que têm a fenomenologia como referência: do ser humano unitário e do "caring" (cuidar/cuidado). (Kérouac, 1994). Cuidar é entendido como a essência da disciplina de enfermagem, o seu foco dominante e unificador, um conceito organizador para a prática de enfermagem que não é mais do que a profissionalização da capacidade humana de cuidar. (Kérouac, 1994; Meyer e tal., 1995 in Bento, 1997). Estas teorias reforçam a necessidade de uma abordagem holística da pessoa e da saúde, de cuidados de enfermagem socialmente e culturalmente situados, visando pela sua acção mobilizar os recursos internos e externos da pessoa no sentido de favorecer uma inter-relação harmoniosa entre o ambiente e o indivíduo, família e grupo. As funções de enfermagem são definidas por relações de colaboração com profissionais de outras disciplinas.

Sintetizando, uma prática profissional de cuidados de enfermagem, fundada num agir cuidador¹⁷, caracteriza-se por uma abordagem:

- Holística, parte de uma visão global das pessoas, situando-as no seu contexto de vida e tentando compreendê-lo, o que exige possuir conhecimentos diversificados sobre a vida e os fenómenos de vida;
- Fenomenológica, encontra o seu sentido a partir daquilo que as pessoas vivem e não a partir daquilo que a aplicação de normas e modelos teóricos estereotipados determinam; implica aprender mais do que ensinar; saber-ouvir para aproximar a verdade da pessoa, para a ajudar a enunciar o modo como representa a sua situação de vida – as suas preocupações em matéria de saúde, que problemas identifica, que recursos e dificuldades, etc. – e para discernir a natureza do seu pedido de ajuda – como podemos ajudá-la, como perspectiva essa ajuda;
- Reflexiva, exige um conjunto de capacidades de análise da situação e reflexão na acção, necessárias à construção de um projecto de cuidados estabelecido em parceria com a(s) pessoa(s) implicada(s). São estas capacidades - de análise e reflexão - que conduzem o julgamento clínico e fundamentam a tomada de decisão que acompanha todo o projecto de cuidados, situado no tempo – estabelecimento de prioridades em função da evolução da situação - e no espaço - tem em conta os recursos humanos e materiais dos cuidados -, orientado por objectivos,

¹⁷ Nem toda a acção humana é inevitavelmente nem intencionalmente cuidadora, contudo dentro deste novo paradigma em que a enfermagem se define simultaneamente como a arte e a ciência do cuidar (Watson 1988 in Kérouac et al, 1994), toda a acção de enfermagem implica um questionamento sobre o sentido cuidador do cuidado, fundando aquilo que Honoré (2001) denomina de agir cuidador.

continuamente avaliados e adaptados no sentido de responder gradualmente às necessidades - não é possível dar resposta a todas as necessidades ao mesmo tempo;

- Concertada, seja ela de carácter preventivo ou curativo, requer uma partilha, um diálogo com todas as pessoas implicadas, o que implica (aprender a) comunicar, argumentar e explicitar com outros parceiros a tomada de decisão que fundamenta o tipo de cuidados-acção a empreender. Deste modo, *o projecto de cuidados de enfermagem* será estabelecido tendo em conta o conjunto da acção a empreender para dar resposta às necessidades da saúde

Se esta corrente ligada ao desenvolvimento da saúde traz com ela novos caminhos à profissionalização da enfermagem, fundadas na premissa de que esta signifique uma prática singular identificada, não podemos ignorar, que assegurar os cuidados aos outros não depende de uma ideologia ou sublimação, mas sim da capacidade de encontrar estratégias capazes de transpor os múltiplos obstáculos que as enfermeiras vivem no seu exercício quotidiano.

Em nossa opinião, suportada por múltiplos autores (Adam, 1994, Benner, 1998; Collière, 2003; Martin, 2000; Rebelo, 1998;) são essencialmente três, as estratégias que podem conduzir a enfermagem a uma nova etapa de profissionalização traduzida por uma prática profissional:

- Precisar o campo de acção e de competências específico das enfermeiras, a partir da definição do serviço por elas assegurado à sociedade – funções das enfermeiras –; e da explanação das intervenções de enfermagem, isto é, precisar o que são cuidados de enfermagem, nomeá-los e explicitá-los argumentando o que se propõem atingir em função das finalidades procuradas e da natureza da relação que tecem com os tratamentos;
- Identificar o campo de decisão e de iniciativa das enfermeiras;
- Revelar os efeitos terapêuticos e incidências sócio-económicas desta prática na saúde das populações.

História Portuguesa da Educação em Enfermagem

Muito embora as primeiras experiências de ensino-instrução de enfermagem em Portugal remontem aos últimos anos do século XIX, as primeiras escolas oficiais datam respectivamente de 1901, em Lisboa – Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de São José – e de 1919, em Coimbra – Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra. (Carvalho, 1996; Soares, 1997)

Estas escolas de enfermagem, emergem da necessidade das administrações melhorarem o rendimento dos hospitais que gerem, assegurando no seu seio, a presença continuada de um grupo de mão-de-obra barata, mas adequadamente instruída. É um pessoal que deve “*obedecer às prescrições, acudir aos acidentes imprevistos, informar as ocorrências enfim, substituir o clínico em tudo o que não depender de uma direcção científica*” (Tomás de Carvalho, 1886 cit in Soares, pp.49)

São os médicos e associações médicas que insistem na necessidade de criação de escolas, concebidas como anexos aos hospitais universitários (Lisboa, Coimbra e Porto), visando instruir o pessoal de enfermagem para o desempenho das funções e papel por eles consignado.

Estes hospitais, cujo encargo administrativo era da responsabilidade do Estado, destinavam-se à população carenciada que não tinha possibilidade de assegurar os cuidados em suas casas, excediam largamente as suas vagas, as suas instalações eram deficientes, as condições de higiene eram precárias e os equipamentos praticamente inexistentes.

Neste sentido, o alvo dos cuidados eram os doentes pobres, os funcionários que os asseguravam e a quem agora eram também delegados alguns tratamentos médicos não beneficiavam de qualquer preparação técnica. A acção médica era frequentemente descoordenada e a regulamentação por vezes ignorada. (Soares, 1997).

Este “pessoal de enfermagem” – criadas(os), empregadas(os) de enfermagem e enfermeiras(os) – era precariamente remunerado, não dispunha de qualquer preparação específica, era obrigado a uma disciplina rigorosa, a pesados horários e eram-lhe exigidas ao longo do dia um rol de tarefas incomportáveis – cuidados, tratamentos, actos religiosos, tarefas administrativas e outras -, como o atestam relatos da altura.

As primeiras escolas são custeadas pelas administrações hospitalares e dirigidas por um dos seus médicos. A finalidade destas escolas é a habilitação do pessoal que assegura os “cuidados de enfermagem” e em particular, daqueles que pretendam ingressar no quadro de enfermeiros, dado que o diploma do curso, com a duração de dois anos, se constitui como condição expressa de provimento. Os programas fundam-se numa concepção da “enfermeira auxiliar do médico”, que age em contexto hospitalar e na continuidade das suas prescrições, ignorando-se quaisquer funções que não sejam as de coadjuvã-lo. (Carvalho, 1996; Soares, 1997)

São admitidos alunos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 17 e os 30 anos, com a instrução primária e podendo ser externos ao hospital, o que contudo é uma situação rara. Em todo o caso, uma vez admitidos, eram imediatamente convertidos em empregados do hospital não remunerados e submetidos aos comportamentos de obediência hierárquica praticados nos serviços hospitalares. As suas necessidades de aprendizagem eram subjugados aos interesses dos hospitais – assegurar as tarefas que lhes estão destinadas - e daqueles que nele detinham o poder. Neste clima de precariedade a frequência às “aulas” era escassa e descontinuada, agravada pela descoordenação que existia entre os momentos de ensino teórico e de ensino prático, muito embora regulamentados.

Na década de quarenta vão surgir os primeiros diplomas legais sobre o ensino da enfermagem, as escolas passarão a ser tuteladas pelo Ministério do Interior, é conferida autonomia técnica e administrativa que permite a contratação de pessoal próprio, mas é conservada a sua dependência das administrações dos hospitais que têm a jurisdição da sua organização administrativa e da nomeação de um dos seus médicos para o cargo de director.

É instaurado um programa único com a duração de dois anos e as habilitações requeridas para a sua frequência o 2.º ano liceal (seis anos de escolaridade). Este programa não apresenta alterações significativas face aos que até aí se realizavam, é organizado em torno dos saberes médicos: saberes centrados na doença e nas técnicas necessárias ao desempenho das funções delegadas, estes últimos constitutivos da “nova disciplina” de enfermagem, agora denominada “técnica de enfermagem” e “técnica de enfermagem médica e cirúrgica”. Dá-se preferência a estudantes do sexo feminino, *mais adaptáveis a uma profissão desta natureza*, o celibato é-lhes exigido e os cursos devem realizar-se tendencialmente em regime de internato.

O Estado, visando fazer face às graves carências de pessoal de enfermagem, cujos candidatos face aos baixos salários e condições de exercício permanecem em número reduzido, cria o curso de auxiliares de enfermagem com a duração de um ano, para jovens com a instrução primária, justificando-o com base na argumentação de que algumas actividades desempenhadas pelas enfermeiras não possuem carácter profissional pelo que podem ser atribuídas a um pessoal menos qualificado.

Na sequência destas medidas criam-se residências sob a tutela do Ministério do Interior para todas as alunas, mesmo as que residiam na proximidade da escola. Estes lares eram concebidos como locais de formação moral e profissional – aprendizagem do papel da (mulher) enfermeira – justapondo vida pública e privada, numa lógica de continuidade hospital-residência pautada por regras de conduta e pela redução de contactos com a vida social e cívica. (Collière, 1989; Petitat, 1989 in Soares, 1997; Soares, 1997).

Ao longo de mais de quarenta anos os médicos são os professores exclusivos das escolas de enfermagem. Através dos lugares de decisão que nelas ocupam, controlam e determinam o que deve ser ensinado, por um lado com base nas tarefas que pretendem delegar nos enfermeiros e por outro, com base no relacionamento que esperam pautem as suas relações, mais marcadas pela submissão do que pela colaboração. (Collière, 1989; Soares, 1997, pp.78)

Durante este período quando às enfermeiras é confirmada aptidão para colaborar na formação (ao nível da prática), constituem-se como *auxiliares de ensino*, estatuto que será alterado no final da década de quarenta, onde o aumento do número de cursos acabou por diluir a presença dos médicos na escola, colmatada com uma nova categoria de “docentes”, as (enfermeiras) *monitoras – funções de orientação e avaliação dos trabalhos práticos e de fiscalização do comportamento dos alunos* – deixando antever uma intervenção das enfermeiras, agora alargada no tempo e espaço, de outra natureza face ao ensino dos seus pares:

A criação da categoria e lugares de monitores a tempo inteiro, reconhecendo às enfermeiras a capacidade e indispensabilidade da sua intervenção na formação dos seus pares, é o primeiro passo de um processo que vai permitir às enfermeiras assumirem, anos mais tarde, o controle do ensino de enfermagem (Soares, 1997, pp.78)

Até aqui o modelo de formação é dominado por um *modelo de tipo empiricista* em que o aluno aprende na prática copiando o que vê fazer, a que posteriormente se

adicionam considerações teóricas a partir de uma organização teórico-prática descoordenada, definida a partir das necessidades dos hospitais em cuidados de enfermagem e da disponibilidade dos professores médicos. (Bento, 1997)

Do ponto de vista do sujeito que aprende, este é considerado objecto da formação, a sua relação com o saber passiva, os saberes considerados objectivos e cumulativos. O saber está no ambiente e os conhecimentos são os saberes disponíveis nesse ambiente onde o sujeito se integra. Conhecer é reproduzir, fazer uma cópia do meio. (Lesne, 1984; Donnadiéu et al, 1998)

Até à década de sessenta este é o panorama que marcará a educação de enfermagem em Portugal. O número de profissionais verá ampliado o seu activo à custa de um curso de duração inferior – o de auxiliares de enfermagem – ao invés de um conjunto de medidas promovendo o aumento de candidatas ao curso de enfermagem. O plano de estudos manteve-se praticamente imutável não se registando as transformações que já tinham ocorrido noutros países.

Entretanto tinha surgido em 1940, em Lisboa, uma escola de enfermagem que constituirá durante décadas um modelo de excepção na formação nacional de enfermagem – Escola Técnica de Enfermeiras –, anexa ao Instituto de Oncologia de Lisboa e por via deste dependente do Ministério da Educação que o tutela, conta ainda, com o apoio financeiro e técnico da Fundação Rockefeller. Inspira-se no modelo das “Escolas de Nurses” vigentes nos Estados Unidos (por sua vez inspiradas no modelo de Nightingale), prevê a atribuição de bolsas de estudo para as suas graduadas realizarem formação pós-graduada nesse país, em pedagogia e gestão, protagonizando uma nova imagem da enfermagem que se espera, se multiplique pela acção das suas diplomadas ao nível do ensino e da prática. (Soares, 1997)

O seu carácter de excepção é ilustrado pela sua directora, uma enfermeira, pelo seu corpo docente que é desde o início constituído por médicos e enfermeiras, estas últimas assumindo o ensino de enfermagem tanto em sala de aula como na prática; pelas suas alunas que possuem como habilitações literárias o 5.º ano dos liceus e a partir da década de sessenta o 7.º ano liceal; pelo seu estatuto de autonomia pedagógica e pela aprovação dos seus programas pelo Ministério da Educação.

O curso inicialmente com a duração de três anos é alargado nos anos sessenta para quatro anos (ano de estágio pós-escolar), centra-se numa concepção de enfermagem com funções ao nível da colaboração médica, com funções específicas da área clínica de enfermagem e ainda de gestão e pedagogia. As suas diplomadas

são habilitadas tanto para o exercício em estabelecimentos hospitalares como de saúde pública.

Contudo, apesar desta escola encarnar o modelo de formação em enfermagem vigente nalguns países da Europa e na América do Norte, registando as transformações que já tinham ocorrido nesses países, em Portugal teremos que aguardar pela década de oitenta para assistir à plena multiplicação do seu modelo de formação.

Assim, no que se refere às restantes escolas, em 1965 passam para a tutela do Ministério da Saúde recentemente criado. São enunciadas as finalidades do ensino no sentido de habilitar os alunos de enfermagem geral, agora com o 5.º ano liceal e sem restrições de admissão face ao sexo e estado civil, para trabalhar indistintamente em qualquer serviço hospitalar ou outros serviços de saúde. No programa do curso começa a ser dado maior ênfase a “matérias” relacionadas com a enfermagem, de que constituem exemplo as disciplinas de *iniciação aos problemas sociais, enfermagem de reabilitação, administração dos serviços de enfermagem, ensino de enfermagem, técnicas de ensino audiovisual, orientação para a vida profissional e deontologia*. (Bento, 1997)

A formação aproxima-se de um *modelo compartimentado* (Formosinho, 1987 in Bento, 1997), em que ensino teórico e ensino prático aparecem em espaços diferentes e ministrados igualmente por pessoas diferentes – “os que sabem” e os “que sabem-fazer”. Neste sentido os professores do ensino teórico mantêm-se os médicos, mas o ensino teórico-prático e ensino prático passará a ser da responsabilidade de monitores de enfermagem, a organização teórico-prática alterna períodos de teoria com períodos de prática. (Campos, 1994 in Bento, 1997; Carvalho, 1996; Soares, 1997).

Do ponto de vista do sujeito que aprende, entende-se que este nos períodos teóricos aprenderá a teoria, assente numa “realidade da formação e não na própria realidade” e nos períodos de prática passados nos seios das instituições de saúde, dominados por uma organização tayloriana do trabalho, aprenderá os saberes técnicos implicados nas tarefas. Não existe uma verdadeira relação entre teoria e prática, uma vez que a justaposição dos tempos de experiência e de transmissão do saber, não garantem uma aprendizagem integrada de saberes e experiências – falsa alternância –. Os conhecimentos continuam a ser os saberes disponíveis no ambiente onde o sujeito se integra: os saberes-saberes na teoria, os saberes-técnicos na prática. Conhecer é aplicar linearmente na prática as teorias aprendidas na teoria ou

simplesmente reproduzir o que vê fazer na prática (saberes técnicos). (Lesne, 1984; Malglaive, 1995; Donnadiou et al, 1998).

Em 1974, na senda das convulsões políticas e sociais que o país vive, extingue-se o curso e a categoria de auxiliares de enfermagem, a quem é concedida equivalência legal a enfermeiras de 3.^a classe. Segue-se a reforma de 1976 que define como finalidade do curso de enfermagem geral conferir aos estudantes, agora com as mesmas habilitações que as exigidas para o ensino superior, uma formação básica polivalente: *“Esta polivalência deve ser entendida como a capacidade de actuar, na comunidade ou junto do individuo, a todos os níveis de prevenção e atendendo às variações na composição etária dessa comunidade e à idade do individuo.”* (Despacho do Secretário de Estado da Saúde de 9/8/1976 cit in Carvalho, 1996, pp. 42).

Há uma aproximação à formação registada na Escola Técnica de Enfermeiras, são definidos objectivos educacionais, os três anos do curso repartidos por áreas de aprendizagem, introduzem-se novas disciplinas e os formadores têm a possibilidade de desenvolver os conteúdos – conceitos de saúde, pedagogia, gestão e investigação – e de os gerir com a colaboração dos próprios formandos, agora convidados a participar na sua formação visando o desenvolvimento de competências que permitam efectivar uma acção polivalente (Campos, 1994, in Bento, 1997).

Em 1986 acontece ainda uma última reforma curricular, antes das escolas passarem a ter autonomia na construção do currículo, que determina como finalidade da acção educativa a formação de enfermeiros generalistas, capazes de agir na sociedade contemporânea e de se ajustar e intervir ao nível das mudanças sociais e profissionais do futuro (Campos, 1994 in Bento, 1997, pp.69):

Prestar cuidados de enfermagem a indivíduos, famílias e comunidades a nível da prevenção primária, secundária e terciária, utilizando metodologia científica (Despacho do Secretário de estado Adjunto da Ministra da Saúde de 24/9/1987, cit in Carvalho, 1996, pp.42)

Estas duas reformas curriculares, 1976, 1986, prenunciam (formalmente), alterações conceptuais do modelo de formação e do papel do estudante, agora entendido enquanto sujeito social, determinando-se e adaptando-se aos diferentes papéis sociais e face à sua própria formação, que se espera opere através das suas motivações: *“É dada a liberdade ao aluno de intervir no seu projecto de formação”*. (Campos, 1994 in Bento, 1997, pp.69) O professor é agora chamado a facilitar o acesso dos alunos aos saberes e à aquisição destes e a centrar a sua acção no

processo de apropriação de conhecimentos, a partir da expressão das necessidades de formação dos formandos. (Lesne, 1984).

Em 1988 com o decreto-lei 480/88 de 23 de Dezembro, o ensino de enfermagem é integrado no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico. Dá-se início um processo de reconciliação da educação em enfermagem portuguesa com os padrões internacionais – directivas da Comissão Europeia e da Organização Mundial de Saúde –, nomeadamente no que se refere aos níveis de ensino, graus académicos, duração dos cursos e carga horária.

As escolas constituem-se como Escolas Superiores de Enfermagem, ficam pela primeira vez sob a tutela do Ministério da Educação ainda que conjuntamente com o Ministério da Saúde e são dotadas de personalidade jurídica e de autonomia administrativa, financeira, científica e pedagógica, o que será reforçado pelo decreto-lei n.º 205/95 que define o seu regime jurídico. São definidas como competências das escolas superiores de enfermagem:

- Desenvolver a investigação e a produção científica no seu âmbito;
- Promover a formação contínua de enfermeiros, organizando cursos de aperfeiçoamento e actualização e apoiando pedagogicamente os organismos de educação permanente;
- Contribuir para o desenvolvimento sanitário da região e/ou da comunidade em que se insere;
- Cooperar com entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras, com vista à melhoria do nível científico da enfermagem;

O curso passa a designar-se Curso Superior de Enfermagem, com a duração de 3 anos, organizado em anos e semestres, confere o grau académico de bacharel e o título profissional de enfermeiro e pela primeira vez as escolas decidem e executam o currículo de formação, sendo todavia definidas as linhas gerais do plano de estudos pelo departamento de Recursos Humanos da Saúde: cada escola deve definir um quadro de referência – organizador central do currículo e do modelo de formação – que permita explicar a prática profissional.

Estas mudanças levam o aparelho de educação a interrogar-se sobre os seus modelos de formação e particularmente, sobre os modos de alternância até aí dominantes. Estes últimos geralmente caracterizados pela presença do professor da escola nos campos da prática ao longo de toda a experiência clínica, assumindo-se

formalmente como único responsável pela orientação e avaliação dos estudantes e por essa via colocando entraves a uma efectiva apropriação cognitiva do real e com ela, ampliando a distancia entre teoria e prática.

O despacho 8/90 de 17 de Março vem pôr termo a este afastamento entre escolas e serviços ao nível da formação dos enfermeiros, determinando que os serviços de saúde devem colaborar com as escolas, nomeadamente facilitando campos de estágio de natureza e qualidade adequadas à formação dos novos enfermeiros e, permitindo a colaboração do seu pessoal de enfermagem na aprendizagem prática dos seus estudantes, de acordo com as orientações ajustadas entre as escolas e os serviços. (Pinto, 2000)

Mudam-se os modelos de formação ao nível dos ensinios clínicos, os enfermeiros dos serviços constituem-se como orientadores da prática clínica e os docentes como orientadores da escola. Mas nem as medidas legislativas, nem a atribuição formal do papel de colaboradores na formação de estudantes aos enfermeiros clínicos, podem por si só assegurar uma efectiva colaboração ao nível da educação dos futuros profissionais, promotora de uma prática profissional de enfermagem e de uma conseqüente melhoria na qualidade dos cuidados.

Durante décadas, escolas e instituições de saúde olharam-se com alguma desconfiança e mesmo ressentimento, que para serem ultrapassados exige o desenvolvimento de modelos de colaboração e uma acção concertada baseada no reconhecimento do papel que cada uma pode desempenhar ao nível da formação e profissionalização da enfermagem: Para as escolas trata-se de aceitar que nenhuma teoria pode explicar completamente a prática e que esta é mais do que as teorias e para as instituições de saúde trata-se de aceitar que a teoria é necessária à profissionalização dos ofícios, na medida em que o ponto de vista da teoria permite a introdução de uma perspectiva crítica no sentido da inteligibilidade das práticas.

Tentando retratar o "estado da arte" da educação em enfermagem no nosso país, no período que se seguiu à sua integração no sistema educativo nacional até à recente regulamentação do curso de licenciatura em enfermagem, período em que decorre este estudo, apresentaremos os resultados de algumas investigações conduzidas na sua maioria por docentes: conhecer melhor os estudantes e (re)conhece-los através da representação que detêm sobre a prática de enfermagem, foram linhas condutoras de um numero significativo de investigações.

Assim em 1995 Garcia, a partir das opiniões de um grupo de estudantes de enfermagem sobre a escola que frequentavam analisou o ensino de enfermagem numa perspectiva de ensino integrado no ensino superior politécnico. Os estudantes caracterizaram o ensino de enfermagem como exigente pela intensidade da carga horária, que inviabilizava toda possibilidade de adquirirem informação para além da que era dada em sala de aula pelo professor, este último percebido como estabelecendo com eles uma relação paternalista, não promotora de autonomia. Na sala de aula o modelo transmissivo prevalecia, sentiam-se receptáculos de uma (in)formação dificilmente integrável na prática, sem recurso à sua capacidade de iniciativa, de espírito de pesquisa e de reflexão e análise. Objectos de formação, sem a possibilidade de intervir no seu processo ensino-aprendizagem, sentiam-se consignados ao papel de submissão às normas e regras estabelecidas. Conclui então a autora:

(...) colocam(se) grandes dificuldades à escola de enfermagem na passagem de uma formação onde é enfatizado o cumprimento de comportamentos normativos, aspectos técnicos e relacionais, para a valorização de saberes da área específica de enfermagem numa perspectiva de formação a nível superior politécnico, que visa proporcionar aos estudantes uma preparação adequada para o exercício de uma profissão e simultaneamente proporcionar o desenvolvimento integral do estudante, através de uma sólida formação cultural e técnica de nível superior. (Garcia, 2000, pp.170)

Mendes (2001) realizou em 1995 um estudo sobre a representação social da “prática profissional” num grupo de estudantes de uma escola, tendo identificado como elemento organizador da representação e portanto passível de integrar o seu núcleo central, a “função de auxiliar do médico”, definida pela frequência e importância com que foram evocadas as cognições relativas ao diagnóstico e tratamento da doença, à execução exacta da prescrição médica e às tarefas prescritas por práticas rotinizadas. Com menor importância aparecem outros elementos, que parecem contudo tecer laços com o núcleo central: o utilizador dos cuidados é a pessoa doente destituída da capacidade de decisão sobre os cuidados que se lhe destinam; os conhecimentos necessários são os que suportam a técnica fundamental para assegurar o papel delegado pelo médico; a satisfação das necessidades dos doentes (alimentação, higiene, mobilização) é assegurada com base numa lógica de “rotinas” dos serviços.

Partindo de uma nova reconfiguração da enfermagem, traduzida pela função da enfermeira de apoio aos utentes nas suas tomadas de decisão – *advogada do utente* –, o que implica a passagem de uma moral de deveres – constituída por normas e virtudes que durante séculos marcaram as enfermeiras e as suas práticas – para uma moral ética do cuidar construída racionalmente pelo sujeito nas interações sociais, Ribeiro (1995), realiza um estudo junto de uma população de estudantes das escolas públicas de enfermagem de Lisboa, relativo ao desenvolvimento sócio-moral e orientação para o cuidar.

A autora verificou a quase total ausência de influência do curso no desenvolvimento do nível sócio-moral dos sujeitos. Quanto à orientação para o cuidar que prevalecia na amostra era uma orientação mista, onde coexistiam interesses e crenças que associam o ser enfermeira a actividades técnicas de cura e tratamento (tratar), com preocupações da área expressiva, mas deixando na penumbra o papel de advogada do utente (cuidar). Verificou porém que são as estudantes que possuem índices mais elevados de desenvolvimento sócio-moral que são predominantemente orientadas para o cuidar. Assim a autora aponta a necessidade de introduzir nos planos de formação momentos formais que promovam a discussão e reflexão em torno da ética e dilemas de enfermagem.

Também Coelho (1996) realizou um estudo com estudantes finalistas de uma escola pública, visando identificar a percepção destes sobre o que é ser enfermeira e os factores que influenciaram a construção dessa percepção. Para estes estudantes a finalidade da profissão é a promoção da saúde, do bem-estar, da qualidade de vida (quando a morte se impõe) e a independência dos utilizadores na realização das suas actividades. Estes utilizadores são quase sempre referenciados em situação de doença, mas é a pessoa doente que conduz o processo de cuidados e não a sua doença.

Quanto ao modelo de prática profissional, a orientação para o cuidar manifestada por alguns estudantes é expressa pela abordagem holística do utente, por uma intervenção global dos cuidados visando as suas necessidades físicas e emocionais, por uma acção de mediação junto da equipa de saúde e pelas actividades de acompanhamento e educação. Por outro lado, a orientação para o tratar é conduzida por uma percepção das funções técnicas abordada de forma reducionista e que não valoriza a participação do utente, a execução de tarefas e rotinas definidas pela organização – fazer registos, fazer admissões, transferir doentes, fazer higiene,

administrar terapêutica –. A relação enfermeira-utente está presente em todos os discursos, é referenciada como muito importante, mas aparece como uma componente suplementar, desintegrada dos cuidados/ tarefas.

Coelho atesta a dificuldade dos estudantes em nomear as funções autónomas da enfermeira e a quase não referencia a uma metodologia de trabalho suportada pela técnica de resolução de problemas (processo de enfermagem), deixando entrever uma indefinição do campo de competência da enfermagem, a que se junta um sentimento de não reconhecimento social da profissão. Também os condicionalismos derivados da política de saúde nacional – orçamentos insuficientes para a saúde, vínculos laborais precários e o fenómeno do duplo emprego – com impacto inevitável ao nível dos contextos de trabalho são referenciados.

Bento (1997), realizou um estudo com um grupo de estudantes de enfermagem de uma escola pública, tendo concluído que apesar das mudanças operadas na formação inicial – nomeadamente ao nível dos planos de estudo –, prevalecia um modelo de formação compartimentado, no sentido em que a apropriação de saberes e a integração da experiência pareciam ter existências diferentes, não permitindo tecer laços efectivos entre a teoria e a prática. Pensar e fazer enfermagem revelando profundas divergências: discurso ideológico anunciando uma concepção de prática centrada na pessoa e nas suas necessidades e desvendando pela descrição da sua prática e a dos outros, uma prática subsidiária da “doença da pessoa”:

Os discursos dos estudantes revelavam que os estágios eram por excelência o tempo e o espaço da aprendizagem do que é a enfermagem, que aprendiam com os enfermeiros da prática, porém esta aprendizagem reflectia uma lógica de reprodução de tarefas, sem recursos à tomada de decisão e ilustrando a dificuldade de transferir o conhecimento simbólico oriundo da teoria para a realidade da prática dos cuidados. Por seu lado, quando o professor possuía um dado perfil – estabelece com o estudante uma relação de cooperação e construção e oferece a teoria necessária para descrever e explicar a prática, incitando a auto-analise, a auto-responsabilidade e a autonomia – era considerado como facilitador dessa aprendizagem. Também Coelho tinha obtido resultados que apontavam neste sentido.

Já Basto tinha afirmado que apesar da função essencial do professor na formação, este não constitui o principal modelo de enfermeiro para os estudantes, mas sim o enfermeiro da prática clínica, sendo que, uma educação em enfermagem promotora de uma prática profissional ao invés de baseada em rotinas, implica

necessariamente proporcionar aos estudantes espaços para “pensar a sua prática”, espaços de encontro entre pensamento e acção.

Esta discrepância entre pensar e fazer enfermagem, emerge igualmente nos contextos de prestação de cuidados, com evidente impacto ao nível da formação de novos profissionais, mas também ilustrando a deficiente influência da educação em enfermagem ao nível da socialização profissional, parecendo revelar a sua dificuldade em preparar as enfermeiras para actuarem de acordo com valores profissionais.

Assim, num estudo que realizou junto de um grupo de enfermeiras portuguesas, Basto (1998a) verificou esta mesma distância entre as “teorias adoptadas” e as “teorias em uso”. O mundo profissional destas enfermeiras é caracterizado por um discurso profissional onde emergem as “teorias adoptadas” e representado por enfermeiras docentes e teóricas de enfermagem e o mundo da prática, altamente vulnerável à acção dos enfermeiros gestores e dos médicos, onde emergem as “teorias em uso” é caracterizado pela realização de uma série de tarefas e pela “falta de tempo”.

A autora conclui que embora as melhorias na educação em enfermagem apontem no sentido de uma ampliação do papel profissional das enfermeiras (pelo menos do ponto de vista formal), não incluem de uma forma sistemática processos de educação para obter mudanças no papel das enfermeiras no contexto de trabalho. Para que tal ocorra é necessário antes de mais que os valores profissionais veiculados pela formação se situem mais próximos da prática, correndo o risco de assim não for, perderem o seu sentido. Estes valores devendo ser discutidos na prática profissional e desenvolvidos consensualmente entre docentes, gestoras de enfermagem e enfermeiras dos cuidados directos.

Gostaríamos ainda de referir o estudo produzido por Rebelo (1996) sobre as práticas de cuidados de enfermagem de um grupo de enfermeiras prestadoras de cuidados, exercendo em diferentes contextos – centro saúde, serviço medicina e cuidados intensivos –. A autora começa por sublinhar a importância de vários factores que se articulam entre si, na configuração destas práticas, sendo que um deles é o modo como as enfermeiras representam a enfermagem e as suas práticas. Este modo como pensam e fazem enfermagem parece ser influenciado pelos contextos onde trabalham, particularmente a partir da estrutura das relações sócio-técnicas e de organização de trabalho, que se constituem como organizadores do poder (ou não) participar nos processos de decisão que orientam a prestação de cuidados.

Contextos de trabalho onde a estrutura das relações não separa trabalho intelectual/comando e trabalho manual/execução opõem-se aos contextos de trabalho que os separam, isto é, contextos em que uns pensam e decidem as tarefas (médicos e gestoras de enfermagem), outros executam-nas (enfermeiras prestadoras). Ainda assim, *“a articulação entre estas condicionantes e a prática das enfermeiras é construída pela representação que as enfermeiras se dão de si e da sua profissão – que fundamenta em termos simbólicos, a lógica do agir”* (pp. 163); e que está visível na escolha do serviço para o exercício das suas funções e no sentido que atribuem ao trabalho que nele podem realizar. Projectos de serviço e projectos profissionais (pessoais) tecendo grandes cumplicidades.

Assim, se por um lado a formação tem revelado uma mudança tendencial para passar do ensino de técnicas e procedimentos para o de estratégias que facilitem o desenvolvimento de capacidades relacionais e de julgamento crítico, por outro, permanece a ideia geral de que as práticas de enfermagem se mantêm tributárias do modelo biomédico e de uma organização de trabalho mediada por tarefas rotinizadas que não incluem um processo de decisão. (Basto, 1998a, 1998b; Ribeiro, 1995; Rebelo, 1996)

Por outro lado, as práticas e aqueles que as realizam têm sido vistos como consumidores de conhecimentos produzidos fora do seu contexto pela elite académica, na expectativa de ver concretizado – através da adopção de instrumentos conceptuais específicos de enfermagem nos contextos de trabalho – o reconhecimento social e a autonomia da enfermagem. Promovem-se resistências e amplia-se a distância entre a teoria e a prática, incorrendo nos erros que mais nos têm atormentado: destituir quem faz os cuidados da possibilidade de os pensar e não ter acesso aos saberes que estes cuidados encerram.

Os resultados destes estudos parecem apontar para alguma desarticulação entre a teoria e a prática, entre as práticas educativas desenvolvidas no espaço formal da escola e as práticas educativas desenvolvidas no espaço formal contextos de trabalho – unidades de saúde hospitalares e na comunidade – onde se desenvolve a componente de ensino clínico visando assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções profissionais de enfermagem, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado.

Posteriormente o Decreto-Lei 353/99 de 3 de Setembro aprova a transição das escolas públicas para a tutela única do Ministério da Educação, extingue o Curso Superior de Enfermagem com a duração de 3 anos que conferia o grau académico de bacharel e decreta a formação geral de enfermeiros através de cursos de licenciatura com a duração de quatro anos curriculares e a formação especializada através de cursos de especialização pós-graduada. A formação ao nível do mestrado e doutoramento será desenvolvido pelas instituições de ensino universitário no quadro do disposto na Lei de Bases do Sistema Educativo Nacional.

Constitui-se como objecto do Curso de Licenciatura em Enfermagem “*assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural*” necessárias:

-À prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidades, nos diferentes níveis de prevenção;

-À participação na gestão de serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde;

-À participação na formação contínua dos enfermeiros e outros profissionais na área da saúde;

-Ao desenvolvimento da prática de investigação e produção científica no âmbito de enfermagem;

A portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro aprova e disciplina o regulamento geral do curso de licenciatura em enfermagem definindo uma duração mínima de actividades pedagógicas de trinta e seis semanas por ano lectivo e a carga horária total do curso entre quatro mil e seiscentas horas e quatro mil e oitocentas horas.

O plano de estudos inclui uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico, sendo que a primeira deve ser de pelo menos um terço da carga horária total do curso e a segunda deve ser de pelo menos metade da carga horária total do curso. A primeira visa a aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício clínico de enfermagem, incluindo para além do ensino teórico propriamente dito, o teórico-prático, o prático e os seminários. A segunda pretende assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários ao exercício profissional de enfermagem e será assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado.

O plano de estudos a ministrar por cada estabelecimento de ensino é aprovado por portaria do Ministro da Educação e é integrado por um conjunto de unidades curriculares que podem ser semestrais ou anuais. Cada estabelecimento de ensino pode proporcionar unidades curriculares de opção. Os regimes de frequência, avaliação de conhecimentos, transição de ano, precedência e prescrição do direito à inscrição são fixados pelo órgão legal e estatutariamente competente do estabelecimento de ensino.

Nocção de Prática

A Prática na Relação entre Saberes Teóricos e Práticos

Actualmente a prática é entendida, como tudo o que diz respeito à acção humana, isto é, a transformação intencional da realidade pelos homens, implica portanto uma intenção e nesse sentido, um estado inicial do objecto da acção – o estado do real – e um resultado – a transformação do real pela acção que materializa a prática –. Estado inicial e final constituem portanto elementos da prática, sendo que o estado final concretiza a intenção (motor da prática) do sujeito da acção. (Malglaive, 1995; Rebelo, 1996)

A acção humana não é pois, apenas uma mera sequência de saberes-fazer, como durante tanto tempo foi designada, mas sim um movimento relativo a um fim. Neste sentido prende-se com o conceito de *praxis*, ou seja, a acção humana é hoje considerada uma actividade criativa do homem, actor dessa prática, situa-se na origem dos seus projectos e antecipa uma realidade que poderia ser. (Donnadieu et al, 1998)

As teorias sociológicas da acção, têm denunciado o papel desempenhado por uma ideia tradicional de prática – nomeadamente ao nível dos contextos de trabalho – que atribui a uns o poder de as decidir e a outros a sua realização, expressando uma pressão institucional mediada pela atribuição de papéis sociais numa lógica que opõe dominadores e dominados. É pois na passagem para uma prática que atribui àquele que a realiza o papel de a decidir e realizar, que se vislumbra um novo modelo de sociedade que considere as aspirações dos homens nas situações concretas onde agem. (Touraine, 1973; Crozier e al., 1977 in Honoré, 2001)

Estas definições que introduzem na noção de prática a dimensão ideológica e de ordem social, permitem alargar a sua compreensão muito para além da de mero fenómeno objectivo que modifica a ordem das coisas e nesse sentido contribuem para elucidar o actual sentido da relação entre prática e teoria.

Práticas materiais e práticas simbólicas

Não obstante, quando falamos de prática, a imagem mais corrente é ainda a da associação de prática à “acção material”, *transformadora do real material num resultado material*. Contudo, no seu sentido mais amplo, como refere Malglaive (1995, pp. 41), a prática – transformação do real pela acção nas suas diversas modalidades – , não depende claramente do “mundo material”, Tomemos como exemplo todas as transformações operadas pela palavra – que consola, que suporta, que informa ou censura – transformando estados psíquicos, por vezes mesmo comportamentos e desempenhando um papel fundamental nestas “acções não materiais”, mas contudo bem reais.

Este pensamento dicotómico da natureza das práticas – materiais e simbólicas – tece laços com a noção de duas realidades, a do *mundo material*, do concreto, opondo matéria e nesse sentido, realidade objectiva e a de *mundo simbólico*, do abstracto, opondo pensamento e nesse sentido realidade subjectiva.

Nuttin (1985 in Malglaive, 1995) define o *mundo material* como o mundo percebido das coisas reais, a matéria e o seu movimento e o *mundo simbólico* como o mundo do pensamento, dos discursos, dos códigos, das significações e dos significados. Este mundo simbólico é constituído por *representações* que têm lugar de expressão e enunciação numa dada linguagem, constrói-se nos contextos históricos e sociais, comunica-se oralmente ou por escrito e enriquece-se de geração em geração.

Haveriam assim as “práticas simbólicas/abstractas” que emergem do pensamento e que têm lugar de expressão pela linguagem, onde constituiriam exemplos majores as práticas de produção do saber ou ainda os discursos conceptuais e, as “práticas materiais/ concretas” que emergem do mundo material, caracterizado pelo fazer material, com elas forjando a ideia de uma prática dos que pensam (conceptores) e de uma prática dos que fazem (executores).

Estas duas concepções relacionam-se num certo sentido com aquilo que Moscovici (1986) denomina de “epistemologia científica” e “epistemologia profana”, opondo “sábio profissional” e “sábio naif” e que justamente são questionadas pela

teoria das representações sociais. No âmbito desta teoria a separação entre “mundo material” e “mundo simbólico” é mais o resultado do olhar do sujeito sobre a realidade do que a própria realidade, desenhando por vezes dela uma concepção (científica) parcial, apenas focalizada nos fenómenos da percepção e enquanto mera fonte de informação, neutra, não social e presumidamente objectiva e por essa via isolando-a do pensamento imaginário, simbólico e ilusório que a constitui.

Por outro lado, ao contrário da perspectiva da cognição social em que a informação e o tratamento da informação são abordados enquanto esquemas perceptivos e programados definidores de uma sequência de acções, as representações sociais são “sistemas” de preconcepções, de imagens e de valores com uma dada significação cultural, possuem uma finalidade prática, são apreendidas pelo sujeito através de suportes linguísticos, comportamentais e/ou materiais, subsistem para além das experiências individuais e tal como as teorias científicas incluem a previsão dos desvios possíveis. (Moscovici, 1986; Jodelet, 1989).

O homem é um ser racional e social, os seus comportamentos observáveis – práticas sociais – são sempre originados por outros comportamentos não observáveis – as actividades mentais –, uns e outros socialmente construídos. Mas o homem é também um ser racionalizante e por essa via atribui um sentido à sua acção que (re)constrói socialmente. Porém esta atribuição de sentido, depende da capacidade de enunciar, explicitar e comunicar numa linguagem simbólica a prática descodificada.

A prática são saberes teóricos e práticos na acção

Questiona-se assim uma perspectiva positivista e redutora da acção humana, enquanto mero resultado de *prescrições normativas*. Teoria e prática interrelacionam-se entre si para gerar a *alquimia da prática* (Malglaise, 1995). Qualquer prática, embora em diferentes graus e sub-modalidades, exige um conjunto de saberes teóricos e práticos e simultaneamente assegura por seu intermédio a dinâmica da estruturação desses saberes.

Dito de outro modo, toda prática pressupõe duas faces permanentemente imbricadas: uma face externa, perceptível, que introduz transformações explícitas nos objectos/ situações/ fenómenos em que incide e, uma face interna, abstracta, formada pelos meios de condução e de controlo da actividade. (Malglaise, 1995, pp. 157)

A face interna é na opinião do autor, composta pelos *saberes teóricos* e *saberes processuais* articulados entre si, são construções do pensamento, têm lugar de

enunciação e explicitação numa linguagem simbólica, permitindo que a acção se realize no abstracto antes de ocorrer no concreto, é este processo de distanciação da realidade, que o pensar a acção introduz, que o permite. *Saberes teóricos* e *saberes processuais* tecem entre si uma relação essencial, na medida em que os primeiros ao descreverem as leis de existência do real – sistemas de representação do objecto visado pela prática –, permitem a construção dos segundos – sistemas de representações dos tratamentos apropriados a este objecto –, organizados sob a forma de procedimentos/ projectos de acção para atingir um fim.

Por seu lado, a face externa da prática refere-se ao conjunto de *saberes práticos* e *saberes-fazer*. Os saberes teóricos e processuais são saberes incompletos sobre as práticas – o real é sempre muito mais complexo do que o conhecimento que a teoria fornece dele –, pelo que há inevitavelmente uma parte do saber que rege a acção que se constrói na própria acção, tecido em contexto e permitindo controlar e dizer o que a teoria não prevê nem diz. Os *saberes-fazer* são os actos humanos disponíveis (já experimentados e bem sucedidos) e potenciais, que permitem fazer face às situações, são eles que permitem a realização dos *saberes processuais*, não estão ligados a uma situação ou intenções únicas, reconfiguram-se em função destas.

Para Malglaive (1995, 1997) são este conjunto de saberes que constituem os *saberes em uso na acção*, implicados necessariamente na e pela acção, constituem uma totalidade complexa e móvel que assegura a dinâmica da estruturação desses saberes. Substituem-se, interpenetram-se e combinam-se entre si segundo dois modos de estruturação: num os saberes teóricos e processuais que constituem os fundamentos a partir dos quais se constituem os segundos – *investimento* –, noutro, são os saberes práticos e saberes-fazer que servem de ponto de ancoragem à volta do qual se organizam os primeiros – *formalização* –.

A formalização dos *saberes práticos* e *saberes-fazer* supõe um trabalho simbólico que permita compreendê-los e dar-lhes sentido. Adquirir um vocabulário necessário à designação dos seus elementos e das relações que os unem, conferindo-lhes uma significação, é essencial para a inteligibilidade das práticas. Esta formalização desempenha um papel fundamental na profissionalização das práticas dos “ofícios”, uma vez que as constituem, dada a sua natureza – mais do domínio da acção do que da palavra – e a clássica dicotomia entre “os que pensam” e “os que fazem”, têm sido precariamente enunciados e explicitados.

Estamos agora em condições de apresentar a figura 1, por nós adaptada sobre o que Malglaive denominou a *alquimia da prática*.

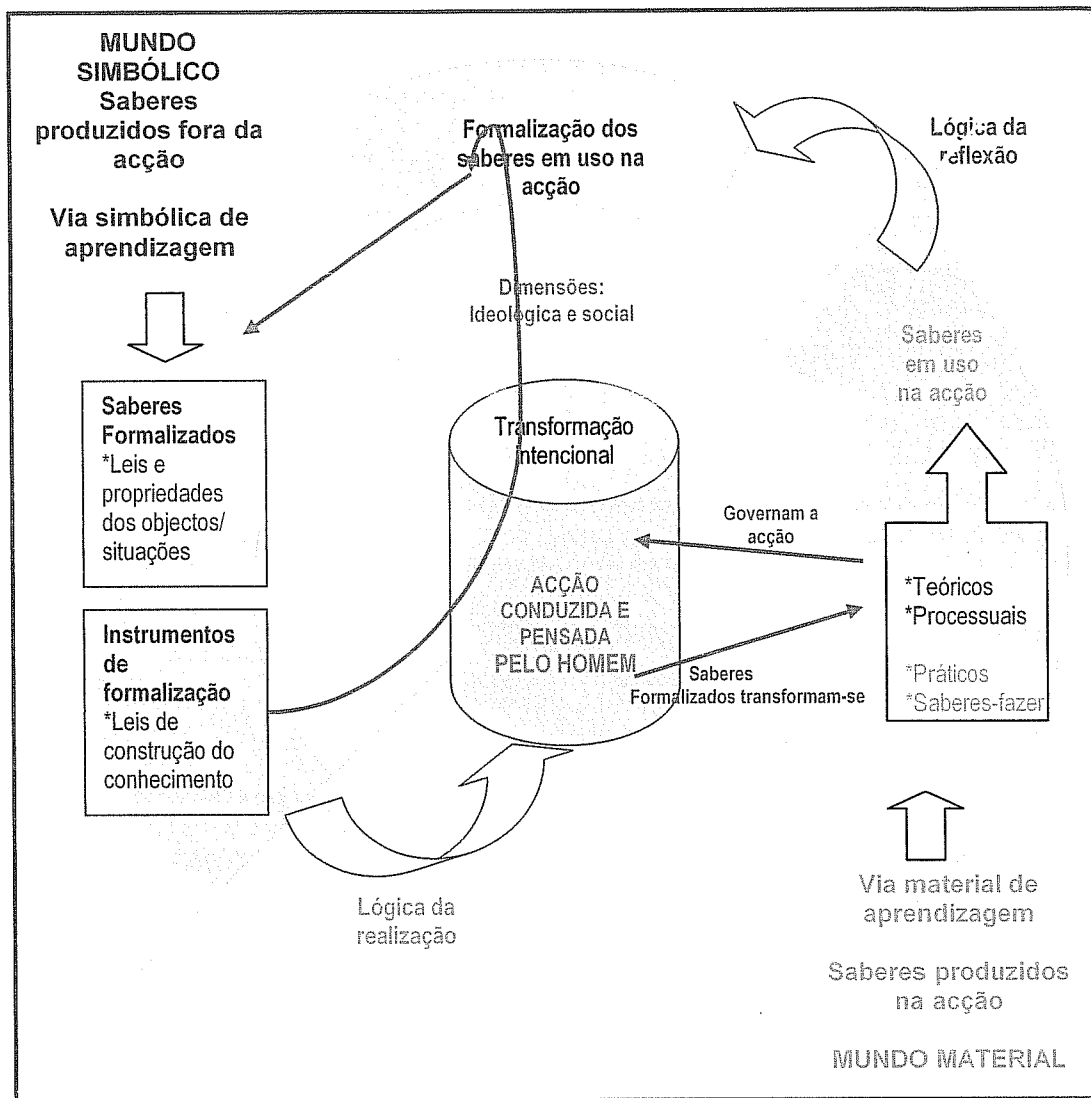


Figura 1 – A alquimia da prática; adaptado de Malglaive (1995)

Na *alquimia da prática*, a acção conduzida e pensada pelo homem, reúne duas lógicas assegurando entre si o desenvolvimento do saber da acção: a *lógica da realização*, na qual os saberes formalizados fora da acção se investem nela e se estruturam com os saberes nela produzidos, formando o conjunto dos saberes em uso, que conduzem e dirigem a acção; a *lógica da reflexão*, que (re)constrói o conjunto dos saberes em uso e alimenta novas formalizações para continuar a agir, na acção presente e em acções futuras.

É pois a acção que fornece os dados a formalizar e é nela que se devem investir os saberes formalizados que, articulados com os saberes práticos e com os saberes-fazer se reconstroem e permitem dominar o “porquê” e o “como” da acção. Esta formalização dos saberes supõe por parte do sujeito da acção, uma actividade intelectual sustentada por *instrumentos de formalização* – que esclarecem os diferentes elementos da acção e as relações que tecem entre si – e por um processo reflexivo de atribuição de sentido à sua acção.

Dominar o “porquê” e o “como” da acção, reveste-se ainda de uma dupla importância, na medida em que a *confrontação da prática “com o mundo material e social não é geralmente uma aventura solitária”* (Malglaive1995, pp. 101), é o caso da prática de enfermagem que implica geralmente uma acção concertada com outro(s) – equipa de enfermagem, equipa multiprofissional -, onde a troca de informações, significações e sentidos¹⁸ com os parceiros da co-acção se torna essencial.

Deste modo a relação que se tece entre saberes teóricos e saberes práticos é uma relação essencial e complementar. E se a prática enquanto acção humana reflectida, ocupa um lugar central na aprendizagem, a formalização de saberes no confronto com essa acção, constitui um elemento capital para a sua condução e controlo pelo sujeito que age, permitindo definir intencionalidades cada vez mais ricas. Destacaremos três pontos que nos parecem essenciais, para esclarecer o que acabamos de afirmar:

1. O real é sempre mais complexo do que o conhecimento que a teoria fornece dele, pelo que a teoria não indica nem as finalidades que a prática deve perseguir nem os processos para as atingir, estes tecem-se na complexidade da acção;

2. Contudo as teorias fornecem à prática: a) elementos de compreensão do objecto visado pela prática contribuindo directamente para a regulação dos saberes processuais; b) a possibilidade de pensar a prática no abstracto e nesse sentido de se realizar no pensamento antes de ocorrer no concreto, designando um lugar de actor ao sujeito da acção, que a pensa e conduz c) permite uma perspectiva crítica conduzindo a uma prática mais lúcida, capaz de ser argumentada ou questionada, constitutiva da inteligibilidade das práticas;

¹⁸ No âmbito da prática de cuidados de enfermagem entendemos por significação a compreensão partilhada por um conjunto de actores, por exemplo uma equipa de enfermeiras acerca da acção de cuidar e por sentido, o sentido individual que cada uma dessas actores atribui a esta significação, a sua orientação particular. (Honoré, 2001)

3. É apenas investindo-se na prática que a teoria pode ser interrogada assegurar o seu movimento permanente enquanto conhecimento científico do real, correndo o risco se de assim não for, se tornar estéril.

É uma educação em enfermagem que assegure o funcionamento global desta *alquimia da prática*, que permite a passagem de práticas rotinizadas para práticas profissionais¹⁹, pois se a intenção é o motor da prática, o que desencadeia o agir pensado e conduzido pelo homem é a tomada de decisão que articula conhecimento do objecto e dos procedimentos²⁰, a partir de abstracções empíricas (saberes formalizados) reflexivas (tecer laços) e reflectidas (as razões desses laços).

A Prática como Modo de Habitar o Mundo.

Como já vimos as práticas rotinizadas são frequentemente o resultado de uma dissociação entre saberes teóricos e processuais e, saberes práticos e saberes-fazer e nesse sentido, passar para práticas profissionais exige um dispositivo capaz de assegurar uma *alquimia da prática* que conjugue pensamento e acção, susceptível de formar profissionais capazes de pensar e conduzir as suas práticas.

Mas passar de uma prática rotinizada para uma prática profissional pressupõe também uma atitude existencial, uma forma particular de os sujeitos dessa prática *habitarem o mundo*: profissionais que desejem negociar escolhas respeitando a orientação pessoal do seu sentido de agir, a partir da descoberta da sua margem de liberdade face aos seus próprios recursos em capacidades cognitivas e relacionais e aos constrangimentos do sistema. (Honoré, 2001)

O agir humano é fundamentalmente determinado pelas suas representações do mundo e pelas necessidades *formar* e *cuidar*, entendidas enquanto dimensões existenciais. Uma e outra estão presentes ao longo de todo o ciclo de vida – ser

¹⁹ Consideramos práticas profissionais, as práticas que se constituem a partir de um projecto-acção, concebidas a partir de uma intencionalidade, pensadas e agidas pelo sujeito que as realiza, susceptíveis de ser argumentadas e questionadas, por oposição a práticas rotinizadas.

²⁰ No âmbito das práticas de enfermagem entendemos por conhecimento do objecto o conjunto de saberes susceptíveis de contribuir para a compreensão dos fenómenos de vida e por procedimentos o conjunto de modos de fazer susceptíveis de contribuir para a organização de um projecto de cuidados que vise manter, desenvolver ou estimular as possibilidades de viver. (Collière, 2003)

formado, formar-se e formar; ser cuidado, cuidar-se e cuidar – indiciando a relação intrínseca que tecem com a existência humana. (Honoré, 2003)

Honoré (2001, pp.54) partindo das concepções de Jaspers e de Arendt de que toda a acção humana finalizada tem uma vertente política, na medida em que o homem que age existe no mundo em coexistência e desse modo toda acção individual é simultaneamente social e tem impacto num mundo comum, sublinha a necessidade de se desenvolver: uma política do pensamento fundada na compreensão de que somos todos plurais e um agir político orientado para a construção de um mundo comum.

Toda acção tem impacto num mundo por ela (re)criado - o mundo onde existimos -, e nesse sentido toda acção tem uma dimensão cuidadora: não há mundo comum sem cuidado, mas há modalidades plurais de cuidar do mundo, da vida. Assim, o cuidado caracteriza toda a acção humana e o modo particular de agir é inevitavelmente marcada pelo sentido que o sujeito da acção lhe atribui:

“Agir (...) é cuidador segundo diversas significações do cuidado, escolhidas ou impostas, e é portador de um sentido próprio a cada actor.” (Honoré, 2001, pp.39)

Da nossa compreensão de que existimos neste mundo e de que pela nossa acção o reconstruímos, depende o nosso modo de o habitar – *presença* –: *“É de facto o nosso modo de presença, lá onde agimos, que orienta o nosso processo e o nosso olhar, deixando as coisas e as pessoas revelarem-se ou bem, classificando-as, representando-as, ordenando os objectos e os indivíduos segundo uma ideia pré-concebida que nos levou a estudá-los para os conhecer.”* (Honoré, 2001, pp. 76)

O autor descreve então três formas de presença no mundo com elas engendrando três modos de agir:

- Na *presença passiva*, o sujeito age de forma quase automática, encadeando actos de forma reflexa e programada, limita-se a transmitir informações e aplicar técnicas já calculadas, qualquer desvio exige o recurso a regras e modelos de aplicação previamente estabelecidos. Uma prática assim vivida conduz inevitavelmente a uma degradação ou desaparecimento do seu sentido. Quando procurado, o sentido busca-se fora da prática no conjunto de condições externas que constroem à passividade;

- Na *presença reactiva*, o sujeito da acção, reage às situações, está atento e reage às mudanças, mas a partir da noção de normalidade que procura restabelecer guiado pela preocupação de conformidade ao modelo, manutenção da ordem e respeito das regras. É uma prática redutora dos sentidos, na medida em que a diversidade questiona a normalidade;
- Na *presença reflexiva*, o sujeito da acção age para além do conhecido, enfrentando o imprevisível que é entendido enquanto elemento significativo permitindo descobrir os sentidos da acção, para si e para os outros nela implicados. A reflexão torna perceptíveis aspectos escondidos da situação, descobre o particular, as diferenças e originalidades, cria novas significações, reconstrói conhecimentos, instrumentos e valores de referência, actualizando permanentemente as regras e princípios da acção.

Esta presença ao mundo, não é estável, varia de pessoa para pessoa e com a mesma pessoa, em momentos diferentes da sua vida: tem os seus momentos reflexivos, de abertura à compreensão, frequentemente vividos como sentimento de plenitude existencial; tem os seus momentos de reactividade conduzidos pela procura de justificações e explicações e os seus momentos de abandono à passividade, geralmente fruto da submissão aos imperativos técnicos e económicos que condicionam a acção.

Desenvolver práticas profissionais exige também uma educação em enfermagem que desenvolva as capacidades de comunicação das enfermeiras para que possam negociar escolhas que respeitem o seu sentido de agir, argumentando as suas tomadas de decisão a partir do conhecimento do seu domínio de decisão e de iniciativa definidor da sua margem de liberdade na prática que desenvolvem.

Práticas cuidadoras e reflexivas.

Se todo o agir é tendencialmente cuidador e o cuidado materializa o sentido que o sujeito da acção lhe atribui a partir de uma matriz de significação, este sentido é contudo diverso, consoante se refira a cuidar de objectos, coisas ou pessoas (Honoré, 2001; 2003).

No âmbito da prática de enfermagem os cuidados destinam-se a pessoas e como bem lembra Collière (2003) muito embora os cuidados pertençam à humanidade, é aos enfermeiros que é atribuída a responsabilidade social de os

assegurarem – traduzida num serviço público de cuidados de enfermagem – quando por uma razão ou por outra, geralmente em momentos de crise ocasionados pelas passagens da vida²¹, a intervenção de profissionais é necessária.

Trata-se portanto de uma prestação profissional de cuidados, em que o modo particular de agir da cada profissional é inevitavelmente marcado pelo sentido que atribui à sua acção, numa matriz de significação tecida no seio da profissão. Neste sentido o conceito de *cuidar*, suportado por uma noção holística da saúde e da pessoa, tem sido apontado nos últimos anos (*caring*) como a essência da disciplina de enfermagem²² e como organizador principal das práticas profissionais de cuidados de enfermagem (Leninger, 1988, Watson, 1994 in Kérouac e tal, 1994). Assim, o agir da enfermeira é um agir cuidador e a sua acção materializa o sentido particular por ela atribuído à significação de cuidar.

Para acedermos às significações de cuidar no âmbito da profissão de enfermagem, socorrer-nos-emos do que descrevem os modelos teóricos de enfermagem todos eles no seu conjunto orientados para o cuidar e muito embora cada um descreva diferentes aspectos da prática de cuidados de enfermagem, é possível sintetizá-los a partir de descrições comuns da acção e atitudes²³ de cuidar, susceptíveis de conduzir a uma tomada de decisão da enfermeira no sentido de um agir cuidador: as necessidades específicas da pessoa/ família/ grupos; os problemas de saúde decorrentes do desequilíbrio ou instabilidade dessas necessidades; as dificuldades/ capacidades de adaptação a situações de stress; uma perspectiva holística da pessoa e da saúde; o respeito pela sua cultura e valores; a promoção do auto-cuidado e da sua tomada de decisão, a promoção do seu potencial de saúde e bem-estar.

²¹ A expressão “passagens da vida” é aqui utilizada enquanto a sucessão de passagens desde o nascimento até à morte com que as pessoas são confrontadas e que para serem ultrapassadas exigem ser envolvidas por cuidados: *passagens obrigatórias* (infância, puberdade, maternidade/ paternidade, etc.); *passagens esperadas* socialmente (entrada na escola, primeiro emprego, etc.); *passagens ligadas ao percurso de vida* (divorcio, desemprego, mudança de habitação, etc.); *passagens ocasionais* (doença, acidente) (Collière, 2003; Meleis, 1991)

²² Tentando definir o campo específico da sua prática, muitas enfermeiras foram tentadas a atribuir à enfermagem a exclusividade de cuidar, vários autores têm questionado esta atribuição, dentro (Collière, 2003; Hesbeen, 2004) e fora da enfermagem (Honoré, 2001)

²³ A acção designa a face interior do agir cuidador, aquilo que o desencadeia, a sua intencionalidade e também das condições em que o cuidado se realiza. As atitudes referem-se às preocupações subjacentes a uma maneira de ser ou agir. (Honoré, 2001)

Também é consensual a posição central ocupada pela *relação interpessoal/comunicação* e o *método de resolução de problemas* num agir cuidador pensado e conduzido pela enfermeira. (Ribeiro, 1995; Basto, 1998, Lopes, 2000)

Para Honoré (2001) um agir cuidador, no âmbito da prestação de cuidados, pressupõe duas condições interligadas entre si: *estabelecer a diferença entre objecto e sujeito de cuidados* e *possuir uma perspectiva cuidadora da acção de cuidados*²⁴, por essa via permitindo descobrir a partir das significações comuns, o sentido que cada ser humano lhe atribui, abrindo à diversidade de projectos.

Um agir cuidador constrói-se na consciência de que não há um objecto da acção na prática de cuidados de enfermagem, mas um sujeito, uma pessoa (família ou grupo) na sua existência e coexistência, que se manifesta no mundo, pelo seu corpo vivo, pela sua actividade, pelo seu discurso, pelas suas particularidades e nesse sentido as práticas de cuidados de enfermagem, não atingem apenas o seu corpo vivo, mas tudo o que constitui a sua existência, isto é, a sua identidade, as suas preocupações e projectos, a sua actividade e palavra, a sua realização pessoal. (Honoré, 2001, 2003)

Temos então uma prática – a prática de cuidados de enfermagem – e dois sujeitos, o sujeito da acção e o sujeito que realiza a acção, cada um transportando uma identidade pessoal socialmente construída e que se reúnem, por intermédio desta prática, exigindo ser compreendida, por um lado porque pode ter sentidos diferentes para os dois sujeitos, por outro, porque frequentemente a pessoa cuidada tem dificuldade em explicitar o sentido da acção de cuidados (Charon & Giraud, 1999; Martin, 2000).

Na medida em que os cuidados prestados pela enfermeira se destinam à pessoa na sua existência, uma comunicação sustentada por uma perspectiva cuidadora da acção é o que vai permitir descobrir o sentido dos cuidados e o que é que eles têm, ou poderiam ter, de cuidador, isto é, de que modo as acções pensadas e conduzidas pela enfermeira podem permitir à pessoa persistir na sua existência – efectuar escolhas, projectar-se no futuro, compreender-se e ao mundo.

²⁴ Possuir *uma perspectiva cuidadora* desta prática é abri-la ao pensamento e à acção, partindo das formalizações já estabelecidas e ir para além delas construindo novas formalizações decorrentes das circunstâncias particulares e de certo modo reconciliando o conhecimento científico, que pela sua natureza descreve e explica o real a partir do geral e do regular, ao conhecimento do particular e do imprevisível que transporta cada vida.

É neste sentido que consideramos que a *comunicação* detém um papel de regulação das práticas de cuidados de enfermagem, na medida em que é pela escuta da palavra dita, silenciada ou não-dita que é possível aceder ao sentido do cuidado a prestar, prestado ou a proscrever. Para além disso esta comunicação não é apenas uma escuta ou uma espécie de terapia preparatória a um acompanhamento, é uma comunicação que permite situar a prática de enfermagem numa acção profissional – um profissional que oferece cuidados e uma pessoa que os procura –, negociada entre os sujeitos da acção, através de um verdadeiro diálogo suportado pelos axiomas da comunicação (Martin, 2000)

Para além disso esta comunicação não se pode reduzir apenas aos sujeitos da acção, ela deve alargar-se a toda a equipa que de modo mais, ou menos, directo, está por ela implicada:

Parece-me inconcebível que uma equipa possa ter uma perspectiva cuidadora única considerada como definitiva. Isso seria negar o sentido do cuidado e da saúde para cada um, num dado momento e em circunstâncias particulares. (Honoré, 2001, pp.172)

Assim, à noção geral de prática que temos vindo a explorar (Malglaive, 1995) e em que referimos a importância da atribuição de sentido à acção pelo actor da prática, sublinharíamos o carácter particular desta reflexão no âmbito da prática de cuidados, que visa não só desvendar o sentido singular (e existencial) que aquele que a realiza e aquele que “a recebe” lhe atribui, assim como de todos aqueles que nela estão implicados, contribuindo para uma acção global e concertada entre todos os parceiros envolvidos.

Nós acrescentaríamos que a *comunicação*²⁵ e o *método de resolução de problemas* constituem *saberes processuais* maiores, isto é, modos de fazer susceptíveis de contribuir para a organização de um projecto de cuidados que visa manter, desenvolver ou estimular as possibilidades de viver.

²⁵ Como já referimos os termos interacção, relação interpessoal, relação de ajuda, comunicação, são com frequência utilizados no âmbito da enfermagem, ora indiferentemente ora com sentidos diferentes, neste contexto optamos pelo termo comunicação, constituindo um procedimento de enfermagem fundado nas teorias da comunicação e (re) construída na complexidade da prática de cuidados, designando um modo de fazer susceptível de contribuir para a organização de um projecto de cuidados que visa manter, desenvolver ou estimular as possibilidades de viver.

A comunicação tem um lugar de condução da prática profissional de enfermagem, na medida em que ela permite pôr em relação os sujeitos dessa prática – pessoa cuidada e pessoa que cuida – mas também pôr em relação:

- Os sentidos dos cuidados para quem os recebe e para quem os presta;
- As diferentes informações referentes à pessoa e à sua situação de vida, para descobrir e reconhecer os cuidados apropriados a prestar;
- A pessoa com a sua existência, com a sua compreensão de si, do mundo e com os seus recursos promovendo a sua tomada de decisão;
- Todos os profissionais envolvidos, assegurando a continuidade dos cuidados;
- Os cuidados prestados e os ganhos em saúde obtidos.

Esta *comunicação* que ocorre numa relação interpessoal permite definir a intencionalidade do cuidado de enfermagem, sustenta uma relação profissional com todos os parceiros envolvidos nos cuidados, ao mesmo tempo que materializa o agir cuidador.

A *técnica de resolução de problemas*, sustenta a elaboração do projecto-acção – projecto de cuidados – que concretiza a intenção, é um instrumento conceptual que consiste no processo de raciocínio que articula a apreciação das necessidades do cliente na sua situação específica – diagnóstico da situação –, com os cuidados susceptíveis de “responder” a essas necessidades – diagnóstico de cuidados –, sua gestão, execução e avaliação continua. (Basto, 1988a)

A técnica de resolução de problemas comumente designada em enfermagem por processo de enfermagem, materializa-se em instrumentos de registo, imprescindíveis, na medida em que asseguram a circulação da informação – continuidade dos cuidados –, ao mesmo tempo que tornam visível (e nesse sentido também permitem medir) a tomada de decisão da enfermeira que sustenta a sua acção profissional em função da(s) finalidade(s) a atingir, fundamental para a estimativa dos efeitos terapêuticos e ganhos económicos proporcionados pelos cuidados, na base de um diálogo em parceria e de uma relação de complementaridade com os outros profissionais da equipa de saúde.

De acordo com Malglaive (1995) e como já aqui referenciado, estes saberes processuais fundam-se nos saberes teóricos e (re)constroem-se na complexidade da acção, são saberes formalizados. Constituem a face interna da acção, são eles que

conduzem a acção e orientam novas formalizações no confronto com os saberes práticos e saberes-fazer materializados na acção.

Às características de prática profissional já anteriormente descritas, juntaríamos que uma prática profissional de enfermagem é uma acção cuidadora, finalizada. Exprime desempenhos visando atingir fins, organizados como um projecto-acção a partir da intencionalidade da enfermeira que a realiza. Esta intenção é simultaneamente específica e geral. A intenção específica, tece-se a partir da situação singular da pessoa cuidada que desencadeia a acção e a intenção geral, é cuidar dessa pessoa na sua existência, esta última, constituindo-se como meta-organizadora de toda a acção de cuidados de enfermagem.

Para Uma Educação Ao Serviço De Práticas Profissionais

Embora já tenhamos abordado esta questão transversalmente ao longo dos capítulos precedentes, pretendemos sistematizar aqui algumas ideias-chave, actualmente preconizadas para uma educação ao serviço de práticas profissionais, entendidas como acções finalizadas, concebidas como um projecto-acção que visa concretizar a intenção que a prática materializa.

Que assegure o funcionamento global da alquimia da prática.

O ensino na sua forma académica clássica (disciplinas) actualiza a via simbólica de conhecimentos mas na medida em que ensinar é também aprender um agir conduzido e pensado pelo homem, promotor da dinâmica dos saberes em uso na acção, constitui-se como claramente insuficiente.

Assim para um agir conduzido e pensado pelo homem não basta transmitir os saberes formalizados (teorias), é ainda necessário que em simultâneo, sejam mobilizados os instrumentos de formalização desses saberes – como se constroem e sobre o quê – para que o homem (sujeito da acção) possa compreendê-los, dar-lhes sentido e agir sobre eles, reconstruindo-os. (Malglaive, 1995, 1997)

Por outro lado é a lógica da reflexão na e sobre a prática que permite completar este processo. Esta reflexão convoca o sujeito da acção numa rede de significação tecida pelos sentidos atribuídos a essa prática e pelo conjunto de saberes mobilizados na acção, desembocando na sua enunciação e explicitação e por essa via recriando

(ampliando e actualizando) o conjunto de conhecimentos que suportam a tomada de decisão.

A pedagogia por alternância constitui uma modalidade privilegiada de aprendizagem de práticas conduzidas e pensadas pelo homem. Porém, este conceito de alternância nem sempre foi interpretado enquanto espaço onde experiência prática e teoria se reúnem para constituir sentidos, ignorando o valor formativo da experiência reflectida, através de um duplo processo de implicação e de distanciamento. Trata-se de uma alternância sustentada pelo conceito de aprendizagem experiencial e que requer por um lado, o contacto directo com a realidade e por outro, a capacidade de agir sobre essa realidade.

Kolb (1984 in Alarcão, 2001) define a aprendizagem experiencial, como um processo – constituído por quatro fases – transformador da experiência no sentido da construção de um saber: experiência concreta; observação e reflexão; formação de conceitos abstractos e generalizações; experimentação activa das implicações dos conceitos em novas situações. Esta aprendizagem visa a resolução de tensões desencadeadas por duas dimensões opostas: concreto/ abstracto e a do activo/reflexivo e subentende para além do experimentado uma actividade intelectual intensa.

Embora utilizando uma terminologia diferente, são manifestas as semelhanças com o modelo desenvolvido por Malglaive (1995) sobre a construção dos saberes em uso na acção. Para este autor é através de uma formação que assegure a articulação real da teoria e da prática, mediada por um processo onde o sujeito da aprendizagem constrói e põe em prática o seu projecto de acção e que completa por um recuo reflexivo sobre o seu “pôr em prática”, que se promovem as capacidades de apropriação cognitiva do real e de agir sobre esse real – *alternância real*. (Malglaive, 1975 in Lesne, 1984)

Que promova uma prática cuidadora em enfermagem.

Mas no âmbito da prática de cuidados de enfermagem, esta reflexão assume contornos particulares, fruto do domínio do humano, portanto do singular, onde ocorre e onde o “controlo do erro” assume particular relevância.

Esta reflexão sobre as práticas de cuidados exige uma preparação e um treino ao questionamento sobre o sentido da saúde (e também da doença) enquanto fenómeno de vida e do cuidado enquanto conjunto de modos de fazer susceptíveis de

contribuir para manter, desenvolver ou estimular as possibilidades de viver. Para Honoré (2001, pp. 169) este treino deve iniciar-se na formação profissional inicial e continuar-se ao longo da formação contínua, compreendida não como “*uma técnica de entrevista (...) mas sobretudo como manifestação de um modo de presença reflexiva geradora de uma palavra comprometida num verdadeiro diálogo.*”

Organizada segundo um modelo que compreende ao longo do processo de formação inicial, momentos teóricos e momentos práticos, a formação inicial em enfermagem vai convergir para uma reconstrução das representações, interpelando o estudante acerca dos seus valores, das suas certezas e concepções, num ensaio permanente de redução da distância entre o “existente” e o “fantasmado”, entre o “concreto” e o “abstracto”.

Em nossa opinião, a pedagogia por alternância constitui um dos maiores desafios da educação em enfermagem, pode ser a sua força ou a sua fraqueza, em função do modelo que a concretiza. Parece-nos que é na capacidade de ser simultaneamente garante e motor de sentido entre conceitos de cuidados e práticas de cuidar, entre capacidades de pensar e de agir, que se pode desenhar um futuro que assegure a evolução da enfermagem enquanto profissão.

O espaço de formação e o ensino dispensado no espaço formal da escola, submetido a constrangimentos e limites que a realidade lhe impõe, obedece à didáctica, organiza-se em disciplinas – unidades curriculares – que, ainda que pensadas no sentido da complementaridade, tendem a surgir como saberes retalhados e dispersos, dizem-no os estudantes de hoje e também os do passado. O lugar de congregação dos saberes em enfermagem é por excelência o cuidado de enfermagem e as suas diversas faces, tecer laços é dar sentido, é interrogar o cuidado real e não o idealizado, *compreender como fazemos o que fazemos e, com que finalidades.* (Charon & Giraud, 1999, pp.27).

A co-comunicação em enfermagem ocorre num duplo processo de implicação/ distanciação (realização/ reflexão nos termos de Malglaive), sustentado por um processo reflexivo que se abre à diversidade e à complexidade e contribuindo simultaneamente para a reconstrução dos saberes sobre a vida e sobre os cuidados portadores dessa vida.

Uma teoria que não se investe na prática transforma-se num dogma; uma prática incapaz de explicar a inteligência da acção que a materializa transforma-se num mero “fazer” desumanizado (robotizado).

A exploração das potencialidades da prática de cuidados de enfermagem, a riqueza dos sentidos que pode assumir, relaciona-se directamente com a formalização de saberes construídos pela experiência e conduzidos por um processo reflexivo. A complexidade abre as portas a múltiplas possibilidades de análise, mas como referem Martin (2000) e Malglaive (1995,pp.259) ela constrói-se: “(...) a complexidade em si de um objecto ou de um sistema não existe. O que é complexo é a representação que deles faz o actor”

Campo da Prática profissional de Enfermagem

Visamos agora realizar uma breve sistematização do campo da prática profissional da enfermagem que já foi aqui abordado ao longo dos capítulos pretendentes. Do ponto de vista formal uma das maiores dificuldades para uma definição universal da prática de enfermagem, prende-se com o facto de esta se referir a uma grande diversidade de actividades, exercidas numa pluralidade de contextos e cobrindo desde o domínio que vai das técnicas de ponta até à prestação de uma gama completa de cuidados de saúde primários.

No âmbito da OMS (1996) a prática de enfermagem é reconhecida simultaneamente enquanto resposta adaptada às necessidades em saúde dos indivíduos, famílias e comunidades e enquanto recurso para a concretização de um modelo de saúde sustentada pelos princípios gerais enunciados na *corrente para a promoção da saúde*. Embora a definição de Verginia Henderson se constitua ainda hoje uma base sólida para descrever a prática de enfermagem, é por outro lado visivelmente insuficiente para abranger o seu campo, que se tem alargado, adaptando-se aos desafios de uma sociedade em permanente evolução, que exigem novas competências e reconfiguram novos papéis e responsabilidades às enfermeiras.

Assim, independentemente do contexto específico onde se desenvolva, o campo da prática de enfermagem, é hoje influenciado por um conjunto de elementos de natureza diversa, uns exercendo sobre ela *uma acção global* e outros *uma acção*

Uma teoria que não se investe na prática transforma-se num dogma; uma prática incapaz de explicar a inteligência da acção que a materializa transforma-se num mero “fazer” desumanizado (robotizado).

A exploração das potencialidades da prática de cuidados de enfermagem, a riqueza dos sentidos que pode assumir, relaciona-se directamente com a formalização de saberes construídos pela experiência e conduzidos por um processo reflexivo. A complexidade abre as portas a múltiplas possibilidades de análise, mas como referem Martin (2000) e Malglaive (1995,pp.259) ela constrói-se: *“(...) a complexidade em si de um objecto ou de um sistema não existe. O que é complexo é a representação que deles faz o actor”*

Campo da Prática profissional de Enfermagem

Visamos agora realizar uma breve sistematização do campo da prática profissional da enfermagem que já foi aqui abordado ao longo dos capítulos pretendentes. Do ponto de vista formal uma das maiores dificuldades para uma definição universal da prática de enfermagem, prende-se com o facto de esta se referir a uma grande diversidade de actividades, exercidas numa pluralidade de contextos e cobrindo desde o domínio que vai das técnicas de ponta até à prestação de uma gama completa de cuidados de saúde primários.

No âmbito da OMS (1996) a prática de enfermagem é reconhecida simultaneamente enquanto resposta adaptada às necessidades em saúde dos

contribuir para manter, desenvolver ou estimular as possibilidades de viver. Para Honoré (2001, pp. 169) este treino deve iniciar-se na formação profissional inicial e continuar-se ao longo da formação contínua, compreendida não como “*uma técnica de entrevista (...) mas sobretudo como manifestação de um modo de presença reflexiva geradora de uma palavra comprometida num verdadeiro diálogo.*”

Organizada segundo um modelo que compreende ao longo do processo de formação inicial, momentos teóricos e momentos práticos, a formação inicial em enfermagem vai convergir para uma reconstrução das representações, interpelando o estudante acerca dos seus valores, das suas certezas e concepções, num ensaio permanente de redução da distância entre o “existente” e o “fantasmado”, entre o “concreto” e o “abstracto”.

Em nossa opinião, a pedagogia por alternância constitui um dos maiores desafios da educação em enfermagem, pode ser a sua força ou a sua fraqueza, em função do modelo que a concretiza. Parece-nos que é na capacidade de ser simultaneamente garante e motor de sentido entre conceitos de cuidados e práticas de cuidar, entre capacidades de pensar e de agir, que se pode desenhar um futuro que assegure a evolução da enfermagem enquanto profissão.

O espaço de formação e o ensino dispensado no espaço formal da escola, submetido a constrangimentos e limites que a realidade lhe impõe, obedece à didáctica, organiza-se em disciplinas – unidades curriculares – que, ainda que pensadas no sentido da complementaridade, tendem a surgir como saberes retalhados e dispersos, dizem-no os estudantes de hoje e também os do passado. O lugar de congregação dos saberes em enfermagem é por excelência o cuidado de enfermagem e as suas diversas faces, tecer laços é dar sentido, é interrogar o cuidado real e não o idealizado, *compreender como fazemos o que fazemos e, com que finalidades.* (Charon & Giraud, 1999, pp.27).

A co-comunicação em enfermagem ocorre num duplo processo de implicação/distanciação (realização/ reflexão nos termos de Malglaive), sustentado por um processo reflexivo que se abre à diversidade e à complexidade e contribuindo simultaneamente para a reconstrução dos saberes sobre a vida e sobre os cuidados portadores dessa vida.

Uma teoria que não se investe na prática transforma-se num dogma; uma prática incapaz de explicar a inteligência da acção que a materializa transforma-se num mero "fazer" desumanizado (robotizado).

A exploração das potencialidades da prática de cuidados de enfermagem, a riqueza dos sentidos que pode assumir, relaciona-se directamente com a formalização de saberes construídos pela experiência e conduzidos por um processo reflexivo. A complexidade abre as portas a múltiplas possibilidades de análise, mas como referem Martin (2000) e Malglaive (1995,pp.259) ela constrói-se: *"(...) a complexidade em si de um objecto ou de um sistema não existe. O que é complexo é a representação que deles faz o actor"*

Campo da Prática profissional de Enfermagem

Visamos agora realizar uma breve sistematização do campo da prática profissional da enfermagem que já foi aqui abordado ao longo dos capítulos pretendentes. Do ponto de vista formal uma das maiores dificuldades para uma definição universal da prática de enfermagem, prende-se com o facto de esta se referir a uma grande diversidade de actividades, exercidas numa pluralidade de contextos e cobrindo desde o domínio que vai das técnicas de ponta até à prestação de uma gama completa de cuidados de saúde primários.

No âmbito da OMS (1996) a prática de enfermagem é reconhecida simultaneamente enquanto resposta adaptada às necessidades em saúde dos indivíduos, famílias e comunidades e enquanto recurso para a concretização de um modelo de saúde sustentada pelos princípios gerais enunciados na *corrente para a promoção da saúde*. Embora a definição de Verginia Henderson se constitua ainda hoje uma base sólida para descrever a prática de enfermagem, é por outro lado visivelmente insuficiente para abranger o seu campo, que se tem alargado, adaptando-se aos desafios de uma sociedade em permanente evolução, que exigem novas competências e reconfiguram novos papéis e responsabilidades às enfermeiras.

Assim, independentemente do contexto específico onde se desenvolva, o campo da prática de enfermagem, é hoje influenciado por um conjunto de elementos de natureza diversa, uns exercendo sobre ela *uma acção global e outros uma acção*

específica, estes últimos referindo-se a elementos onde as enfermeiras têm (é fundamental que tenham) uma acção de responsabilidade, traduzida na sua organização, gestão e desenvolvimento, definindo um conjunto de práticas profissionais de enfermagem que regulam o conjunto de elementos que a afectam e que se acrescentam ao campo da prática de cuidados de enfermagem, propriamente dita. (OMS, 1996)

Os elementos que exercem uma acção global são aqueles que intervêm na prática de cuidados de enfermagem particularmente por intermédio do meta-sistema social, que inclui desde os aspectos demográficos, aos económicos e políticos e se concretizam num dado desenho do sistema de cuidados de saúde da cada país – seu modo de organização, financiamento, meios técnicos, recursos humanos atribuídos à saúde, divisão do trabalho.

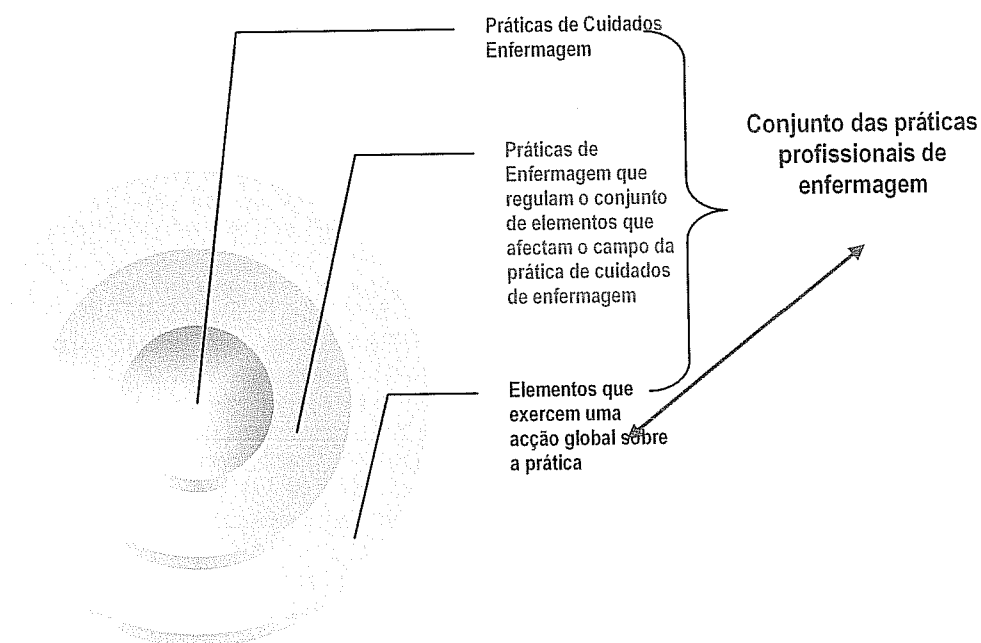


Figura 2 – Elementos que afectam a prática profissional de enfermagem; inspirado da OMS (1996)

A OMS (1996) enunciou do seguinte modo as finalidades genéricas da prática de cuidados de enfermagem:

-Ajudar os indivíduos, as famílias e os grupos a definirem e realizarem o seu potencial físico, psíquico e social, considerando os desafios próprios do meio onde estes vivem e trabalham;

-Promover a participação activa dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades nos cuidados de saúde;

-Encorajar a auto-responsabilidade e a tomada de decisão dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades face aos cuidados;

-Promover um ambiente saudável.

Contudo insistindo na necessidade premente de explicitar esta prática, com vista à sua estimativa económica face aos ganhos em saúde que promove, fundamental para a sua gestão enquanto recurso incontornável para a saúde das populações, adoptou as sete categorias definidas por Benner (1984; 2001) e posteriormente testadas por Bryckynski (1989 in OMS, 1996), a partir de investigações realizadas a partir da observação no terreno de enfermeiras explicitando os saberes da acção – saberes práticos e saberes-fazer – e as principais funções asseguradas pelas enfermeiras em contexto de prática clínica e que passamos a enunciar de modo puramente descritivo:

1. Função de Ajuda
2. Função de Educação, de Orientação
3. Função de Diagnóstico e de Vigilância do doente
4. Gestão Eficaz de Situações de Evolução Rápida
5. Administração e Vigilância dos Protocolos Terapêuticos
6. Assegurar e Vigiar a Qualidade dos Cuidados
7. Competências em matéria de Organização e de Distribuição das

A prática de cuidados de enfermagem é um processo interactivo complexo, que se desenrola em espaços socialmente definidos e partilhados por diferentes protagonistas, designadamente a pessoa que recebe os cuidados e a pessoa que os presta, mas também todos os co-parceiros nela envolvidos (Chinn et Kramer, 1991 in Rebelo, 1996, pp.15).

Retomamos uma figura por nós traduzida e adaptada sobre os elementos com uma acção específica sobre o campo de enfermagem (1998), traduzindo novas competências profissionais de enfermagem, de outra natureza que não as directamente ligadas às práticas de cuidados de enfermagem, para depois chegarmos a um modelo conjunto a partir das proposições que temos vindo a defender do papel central desempenhado pela comunicação e estratégia de resolução de problemas para o desenvolvimento de uma prática profissional.

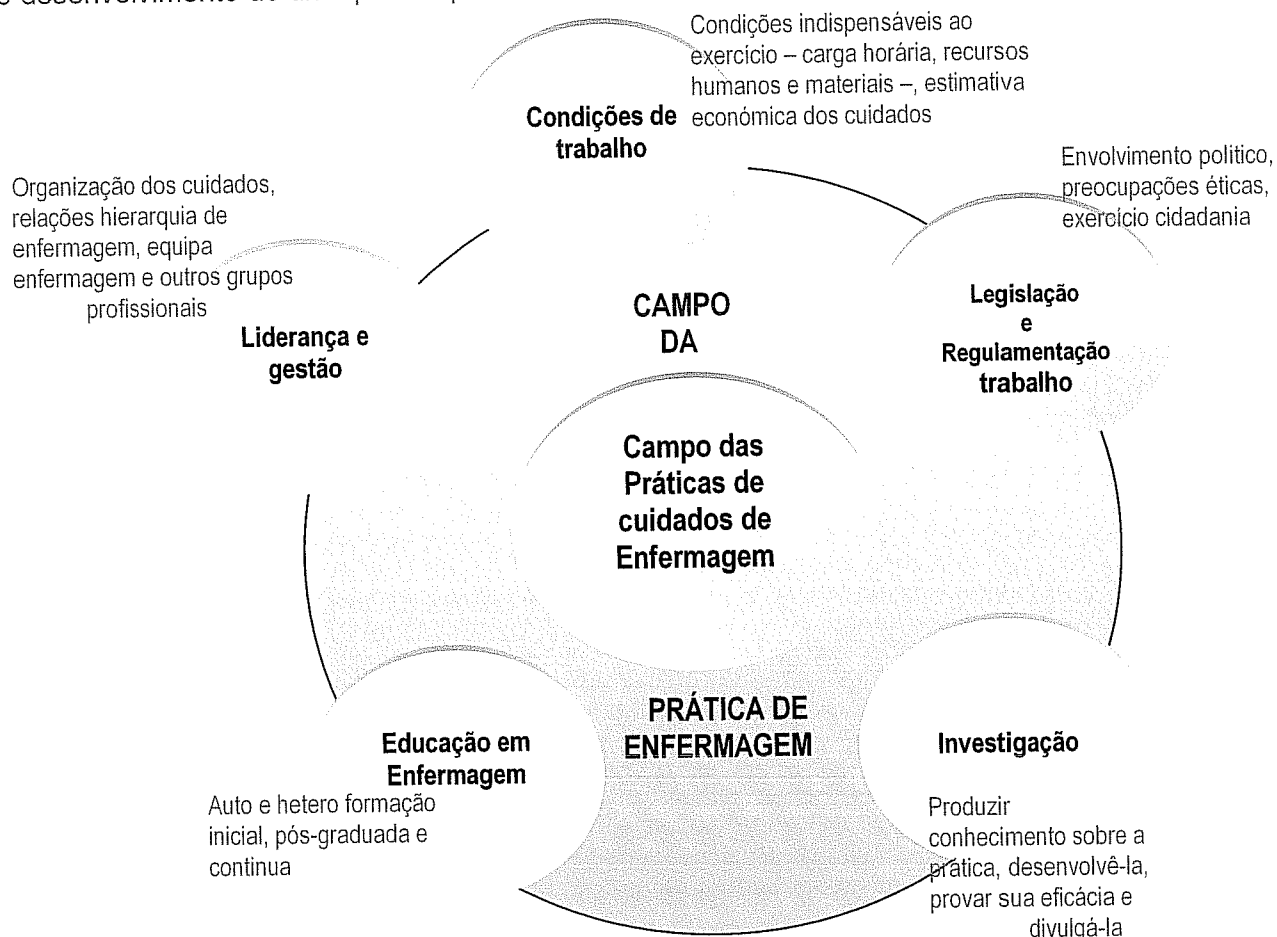


Figura 3 – Campo da prática profissional de enfermagem; traduzido e adaptado OMS (1996)

Para Martin (2000) a realidade dos cuidados e da vida não é possível ser apreendida dentro de um modelo geral do tipo “estimulo-resposta”. Ela exige uma reflexão sobre as finalidades, os objectivos, mais do que as determinantes do

passado. Dito de outro modo, exige pensar globalmente o mundo, o utilizador dos cuidados, enquanto sistema composto por subsistemas que se interrelacionam e interagem permanentemente entre si, se transformam e evoluem na procura simultânea de estabilidade e mudança.

Por outro lado, o facto de os cuidados se dirigirem a pessoas, isto é, de se situarem num registo do humano, não garante per-si que uma acção de cuidados seja uma acção com referência à complexidade: *“não é a situação que é simples ou complexa mas sobretudo o olhar com aceitamos olhá-la que é determinante.”* (Martin, 2000, pp.19)

Esse olhar, definidor de uma acção profissional de enfermagem é definido por uma abordagem holística: um olhar global, da pessoa, da saúde e também da doença, aberto à complexidade e por isso à incerteza, ao imprevisível ao não domínio total da realidade. Trabalhar com referência à complexidade é integrar a dimensão da comunicação no quotidiano, é ela que permite aceder a uma compreensão da rede de inter relações e interacções, fundando um agir profissional.

Um modelo de cuidados aberto à complexidade é um modelo que situa a acção profissional em termos de oferta e procura de cuidados, ao invés de se reduzir exclusivamente à análise das características do “doente”:

Toda a transacção dirigida a um projecto terapêutico implica abordar a comunicação em termos de oferta e procura (...) esta negociação ligada à oferta e à procura necessita de um trabalho baseado sobre os axiomas da comunicação. (Martin, 2000, pp. 20)

Esta negociação ligada à oferta e procura tece-se em interacção como uma multiplicidade de factores – organizados em torno de quatro pólos – que interagem constantemente, participando na construção da complexidade numa situação de cuidados. Pôr em relação estes quatro pólos: cliente, formação pessoal, organização, rede institucional, afim de discernir as finalidades, as oportunidades ligadas à reflexão, à acção sobre os componentes e os resultados de uma oferta de cuidados é uma maneira possível de se abrir à complexidade.

É este modelo que pretendemos traduzir figura 4, por nós adaptada, onde confluem, em nossa opinião, todos os aspectos que temos vindo a referenciar como relevantes para a passagem de uma prática tradicional para uma prática profissional de enfermagem.

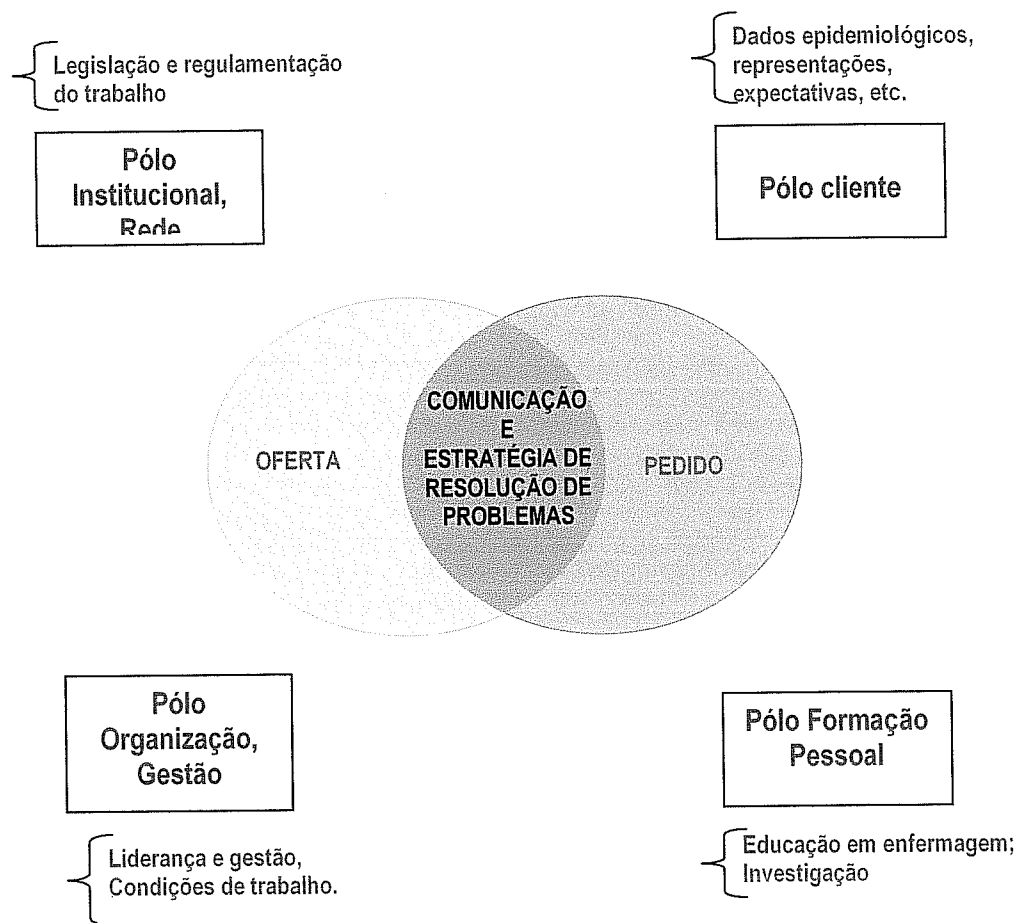


Figura 4 – Modelo para uma prática profissional de enfermagem; adaptado de Martin (2000)

Teoria das Representações Sociais

O conceito de representação social foi introduzido por Serge Moscovici em 1961, designando uma dada modalidade de conhecimento – *conhecimento do senso comum* – com uma finalidade prática ao nível das interações entre indivíduos no contexto da sua vida quotidiana; e igualmente delimitando o tipo de fenómeno ao qual a sua interpretação teórica se aplicava, assim como uma explicação própria para o processo de construção ou génese das representações.

A teoria das representações sociais iniciada por Moscovici, cuja conceitualização formal e sintética é extremamente difícil, nomeadamente face à posição que ocupa no cruzamento entre conceitos psicológicos e sociológicos, levou-nos a optar por uma organização deste capítulo partindo de um esquema explicativo das proposições básicas da teoria original, para depois incorporarmos alguns desenvolvimentos teóricos com vista à construção do objecto do nosso estudo.

O esquema explicativo das proposições básicas da teoria original por nós traçado assenta numa definição genérica do conceito de representações sociais, na sua génese a partir de um princípio único bastante abrangente – funcionalidade – e em dois processos específicos – ancoragem e objectivação –, que procuram clarificar a estruturação das representações no seu componente simbólico e figurativo (Sá, 1996).

Os desenvolvimentos teóricos visam elucidar a posição epistemológica da teoria das representações sociais enquanto teoria do conhecimento (do senso comum), delimitar o campo de estudos e fenómenos a que o conceito se aplica com vista à definição do objecto do nosso estudo e estratégias metodológicas por nós seleccionadas.

Proposições Básicas da Teoria das Representações Sociais

Moscovici define representações sociais como um conjunto “*de conceitos, proposições e explicações originadas na vida quotidiana através de comunicações interpessoais. São o equivalente, na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum*” (Moscovici, 1981, cit. in Sá, 1996, pp.31).

Um dos princípios básicos da teoria é a de que o conhecimento se transforma quando circula para além do seu próprio contexto de produção, ou seja, quando nas interacções quotidianas, os indivíduos se deparam com novas informações, procuram torna-las familiares, coerentes com os sistemas de valores do(s) seu(s) grupo(s) de pertença e é neste sentido que as representações sociais são uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado. (Moscovici, 1961).

Quanto à estrutura das representações sociais, uma das primeiras proposições estabelece que esta se configura ao longo de três dimensões: *informação, campo da representação e atitude*:

- *Dimensão Informação* refere-se à organização dos conhecimentos que um grupo possui a respeito de um objecto social;
- *Dimensão Campo da representação* remete para a ideia de conteúdo concreto e limitado das proposições acerca de um aspecto específico do objecto da representação social;
- *Dimensão Atitude* remete para a noção de orientação global face ao objecto representado, subjacente à ideia de que o sujeito ou grupo representa algo, em função da sua tomada de posição em relação ao objecto representado e por essa via ocupa um lugar fundamental na formação das representações “...a atitude é a mais frequente das três dimensões e, talvez, geneticamente a primeira.” (Moscovici, 1976 in Sá, 1996, pp.32)

Visando distinguir as representações sociais de outros sistemas de pensamento colectivo²⁶, Moscovici (1976 in Sá, 1996) define as *representações sociais*, enquanto modalidades de conhecimento que têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos no contexto da sua vida quotidiana, têm portanto uma funcionalidade prática.

A estrutura das representações sociais é definida por duas componentes indissociáveis: *componente conceptual e componente figurativa*. A primeira referindo-se à natureza simbólica da representação, capaz de se aplicar a um objecto ausente, concebe-lo e dar-lhe um sentido e a segunda, à sua natureza perceptiva, capaz de figurar o objecto. Conceito e percepção interpenetram-se, assim como psiquismo individual e social. Desta configuração estrutural das representações extrai-se então uma primeira caracterização da sua sócio-génese:

1. A *objectivação*: num primeiro momento de elaboração da representação, palavras e ideias que tiverem sido seleccionadas²⁷, são transformadas em imagens e posteriormente esquemas conceptuais constituindo o

²⁶ Particularmente com o conceito de *representação colectiva* de Durkheim “onde havia o perigo implícito de esquecer que a força do colectivo encontra a sua mobilidade na dinâmica social, que é reificado, mas abre-se permanentemente para os esforços de sujeitos sociais, que o desafiam e se necessário o transformam” (Guareschi, 2000, pp. 19)

²⁷ Esta selecção faz-se em função de critérios sociais, culturais e normativos, retendo-se o que está de acordo com o sistema de valores dominantes.

núcleo figurativo da representação, que assume um estatuto de evidência e significação central na representação social (Moscovici, 1961). Dito de outro modo, a objectivação consiste numa operação simbólica e estruturante através da qual se dá uma dada forma a um conhecimento acerca do objecto, tornando concreto o conceito abstracto, como que “materializando a palavra” (Jodelet, 1984);

2. *A ancoragem*: refere-se à sua inserção orgânica da representação e do seu objecto num pensamento social já construído e surge na continuidade do processo anterior. Dito de outro modo, consiste na integração cognitiva do objecto representado num sistema de pensamento social pré-existente e nas transformações subjacentes a esse processo, isto é, na incorporação de novos elementos de saber numa rede de categorias mais familiares. (Jodelet, 1984).

A representação é sempre a representação de alguém (sujeito/grupo) e de alguma coisa (objecto) e o saber que os liga um saber efectivamente praticado – “*aí incluída a conversação e a da exposição aos meios de comunicação de massa*” (Sá, 1998, pp. 50) –. Ao legitimar o poder de criação dos conhecimentos práticos, a teoria das representações sociais de Moscovici vem libertar as teorias do senso comum até aí “*aprisionadas nos chavões da reprodução*”, questionando a *Retórica da Verdade* (Spink, 2000) que opunha saber científica a saber do homem comum:

Representar uma coisa (...) não é com efeito simplesmente duplicá-la, repeti-la ou reproduzi-la; é reconstitui-la, retocá-la, mudar-lhe o texto. A comunicação que se estabelece entre o conceito e a percepção, um penetrando no outro, transformando a substancia concreta comum (...) Essas constelações intelectuais uma vez fixadas nos fazem esquecer de que são obra nossa, que a sua existência no exterior leva a marca de uma passagem pelo psiquismo individual e social (Moscovici, 1976 cit. in Sá, 1996)

A representação social é uma estrutura estruturante, que revela o poder de criação e de transformação da realidade social pelo sujeito da representação e é simultaneamente uma estrutura estruturada, na medida em que é elaborada pelo sujeito social inscrito num dado contexto social e cultural, isto é, num sistema de pensamento social pré-existente. (Moscovici, 1988 in Spink, 2000).

Desenvolvimentos Teóricos da Teoria das Representações Sociais

Esta “grande teoria”²⁸ das representações sociais iniciada por Moscovici conduziu a uma grande diversidade de definições de *representação social e ao desenvolvimento das suas proposições teóricas*, frequentemente traduzindo diferentes olhares e abordagens face ao vasto campo dos fenómenos sociais a que a teoria das representações sociais se aplica no âmbito da psicossociologia.

Os desenvolvimentos da teoria por nós apresentados, foram seleccionados a partir do constructo das representações sociais que orientará a análise do objecto do nosso estudo – representações sociais dos estudantes finalistas de enfermagem sobre as práticas profissionais de enfermagem –, visando alimentar algumas reflexões sobre a educação e o aprender em enfermagem.

Definições de representação social

É na continuidade destas proposições que Herzlich (1975 in Andrade, 1998) vai definir a representação social como um processo de construção social do real, a representação social é uma construção mental do objecto e é inseparável quer da actividade simbólica do sujeito, quer do campo social onde este se insere. Assim a representação social, enquanto conhecimento do senso comum é indissociável da teia de significados capazes de criar efectivamente a realidade social.

Por seu lado, numa corrente mais fiel à teoria original Jodelet (1989, pp. 36) vai definir representação social como “*uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com uma visão prática e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social*”.

Doise (1990, in Sá, 1996, pp.33) procurando articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, vai privilegiar os aspectos referentes às posições sociais e ideológicas definindo as representações sócias como “*princípios geradores das*

²⁸ Este termo é utilizado por Sá (1998) que se refere à teoria das representações sociais inaugurada por Moscovici como uma “*grande teoria*”, desencadeando um vasto universo do estudo das representações sociais e mobilizando diversas orientações teóricas, algumas delas por vezes com uma relação pouco clara face à teoria original. Dentro da das representações sociais inaugurada por Moscovici, desenham-se fundamentalmente três grandes abordagens com ela compatíveis e complementares: “*Uma mais fiel à teoria original, liderada por Jodelet; uma que procura articulá-la com uma perspectiva mais sociológica, liderada por Doise; uma que enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações, liderada por Abric*” (Sá, 1998, pp.65).

tomadas de posição ligadas a inserções específicas num conjunto de relações sociais que organizam os processos simbólicos que intervêm nessas relações”.

Abric (1976 in Abric, 1994a, pp.13) com a sua proposta da teoria do núcleo central, enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural das representações definindo representação social simultaneamente como “*o produto e o processo de uma actividade mental pela qual o indivíduo ou um grupo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui uma significação específica*”.

De um modo geral o denominador comum de todas estas definições assenta na ideia de que estas são modalidades de conhecimento prático, socialmente construídas e colectivamente partilhadas, apreendidas através de suportes linguísticos e comportamentais e por outro lado, de que são simultaneamente um processo de construção social da realidade e o produto desse processo. (Abric 1994; Andrade, 1998; Jodelet, 1989; Sá 1998; Wagner, 1998;)

Sujeito, objecto e relação sujeito-objecto da representação social

Ponto de partida, enquanto organizador da teoria, sujeito e objecto estão intrinsecamente ligados, sendo que é a relação sujeito-objecto que determina este último, uma vez que não há ruptura entre universo exterior e universo interior do indivíduo ou do grupo. Dito de outro modo, o discurso produzido pelo sujeito face a um objecto é simultaneamente constitutivo e determinante do objecto, que não existe por si próprio, mas relativamente ao sujeito e através dele.

O objecto está inscrito num contexto activo, sendo este contexto concebido pela pessoa ou grupo, pelo menos parcialmente, enquanto prolongamento do seu comportamento, das suas atitudes e das normas às quais se refere.”
(Abric, 1998, pp.27)

Esta ausência de ruptura entre sujeito-objecto confere um novo estatuto à realidade objectiva, na medida em que não existe uma “realidade objectiva” à priori, pois toda a representação constitui uma forma de visão global e unitária de um objecto, mas também de um sujeito – indivíduo ou grupo –, que dela se reapropria, através do seu sistema cognitivo e afectivo, integrado no seu sistema de valores, dependente da sua história de vida e do contexto social e ideológico que o cerca” (Abric, 1998; Spink, 2000)

A representação social é então uma organização significativa²⁹, regendo as relações do indivíduo com o seu meio físico e social e é simultaneamente um guia para a acção e determinante num conjunto de antecipações e de expectativas sobre a realidade pré-descodificada. (Abric 1994a)

No seu sentido mais estrito, o termo *representação* designa uma actividade mental: inserir um objecto significativamente no nosso mundo, fazer com que tenha sentido para nós:

A actividade representativa faz parte da luta ao nível do imaginário e do simbólico³⁰ pelo poder de atribuição de determinados sentidos às coisas, aos factos sociais, ao mundo. (Andrade, 1998, pp.143)

Porém do ponto de vista da noção de representação social, entendida enquanto teoria de construção do real (Vala, 1986) o processo representativo abrange uma visão mais ampla, na medida em que é simultaneamente um processo individual e social, resultando da inter-estruturação destes dois níveis através de um duplo movimento, por um lado através da integração do sujeito nos diversos grupos sociais com os quais se confunde – socialização –, por outro diferenciando-se deles – individualidade –.

Se por um lado o sujeito, integrado num dado momento histórico, numa dada sociedade, tem o seu conhecimento do mundo estabelecido por um dispositivo marcado por significações culturalmente pré-concebidas, por outro lado esse sujeito, actor social, atribui novos sentidos aos objectos sociais, (re)criando o mundo – simbólica e materialmente – e o conhecimento desse mundo. Fica assim mais claro o estatuto de actor social, do sujeito da representação, não incorrendo no risco de o limitar a um mero receptáculo dos conhecimentos pré-estabelecidos que circulam na sociedade, mas também como co-construtor desses conhecimentos (Andrade, 1998)

²⁹ Cujo sentido depende de factores contingentes – natureza e constrangimentos da situação, contexto imediato, finalidade da situação – e de factores mais gerais que ultrapassam a própria situação – contexto social e ideológico, lugar do indivíduo na organização social, história do indivíduo e do grupo, determinantes sociais e sistemas de valores. (Abric, 1994a).

³⁰ O simbólico emerge do imaginário que é em si indeterminado e amorfo, constituído por um conjunto de elementos disponíveis na cultura de uma sociedade – ideias, imagens, crenças, mitos, etc. – e que é ao organizarem-se através do estabelecimento de certas relações conferidoras de sentido que constituem o simbólico. Assim, o simbólico, pressupõe um trabalho pelo sujeito/ grupo, de organização e de atribuição de sentido dos elementos que constituem o imaginário.

Podemos entender melhor o significado da enunciação – frequente na literatura das representações sociais – de que *toda a representação é a expressão do grupo no indivíduo mas é também, a expressão do indivíduo no grupo* e é justamente a representação social que assegura esta existência simultânea da individualização e da socialização: “*Não existe sujeito sem sistema, nem sistema sem sujeito, o papel das representações sociais é assegurar que a sua coexistência é possível.*” (Moscovici, 2000, pp.12)

Como modalidade de pensamento prático, as representações sociais, emergem das práticas em vigor na sociedade e na cultura, são por elas alimentadas, perpetuadas e transformadas. Assim entendido, este compromisso entre práticas e representações sociais deve emergir na definição do sujeito e do objecto da representação. (Jodelet, 1986, in Sá, 1998)

Wagner (1998) proporciona alguns esclarecimentos sobre a natureza deste compromisso. Considerando o papel primário da comunicação no processo de elaboração das representações sociais, vai afirmar que só podemos falar de representações sociais no âmbito de grupos³¹ e sociedades onde o discurso social inclui a comunicação tanto de pontos de vista compartilhados – socialização –, quanto divergentes – individualização – sobre muitos assuntos.

É precisamente o acesso a esta experiência que permite que um discurso colectivo construa o conhecimento do senso comum, isto é, uma representação social (Moscovici, 1981 in Wagner, 1998), sendo ainda que, de acordo com o Wagner, são basicamente as necessidades práticas e as situações de mudança nas condições de vida das pessoas e dos grupos, que estão na origem da (re)elaboração e modificação da representação dos objectos sociais.

Fica também mais claro o que significa um saber efectivamente praticado – material e simbolicamente –, na medida em que se assim não é, não podemos falar de representação social, pois a sua génese assenta nesta premissa. Neste sentido, independentemente de os membros de um grupo poderem “falar” de um objecto não significa necessariamente que possuam dele uma representação socialmente elaborada.

³¹ Grupos com estas características são “grupos reflexivos”, ou seja, grupos que elaboram colectivamente regras, justificações e razões para crenças e comportamentos dentro das suas práticas diárias, formados por indivíduos que detêm um sentimento de pertença a esse grupo, definido a partir de critérios internos ao grupo e não, por critérios definidos arbitrariamente por um observador externo.

Porém quanto à natureza da relação entre representação e objecto, as posições divergem entre os especialistas das representações sociais, assim para alguns o processo de representação, precede o objecto que é construído a partir dela (Jodelet 1984, 1989), acabando por essa via por separar a representação do objecto que ela representa; para outros, sublinhando a natureza sócio-construtivista da representação social, com a qual concordamos, representação e objecto são indissociáveis: “a representação e o seu objecto são inseparáveis, na medida em que é o objecto que é constituído ele próprio como uma representação social”. (Wagner, 1996 cit. in Sá, 1998 pp.53)

Ligada a esta posição da indissociabilidade entre representação e objecto da representação, decorre igualmente a indissociabilidade entre pensamento e acção: “a representação social é sempre uma unidade do que as pessoas pensam e do modo como fazem (...) a representação é mais do que uma imagem estática de um objecto na mente das pessoas; ela compreende também o seu comportamento e a prática interactiva de um grupo”. (Wagner, 1998, pp. 11). Desenvolveremos este aspecto no capítulo “as práticas como objecto de estudo das representações sociais”.

Funções das representações sociais

Como já referimos os pressupostos básicos da teoria iniciada por Moscovici, assenta a génese da representação social a partir de um princípio de funcionalidade bastante abrangente – função de elaboração de comportamentos e de comunicação entre indivíduos no contexto da sua vida quotidiana.

Esta função geral foi posteriormente desenvolvida, assim Abric (1994a) com a sua *teoria do núcleo central da representação*³², vai discriminar quatro funções essenciais: *função de saber, função identitária, função de orientação e função justificativa*.

1. *Função de saber*, que permite aos actores sociais adquirirem e integrarem conhecimentos num quadro referencial coerente com os seus valores e

³² Como já foi assinalado Abric desenvolveu em 1976 uma corrente compatível e complementar com a teoria de Moscovici, centrando-se particularmente na dimensão cognitivo-estrutural das representações, através da abordagem pela “*teoria do núcleo central*”, que propõe descrições mais detalhadas dos mecanismos de funcionamento, das estruturas e transformação das representações sociais, dando particular relevância ao seu contributo para estudo da relação entre representações sociais e práticas sociais, posição que é partilhada por múltiplos autores (Abric, 1994; Jodelet, 1997 in Sá, 1998; Sá, 1996).

funcionamento cognitivo e por essa via compreender e explicar a realidade – *saber prático do senso comum* –, facilitando as trocas sociais e particularmente a comunicação social;

2. *Função identitária*, pois permite a definição da identidade situando o indivíduo ou grupo no campo social. Neste sentido garantir uma identidade pessoal e social gratificante, compatível com os sistemas de normas e valores, social e historicamente determinados, tece laços com as acções de protecção da especificidade do(s) grupo(s) pelos seus membros;

3. *Função de orientação*, na medida em que guiam comportamentos e práticas, enquanto sistema de pré-descodificação da realidade, resultante de três características da representação: A representação participa na significação da finalidade da situação, estabelecendo à priori as relações relevantes para o sujeito em função da situação a realizar; A representação fornece um sistema de antecipações e expectativas com impacto sobre a realidade: triagem dos dados e das interpretações visando adequar a realidade à representação; A representação prescreve práticas e comportamentos desejáveis a partir de um quadro de valores sustentado pelas regras e relações sociais;

4. *Função justificativa*, uma vez que permite aos actores sociais explicar ou justificar à posteriori as suas condutas e a dos seus pares numa dada situação, com base numa auto-avaliação da acção, que tece laços com o papel de diferenciação social assegurado pelas representações sociais no reforço ou manutenção da posição social.

Parece-nos importante referir alguns elementos teóricos face aos conceitos de identidade e representações sociais, na medida em que a função identitária constitui uma das forças motrizes da sócio-génese das representações sociais e por essa via são indissociáveis:

A representação social, diferentemente de outras formas de conhecimento, supõe uma relação específica entre o sujeito e o objecto de conhecimento: o indivíduo projecta a sua identidade no objecto que representa (Moscovici, 1976 in Andrade, 1998, pp. 144)

Daqui se infere que a identidade é uma representação chave que está presente no campo da representação de qualquer objecto. Dito de outro modo, a representação que um sujeito faz de um objecto é um bom indicio do perfil da sua identidade,

inversamente o conhecimento da identidade de um sujeito permite prever a sua visão do mundo.

Socorrendo-nos de Andrade (1998) e Madeira (1998), acrescentaríamos ainda que a identidade é um processo de construção do eu, e nesse sentido a teoria das representações sociais, permite compreendê-la numa *perspectiva globalizante da identidade*, isto é, sem separação entre plano individual e plano social, na medida em que todo indivíduo é uma totalidade articulada organicamente à totalidade social. A identidade é um constructo ao longo da vida, constrói-se na interacção com os outros, num movimento de alteridade que vai delimitando o “eu” e o “tu”, o “nós” e “outros” na sua diversidade.

Wagner (1998) centrando-se no estudo da função identitária das representações sociais no âmbito dos grupos sociais, salienta o papel essencial na construção de uma *identidade social*, desempenhado pela criação do conhecimento pelos grupos, elaborando colectivamente regras, justificações e razões para crenças e comportamentos dentro das suas práticas diárias relevantes.

Para que tal aconteça é absolutamente necessário, que estes processos discursivos de (re)criação do conhecimentos se estendam potencialmente por todos os membros de um grupo, envolvendo-os quer como produtores quer como receptores do sistema de conhecimento. Os resultados da elaboração colectiva do conhecimento têm de ser acessíveis a todos os membros do grupo, pois se assim não for põe-se em risco a identidade social do grupo.

Estrutura das Representações Sociais: Teoria do Núcleo Central

Através da “*produção empírica de abordagem conhecida como teoria do núcleo central*”, Abric (1976 in Sá, 1996) vai desenvolver as proposições teóricas de Moscovici sobre a estrutura das representações sociais.

A ideia essencial da teoria de Abric é a de que toda a representação está organizada em torno de um núcleo central, composto por um ou mais elementos que determinam simultaneamente a sua significação e organização interna. A característica figurativa ou imagética a que Moscovici se tinha referido na noção de *núcleo figurativo* é aqui menos essencial, acentuando-se mais os seus aspectos valorativos e cognitivos.

Neste sentido as representações sociais são “sistemas sócio-cognitivos”, possuindo uma componente cognitiva que supõe um sujeito activo, e uma componente social, determinada pelas condições sociais em que se elabora e transmite, na base de certos “ilogismos”, que não são contudo que aparentes:

A coexistência destas duas lógicas permite compreender por exemplo porque é que a representação integra simultaneamente racional e irracional...porque é que os raciocínios que a acompanham parecem por vezes ilógicos ou incoerentes (Abric, 1994a, pp.14).

Estes ilogismos são na perspectiva do autor o resultado do facto das representações sociais serem sistemas contextualizados pelo que a sua significação é duplamente determinada pelo contexto discursivo³³ e pelo contexto social: “A significação de uma representação social é sempre imbricada em significações mais gerais que intervêm nas relações simbólicas próprias a um campo social” (Doise, 1992, cit. in Abric, 1994a, pp.15)

De acordo com a teoria do núcleo central os elementos que constituem uma representação são hierarquizados e mantêm entre si relações que determinam a sua significação e o lugar que ocupam no campo representacional. Podemos então, designar a representação social do ponto de vista estrutural, como um duplo sistema – o núcleo central e os elementos periféricos – cada um desempenhando um papel específico e complementar na organização da representação. (Abric, 1994, 1998).

Núcleo central da representação social

O núcleo central é o sistema mais estável da representação, ele assegura a perenidade da representação em contextos móveis e evolutivos, resistindo à mudança, dado que toda modificação do núcleo central provoca uma transformação completa da representação. O núcleo central tem assim duas funções essenciais:

³³ Introduziremos mais tarde uma perspectiva de análise do *contexto discursivo* na compreensão da construção dos significados sociais de uma representação social, desenvolvida por Spink (2000), através da diferenciação dos conteúdos que circulam na sociedade em função da sua dimensão temporal – tempo longo, tempo vivido, tempo curto –. Veremos que a teoria do núcleo central das representações sociais e a metodologia proposta por Abric para a sua identificação, permite uma leitura destes tempos

- *Função geradora*, é o sistema através do qual se cria ou se transforma o significado dos outros elementos que constituem a representação e é através dele eles ganham sentido;
- *Função organizadora*, é o sistema unificador e estabilizador da representação, determinando a natureza dos elos, unindo entre si os elementos da representação.

O núcleo central é determinado por um lado pela natureza do objecto representado, por outro pela relação que mantém com o sujeito ou grupo e pelos sistemas de valores e normas sociais que constituem o meio ideológico envolvente no momento.

Em função da natureza do objecto – operatória ou ideológica – e da relação sujeito-objecto representado – nível de acesso às práticas, nível e profundidade de conhecimentos e implicação do sujeito face ao objecto – o núcleo central poderá ter duas dimensões diferentes:

-*Dimensão funcional*, nas situações a finalidade operatória – orientadas para a acção – onde serão privilegiadas na representação os elementos do núcleo central mais importantes para a realização da tarefa;

-*Dimensão normativa*, nas situações a finalidade ideológica e sócio-afectiva – orientadas para a avaliação ou julgamento – poderão ser privilegiadas na representação os elementos do núcleo central mais ligados a atitudes, normas, estereótipos.

Assim, quando o objecto da representação são práticas – entendidas como práticas com uma finalidade operatória –, o que tem sido frequentemente estudado no âmbito pelo grupo de investigadores da teoria do núcleo central, os elementos activados – funcionais ou normativos – tecem relação com a proximidade/ distância do objecto representado (Abric, Comunicação pessoal, 15 de Maio, 2001).

Em ligação com este aspecto está o do rigor da definição do objecto da representação e a natureza da relação que mantém com o sujeito da representação – que seja um saber efectivamente praticado³⁴ –, que já foi aqui abordado.

³⁴ Será necessário esclarecer este conceito de prática no âmbito da teoria das representações sociais o que faremos oportunamente. Contudo, não podemos deixar esta proposição de Abric (Comunicação pessoal, 15 de Maio, 2001) relevante na medida em que o objecto da representação do nosso estudo são as práticas profissionais de enfermagem, num grupo de

Característica da situação	Funcionamento do Núcleo Central
Ausência de práticas e/ou grande distancia do objecto	Activação dos elementos avaliativos ou normativos
Presença de práticas e/ou proximidade do objecto	Activação dos elementos funcionais

Quadro 1 – Funcionamento do núcleo central versus característica da situação

Do ponto de vista da teoria do núcleo central para que possamos falar de um objecto, como objecto de representação social, é necessário que os elementos do núcleo central façam parte ou estejam directamente associados ao objecto. Por outro lado, para que possamos falar de duas representações sociais é necessário que estas estejam organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes, ambos constituídos por elementos que façam parte ou estejam directamente associados ao próprio objecto.

Elementos periféricos da representação social

Em torno do núcleo central organizam-se os elementos periféricos, que constituem o essencial da representação no sentido em que os seus componentes são os “*mais acessíveis, mais vivos e mais concretos*” (Abric, 1998, pp31). Desempenham três funções principais na representação social:

- *Função de concretização*: directamente dependentes do contexto, os elementos periféricos resultam da ancoragem da representação na realidade, permitem a formulação da representação em termos concretos,

estudantes finalistas que já tinham realizado todas as experiências clínicas previstas no plano de estudos à excepção da opcional, onde se espera (pelo menos do ponto de vista teórico) que estejam próximos do objecto de estudo, ainda que enquanto “iniciados”. (Rouquette, 1998; Benner, 2001)

imediatamente compreensíveis e transmissíveis constituem a interface entre núcleo central e a situação concreta na qual a representação é mobilizada;

- *Função de regulação*: mais flexíveis que os elementos centrais desempenham um papel essencial na adaptação da representação às evoluções /transformações do contexto, integrando novas informações e mesmo aquelas susceptíveis de entrar em conflito com os elementos do núcleo central, através de três processos – atribuindo-lhes uma importância menor; reinterpretando-os no sentido da significação do núcleo central; atribuindo-lhe um carácter de excepção –;
- *Função de defesa*: o sistema periférico preserva o núcleo central de uma transformação brutal, que poria em risco a representação. Neste é através da transformação dos seus elementos periféricos – mudança de ponderação, interpretações novas, deformações funcionais defensivas, integração condicional de elementos contraditórios – que se opera a transformação da representação social. (Abric, 1989, pp32).

Sintetizando o que até agora foi referido face à estrutura da representação social, no âmbito da teoria do núcleo central, esta é formada por dois sistemas indissociáveis:

-*Sistema central*, relativamente independente do contexto imediato em que o sujeito a “utiliza” ou “verbaliza”, dado que a sua origem é essencialmente estabelecida no contexto global histórico, ideológico e social, nesse sentido constitui uma base comum e colectiva a partir da qual se define a homogeneidade do grupo. Define os princípios em torno dos quais se forma a representação e assegura um papel essencial na estabilidade e congruência da representação;

-*Sistema periférico* cuja determinação é mais individualizada e contextualizada. Permite uma diferenciação e uma adaptação em função do vivido, integrando as experiências quotidianas e práticas diferenciadas, legitimando modulações pessoais em referência ao núcleo central comum. Consente igualmente uma certa heterogeneidade de comportamentos e conteúdos, permitindo a ancoragem na realidade num movimento de complementaridade de sentido com o sistema central.

O quadro 2, adaptado a partir de Abric (1998, Comunicação pessoal, 15 de Maio, 2001) resume as características e funções diferenciais de cada um dos sistemas

postulados na organização interna das representações sociais pela teoria do núcleo central:

SISTEMA CENTRAL	SISTEMA PERIFÉRICO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ligado à memória colectiva e à história do grupo (porque social e ideológico) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Permite a integração de experiências e de histórias individuais
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Define a homogeneidade do grupo Consensual - apoia a identidade do grupo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suporta a heterogeneidade do grupo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estável ✓ Coerente ✓ Rígido 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suporta contradições ✓ Flexível
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Resiste à mudança 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evolutivo
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pouco sensível ao contexto imediato 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensível ao contexto imediato
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Funções: <ul style="list-style-type: none"> = Gera o significado da representação = Determina a sua organização 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Funções: <ul style="list-style-type: none"> = Permite a adaptação à realidade concreta = Permite a diferenciação de conteúdo = Protege o sistema central

Quadro 2 – Características e funções diferenciais dos sistemas central e periférico

Esta organização estrutural das representações sociais permite explicar porque é que elas são estáveis e rígidos, na medida em que são determinadas por um núcleo central visceralmente ancorado no sistema de valores compartilhado pelos membros do grupo e porque é que simultaneamente são móveis e flexíveis, uma vez que se

nutrem das experiências individuais e da situação específica, integrando o vivido e a evolução das práticas sociais:

Estas propostas teóricas sobre a organização interna permitem igualmente compreender o carácter consensual e as divergências individuais que uma mesma representação social comporta e que tem sido confirmada em vários estudos:

A identidade dos princípios de regulação, não impede em nada a diversidade de tomadas de posição que se manifestam através de atitudes e das opiniões ... Uma multiplicidade de tomadas de posição... (pode ser) ... produzida a partir de princípios organizadores comuns” Doise (1985, cit. in Abric, 1998, pp.34)

Assim, do ponto de vista da teoria das representações sociais, a homogeneidade de um grupo não é determinada pelo consenso dos elementos que compõem o campo da representação social, mas pelo facto dessa representação se organizar em torno de um mesmo núcleo – *núcleo central ou núcleo figurativo* –, ou seja em torno de um mesmo princípio gerador de significado face à situação ou objecto com o qual são confrontados.

Por tudo o que até aqui foi exposto fica claro que a simples identificação do conteúdo de uma representação sobre um objecto não é suficiente, para a reconhecer como representação social e ainda menos para a especificar:

(...) é a organização desse conteúdo que é essencial: duas representações definidas pelo mesmo conteúdo podem ser radicalmente diferentes, caso a organização destes elementos, portanto a sua centralidade, seja diferente”. (Abric, 1994a, pp. 18)

A reter igualmente a noção de que a centralidade de um elemento não pode ser atribuída somente por critérios quantitativos, uma vez que o núcleo central da representação possui uma marcada *dimensão qualitativa*, não é a presença maciça de um elemento que define a sua centralidade, mas sim o facto que ele dá significado à representação. (Abric, 1994b)

Campos de Estudo e Níveis de Análise em Representações Sociais

Tal como sugerem as diversas proposições teóricas e conceitos aqui abordados, também o universo dos campos de estudo das representações sociais é um universo vasto, subjacente a diversos enfoques sobre os fenómenos das representações sociais, que abrangem uma multiplicidade de abordagens e de métodos de análise, o que em si constitui a riqueza da teoria das representações sociais (Moscovici, 2000), mas também a sua complexidade.

Jodelet (1989, pp. 36) procurando organizar o que lhe parece consensual entre os estudiosos das representações sociais, define representação social como: *“uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada que tem um objectivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”*, portanto uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objecto e neste sentido sistematizou os fenómenos da representação social que têm sido estudados, isto é, as três principais interrogações sobre esta forma de saber:

- Quem sabe e de onde sabe?
- O que e como se sabe?
- Sobre o que se sabe e com que efeito?

O primeiro campo remete para o estudo das condições de produção e de circulação das representações sociais. O segundo remete para os processos e estados das representações sociais e finalmente o terceiro para o estatuto epistemológico das representações sociais.

As investigações que se situam no segundo campo de estudo, que é aquele de que o nosso estudo mais se aproxima, visam inferir, a partir dos discursos, comportamentos ou práticas dos sujeitos, o conteúdo e a estrutura da representação social, assim como a análise dos processos da sua formação, da sua lógica própria e da sua eventual transformação.

Partindo desta sistematização de Jodelet (1989, pp. 36), Spink (2000, pp. 117) proporciona-nos uma outra leitura, reorganizando o campo de estudo das representações sociais em torno de dois eixos, representados na figura 5.

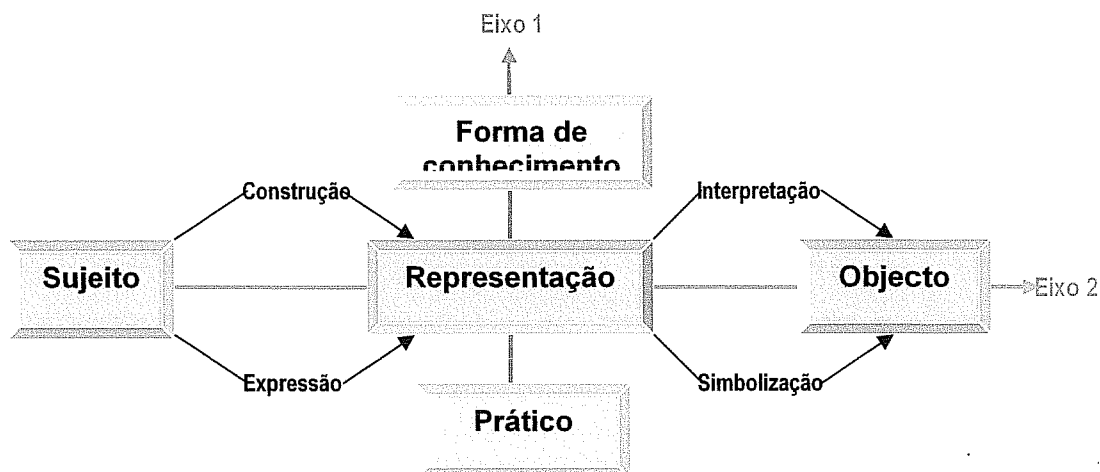


Figura 5 – O campo de estudos da representação social; adaptado de Spink (2000, pp. 118)

Eixo 1. As representações emergem como modalidades de conhecimento prático orientado para a compreensão do mundo e para a comunicação – *As representações sociais enquanto forma de conhecimento.*

Eixo 2. As representações emergem como construções com carácter expressivo, elaborações de sujeitos sociais sobre objectos socialmente valorizados – *As representações sociais como processo.*

No primeiro caso situam-se as correntes que estudam o conhecimento do senso comum, onde se situa por exemplo o trabalho de Moscovici sobre a psicanálise (1961) e no segundo caso o estudo das representações sociais enquanto processo de elaboração do conhecimento.

Quando se estuda o processo de elaboração da representação social, processo de compreensão e de atribuição de sentidos ao mundo ou a uma parte do mundo pelo sujeito, actor social, o estudo das representações sociais não se reduz ao seu conteúdo cognitivo, mas também aos afectos envolvidos, decorrentes da própria interacção social de modo a confirmar e manter as identidades colectivas, o que implica uma leitura dos contextos que as engendram.

Face ao contexto, geralmente este é analisado em função do metassistema social onde se integram os indivíduos e grupos, Spink (2000), desenvolve uma outra leitura possível, através dos diferentes tempos históricos que permeiam os

conhecimentos, socialmente construídos que circulam na sociedade, contribuindo para a construção das representações sociais. Nesta perspectiva os conteúdos que circulam na sociedade podem ter a sua origem tanto em tempos mais remotos, quanto em tempos mais recentes, o contexto pode então ser definido por três tempos históricos que o permeiam:

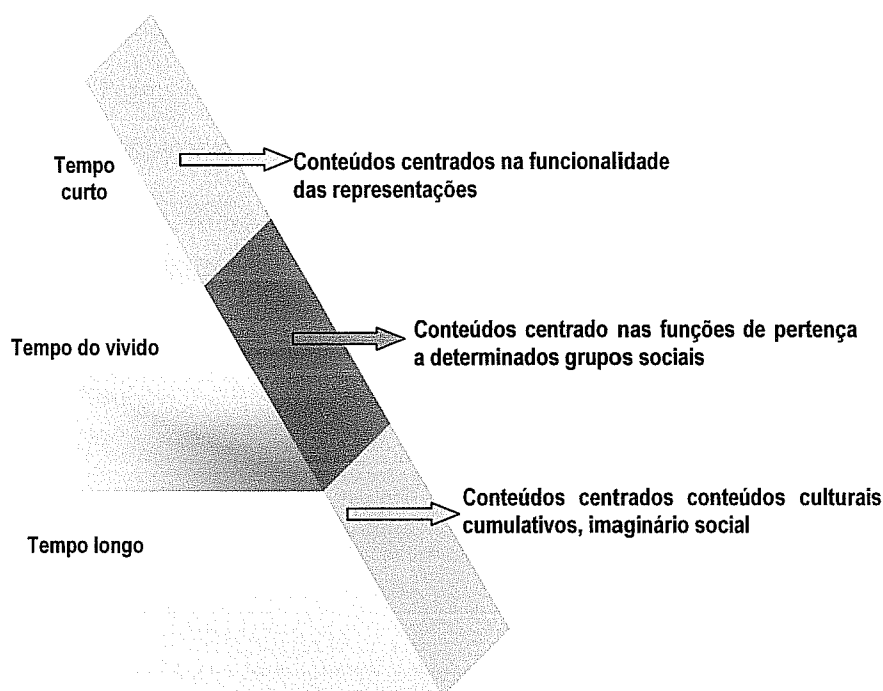


Figura 6 – Os contextos temporais na construção das representações sociais; adaptado de Spink, 2000)

Gostaríamos de salientar que da nossa leitura e interpretação da teoria do núcleo central de Abric, os *elementos do núcleo central* integram tendencialmente os conteúdos do “tempo longo”, ligados ao imaginário social, e os *elementos periféricos* os conteúdos do “tempo curto”, mais ligados à adaptação à realidade concreta – funcionalidade das representações –. Por seu lado os conteúdos do “tempo vivido” – funções de pertença a determinados grupos – distribuir-se-ão entre ambos os sistemas da estrutura da representação: no núcleo central quando definem a homogeneidade do grupo, nos elementos periféricos quando definem a sua heterogeneidade.

Refere Spink (2000) que quando as representações sociais são estudadas enquanto processo, tomando como ponto de partida a funcionalidade das representações sociais na orientação da acção e da comunicação, aceitar a *diversidade* é uma possibilidade em vez de procurar apenas o estável e o consensual, o que “*não significa necessariamente abrir mão do consenso, pois algo comum sempre sustenta uma determinada ordem social*”.

Neste tipo de estudos, segundo a autora, abre-se então a possibilidade de trabalhar com estudos de casos, ver um único caso. Nesta perspectiva o indivíduo é sempre uma entidade social e um símbolo vivo do grupo que ele representa (Vigotsky, 1978 in Spink, 2000), o que implica uma compreensão do contexto social por ele habitado: disposições identitárias e a teia mais ampla de significados no qual o objecto de representação está localizado. A autora propõe uma metodologia de análise de conteúdo para o estudo das representações sociais que utilizaremos no nosso estudo e que descrevermos no sub-capítulo “métodos de recolha e de análise em representações sociais”.

Wagner (1998) que se tem centrado mais no estudo das representações sociais em grupos, também sistematizou o campo de estudos das representações sociais e embora utilizando outra terminologia, distingue igualmente o campo de estudos da representação social enquanto processo ou enquanto forma de conhecimento.

Assim, refere que o termo representação social pode ser entendido como um conteúdo mental estruturado – sistema sócio-cognitivo – sobre um fenómeno social relevante e que é conscientemente compartilhado com outros membros do grupo social – *visão distributiva* – ou por outro lado como a elaboração de um objecto social pela comunidade – *visão colectiva* –.

Com base nestas definições Wagner (2000) propõe dois níveis de avaliação/análise entendidas como constructo metodológico, na pesquisa em representações sociais:

- O *nível do individual*, que compreende não só as percepções, memórias, atitudes, intenções, pensamento, emoções, afectos e comportamentos, mas também crenças compartilhadas entre actores sociais e comuns a grupos sociais, o que pressupõe que ainda que esse conjunto de disposições seja socialmente compartilhado e elaborado, são parte do nível de avaliação

- individual na medida em que são avaliadas e medidas no sujeito individual – visão distributiva –.
- O *nível do social/ cultural*, que compreende factos que aparecem para o sujeito como material à priori, que escapa ao controlo dos indivíduos isolados. Reflectindo como um todo qualidades de sociedades, culturas, grupos, sub culturas e subgrupos – visão colectiva –.

Na visão distributiva, o investigador remete-se a uma avaliação individual e a ênfase é colocada no “*sistema de conhecimentos de indivíduos enquanto representativos de grupos específicos*” (Wagner, 2000, pp. 164). O objectivo é identificar os elementos comuns – *representação prototípica* – da representação social o que implica uma amostragem de vários elementos de um dado grupo social.

As Práticas como Objecto de Estudo das Representações Sociais

Para Rouquette (1998) o problema clássico do campo de estudos das práticas sociais no âmbito da teoria das representações, reside no raciocínio experimental clássico que tende a equacioná-las em termos de dependência causal – as práticas ora como variável independente e as representações como variável dependente ou vice-versa –, quando de acordo com o autor a questão está em compreender como se correlacionam, ou seja, quais os seus factores comuns. Antes de podermos avançar temos de desenvolver a natureza da relação entre as práticas e representações sociais à luz da literatura das representações sociais.

Relação entre Práticas e Representações Sociais

A questão das relações entre práticas e representações tem um relevo importante na investigação em representações sociais, dada a natureza destas últimas, simultaneamente ligadas às comunicações e à pragmática, isto é, à acção. Porém embora entre os especialistas, exista um consenso sobre a existência de uma relação entre elas, já no que se refere à natureza desta relação, em termos de influência e determinação de umas sobre as outras, as posições são divergentes. (Abric, 1994; Andrade, 1998; Rouquette, 1998; Sá, 1996; Wagner, 1998).

Vários autores já aqui referenciados negam o determinismo das representações sociais sobre as práticas – comportamentos dos indivíduos e dos grupos –. Para Andrade (1998) entre a visão do mundo – representações sociais – e as práticas interpõem-se uma série de mediações, como o controle exercido pelos aparelhos de poder ou as situações que forçam práticas não desejadas, que impedem a determinação das práticas pelas representações.

Assim, se por um lado é hoje consensual que o pensamento e a acção são inseparáveis, o que significa que não há acção sem pensamento, mesmo quando falamos de hábitos, nem pensamento sem acção – pensar é uma acção simbólica, então o homem enquanto ser que “representa”, coloca à distância, calcula, reelaborar cognitivamente o que faz. Se no âmbito das representações sociais, como já foi aqui amplamente discutido, o conhecimento do sujeito está ancorado num conhecimento pré-existente social e culturalmente estabelecido, esse conhecimento também é recriado por ele. Neste sentido podemos considerar os conteúdos que circulam na sociedade como um mapa de possibilidades, mas não como uma determinação:

Não sou apenas um relé mecânico de uma força que me possuiria, apesar de mim mesmo; eu sou um centro de decisões, uma instancia de provação ou de recusa e uma fonte de racionalidade (...) o meu próprio cálculo, por outro lado, pode ser revisto e corrigido (é a base da ideia da educação, aplicada nomeadamente à formação de adultos); ele tem um aspecto revisível, “eu” não estou ligado a ele (Rouquette, 1998, pp. 42)

Porém Abric (1994c, pp. 231), ainda que atribuindo-lhes o estatuto de hipótese, enuncia algumas considerações que como ele próprio refere “*parecem ir neste sentido, isto é, testemunhar uma relação de determinação das práticas pelas representações*”. Essas situações são definidas por duas características: A *autonomia do actor* em situação, determinando o seu lugar e tipo de relações que mantém face aos sistemas de poder e constrangimentos com que é confrontado e, a presença na situação *de elementos fortemente ligados aos afectos ou à memória colectiva*.

Face ao conjunto de situações sociais em que o actor possui autonomia, no sentido em que pode efectuar escolhas face às suas práticas e comportamentos – *situações não constrangedoras* –, são aquelas situações onde os diferentes constrangimentos (normas, jogos de poder, características situacionais objectivas) toleram condutas diferenciadas. Constituem exemplos, certas práticas de prevenção,

certas situações de trabalho em grupo e um bom número de situações da vida quotidiana. (Abric, 1994c).

Estas *práticas não constrangedoras* são fundamentalmente determinadas pelas representações da situação – representação de si, do outro, da tarefa e do contexto - que possuem os indivíduos ou grupos e não pelas suas características objectivas. Contudo como o próprio autor admite todos os estudos que apontaram resultados neste sentido foram estudos experimentais realizados em laboratório e não em contexto social real. (Abric, 1994c)

Como exemplo de *uma situação de elementos fortemente ligados aos afectos ou à memória colectiva*, Abric referência o trabalho de Jodelet (1989) que evidencia um conjunto de práticas – práticas significantes – quotidianas do grupo, em relação aos doentes mentais fundadas em crenças partilhadas mas não verbalizadas, de contágio da doença mental. Práticas que são determinadas não por causas reais, mas pela representação dessa realidade, práticas que são por isso originadas directamente numa memória colectiva do grupo: visão arcaica do contágio da doença mental.

Porém face aos argumentos de Rouquette (1998, pp. 42) não podemos falar de determinação, mas antes de *coerção variável*, na medida em que elas retratam uma espécie de *agulhão consciente ou não*, mas que constituirão sempre um mapa de possibilidades: “*Todo pensamento, toda a crença, todo o cálculo tem a sua alteridade, que é, seguidas vezes uma alternativa*”.

A respeito da *influência* das práticas sociais sobre as representações sociais não existem discordâncias entre os teóricos das representações sociais: as pesquisas mostram que as mudanças nas práticas sociais, mesmo quando forçadas, como no caso dos emigrantes, alteram progressivamente a nossa visão do mundo. (Abric, 1994; Andrade, 1998; Rouquette, 1998; Wagner, 1998;)

Numa exemplificação, no campo da enfermagem, diríamos que é pelo acesso progressivo e continuado às *práticas profissionais de enfermagem* situados numa evolução histórica dos conceitos de saúde, cuidados e pessoas que os recebem (OMS), que os enfermeiros se constroem simultaneamente uma visão da profissão de enfermagem a partir do serviço específico e singular que presta à sociedade.

Neste sentido a investigação realizada por Guimelli (1994a) sobre a representação social das enfermeiras francesas sobre a *função da enfermeira* e que, foi reproduzido entre nós por Gouveia (1995), constituem exemplos de como o acesso

regular às *práticas profissionais de enfermagem*, altera a estrutura da representação social dessas enfermeiras, sendo que são as suas funções autónomas e singulares que se constituem como organizador da sua representação/ práticas em função do qual todos os outros elementos da representação se organizam.

Também Rouquette (1998) refere de facto a influencia das práticas sobre a cognição como uma determinação objectiva, na medida em que ao contrário da situação anterior – influencia das representações sobre as práticas – nem sempre aquilo que fazemos é o que escolhemos forçosamente fazer, pode ser o resultado por exemplo das diversas pressões sociais, levando a um redireccionamento da representação, por vezes por caminhos inesperados. Vários estudos o têm comprovado (Abric, 1994c; Flament, 1994; Guimelli, 1994a,b; Sá, 1996). De facto o desacordo entre práticas e representações leva regularmente ao reajuste das ultimas.

O que retomando o exemplo da enfermagem, nos poderia levar a afirmar que justamente em situações opostas, isto é, situações, onde as enfermeiras, por razões que lhes são externas, executam continuamente *práticas tradicionais de enfermagem*, estas terão inevitavelmente uma influência sobre a sua cognição, que pode traduzir-se numa visão da profissão tributária do papel de auxiliar do médico, mas também qualquer outra, porque como diz o autor referido este redireccionamento da representação percorre por vezes caminhos inesperados.

Rouquette (1998, pp. 43) vai mais longe na exploração do termo *influencia* e conclui que: “*Não é mais exacto dizer, sem outra precisão, que “as representações sociais e as práticas se influenciam reciprocamente (...) para uma maior informação, convém tomar as representações como uma condição das práticas, e as práticas como um agente de transformação das representações”*. Sendo mesmo que, na medida em que as representações sociais e as identidades estão ancoradas num processo de diferenciação social, que se concretiza naturalmente por uma multiplicidade e evolução de práticas distintas, se pode afirmar que as representações sociais estão ancoradas nas práticas sociais.

Sintetizando a relação entre representações e práticas, não é uma relação de influência recíproca, as representações são uma condição das práticas, estão nelas ancoradas e por essa via as práticas são um agente de transformações das representações.

Transformação das Práticas/ Representações Sociais

Dadas as posições controversas sobre as determinações das representações pelas práticas, a posição geral dos teóricos do núcleo central, marcada por uma forte tradição experimental, tem privilegiado essencialmente o estudo e compreensão das transformações ocorridas nas representações sociais face à evolução das práticas, mais do que a questão da sua génese. (Abric, 1994; Sá, 1996)

Neste sentido Flament (1994), esboçou uma síntese dos processos de transformação das representações sociais a partir do estudo da modificação das circunstâncias externas, definidas pelo autor como qualquer estado do mundo fora da representação, portanto exterior ao sujeito/grupo da representação. Nestas modificações das circunstâncias externas vai distinguir as *situações reversíveis* e as *situações irreversíveis*.

Nas situações percebidas pelos actores sociais como *reversíveis*, as novas práticas delas decorrentes terão efeitos pouco profundos sobre a representação, o processo de transformação da representação é visível, mas lento e superficial: Manifestar-se-ão pela integração de novos conteúdos ao nível dos elementos periféricos, mas os elementos do núcleo central não são postos em causa e a modificação da representação social é visível mas superficial. (Abric, 1994c).

Já nas situações percebidas pelos actores como *irreversíveis*, isto é, em que as novas práticas delas decorrentes vão permanecer e que por essa via consideram que o retorno às práticas antigas é impossível, o restabelecimento do equilíbrio cognitivo dos indivíduos/grupo vão conduzir a uma transformação da representação. A irreversibilidade da situação, nos casos em que os novos dados do meio estão em contradição com as características centrais da representação do grupo, reduz consideravelmente a autonomia do actor e as suas possibilidades de manter o seu sistema anterior de representação.

Poderíamos a partir de uma leitura da sua evolução histórica das práticas de enfermagem pensar que, na medida em que num dado momento as enfermeiras viram alargado (e submetido) o seu campo da prática, os tratamentos e técnicas médicas delegadas, situação tida como irreversível, esta *circunstância externa*, levou a uma reorganização da sua representação social de enfermagem capaz de integrar estes

novos comportamentos, condição essencial para a “sobrevivência” do indivíduo – enfermeira – e do grupo social – enfermagem –.

Para Flament (1994) esta transformação das representações sociais vai operar-se de forma diferente em função da natureza das “práticas novas” e da relação destas com a representação social do grupo. Retemos três principais tipos de transformação:

1. Transformação Progressiva

Quando as novas práticas não são contraditórias com o núcleo central da representação social a transformação da representação vai efectuar-se sem ruptura do núcleo central. Os conteúdos activados pelas novas práticas vão progressivamente integrar-se aos do núcleo central e fusionar com eles afim de constituir um novo núcleo, portanto uma nova representação;

2. Transformação Resistente

Quando as novas práticas são contraditórias com o núcleo central da representação social, mas permitem a utilização de mecanismos de defesa da representação – interpretação e justificação dos novos constrangimentos, racionalizações, referências a factores externos, etc. –, a transformação vai processar-se pelo aparecimento de “*esquemas estranhos*” (Flament, 1994), isto é, condutas contraditórias, que à medida que se vão multiplicando e ocupando o campo da representação levarão à transformação do núcleo central e com ele à transformação da representação no seu conjunto.

3. Transformação Brutal

Quando as novas práticas colocam em causa directamente a significação central da representação, sem recurso possível a mecanismos defensivos, a importância das novas práticas, a sua permanência e o seu carácter de irreversibilidade levam a uma transformação directa e completa do núcleo central e portanto de toda a representação.

Retomando o estudo de Guimelli (1994), que na realidade constituiu o desenvolvimento de um conjunto de pesquisas – documentais e no terreno – prévias sobre o tema sobre a *função da enfermeira*, que será por nós adaptado e utilizado como suporte para o estudo das representações sociais dos estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem, o autor distingue dois campos da prática de enfermagem:

-Campo tradicional, inerente às práticas resultantes da prescrição médica, no qual a enfermeira se situa enquanto executante dos actos prescritos

-Campo profissional novo, no qual a enfermeira possui uma real autonomia e onde aplica o seu saber próprio e específico, este ultimo desencadeado pelo processo de profissionalização de enfermagem, onde as enfermeiras progressivamente vão reelaborando as suas práticas num movimento de retorno à sua singularidade, integrando simultaneamente as evoluções sócio-históricas e culturais que têm marcado as concepções de saúde e de cuidados de saúde.

Estas evoluções, como sublinha o autor, não têm subjacente uma oposição à abordagem médica, mas uma diferenciação dos níveis de intervenção de uns e de outros, que se vão complementar num objectivo comum: a promoção da saúde das populações. Na opinião do autor, que de um modo genérico partilhamos, três grandes alterações são inevitáveis para a concretização da enfermagem enquanto profissão específica e singular:

-Alteração da natureza das relações médico-enfermeira, passando de uma relação marcada pela dependência para relações marcadas pela complementaridade e colaboração;

-A organização do “trabalho” das enfermeiras, a partir do seu papel singular, que pressupõe um conjunto de competências técnicas específicas em geral, e em particular de competências relacionais;

-A utilização de metodologias de trabalho rigorosas – método de resolução de problemas, projectos de cuidados, instrumentos de registo, etc. –.

A partir da constatação de que nos contextos de trabalho as práticas profissionais dos enfermeiros eram heterogéneas – pela recente emergência e reconhecimento das “práticas novas”; pela heterogeneidade dos modelos de formação dos enfermeiros do terreno, incluindo os enfermeiros gestores das unidades de cuidados; pelas características particulares das unidades de cuidados – características dos doentes, métodos de distribuição de trabalho, grau de autonomia do enfermeiro –; foi então estudar a relação entre práticas e representações sociais no campo das práticas profissionais de enfermagem.

Conclui que a representação social da função do enfermeiro se tem transformado de forma progressiva na medida em que as “novas práticas” não são contraditórias com o núcleo central da representação social a transformação da

representação vai efectuar-se sem ruptura do núcleo central. Os conteúdos activados pelas novas práticas vão progressivamente integrar-se aos do núcleo central e fundir-se com eles a fim de constituir um novo núcleo, portanto uma nova representação.

Contudo face à “amplitude” desta transformação ela parece claramente ser tributária do acesso regular ou não às “novas práticas”, assim, no grupo onde o acesso é regular observam-se movimentos importantes na estrutura da representação, cujo organizador central – núcleo central da representação – é o papel específico e singular da enfermeira, que portanto dá sentido ao conjunto das práticas por elas realizadas. Por outro lado, no grupo cujo acesso às “práticas novas” é restrito e o acesso às “práticas tradicionais” frequente, é o papel tradicional, portanto o papel prescrito pelo médico, que ocupa o lugar mais importante na representação, por essa via organizando e dando sentido ao conjunto das intervenções desenvolvidas por essas enfermeiras, centradas nas técnicas e tratamentos, desempenhados como tarefas e assinando uma relação assimétrica entre médicos e enfermeiras.

Num estudo posterior realizado por Guimelli (1994a) com estudantes finalistas de enfermagem, tentando confirmar a hipótese da função do núcleo central da representação social como gerador de tomadas de posição, através da *argumentação* dos estudantes face à sua orientação profissional – escolha do serviço/ sector para início da carreira –. O autor verificou que em todos os inquiridos a escolha do serviço/ sector era “justificada” não pelo conjunto de proposições relacionadas por exemplo com localização geográfica, remuneração, relações com a hierarquia; mas com o facto de considerarem que o serviço/sector por eles escolhido – qualquer que fosse a escolha concreta – possuía as condições requeridas para o exercício do papel específico e singular da enfermeira.

A partir destes resultados obtidos pela pesquisa empírica de Guimelli (1994a) e confirmados entre nós por Gouveia (1995) poderemos pensar que a representação social dos estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem terá uma co-relação com o seu acesso ou não às “práticas novas” que eu designarei de *práticas profissionais* por oposição a *práticas tradicionais*, durante as suas experiências clínicas.

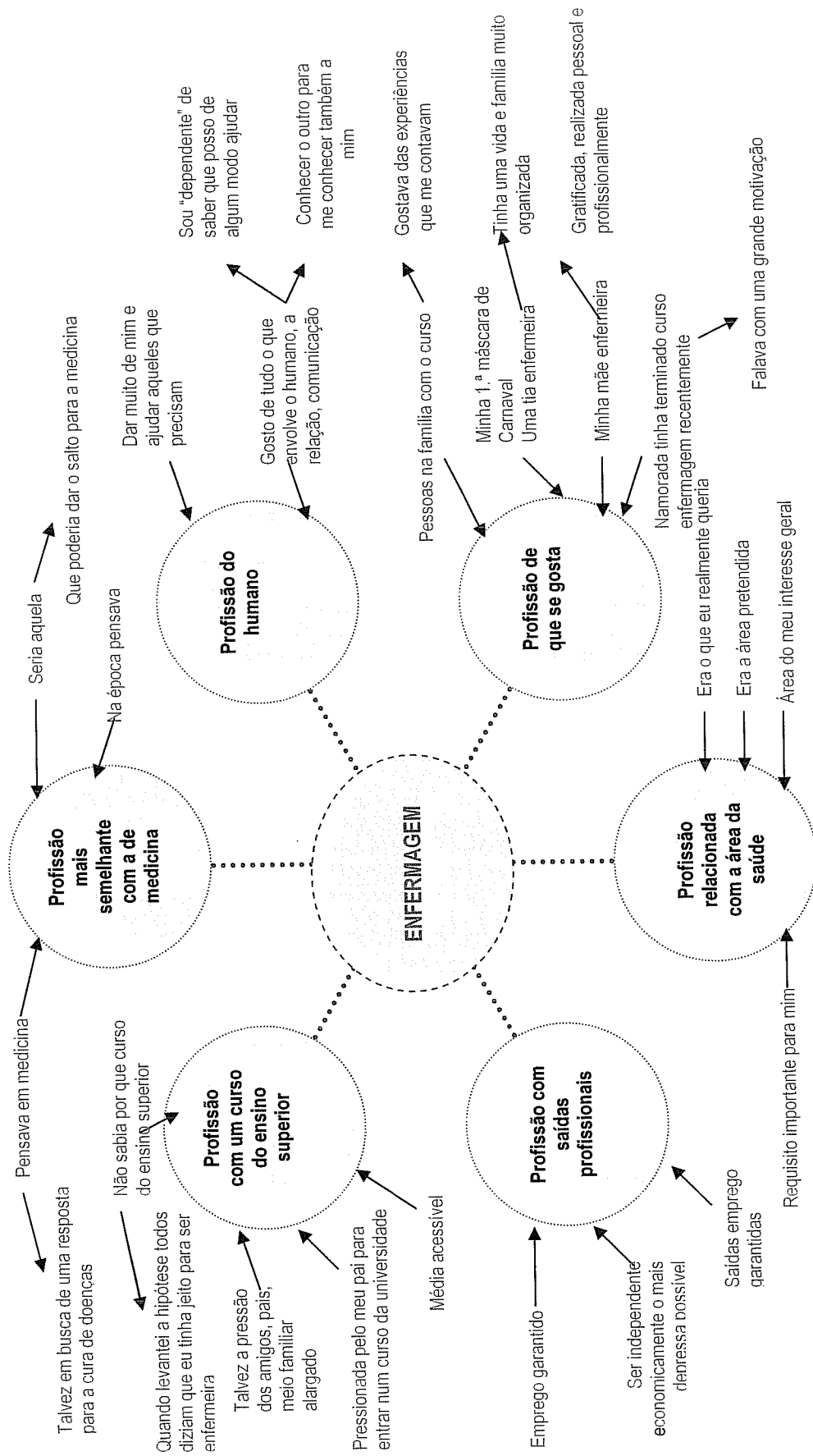


Figura 9 – Mapa da representação social de enfermagem dos estudantes para quem o curso constituiu uma negociação da sua preferência vocacional

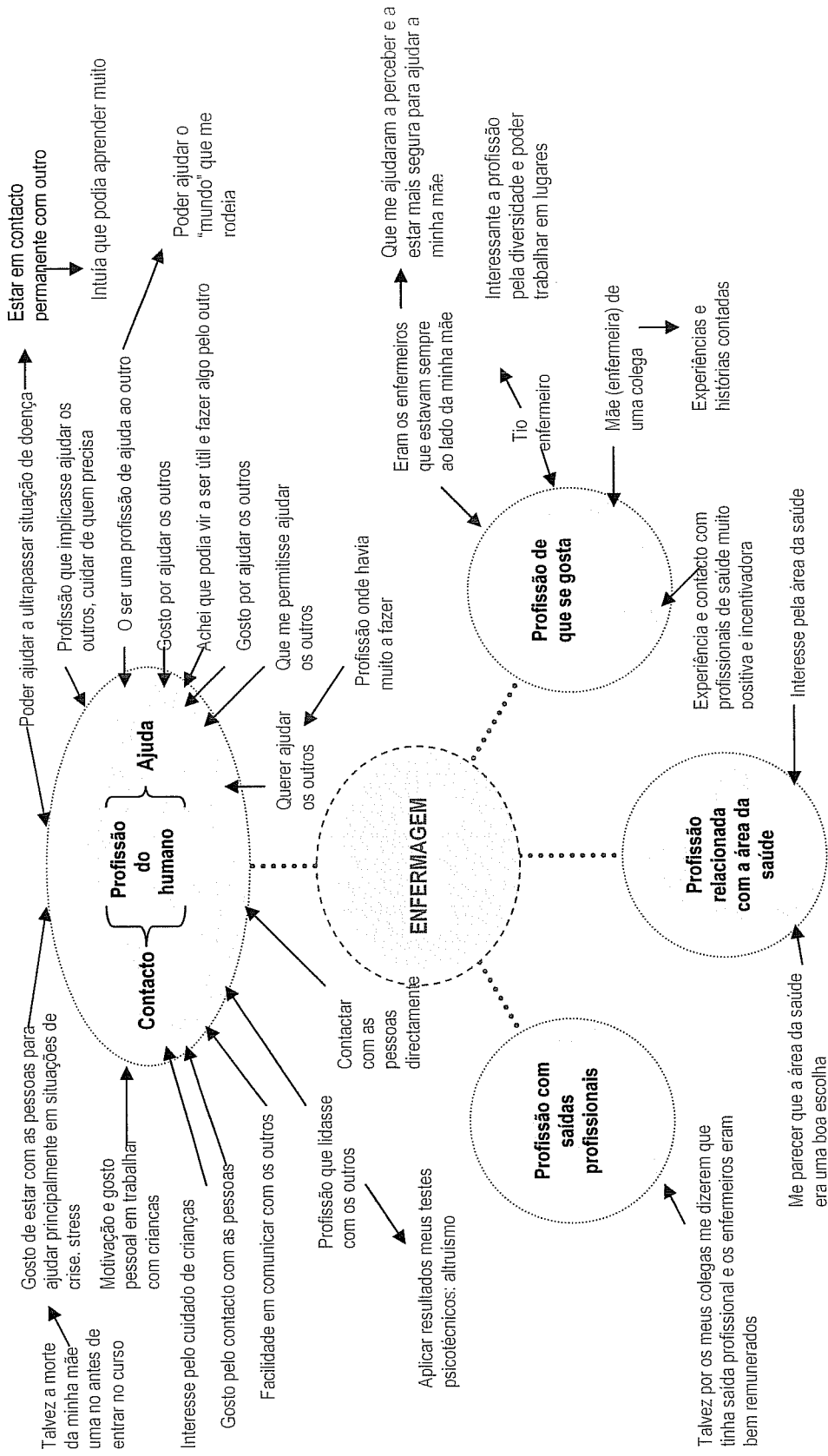


Figura 8 – Mapa da representação social de enfermagem dos estudantes para quem o curso constituiu a sua preferência

Quadro 7 Estrutura Interna da Representação Social dos estudantes dos sobre as Práticas Profissionais de Enfermagem 1.^a-2.^a Cadeia Associativa

		ORDEM MÉDIA	
		BAIXA = ou -2,50	ALTA +2,,50
FREQÜÊNCIA	F O R T E	✦ Comunicar 29(2,41) Relação 19(1,94) Perceber 12(2,50) Cuidar 10(1,30) Escutar 10(1,80) Conhecimentos e saberes 10(2,10)	✧ Conhecimento de si próprio 11(2,90) Empatia 11(2,,81)
	10 ou + (superior a 5%)		
	F R A C A	♥ Ajuda 8(2,12) Destreza/ Técnica 8(2,12) Criatividade 6(2,00) Observar 4(1,75) Iniciativa 2(2,50) Perspicácia 2(2,50) Reelaborar 2(2,50) Investigação 2(2,50) Mediação utente-equipa saúde 1(1,00)	✧ Pessoa no seu contexto 9(2,66) Acompanhar 9(2,66) Competência nos cuidados 8(3,50) Atenção 7(2,85) Transmitir informação 7(3,57) Formação 6(3,00) Disponibilidade 1(3,00) Respeito 5(2,80) Promover a saúde 5(3,00) Perspectiva holística 4(2,75) Disponibilidade 4(3,00) Gosto 3(2,66) Capacitar o outro 3(3,00) Ir encontro necessidades 3(3,33) Argumentar 3(3,66) Conhecimento 2(1,50) Assertividade 2(3,50) Abord. pessoa-familia-com. 1(4,00)
	10 ou + (superior a 5%)		

Legenda:

- ✦ - Núcleo da representação - 1º Nível ✧ - Nível que envolve o núcleo -2º Nível
 ♥ - Nível de menor centralidade – 3º Nível ✧ - Nível mais periférico-4º Nível

Às 3 cognições susceptíveis de construir o núcleo central da representação deste grupo de estudantes reafirmam-se e juntam-se agora, no contexto de um universo semântico mais alargado (282 evocações) outras três, já anteriormente presentes na 1.^a cadeia associativa “conhecimentos e saberes”, “comunicar” e “perceber”, que se situavam em quadrantes susceptíveis de tecerem fortes laços com as cognições centrais, as duas primeiras uma dimensão colectiva (frequência

Quadro 8- Análise do campo semântico produzido por categorias e subcategorias

As práticas como uma acção intencional	Destinatários	- Pessoa no seu contexto e individualidade, dignidade da pessoa, pessoa doente e saudável	
	Finalidades	- Promover a saúde, bem-estar, qualidade de vida	
	Funções	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidar - Ajuda, apoio - Mediação entre utente-equipa de saúde - Capacitar o outro, promover o auto-conhecimento, empowerment - Transmitir informação pertinente, validar informação, aconselhar 	
O que sustenta e regula práticas com uma intencionalidade cuidadora	Os meios de que dispõe o profissional para intervir ou agir	Condutores da acção	<ul style="list-style-type: none"> - Perspectiva holística, olhar o outro no seu todo - Abordagem pessoa-família-comunidade - Ir ao encontro das necessidades da pessoa, identificar as áreas de sofrimento - Qualidade nos cuidados, cuidados humanizados, competência nos cuidados
		Explicitos na acção	<ul style="list-style-type: none"> - Relação, relação de ajuda e suporte - Escutar, escuta-activa - Comunicar, linguagem verbal e não verbal, discurso adequado a cada pessoa, partilhar opiniões, favorecer a partilha de sentimentos e experiências - Acompanhar, acompanhar numa situação de vida, caminhar com - Observar - Argumentar, negociar, justificar
		Implícitos na acção	<ul style="list-style-type: none"> - Empatia - Perceber, compreender - Reelaborar, repensar enfermagem - Conhecimento, conhecimento científico - Investigação - Formação, formação contínua, auto-formação, actualização permanente
	Os recursos intra-pessoais que sustentam a acção	De natureza predominantemente cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos e saberes para cuidar, saber-fazer, saber-escutar, saber-executar - Criatividade, originalidade, imaginação - Técnica(s), técnicas básicas, técnicas comunicacionais, destreza - Perspicácia - Atenção, atento ao outro, atento ao pormenor

enfermagem no final do curso –. Aqui a historicidade, na intersecção da história social e da história particular de cada um é compreendida na sua dimensão evolutiva, processual: “*construção em via de ser feita, ou de se desfazer, e não mais estado momentâneo de lugares*” (Rouquette, 1998, pp. 41).

Outro esclarecimento fundamental para o estudo das práticas sociais no âmbito da teoria das representações sociais é o de *noção de prática*, cuja frequente falta de rigor é denunciada por Rouquette (1998). Toda a prática compreende pelo menos dois aspectos, cada um deles susceptíveis de se desdobrar em duas leituras, podendo converter-se em oposições:

- A realização de uma acção – conduta efectiva do sujeito;
- A frequência dessa realização – familiaridade do sujeito com a acção.

PRÁTICAS	
Realização de uma acção	<ul style="list-style-type: none"> × Lida enquanto mera concretização × Lida enquanto intenção <p style="text-align: center;">Gesto versus intenção</p>
Frequência dessa realização	<ul style="list-style-type: none"> × Lida enquanto hábito, banalidade relativa × Lida enquanto raridade, novidade <p style="text-align: center;">Hábito versus novidade</p>

Quadro 3 – Leituras da prática: do gesto à intenção; do hábito à novidade

Prosseguindo esta desconstrução, toda a acção pode por seu lado, ser decomposta em duas vertentes:

- As maneiras de fazer, procedimentos, desempenhos;
- As consequências percebidas desse fazer, cálculo, quer tenham sido ou não conscientemente procuradas, quer sejam ou não correctamente apreciadas. Sendo

que o cálculo se pode ainda diferenciar entre “cálculo” aplicado e agido em função de interesses sociais imediatos e “cálculo” secundário sobre a prática.

Como salienta Rouquette (1998, pp. 45), numa dada prática, a maneira de fazer não é separável do cálculo que a prepara e avalia, pelo que esta desconstrução da prática deve ser entendida como um meio de proporcionar esclarecimentos no sentido da “*passagem da noção intuitiva de prática a um status científico*” esclarecido pela teoria. Para o autor o estudo destes diversos aspectos da prática, inevitavelmente em interacção com os contextos sociais onde se desenvolvem, permitiriam elucidar que certos aspectos das práticas são mais decisivos que outros para construção e transformação das representações do mundo.

ACÇÃO	
Maneiras de fazer	<p>× São técnicas no seu sentido amplo, podem ser descritas em termos de procedimentos e desempenhos – técnicas do corpo, técnicas de conversação, etc. –</p>
Consequenciais percebidas desse fazer	<p>× Remetem ao cálculo – avaliação, argumentação, decisão, correcção</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A[] --> B[Cálculo aplicado] A --> C[Cálculo secundário] style A width:0px,height:0px </pre> </div>

Quadro 4 – Leituras da acção: dos procedimentos ao cálculo

Sintetizando a questão da intervenção das práticas sobre as representações sociais pode ser observada a partir de pelo menos estes quatro aspectos:

- A prática como passagem ao acto, conhecer por si próprio ou, por ouvir dizer;
- A prática como recorrência, os especialistas e os iniciados
- A prática como maneira de fazer, a forma específica de fazer

-A prática como cálculo, esta última ainda comportando a distinção, a avaliação das consequências da acção e/ou a justificação da mesma

Mas como sublinha Rouquette (1998, pp. 45) a mudança (das práticas e/ou das representações) refere-se antes de mais à história do que a quaisquer outras variáveis descontextualizadas ou monológicas. Nesta posição assumida pelo autor, a pesquisa histórica constitui uma importância crucial, o ponto de partida, complementado pelo estudo das representações sociais actuais, desse modo contribuindo para uma história do presente.

Acentua ainda a importância desta problemática das relações entre práticas e representações na análise de situações educativas concretas e na organização das intervenções. Sintetizando a influência recíproca das representações e das práticas deve ser compreendida como um processo, simultaneamente condição e determinação: condição a partir do papel desempenhado pelas representações no desenvolvimento da conduta (como os dados de um problema); determinação, na medida em que é questão da acção das práticas sobre as modalidades do conhecimento (como os teoremas que engendram e escondem o raciocínio).

Seja em que circunstância for a existência de uma relação entre representações e práticas sociais é inevitável. A análise de toda prática social supõe que sejam considerados pelos menos dois factores essenciais: as condições sociais, históricas e materiais nas quais se inscreve e o modo de apropriação pelo indivíduo ou grupo visado, modo de apropriação onde os factores cognitivos, afectivos e simbólicos desempenham um papel igualmente preponderante. (Abric, 1994c)

Para que uma prática social se imponha, se mantenha, é necessário que ela possa a termo, ser apropriada ou seja, integrada num sistema de valores, de crenças e de normas, a que se adapta ou que transforma. Toda contradição entre representações sociais e práticas leva necessariamente à transformação de uma ou de outra.

Como os objectos são captados em determinados contextos e relações, o sentido da representação de um objecto advém das relações com outras representações de outros objectos que formam um campo da representação: "*Portanto o que confere o seu sentido à representação não é tanto o seu conteúdo, os elementos que a formam, mas as relações entre esses elementos.*" (Andrade, 1998, pp. 43)

Do exposto resulta que a compreensão da relação práticas e representações sociais supõe o conhecimento da organização interna da representação. A identificação desta organização interna exige a utilização de uma metodologia apropriada e fundada na utilização de métodos complementares de recolha e tratamento de dados da representação (Abric, 1994c), que será por nós utilizada e descreveremos no capítulo “opções metodológicas”.

Métodos de Recolha e Análise das Representações Sociais

Abordaremos os principais métodos de recolha de dados no estudo das representações sociais, mas desenvolveremos apenas aqueles que serão utilizados no presente estudo, assim como os métodos de análise por nós privilegiados.

Todas as investigações em representações sociais pressupõem o estudo do campo da representação social a partir da análise dos conteúdos recolhidos, contudo como já vimos em função dos objectivos da pesquisa, isso pode implicar ou não, o recurso à identificação da estrutura, nestes casos geralmente impõem-se uma conjugação de técnicas quantitativas e qualitativas.

Por outro lado, quando apenas se pretende analisar o campo da representação, como sistema de expressão da realidade dos sujeitos, grupos, as técnicas qualitativas constituem um recurso indispensável.

Face à recolha de dados sobre o conteúdo da representação optámos por dois métodos: o inquérito e a carta associativa. Face à análise do conteúdo da representação nos inquéritos de questões tendencialmente abertas, apelando às experiências e vivências dos sujeitos através de narrativas escritas, utilizamos uma metodologia qualitativa proposta por Spink (2000). Face à análise do conteúdo da representação na carta associativa utilizamos a metodologia desenvolvida por Vergès (1994) e apoiada por Abric (1994c) entre outros estudiosos da teoria do núcleo central, que permite simultaneamente uma análise da organização e estrutura da representação.

Utilizamos ainda um inquérito elaborado por Guimelli (1994) para a identificação do núcleo central da representação social da “função da enfermeira”, reproduzido entre nós por Gouveia (1995), com base numa metodologia de hierarquização de itens

através da escolha sucessiva de blocos. Esta metodologia prevê uma análise estatística dos dados através de uma medida específica – índice de distância – que permite estudar as relações de similitude e identificar “diferenças subtis” na organização interna da representação, importantes em estudos comparativos da representação social de um mesmo objecto, em dois grupos diferentes, o que não constitui o caso do nosso estudo e que por isso, será analisado através de medidas de estatística simples.

Métodos de recolha e análise do conteúdo de uma representação.

Para a recolha do conteúdo Abric (1994c) distingue dois grandes tipos nos métodos de recolha do conteúdo da representação social: os “*métodos interrogativos*” e os “*métodos associativos*”, estes últimos permitindo directamente um trabalho sobre a identificação da estrutura da representação social. Já os primeiros, se têm por objectivo a identificação da estrutura da representação, pressupõem geralmente a utilização posterior de “*métodos de hierarquização dos itens da representação*”.

Os *métodos interrogativos*, consistem em recolher uma expressão – verbal ou figurativa – dos sujeitos em relação ao objecto da representação estudado, integram-se nestes métodos a entrevista, o inquérito e a abordagem monográfica. Esta última a mais complexa, inspirada da antropologia, conjugando técnicas etnográficas, inquéritos sociológicos, análises históricas e técnicas psicológicas, de que constitui um exemplo o estudo da representação social da doença mental realizado por Jodelet (1989). A *entrevista* permite o acesso ao conteúdo da representação e também às atitudes dos sujeitos, mas raramente à sua organização e estrutura interna. (Abric, 1994c)

Questionário ou Inquérito

O *inquérito* é a técnica actualmente mais utilizada no estudo das representações dado que permite introduzir, mas não é uma condição absoluta, uma análise quantitativa do conteúdo, identificando a partir de uma visão distributiva, os elementos comuns – *representação prototípica* – da representação num dado grupo social contribuindo para identificar a organização e estrutura interna da representação.

Porém, contrariamente à entrevista, o inquérito limita necessariamente a expressão dos indivíduos às interrogações que lhe são propostas e que podem evitar as próprias interrogações do sujeito. Para contornar esta limitação, Abric (1994c, pp.

63) sugere a utilização de questões tendencialmente mais abertas, dando à possibilidade ao inquirido de operacionalizar o seu próprio processo: “*Para o estudo das representações, o questionário deve ser concebido de um modo que permita e valorize a actividade da pessoa interrogada.*”

A análise do campo semântico pode ser analisado de maneira descritiva ou comparativa, fornecendo informações importantes sobre a natureza do conteúdo da representação. (Abric, 1994c; Sá, 1996, 1998)

Quando apenas se pretende analisar o campo da representação, como sistema de expressão da realidade dos sujeitos as técnicas qualitativas constituem um recurso indispensável.

Análise do Campo Semântico proposta por Spink

Neste sentido Spink (2000) desenvolveu uma metodologia de análise de conteúdo no estudo das representações sociais a partir de técnicas exclusivamente qualitativas de análise do discurso para encontrar as associações de ideias que deles emergem, evidenciando a *diversidade* e não o consensual ou o mais frequente, o que não significou abrir mão do consenso, na medida em que são identificados os temas que emergem das narrativas e o mapa da representação, organizado em torno desses temas. Assim, a metodologia consiste nas etapas seguintes:

1.º Leitura flutuante do material produzido:

- ✦ Identificar os temas emergentes, considerando a construção, a argumentação que permitem aceder aos investimentos afectivos;
- ✦ Identificar eventuais versões contraditórias que possam emergir nos discursos, que constituem indicadores da forma como o discurso se orienta para acção;

2.º Organização do discurso:

- ✦ Nas situações mais simples, por exemplo uma única entrevista centrada num tema circunscrito, organizá-lo a partir dos seus elementos cognitivos, a prática quotidiana e o investimento afectivo;
- ✦ Nas situações mais complexas, mais entrevistas e temas menos circunscritos, organizá-lo a partir dos temas que emergiram da leitura flutuante, guiados pelos objectivos do investigador;

3.º Construção de mapas organizados pelos temas identificados, respeitando a ordem dos discursos, fazendo emergir a associação de ideias entre os temas e a variedade de imagens presentes num único tema;

4.º A etapa final consiste em transportar estas associações para um gráfico, pontuando as relações entre os diversos elementos da representação.

Associação Livre

Os *métodos associativos* assentem igualmente na expressão verbal que pretende ser mais espontânea, menos controlada e por hipótese mais autêntica. Incluem-se nestes métodos a associação livre e a carta associativa, esta última visando limitar uma das principais dificuldades da primeira, que é a da interpretação dos termos – palavras, expressões verbais – produzidas pelos sujeitos. Estes métodos permitem simultaneamente a identificação da estrutura da representação social de acordo com uma metodologia proposta por Vergès (1994)

A *associação livre* consiste em pedir aos sujeitos para produzirem palavras, expressões ou adjectivos que lhe venham ao espírito, a partir de uma ou várias palavras indutoras, deste modo acedendo ao universo semântico do objecto em estudo, incluindo mesmo os elementos implícitos ou latentes que estariam mascarados nas produções discursivas.

Análise do Campo Semântico proposta por Vergès

Contudo, como salienta Abric a produção obtida pela associação livre é dificilmente interpretável à priori e nesse sentido Vergès (1987, 1992 in Abric, 1994c; Vergès, 1994) propõe uma metodologia de análise do conteúdo, que permite simultaneamente distinguir quais destas produções são centrais e organizadoras da representação e quais são periféricas, isto é, identificar o núcleo central da representação. Esta metodologia consiste:

- Identificar e analisar o *sistema categorial* utilizado pelos sujeitos permitindo circundar o próprio conteúdo da representação;
- Destacar os *elementos organizadores deste conteúdo a partir de dois indicadores*: a *frequência do item* na população; a sua *ordem de aparição* (definido através da ordem média calculada no conjunto da população); a congruência dos 2 critérios constitui um indicador de centralidade do elemento;

- Completar esta análise verificando se as palavras mais frequentes permitem criar um conjunto de categorias organizadas em torno dos termos previamente identificados como centrais, assim confirmando o papel organizador destes na representação social.

Carta Associativa

A *carta associativa*, inspirada na técnica de carta mental de H. Jaoui (1979 in Abric, 1994c) visa fazer face à dificuldade de interpretação, permitindo preservar o sentido que o sujeito atribui à sua produção e identificar os laços significativos entre os elementos do corpus.

Consiste em pedir aos sujeitos para a partir de uma palavra/ expressão indutora produzirem associações livres; posteriormente para produzir uma segunda série de associações livres, mas desta vez a partir de casais de palavras que comportem a palavra indutora e cada uma das palavras associadas, obtemos deste modo uma segunda série de associações e assim sucessivamente. As experiências efectuadas com este método (Abric, 1994c), têm evidenciado a dificuldade de ir para além de cadeias associativas de 4 elementos.

Na figura 8, ilustramos um exemplo de uma carta associativa, produzida por um dos participantes do nosso estudo, face à expressão estímulo *competências para fazer enfermagem*. No nosso caso, limitamos a carta associativa a duas cadeias associativas, cada uma comportando três elementos, sempre em referência com a palavra estímulo:

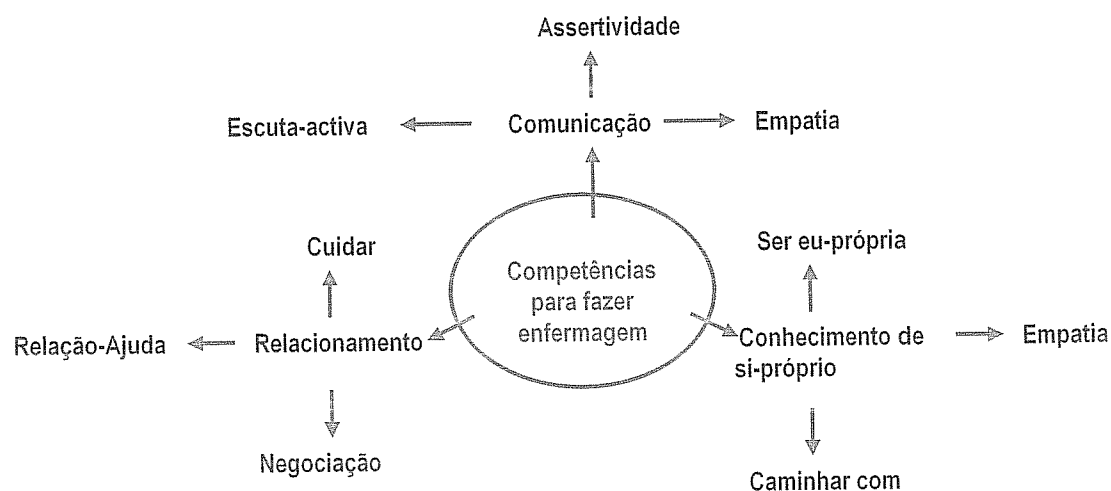


Figura 7 – Exemplo de carta associativa do nosso estudo; Toletti, 2004

A análise da carta associativa pode ser realizada da mesma forma que a de associações livres proposta por Vergès (1994) e já descrita. Mas neste caso, efectua-se para a 1ª série de associações, depois para o conjunto 1ª-2ª série e assim sucessivamente. Os índices de frequência, a ordem de aparição podem ser calculados assim como a sua correlação. Uma análise categorial do corpus pode completar este trabalho. (Abric, 1994c; Vergès, 1994; Sá, 1996)

Hierarquização dos Itens da Representação: Escolha Sucessiva por Blocos

Como já referimos em algumas situações os questionários utilizados no estudo das representações sociais apenas permitem a recolha e análise do campo da representação, pressupondo geralmente a utilização posterior destes métodos no sentido de identificar a estrutura da representação.

Ao contrário de outros métodos de hierarquização dos itens da representação, visando identificar a estrutura da representação social, na “escolha sucessiva por blocos” é o sujeito que os hierarquiza.

Esta metodologia foi utilizada por Guimelli (1994) para o estudo da representação social da “função da enfermeira”, já por nós referenciado. Consiste em pedir aos sujeitos, para a partir de uma lista de itens, efectuarem uma escolha sucessiva por blocos, isto é, seleccionam inicialmente os “x” itens que lhes parecem mais importantes, posteriormente entre os itens restantes, os “x” itens menos representativos, de entre os itens que restam efectuam ainda uma escolha dos “x” mais importantes e assim sucessivamente. Ficam assim constituídos um dado número de blocos, distinguindo os elementos mais e menos expressivos da representação, aos quais é atribuído um score, permitindo uma análise estatística dos dados.

No estudo que efectuou Guimelli utiliza uma análise estatística própria, através de uma medida específica – índice de distância – que permite estudar as relações de similitude e identificar “diferenças subtis” na organização interna da representação, importantes em estudos comparativos da representação social de um mesmo objecto, em diferentes grupos, o que não constitui o caso do nosso estudo e que por isso, foi analisado através de medidas de estatística descritiva.

MÉTODO

Delimitação da População

Goetz e LeCompte (1988, in Bento, 1997) definem população como um conjunto de potenciais respondentes ou participantes num estudo, identificados a partir de critérios enunciados pelo investigador, com base na determinação dos limites do fenómeno em estudo. Nesse sentido foram por tomadas decisões quanto aos participantes considerados relevantes para o fenómeno em estudo o que implica necessariamente suportarmo-nos nos pressupostos da teoria em que nos suportamos.

Para Wagner (1998) cujo papel primário da comunicação no processo de elaboração das representações sociais é essencial só podemos falar de representações sociais no âmbito de "grupos reflexivos", isto é, grupos que elaboram colectivamente regras, justificações e razões para crenças e comportamentos dentro das suas práticas diárias implicando a comunicação tanto de pontos de vista compartilhados – socialização –, quanto divergentes – individualização –. Estes grupos são formados por indivíduos que detêm um sentimento de pertença a esse grupo, definido a partir de critérios internos ao grupo e não, por critérios definidos arbitrariamente por um observador externo.

Vários autores (Januário, 1988; Mialeret, 2000; Santomé, 1988 in Bento 1997) alertam para o facto de que estudar problemas educativos "universais" sem delimitar os complexos contextos em que ocorre a acção educativa, corre o risco de se revelar infrutífero dada a sua frequente impossibilidade de aplicação, dada a sua frequente impossibilidade de aplicação, o que é reforçado pelo facto de que as Escolas Superiores de Enfermagem possuem autonomia pedagógica para a concepção e desenvolvimento dos seus planos de estudo. Assim, o estudo foi limitado a uma escola pública e os participantes ao seu grupo de estudantes finalistas. A escolha da escola foi orientada pelo seu carácter singular, na medida em que até à abertura do curso de

licenciatura em enfermagem a sua acção educativa se tinha centrado exclusivamente na formação pós-graduada, suportada por princípios da formação de adultos.

Para a elaboração do plano de estudos do curso de licenciatura em enfermagem, esta escola suportou-se nas recomendações emanadas pela Comissão Europeia (1998) para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem, bem como nas características tidas como desejáveis para as licenciaturas no âmbito do Ensino Superior Politécnico. Neste plano de estudos é referenciado que o curso visa promover nos estudantes o desenvolvimento de um conjunto de competências, que se constituem como organizadores curriculares, suportados por conceitos básicos em enfermagem – pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem –; e que os princípios orientadores da acção educativa estão subjacentes ao processo educativo, entendido como um processo que ocorre durante a vida da pessoa e no qual se fazem aquisições que conduzem ao seu desenvolvimento.

De acordo com Ribeiro, L. (2000) foram consideradas algumas linhas de força na construção do plano de estudos, de que destacaremos: a valorização da aprendizagem em situação real; a inclusão de unidades curriculares com o estatuto de seminário, exclusivamente para a análise das práticas; fazer face à dicotomia hospital/centro de saúde privilegiando o acesso dos estudantes a experiências de cuidados continuados e sempre que legítimo a prestação de cuidados inseridos nos locais de vida quotidiana; a centralidade das disciplinas de enfermagem de modo a agregarem e darem sentido ao conjunto de aprendizagens; proporcionar aos estudantes experiências para a tomada de decisões complexas, através da problematização de situações de confronto com a ambiguidade do mundo dos cuidados abordadas na unidade curricular “desenvolvimento pessoal e ética profissional” ao longo dos três primeiros anos de formação e finalmente, a incrementação de uma alternância real, suportada pelo estabelecimento de protocolos de colaboração entre a escola e as unidades de saúde, assegurando um modelo formativo em parceria entre os enfermeiros da escola – orientadores da escola – e os enfermeiros dos serviços – orientadores ensino clínico –.

A população do presente trabalho é limitada ao grupo de estudantes finalistas do 1.º Curso de Licenciatura em Enfermagem, constituído por um total de vinte e cinco elementos, vinte e dois do sexo feminino e três do sexo masculino. O acesso ao grupo identificado, após contacto informal com a coordenadora de curso, foi formalizado por

um pedido de autorização para a realização do nosso estudo. Os participantes em número de dezanove, são os estudantes que voluntariamente se disponibilizaram para nele colaborar, fazem parte do grupo de estudantes

Tendo em conta o objecto da representação social em estudo – práticas profissionais de enfermagem – e o garante de que saber que une sujeito-objecto da representação seja um saber efectivamente praticado – material e simbolicamente – optámos por encontrar os participantes no momento em que já tinham realizado a totalidade de Ensinos Clínicos previstos no plano de estudos, à excepção do Ensino Clínico IX, que tem a particularidade de se constituir como uma opção do estudante, numa eventual perspectiva de antecipação de um projecto profissional.

Delineamento do Estudo

A preocupação do presente estudo não foi comprovar a teoria das representações sociais, mas recorrendo a ela “*situarmo-nos melhor*” face à situação educativa, através do estudo da *representação social dos estudantes finalistas de enfermagem acerca das práticas profissionais de enfermagem* e por essa via alimentar reflexões face à educação e o aprender em enfermagem.

A representação social enquanto forma de saber prático que liga um sujeito a um objecto, desdobra-se principalmente em três campos de estudo, é o campo que estuda *os estados e processos da representação*, que responde às questões “*o que e como se sabe?*” (Jodelet, 1989), que aplicado ao objecto da representação em estudo – *as práticas profissionais de enfermagem* – nos permite formular as questões da nossa investigação:

- *O que sabem os estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem?*
- *Como foram (re)construindo esses saberes através das práticas pedagógicas (parte delas) socialmente organizadas pela educação em enfermagem?*

Estas questões são tanto mais importantes para a educação em enfermagem, que enquanto disciplina aplicada, a prática é por excelência o lugar para onde convergem todas as aprendizagens. Assim, está em causa a organização de práticas

educativas que permitam aos estudantes reconstruir pessoalmente os saberes transmitidos, transformando-os em saberes para agir e compreender e que por essa via se traduzam na acção do sujeito e na compreensão da sua acção, portanto não se trata só de construir conhecimentos mas também competências, “modos de fazer” e de “gerir as situações”, no exercício da sua prática clínica. (Donnadieu et al., 1998)

As representações sociais enquanto modalidades de pensamento prático, emergem das práticas em vigor na sociedade e na cultura, são por elas alimentadas e reconstruídas. Nesse sentido a “qualidade” do saber dos estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem, passa pelo acesso regular e frequente a essas práticas. É a partir delas que desconstróem representações de *práticas tradicionais de enfermagem* para reconstruir novas representações, definidoras do papel específico e singular das práticas de cuidados de enfermagem e do seu valor social e económico medido em relação aos ganhos em saúde que promovem para as populações. E nunca pelo caminho inverso.

A formulação proposta por Moscovici de que a representação social é sempre a representação de alguém e de alguma coisa impõe a especificação do sujeito que mantém tal representação e do objecto representado. Por outro lado como modalidade do conhecimento, exige igualmente que o saber une sujeito-objecto seja um saber efectivamente praticado. (Sá, 1998).

Os sujeitos da representação do nosso estudo são os estudantes finalistas de enfermagem, actores sociais, reinterpretando continuamente no espaço da interacção social de aprendizagem a realidade social, neste caso uma parte da realidade social – práticas profissionais de enfermagem – que reconstróem num duplo processo de socialização individualização. É o seu olhar, a sua realidade, que pretendemos aproximar neste estudo, através das suas vivências e experiências, através daquilo que têm para nos dizer.

O *objecto da representação* deste estudo são as “práticas profissionais de enfermagem”, porém como os objectos são captados em determinados contextos e relações, naturalmente que o sentido da representação das práticas profissionais advém da sua relação com o campo da representação social de enfermagem e dos elementos que a compõem, com uma longa história estabelecida e que já foi por nós amplamente retratada.

No âmbito deste trabalho, definimos *práticas profissionais de enfermagem* como práticas que se constituem a partir de um projecto-acção, suportada na tomada de

decisão que articula, as necessidades da pessoa a partir da sua situação específica e os cuidados de enfermagem susceptíveis de responder a essas necessidades, conduzindo e dando sentido a toda a acção. Neste sentido as técnicas e tratamentos médicos aparecem como complementares destas e não o inverso. As práticas profissionais pensadas, conduzidas e realizadas pela enfermeira a partir da singularidade das suas funções, são práticas susceptíveis de ser argumentadas e questionadas.

Por oposição definimos *práticas tradicionais de enfermagem* como práticas organizadas em torno das técnicas e tratamentos médicos prescritos que conduzem a acção e lhe dão sentido e onde os cuidados de enfermagem surgem como complementares destes, desinseridos de uma acção global suportada na tomada de decisão que os articula com as necessidades da pessoa a partir da sua situação específica, tornam-se hábitos, rotinas. Pensadas pelos médicos que as organizam em torno das finalidades específicas da sua profissão, realizadas pelas enfermeiras e por elas conduzidas enquanto sucessão de actos, as práticas só são susceptíveis de ser argumentadas e questionadas enquanto meros “saber-fazer”.

O saber que une sujeito-objecto é um saber efectivamente praticado, material e simbolicamente, estes estudantes estão na fase final da passagem de um estágio de não profissional ao de profissional, através das práticas pedagógicas organizadas pelo ensino de enfermagem ao longo de quatro anos de formação em que foram construindo e reinterpretando os (seus) saberes sobre as práticas de enfermagem, visando dar sentido aos desafios com que depararão no início da sua vida profissional.

Dada a complexidade de um estudo deste tipo e os constrangimentos de tempo e situacionais que nos envolvem a primeira questão orientadora do nosso estudo, aproximada pela noção de prática enquanto “modos de fazer” e enquanto “cálculo”, constituirá o principal objectivo deste estudo:

- Representação social dos estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem

A segunda questão será abordada de um modo complementar, isto é, procurando elementos de compreensão a partir da percepção dos estudantes sobre a frequência de acesso às práticas profissionais de enfermagem ao longo dos ensinamentos clínicos e dos desempenhos profissionais por eles mais valorizados, aproximados pela

descrição livre, através de narrativas escritas, de um(a) enfermeiro(a) que pela sua prática profissional se tenha constituído como um modelo.

A escolha do primeiro elemento de compreensão baseia-se nos pressupostos da teoria das representações sociais de que as representações ancoram nas práticas e por essa via o acesso às práticas profissionais de enfermagem ao longo dos ensinamentos clínicos constitui um factor essencial para uma (re) construção social desses saberes, assim como, uma bagagem experiencial susceptível de conduzir a acção em situações novas com que se confrontarão na sua vida profissional.

O segundo elemento de compreensão foi seleccionado com base em estudos anteriores, em que de um modo consistente, os estudantes afirmam que é nos ensinamentos clínicos, com os enfermeiros da prática clínica que aprendem a “fazer enfermagem” (Coelho, 1995; Basto, 1995, Bento, 1997; Canário, 1997) e nos pressupostos da *teoria da aprendizagem social* de Bandura (1986) que acentua a importância das representações que se constrói o indivíduo, a propósito dos comportamentos que lhe permitem atingir os resultados por ele valorizados ou por outro lado, de evitar aqueles que a seus olhos se revestem de um carácter adverso, no sentido de preservar o seu sentimento de eficácia pessoal. Estas representações são elaboradas fundamentalmente através da experiência pessoal – experiência pela aprendizagem – e/ou pela observação de um modelo – experiência por modelagem –.

Dado o carácter de iniciados dos participantes do nosso estudo, que foram confrontados frequentemente com situações novas e práticas desconhecidas, para as quais ainda não dispunham de informações oriundas da sua própria experiência, consideramos a aprendizagem por modelagem, isto é, pela observação do comportamento de outros enfermeiros e as consequências por eles percebidas e valorizadas desses mesmos comportamentos como um dos processos de construção dos saberes.

Como o que pretendemos aproximar é a realidade dos participantes do nosso estudo, através das suas vivências e experiências, não pretendíamos cair numa simplificação redutora ou geradora de estereótipos, ignorando o particular na história de cada um. Como nos dizem Charon & Giraud (1999) cada estudante chega à escola com o seu património social e cultural, com as suas representações sobre a sua identidade e sobre a profissão de enfermagem mais ou menos sustentadas segundo a sua história de vida.

Neste sentido optámos por recolher dados acerca das razões que conduziram os estudantes a optar pelo curso/profissão, através de narrativas escritas. Estes estudantes distribuem-se em dois grupos, aqueles para quem esta escolha constituiu a primeira opção e aqueles para quem constituiu a opção possível. Recolhemos ainda dados sobre a percepção dos estudantes sobre as suas competências cognitivas, sociais e criativas, através de uma escala do auto-conceito de competência. Estes dados servirão para caracterizar os participantes e alimentar a reflexão em torno das questões da investigação.

A noção de auto-conceito, refere-se em termos gerais, à percepção que o sujeito tem de si próprio e, em termos específicos, ao conjunto de atitudes, sentimentos e conhecimentos acerca das capacidades, competências, aparência e aceitabilidade social. (Vaz Serra, 1989; Faria & Lima Santos, 1996, 1999)

Para Vaz Serra (1989) o *auto-conceito* está intimamente relacionado com a *identidade* da pessoa e com o seu *conceito de auto-estima*. Na realidade a *auto-estima* constitui a parte afectiva do auto-conceito, isto é, os julgamentos que a pessoa faz de si própria e a atribuição de valores a esses julgamentos. Vários factores intervêm na sua formação, tomando particular relevo: As avaliações que os outros fazem do seu comportamento e desempenhos; As auto-avaliações do próprio sobre o seu comportamento e desempenhos construídas a partir da observação dos seus comportamentos e resultados; da comparação do seu comportamento face ao considerado desejável pelos grupos de pertença; pela comparação do seu comportamento com o dos seus pares.

No nosso estudo optámos em particular por uma escala do *auto-conceito de competência*, de origem finlandesa, testada e validada em contexto português por Faria & Lima Santos (1996), nomeadamente com estudantes do ensino universitário. Mais particularmente o *auto-conceito de competência* refere-se às percepções da capacidade para lidar de forma eficaz com o ambiente, relacionando-se deste modo com comportamentos de acção, persistência e esforço, que têm subjacentes objectivos centrados na aprendizagem.

Um elevado *auto-conceito de competência* caracteriza-se pela capacidade para apreciar os sucessos e lidar adequadamente com os fracassos, beneficiando igualmente com ambos, e parecem promover o desenvolvimento da competência de aprendizagem, desencadeando mecanismos cognitivos e afectivos que promovem a persistência, a procura de desafios e a realização. Neste sentido o auto-conceito de

competência parece estar mais relacionadas com a forma como interpretamos a realização do que com a realização objectiva (Bandura, 1997 in Faria & Lima, S. 1998; Faria & Lima, S. 1998).

Um sentimento positivo de competência construído com base em auto-avaliações positivas no domínio cognitivo, social e de criatividade, favorece a autonomia e a responsabilidade, bem como a participação activa nos vários contextos de vida, entre eles o sócio-laboral, permitindo ainda o desenvolvimento da auto-confiança que conduz à eficácia e ao sucesso na prossecução dos objectivos de realização, de modo a prosseguir e a atingir com sucesso e eficácia as metas a que se propõe. (Ferreira et al. 1997 in Lima, S. & Faria, 1999).

Para a recolha, tratamento e análise dos dados visando responder ao principal objectivo deste estudo suportámo-nos na teoria do núcleo central de Abric (1994a; 1998) e na metodologia desenvolvida por Abric (1994b) e Vergès (1994), que conjuga técnicas qualitativas e quantitativas, permitindo identificar o conteúdo e a estrutura interna da representação social.

Para a análise do conjunto de dados recolhidos por narrativas escritas suportámo-nos na metodologia desenvolvida por Spink (2000) a partir de técnicas exclusivamente qualitativas de análise do discurso para encontrar as associações de ideias que deles emergem, evidenciando a *diversidade* e não o mais frequente, organizado contudo em torno dos temas que emergem das narrativas.

Estas metodologias específicas para a recolha e análise das representações sociais já foram por nós descritas no sub-capítulo “Métodos de Recolha e Análise das Representações Sociais” (pp.107-112).

As escalas de medidas utilizadas para medir a opinião/ percepção dos estudantes sobre o acesso às práticas clínicas e as suas competências cognitivas, sociais e criativas foram analisadas recorrendo a técnicas de estatística descritiva, visando identificar e descrever os padrões provenientes das recolhas de dados.

O estudo que aqui se apresenta é um estudo descritivo e exploratório que visa compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação, através de diferentes métodos e técnicas, úteis para responder às questões desta investigação que conjuga múltiplos propósitos (Richardt & Cook, 1986 in Carmo, H. & Ferreira, M.M., 1998), visando proporcionar reflexões relativamente à educação em

enfermagem e apontando eventuais tendências que se poderão constituir como pistas futuras de análise e investigação em psicologia educacional.

Os dados colhidos no nosso estudo referem-se na sua totalidade a medidas subjectivas, isto é, ao que os sujeitos pensam e sentem, apelando directamente às suas vivências e experiências pessoais – medidas de opinião, percepção e narrativas escritas –. E ainda que em situações específicas tenhamos recorrido a técnicas de estatística descritiva para a análise dos dados, é sempre a percepção dos sujeitos, a sua visão do mundo que procurámos compreender.

Pelas razões apresentadas consideramos que este estudo que se situa no paradigma qualitativo e de certo modo numa perspectiva interaccionista, na medida em que visa compreender quais os conhecimentos socialmente reconstruídos pelos participantes, sujeitos e actores sociais para dar sentido às suas interacções, enquanto (futuros) elementos de um grupo social específico. (Carmo, H. & Ferreira, M.M., 1998)

Procedimentos e Instrumentos

Como já referimos trata-se de um estudo multimetodológico por inquérito que conjuga vários instrumentos, alguns dos quais por nós elaborados ou adaptados e que têm subjacentes deferentes técnicas de tratamento e análise dos dados

De um modo geral para a recolha de dados privilegiámos a sondagem ou inquérito. Para os instrumentos por nós construídos ou adaptados foram consideradas as condições de elaboração enunciadas por Gauthier (2003) visando garantir a sua validade: Eleição dos conceitos a medir; redacção ou selecção das questões relativas a esses conceitos e visando assegurar a compreensão do seu sentido; realização do pré-teste.

As medidas recolhidas são na *quasi* totalidade medidas subjectivas, dado que se relacionam com o que os estudantes pensam e sentem, bem como aos julgamentos que fazem. "*Compreendem as medidas de opinião, de satisfação, de percepção, de valores – ao que atribui importância –, assim como às intenções de comportamentos*" (Gauthier, 2003, pp.398).

Numa primeira fase todos os instrumentos foram passados a um total de 4 estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem de outras escolas

públicas de Lisboa, que não a escola deste estudo. Esta etapa foi seguida de uma entrevista com os estudantes no sentido de apurar eventuais dificuldades na compreensão e preenchimento dos mesmos. Deste primeiro momento surgiram pequenas reformulações que foram testadas numa nova amostra de 3 estudantes, sugerindo que os questionários cumpriam as condições de precisão, pertinência e neutralidade.

Optámos por instrumentos auto-administrados, na medida em que de acordo com o autor citado face a questões íntimas e/ou delicadas, exigindo reflexão ou respostas elaboradas, o que confere com a natureza dos dados por nós colhidos, o modo auto-administrado é o mais apropriado para assegurar uma transmissão fiel da informação. Estes instrumentos foram distribuídos “mão a mão” ao grupo de estudantes reunidos na sua sala de aula. Sendo que, por razões de gestão do tempo dos inquiridos e no garante da condição da sua disponibilidade se criaram dois espaços horários distintos e consecutivos, sugeridos pelos estudantes, num mesmo dia, para a recolha da informação em presença do investigador, em Abril de 2003.

Descreveremos de seguida os questionários de acordo com a ordem com que foram apresentados aos participantes e que nos pareceu a mais pertinente na medida em que os primeiros exigiam um trabalho de maior produção, composto por narrativas escritas, ou exigindo uma tomada de posição face aos conceito a medir, enquanto que o último consistiu na carta associativa de palavras, que assenta numa produção verbal mais espontânea e por isso menos controlada, requerendo um menor esforço por parte dos participantes. Por outro lado, foram surgindo também de um modo que permitisse ao estudante situar-se no concreto da sua experiência e do seu vivido, para depois fazer produções eventualmente mais fiéis, mais próximas do seu sentido.

Questionário de caracterização dos participantes

Este questionário é fundamentalmente constituído por duas questões abertas, visando recolher informações qualitativas, fazendo apelo a vivências e experiências pessoais, em que é pedido aos participantes para lhes darem sentido (o seu) através de uma narrativa escrita por eles estruturada, podendo expressar livremente particularidades e utilizando as suas próprias palavras.

Um dos conceitos a medir eram as preferências vocacionais dos estudantes, exploradas através das razões que os levaram a escolher o curso/ profissão de enfermagem e o outro quais as práticas profissionais, subjacentes aos comportamentos e atitudes valorizadas pelos estudantes num(a) enfermeiro(a) que se tenha constituído para eles como um “modelo”, exemplo de um bom profissional de enfermagem.

De certo modo na linha da perspectiva biográfica, estas narrativas escritas colocam ao centro o sujeito enquanto actor, concebendo legitimidade à mobilização da subjectividade como modo de produção do saber e à inter subjectividade como suporte do trabalho interpretativo e de construção de sentido: “Assim, a narrativa escrita fornece no próprio movimento da sua escrita factos tangíveis, estados de espírito, sensibilidades, pensamentos a propósito de, emoções e sentimentos, bem como atribuições de valores.” (Josso, 2002, pp.142)

Questionário do Auto-conceito de Competência

Esta instrumento de origem finlandesa (Räti & Snelman, 1992) foi testado e validado entre nós por Faria, L. & Lima Santos, N. (1996). e avalia a percepção de competência nos domínios cognitivos, sociais e criativos. É constituído por seis subescalas, com um total de trinta e um itens, avaliados através de uma escala de likert comportando cinco medidas variando entre um (1), “*não tenho mesmo nada esta característica*” e cinco (5), “*tenho mesmo muito esta característica*”. A escala destina-se a adolescentes (a partir do 9.º ano de escolaridade) e a adultos, podendo ser administrado individual ou colectivamente. As subescalas designam-se:

- “*Resolução de Problemas*”, constituída por sete (7) itens, avaliando a percepção de competência no domínio das aprendizagens cognitivas, da resolução de problemas e da aplicação dos conhecimentos à prática;
- “*Motivação para Aprender*”, constituída por cinco (5) itens, avaliando a percepção de competência no domínio do investimento e da motivação na aprendizagem;
- “*Prudência na Aprendizagem*”, constituída por quatro (4) itens, avaliando a percepção de competência no domínio da precisão e profundidade na aprendizagem;
- “*Cooperação Social*”, constituída por seis (6) itens, avaliando a percepção de competência no domínio da cooperação com os outros;

- “*Assertividade Social*”, constituída por cinco (5) itens, avaliando a percepção de competência no domínio social, nomeadamente a capacidade para expressar opiniões, travar conhecimentos e iniciar acções;
- “*Pensamento Divergente*”, constituída por quatro (4) itens, avaliando a percepção de competências manuais, físicas e musicais, ou seja, competências ligadas à criatividade.

As subescalas “*Resolução de Problemas*”, “*Motivação para Aprender*” e “*Prudência na Aprendizagem*” formam a dimensão cognitiva do auto-conceito de competência; as subescalas “*Cooperação Social*” e “*Assertividade Social*” constituem a sua dimensão social e a “*Escala Pensamento Divergente*” a dimensão de criatividade. Os itens pertencentes à mesma subescala são distribuídos de forma não consecutiva pela escala e os valores somados para cada uma delas, obtendo-se seis resultados diferentes.

Estudos de validação em contexto português: ensino secundário e universitário

A adaptação da escala ao contexto português, foi realizada por Faria, L. & Lima Santos, N., (1996; 1999), tendo compreendido várias etapas, que se iniciaram com a tradução do instrumento e o estudo da reflexão falada, contribuindo para garantir a validade de comparações entre as duas culturas, introduzindo melhorias na qualidade gráfica do instrumento e na clarificação do conteúdo de alguns itens.

O estudo das qualidades psicométricas foi verificado junto de uma amostra de 308 estudantes do 11.º ano e prosseguido junto de uma amostra de 105 estudantes universitários dos 1º e 4.º anos, do curso de Psicologia Social e do Trabalho. Faria, L. & Lima Santos, N., (1996; 1999). Em ambos os casos, tratou-se de estudos correlacionais, visando testar a validade preditiva da escala do auto-conceito de competência. Neste sentido foram calculadas as correlações entre as subescalas do auto-conceito e as auto-avaliações de rendimento global académico (para ambas as amostras) e as expectativas futuras (apenas para os estudantes universitários). Os resultados obtidos revelaram que:

- No contexto universitário são as “escalas cognitivas” que apresentam valores mais elevados de alpha, enquanto que nos estudantes do 11.º ano se salientaram as “escalas sociais” e a subescala cognitiva de “resolução de problemas”, sendo que esta é em ambas as populações, a subescala que apresenta o mais elevado alpha. A subescala “pensamento divergente” apresenta

um alpha pouco aceitável em ambos os estudos, exigindo reformulação ou, mesmo, eliminação.

- As análises factoriais em ambos os estudos, revelaram que a dimensão cognitiva do auto-conceito de competência é dominante e que a dimensão de assertividade social, em contexto universitário português, se mistura predominantemente com as subescalas cognitivas, salientando que a assertividade, parece ser interpretada de forma semelhante às dimensões “cognitivas”.

- O poder discriminativo dos itens apresenta-se globalmente satisfatório, com excepção de os itens da subescala original de “Cooperação Social” que revelam, em ambos os estudos, uma tendência para avaliações positivas nesta dimensão, na opinião de Faria e Lima Santos (1996, 1999) reflectindo quer crenças partilhadas pelos sujeitos, quer a influência do viés da desejabilidade social: *“Este resultado pode ser interpretado como uma especificidade do contexto português, onde a cooperação com os outros é considerada importante, desejável e, de certa forma, uma característica da personalidade dos portugueses – hospitaleiros e amigáveis.”* (Faria & Lima Santos, 1999, pp.466))

- A validade preditiva da escala é confirmada particularmente em relação às subescalas da dimensão cognitiva “resolução de problemas”, “motivação para aprender” e “prudência na aprendizagem” que apresenta correlações positivas e significativas com os resultados escolares no que se refere aos estudantes do 11.º ano e com a auto-avaliação e expectativas quanto ao rendimento académico global no que se refere aos estudantes universitários. Com os estudantes universitários são evidenciadas correlações positivas e significativas entre a subescala “assertividade social” e as expectativas quanto ao rendimento académico global, parecendo confirmar *“que no contexto português esta dimensão é interpretada, e mesmo associada, às dimensões cognitivas.”* (Faria e Lima Santos, 1999, pp.466))

Sintetizando, as dimensões cognitivas do auto-conceito de competência constituíram-se como as mais relevantes. As dimensões sociais também se apresentaram importantes, embora em segundo plano em relação às cognitivas, confirmando os resultados dos estudos finlandeses subjacentes à construção da escala. A dimensão social de assertividade apresenta-se, também, muito associada às dimensões cognitivas, evidenciando características do contexto português.

Deste modo, parece confirmar-se a ideia de que as competências cognitivas são protótipos de inteligência, sendo que os autores relacionam estes resultados com o facto de a amostra ser constituída por alunos integrados num sistema escolar que valoriza mais as aprendizagens cognitivas, do que as sociais ou de criatividade. A assertividade social, enquanto capacidade para expressar opiniões, travar conhecimentos e iniciar acções, configura-se importante para o sucesso no contexto universitário e mais globalmente, no contexto social português

Os autores concluíram que o instrumento revelou potencialidades de utilização no contexto educacional português, dado que os resultados se revelaram satisfatórios e estáveis, autorizando a sua utilização, quer no contexto do ensino secundário, quer no contexto universitário português. (Faria e Al., 1996)

Questionário de Opinião do acesso às Práticas profissionais de Enfermagem

Este questionário foi por nós adaptado a partir do estudo realizado por Guimelli (1994) e reproduzido entre nós por Gouveia (1995). Os autores utilizaram-nos para confirmar a diferença de acesso de profissionais de enfermagem às “práticas novas”, com base no qual delimitaram dois grupos que se distinguiam pela frequência com que realizavam as “práticas novas”, a partir dos quais desenvolveram a sua pesquisa experimental sobre a influência das práticas na transformação da representação social da “função da enfermeira”.

O instrumento avalia a percepção de acesso às práticas profissionais de enfermagem, entendidas enquanto desempenhos, ao longo das experiências clínicas vivenciadas pelos estudantes. É constituída por dez itens através de uma escala de frequências tipo likert, comportando cinco modalidades: nunca, raramente, moderadamente, muitas vezes, mesmo muitas vezes.

A adaptação por nós realizada sobre os itens que comporta a escala, foi submetida a um grupo de professoras e profissionais de enfermagem que confirmaram a sua pertinência, isto é, constituírem um conjunto de desempenhos profissionais de enfermagem, cujo acesso e experientiação é importante para os estudantes, ao longo do seu processo formativo.

Questionário de Hierarquização de itens da Representação das Práticas de Enfermagem

Este questionário foi igualmente por nós adaptado a partir do estudo realizado por Guimelli (1994) e reproduzido entre nós por Gouveia (1995). Os autores utilizaram-nos com base numa metodologia de hierarquização de itens através da escolha sucessiva de blocos, para estudarem a estrutura da representação social da “função da enfermeira”, nos dois grupos que se distinguiam pela frequência com que realizavam as “práticas novas”. Submeteram os dados a uma técnica de análise estatística específica que permite calcular o “índice de distância” e as relações de similitude, evidenciando “diferenças subtis” na organização interna da representação nestes dois grupos, fundamentais em estudos comparativos da representação social, o que não constitui objecto do presente estudo e que por isso, foi analisado através de medidas de estatística simples.

Este instrumento permite identificar a representação social dos estudantes sobre as práticas profissionais de enfermagem, entendidas enquanto “modos de fazer, procedimentos, desempenhos (Rouquette, 1998), a partir dos padrões provenientes da recolha de dados baseados na importância que atribuem às práticas profissionais de enfermagem. Os participantes são incitados a tomarem uma atitude, sustentada pelo que pensam, sentem e pelos julgamentos que fazem, hierarquizando um conjunto de itens, referentes a um conjunto de desempenhos de enfermagem, comportando dez (10) itens definidores de práticas profissionais e dez (10) itens definidores de práticas tradicionais. Os itens foram distribuídos de forma não consecutiva e aleatória.

O método utilizado foi pois a “escolha sucessiva por blocos”. Foram realizados quatro blocos. Assim após a leitura da totalidade dos vinte (20) itens propostos – “modos de fazer enfermagem” – foi pedido aos estudantes para escolherem os cinco (5) mais próximos da sua concepção de “fazer enfermagem”. Posteriormente entre os quinze (15) itens restantes foi-lhes pedido para assinalarem os cinco (5) que se situavam mais distantes da sua concepção de “fazer enfermagem”. Entre os dez (10) itens que restaram, foi-lhes solicitado para escolherem os cinco (5) que se situavam mais próximos da sua concepção de “fazer enfermagem”.

Estes blocos foram depois transformados numa escala de atitudes tipo likert, comportando quatro medidas: um (1) “muito pouco importante”, dois (2) “pouco importante”, três (3) “importante” e quatro (4), “muito importante”, passíveis deste modo de serem analisados através de medidas de estatística descritiva, evidenciando

quais são as práticas que são mais importantes, que “ocupam mais espaço” no campo da representação e por essa via susceptíveis de definir o núcleo central da representação social das práticas de enfermagem neste grupo de participantes.

Tal como no questionário anterior, os itens foram submetidos a um grupo de professoras e profissionais de enfermagem que confirmaram a sua pertinência, isto é, os dez (10) itens definidores de práticas profissionais, são sobreponíveis aos do instrumento anterior e nesse sentido constituem um conjunto de desempenhos profissionais de enfermagem, organizados em torno da especificidade dos cuidados e referenciando uma série de procedimentos que a sustentam e os dez (10) itens definidores de práticas tradicionais, são na generalidade os que foram utilizados por Guimelli (1994) e Gouveia (1995), não tendo deixado dúvidas sobre o facto constituírem um conjunto de práticas tradicionais, em que a acção da enfermeira é conduzida pelo papel prescrito, ao invés do seu papel específico e singular.

Estes itens estão de um modo geral organizados em torno de três princípios já atrás referenciados (pp-100-102) quando descrevemos o trabalho realizado por Guimelli (1994) e que estão na base da diferenciação entre *práticas tradicionais* e *práticas profissionais*.

Carta Associativa de Palavras a partir do item indutor “competências para fazer enfermagem”

Com este instrumento pretendemos ter acesso à representação social dos estudantes sobre as práticas profissionais de enfermagem enquanto cálculo, isto é, o que é que na opinião dos estudantes permite decidir, avaliar e corrigir as suas acções, dito de outro modo o que sustenta uma prática competente em enfermagem. Não se trata de um cálculo aplicado, mas de um cálculo secundário sobre a prática. (Rouquette, 1998)

Assim foi pedido aos estudantes para associarem as três primeiras palavras/expressões que lhes ocorressem face à expressão indutora “competências para fazer enfermagem” e posteriormente para produzirem uma segunda série de associações de três palavras, mas desta vez a partir de casais de palavras que comportem a palavra indutora e cada uma das palavras associadas, sobre cada uma das palavras produzidas para associarem mais três palavras. A carta associativa permite assim fazer face à dificuldade de interpretação semântica, permitindo preservar o sentido que o sujeito atribui à sua produção e identificar os laços significativos entre os elementos

do corpus. Na página 111 apresentamos uma figura exemplificativa de uma das cartas associativas produzidas por um dos participantes do nosso estudo.

No final pedimos ainda a cada participante para explicitar as razões da escolha de cada par associativo, esta informação permitirá completar a análise de conteúdo, pela justificação dada pelos estudantes à posteriori sobre o “trabalho” por eles produzido, visando compreender quais os conhecimentos por eles socialmente reconstruídos para dar sentido às suas interações, enquanto futuros enfermeiros.

Validação dos dados

Para proceder à validação intersubjectiva dos dados submetidos a análise de conteúdo, foram entregues cópias das narrativas escritas e campos semânticos produzidos a uma professora com prática em trabalhos de investigação de natureza qualitativa, a quem foi pedido que assinalasse os temas emergentes. Tendo-se verificado uma sobreposição elevada dos mesmos com aqueles por nós identificados, pelo que se considerou este primeiro passo validado.

Verificámos a fiabilidade das escalas do auto-conceito de competência e da percepção da frequência de acesso às experiências clínicas através do alfa de Cronbach³⁵. Este é um procedimento que nos permite aferir até que ponto as respostas dos inquiridos se mostram globalmente coerentes e consistentes para cada um dos blocos definidos.

Os resultados obtidos são bastante satisfatórios, pelo que se pode concluir da robustez destas escalas em termos da coerência de respostas obtidas. Apenas a dimensão de criatividade se apresenta como menos fiável, tendo sido obtidas respostas menos consistentes, o que já tinha sido verificado por Faria, & Lima Santos (1996; 1999), que tinham mesmo sugerido a possibilidade de eliminar esta subescala de apenas quatro itens.

³⁵ A operacionalidade desta medida tem por base a correlação média entre os itens resultante do confronto das respostas de 50% da amostra contra os restantes 50%. O valor mínimo que deve ter o alfa de Cronbach é de 0,60; quanto mais próxima esta medida estiver de 1, tanto melhor é a consistência das respostas relativas ao bloco de questões submetido ao teste.

Tentamos a mesma medida no questionário da hierarquização dos itens, mas como era esperado, a variância encontrada é nula, dado o conceito que se pretende medir – hierarquização dos itens da representação – e o modo específico como se pediu aos estudantes para responderem a este instrumento, através da “escolha por blocos”.

Tabela 1 – Teste à fiabilidade dos blocos de análise

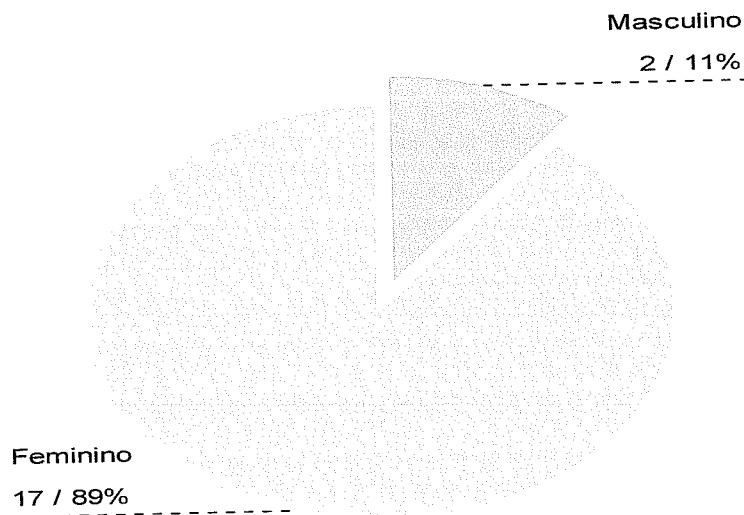
BLOCO	Alfa de Cronbach (Bloco)
Auto-conceito Competências	<u>0,8304</u>
Dimensão Cognitiva	<u>0,8436</u>
Resolução de problemas	<u>0,7461</u>
Prudência na aprendizagem	<u>0,7133</u>
Motivação para aprender	<u>0,6467</u>
Dimensão social	<u>0,6936</u>
Cooperação social	<u>0,8717</u>
Assertividade social	<u>0,5880</u>
Dimensão de Criatividade	<u>0,4942</u>
Pensamento divergente	<u>0,4942</u>
Acesso às práticas profissionais	<u>0,7891</u>
Hierarquização itens da representação social das práticas profissionais de enfermagem enquanto “modos de fazer”	-

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Caracterização dos Participantes

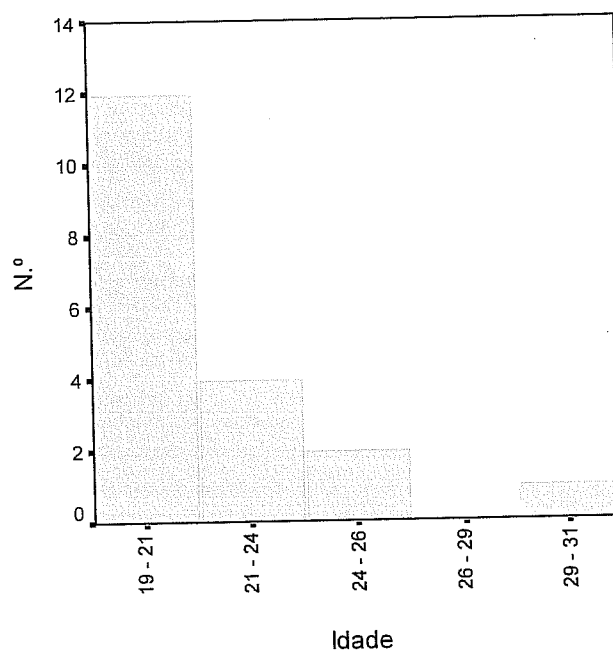
Participaram neste estudo dezanove estudantes finalistas do primeiro curso de licenciatura em enfermagem de uma das escolas públicas de Lisboa. Confirmando a tendência feminina da profissão de enfermagem.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por sexo



Quanto à distribuição das idades dos participantes, verifica-se que a idade média é de 22 anos e mais de metade dos estudantes tem até 21 anos de idade. Existe apenas uma participante que tem 30 anos. Trata-se portanto de um grupo jovem – adolescentes, jovens adultos – o que é frequente e “natural” na formação inicial, mas na medida em que as práticas de cuidados de enfermagem, se referem a práticas que ocorrem num espaço de grande proximidade – práticas ao corpo –, frequentemente em situação de sofrimento, nos interroga sobre a influência da idade no processo de elaboração das representações que envolve simultaneamente a cognição e os afectos. (Guareschi, 2000; Spink, 2000).

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes por idades



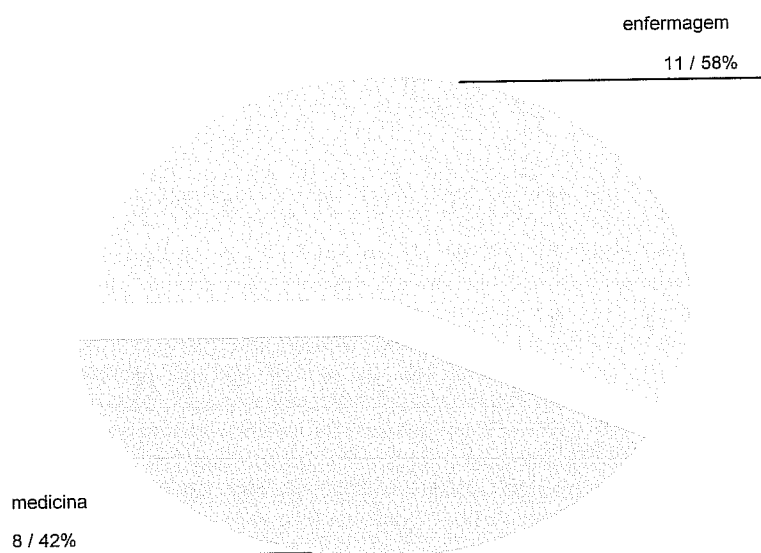
Preferência Vocacional

Mestrinho (2001) suportando-se em vários autores refere que as preferências vocacionais se elaboram ao longo de um percurso que se inicia na adolescência e se prolonga ao longo da idade adulta, fruto de tomadas de decisão face às múltiplas experiências formativas e de vida.

Questionados sobre se a escolha do curso/ profissão constituiu a sua primeira opção ou a opção possível, 11 estudantes mencionaram que a enfermagem constituía de facto a sua preferência vocacional, sendo que os restantes 8 referiram a medicina como constituindo a sua preferência vocacional, mas dada a impossibilidade de a concretizarem por “*não possuir média suficiente*” a enfermagem foi o resultado de uma “negociação” articulada entre o mapa de possibilidades reais.

Neste último grupo incluem-se os dois participantes deste estudo do sexo masculino e encontram-se ainda, duas estudantes que referem ter equacionado neste mapa de possibilidades, o curso/profissão de psicologia, mas dada a precariedade de emprego acabaram por o afastar.

Gráfico 3 – Distribuição dos participantes quanto à sua preferência vocacional



Bento (1997), num estudo que realizou com um grupo de estudantes finalistas de enfermagem refere a possibilidade de que os factores motivacionais intrínsecos aos indivíduos, anteriores e exteriores à formação escolar, sejam úteis para a compreensão da (re)construção que cada estudante faz do que é a enfermagem.

Visando a recolha destas informações, solicitamos aos estudantes que descrevessem as razões que os tinham levado a optar pela enfermagem, através de narrativas escritas. Tratou-se numa primeira análise, de conhecer o ponto de partida, isto é, dar-nos conta destas representações iniciais sobre a profissão, a partir das quais cada estudante fez um trabalho de reinterpretação e de reconstrução dos saberes, ao longo do seu trajecto de formação, para passar de um estágio de não profissional ao de profissional.

Procurámos assim a representação social da profissão de enfermagem em função da preferência vocacional, tomando como ponto de partida a funcionalidade das representações sociais na orientação da acção – escolha do curso/ profissão – e da comunicação – explicação das razões que sustentaram essa escolha.

Para a análise do conjunto de dados suportámo-nos na metodologia qualitativa de análise de conteúdo da representação desenvolvida por Spink (2000), evidenciando a *diversidade* e não o mais frequente. Assim a partir dos temas que emergem das

narrativas foram encontradas as ideias que lhes estão associadas e o mapa da representação organizado em torno desses temas.

Verificámos que os participantes para quem o curso/ profissão de enfermagem era uma concretização da sua preferência vocacional possuíam um campo representacional da profissão de enfermagem diverso daqueles para quem este constituiu o resultado da “negociação” da sua preferência.

Assim no primeiro grupo – concretização da sua preferência vocacional –, constituído por 11 estudantes, emergiram quatro temas a partir da leitura flutuante das narrativas:

- Profissão do humano
- Profissão “de que se gosta”
- Profissão relacionada com a área da saúde
- Profissão com saídas profissionais

O tema “profissão do humano” apenas é referenciado por dez dos onze elementos que compõem este grupo e é largamente o tema que ocupa maior espaço no campo representacional, mais vezes referenciado e por o maior número de participantes. Este tema é susceptível de se subdividir em dois sub temas: “profissão do humano de ajuda às pessoas” e “profissão do humano com contacto próximo com as pessoas”.

Entre os 10 estudantes que referenciam o tema “profissão do humano”, em metade deles, as narrativas estão exclusivamente organizadas em torno deste tema, não havendo referência a qualquer outro.

No tema “profissão de que se gosta” associámos as ideias fazendo referência a experiências pessoais, mais ou menos próximas, de contacto com enfermeiros e que foram marcantes de um modo geral pelo “gosto da profissão” por estes revelado. O único participante que refere o tema “profissão com saídas profissionais” é também o único que não referencia o tema “profissão do humano”.

No segundo grupo – “negociação” da sua preferência vocacional –, constituído por 8 estudantes, a partir da leitura flutuante das narrativas, emergiram para além dos quatro temas já referenciados no grupo anterior, mais dois, portanto um total seis temas:

- Profissão do humano
- Profissão “de que se gosta”
- Profissão relacionada com a área da saúde
- Profissão com saídas profissionais
- Profissão mais semelhante com a de medicina
- Profissão com um curso do ensino superior

O tema “profissão do humano” é apenas referenciado por dois participantes, em ambos estão igualmente presentes o tema “profissão “de que se gosta”, isto é, tiveram um contacto próximo, ver íntimo, dado que se trata de pessoas da família chegada – num caso a mãe e no outro a tia – e em que a associação de ideias faz pensar que este “gosto da profissão” transmitido nas interacções sociais tem subjacente o facto de ser “uma profissão do humano”, contribuindo para a reconstrução desta representação da profissão.

No tema “profissão com um curso do ensino superior” associámos as ideias fazendo referencia à escolha de um curso do ensino superior como sendo uma condição importante nesta negociação da preferência vocacional, veiculada quer pelos estudantes, quer pelos seus familiares.

O tema “profissão área da saúde” como garante de uma certa continuidade à preferência vocacional original é manifestado por metade dos estudantes deste grupo. “Profissão mais semelhante com a medicina” é referenciado por três estudantes, entre os quais se encontram os dois participantes do sexo masculino.

De seguida apresentamos, os mapas da representação social da profissão de enfermagem de cada um dos grupos, pontuando as associações de ideias subjacentes.

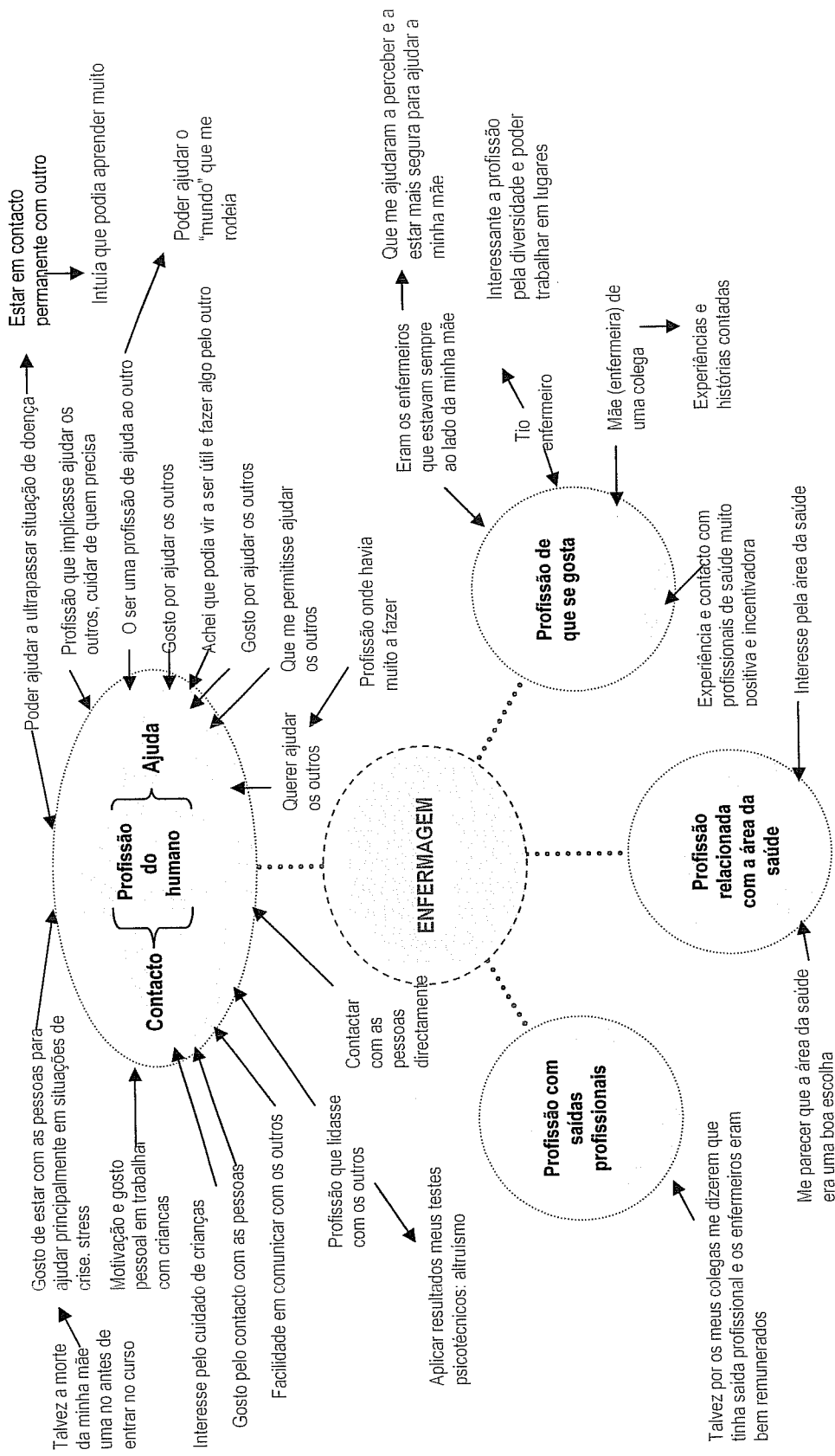


Figura 8 – Mapa da representação social de enfermagem dos estudantes para quem o curso constituiu a sua preferência

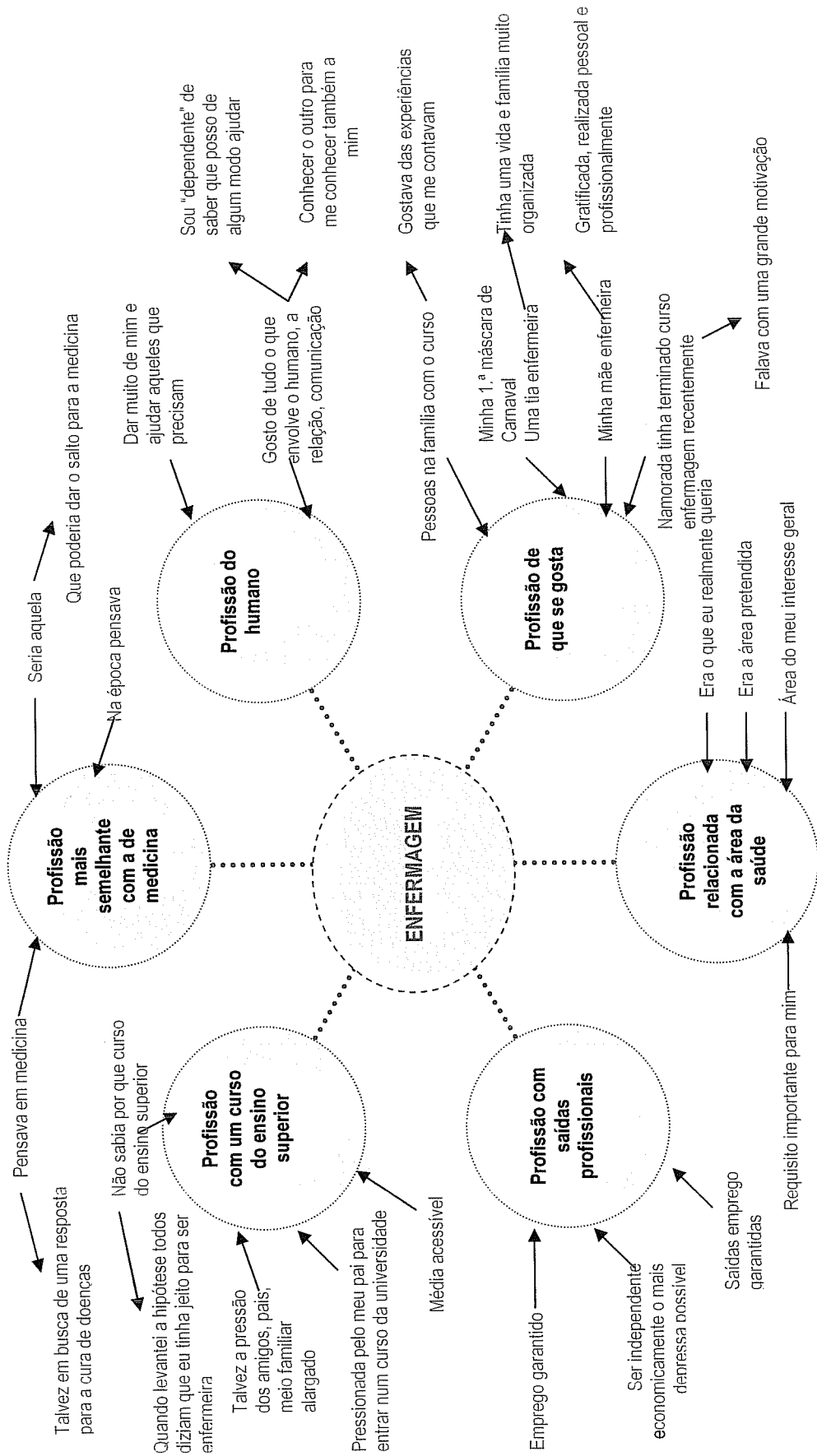


Figura 9 – Mapa da representação social de enfermagem dos estudantes para quem o curso constituiu uma negociação da sua preferência vocacional

Auto-Conceito de Competência

De acordo com Lima Santos, N. & Faria, L. (1999). o estudo do auto-conceito de competência no contexto universitário é peculiarmente relevante dado que se trata de um contexto de aprendizagem menos estruturado e com menos constrangimentos, marcado por um certo nível de ambiguidade, gerando desequilíbrios mas simultaneamente ocasiões de desenvolvimento e promoção pessoal de auto-conhecimento.

Ocupando uma posição de interface com o mundo do trabalho, a formação inicial, veicula normas e expectativas sociais, possibilita aos sujeitos movimentos no sentido de experimentar e antecipar o futuro. As próprias características do ensino superior, estimulando a experimentação e o auto-conhecimento são facilitadoras do desenvolvimento do conceito de competência.

Os participantes do nosso estudo, constituído maioritariamente por jovens, situam-se em etapas de desenvolvimento caracterizada por uma grande plasticidade e capacidade de mudança. Estudos longitudinais no domínio da identidade têm demonstrado que os estudantes universitários se desenvolvem ao longo do seu percurso académico, indiciando trajectórias de exploração de alternativas, de realização de investimentos e de aumento do conhecimento acerca de si próprio e das suas capacidades (Costa, 1991; Dias, 1995 in Lima Santos e Al., 1999).

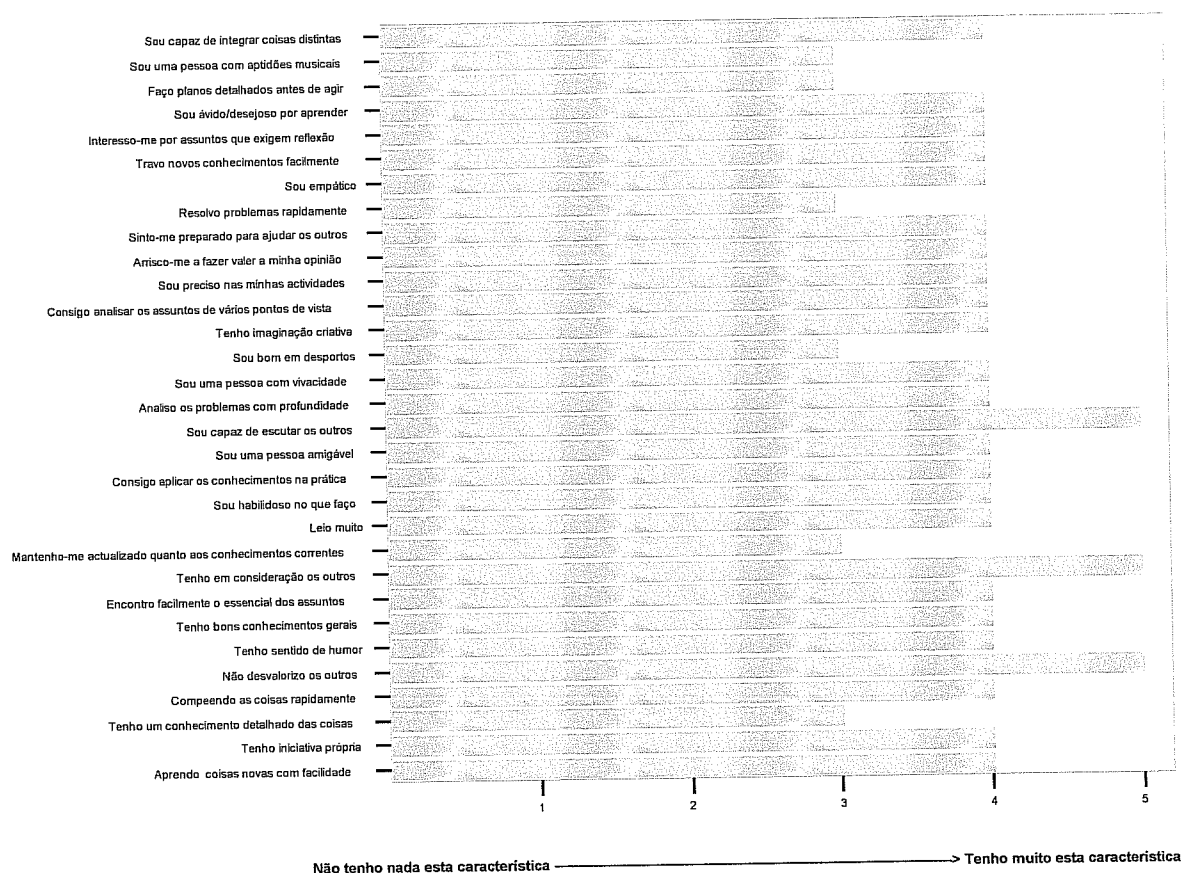
Neste sentido, proporcionar experiências de aprendizagem que permitam aos estudantes mobilizar eficazmente os seus recursos e os do meio, utilizando de um modo flexível as suas capacidades cognitivas, sociais e de criatividade, numa perspectiva de desenvolvimento de competências enquanto “saberes em acção”, constitui uma finalidade essencial da educação em enfermagem, tanto mais que os estudantes, futuros profissionais, terão de lidar no quotidiano da sua prática clínica com contextos e situações frequentemente marcadas pela ambiguidade.

O auto-conceito de competência aqui em análise refere-se à percepção de si próprio face às competências cognitivas, sociais e de criatividade e é utilizado para caracterizar os participantes, evidenciando os padrões provenientes da recolha de dados.

As respostas do conjunto de participantes face às características definidoras do auto-conceito de competência, avaliadas através de uma escala de Likert de 5 pontos,

variando entre “não tenho mesmo nada esta característica” e “tenho mesmo muito esta característica”, revelam em termos médios, as que constam no gráfico seguinte.

Gráfico 4 – Posicionamento médio dos estudantes face às características de competência



Verifica-se que em termos médios, são as características, “não desvalorizar os outros”, “ter em consideração os outros” e “ser capaz de escutar os outros”, todos eles integrando a subescala de “cooperação social”, aquelas em que globalmente os estudantes possuem uma percepção muito elevada de competência, manifestada pela escolha da medida “tenho mesmo muito esta característica”.

Igualmente em termos médios, as características em que os estudantes têm a percepção de ser menos competentes pertencem à “dimensão cognitiva”: “mantenho-

me actualizado quanto aos conhecimentos correntes”; “resolvo problemas rapidamente”; “tenho um conhecimento detalhado das coisas”; “faço planos detalhados antes de agir”. Estas duas últimas características integrando a subescala “prudência na aprendizagem”, mais relacionada com a construção da imagem do adulto inteligente. (Räty & Snellman , 1992, in Faria, L. & Lima Santos, N., 1996).

Quanto à percepção de si próprio relativamente às outras características, os estudantes consideram em termos médios possui-las muito, item 4 da escala, sendo que não se verificou para nenhuma característica que o resultado médio fosse 1 ou 2.

Tal como nos estudos anteriormente realizados por Faria, L. & Lima Santos, N (1996, 1999) os estudantes evitam as escolhas alternativas extremas (1, 2 e em menor grau 5), escolhendo com maior intensidade as alternativas 3 e 4, sendo mesmo que no grupo deste estudo se verificou que o resultado médio é tendencialmente 4, isto é “tenho muito esta característica”.

No sentido de contornar alguns dos inconvenientes da análise das respostas em termos de média, optámos por calcular, para cada um dos participantes, o “índice de competências” percebidas, através do qual nos foi permitido aferir o posicionamento de cada um deles em relação ao conjunto de características. Considerando que os limites se podem distribuir, no intervalo compreendido entre [31, 155], o que significaria respectivamente assinalar todos os itens com um (1) “não tenho mesmo nada esta característica” ou com cinco (5), “tenho mesmo muito esta característica”, é possível tecer algumas considerações acerca da “percepção global de si próprio” para cada participante.

Tabela 2 – Distribuição das respostas dos estudantes face às auto-competências percebidas

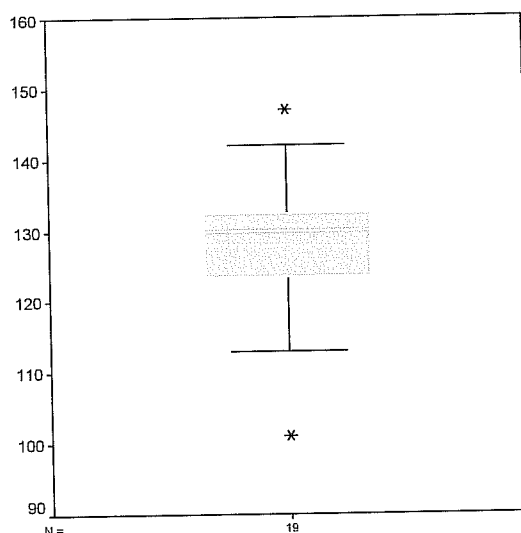
Índice de Competências	N.º		% Acumulada
01	1	,3	5,3
13	1	,3	10,5
15	1	,3	15,8
21	1	,3	21,1
22	1	,3	26,3
25	2	0,5	36,8
27	2	0,5	47,4
30	1	,3	52,6
31	1	,3	57,9
32	3	5,8	73,7
33	1	,3	78,9
35	1	,3	84,2
36	1	,3	89,5
42	1	,3	94,7
47	1	,3	100,0
Total	9	00,0	

O índice máximo de competência percebida foi de 147 pontos e o mínimo de 101 pontos. O índice médio de competência percebida foi de 128 pontos. De assinalar que metade dos estudantes possuíram um índice médio até 130 pontos.

O gráfico que se segue evidencia que os índices máximos e mínimos de competências percebidos – 147 e 101 – se constituem como *outliers*, ou seja, não têm observações afins na vizinhança mais próxima. O primeiro quartil (acumulando 25% das observações) situa-se nos 122 pontos, isto é, um quarto dos participantes registaram um índice de auto competências percebidas que corresponde a uma valorização média de cada característica até 3,9 pontos. Metade, apresenta um índice de 130, isto é, 50% dos estudantes valorizaram com uma média para cada característica definidora do auto-conceito de competência que foi até aos 4,2 pontos.

Relativamente aos restantes alunos, o índice médio das características mencionadas é de 4,6 pontos, 4, 7 pontos para o estudante que possui o valor máximo, isto é, têm a percepção de possuir “muito ou mesmo muito” as características definidoras do auto-conceito de competência.

Gráfico 5 – Distribuição do índice de competências percebidas



Através dos padrões de respostas, podemos concluir que os estudantes que participaram neste estudo, apresentam uma percepção de si próprios positiva, predominantemente boa a muito boa, manifestada pelo modo como avaliaram as características definidoras das competências cognitivas, sociais e criativas.

O que nos pode levar a pensar que ao longo do seu processo de formação, estes estudantes mobilizaram eficazmente os seus recursos e os do meio, numa perspectiva de desenvolvimento das suas competências enquanto “saberes em acção”, preparando-se para o início profissional que se aproxima, onde serão solicitados a gerir situações marcadas pela imprevisibilidade e complexidade inerentes ao cuidado humano.

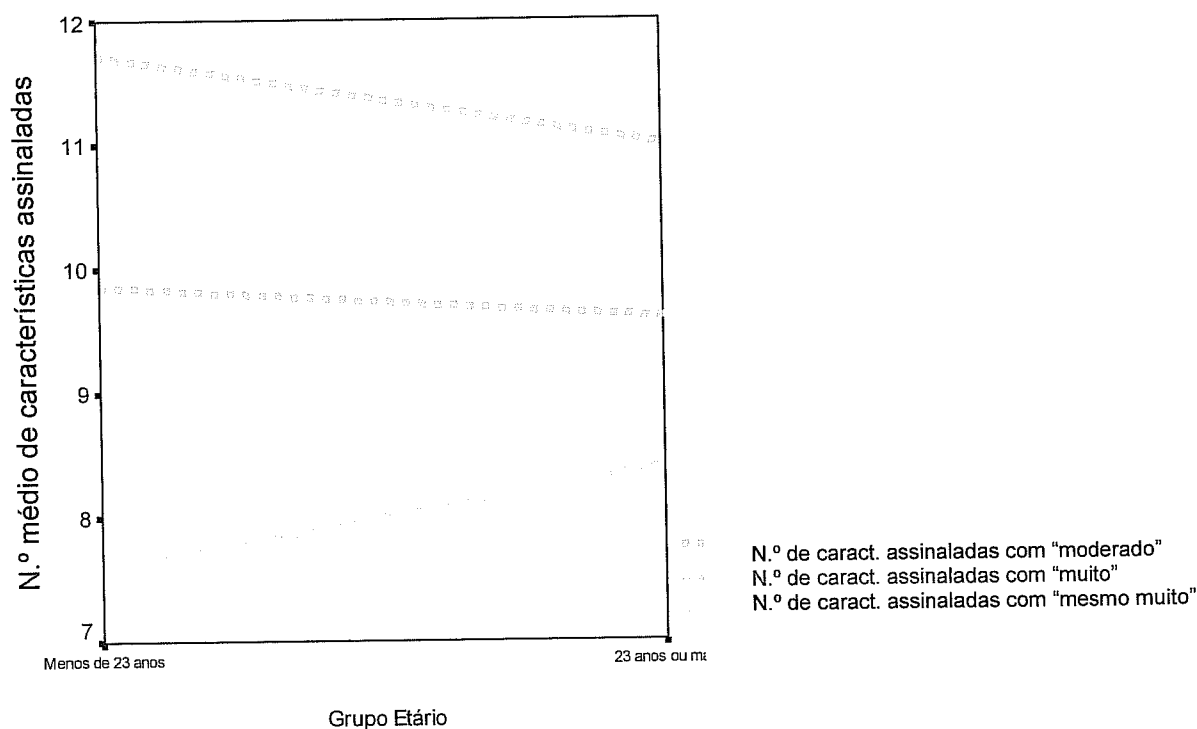
Tínhamos referenciado anteriormente que dado o grupo etário dos participantes – adolescentes, jovens adultos – e a singularidade de algumas práticas de cuidados de enfermagem – *práticas ao corpo* –, implicando uma grande proximidade com a pessoa cuidada, frequentemente em situação de sofrimento e perda, nos

questionávamos sobre a influência da idade no processo de construção das representações.

A identidade, tal como as representações sociais são um constructo que se desenvolve ao longo da vida, tecem entre si uma relação intrínseca. Na medida em que o auto-conceito está intimamente relacionado com a identidade da pessoa (Vaz Serra, 1989) tentámos perceber se se evidenciavam algumas tendências entre o auto-conceito de competência e a idade dos estudantes.

Assim, considerando o conjunto das características definidoras das competências cognitivas, sociais e criativas e o posicionamento médio dos estudantes relativamente a elas, introduzimos nesta análise o factor "idade". Verificámos que os alunos mais novos assinalaram tendencialmente com 3, "tenho moderadamente esta característica", um número ligeiramente superior de itens face aos mais velhos e por outro lado, evitaram a pontuação máxima – "tenho mesmo muito esta característica" –, preferindo atribuir o valor 4 a um maior número de itens comparativamente com os colegas mais velhos. Estes últimos parecendo possuir uma maior percepção de competência, traduzida pela atribuição de 5, "tenho mesmo muito esta característica" a um numero maior de características.

Gráfico 6 – Número médio de itens assinalados com "moderadamente", "muito" e "mesmo muito"



O gráfico atrás apresentado procura ilustrar aquela que será uma tendência possível de resposta dos alunos de enfermagem de acordo com a sua idade, em termos do número de características que entendem possuir de forma mais ou menos vinculada. Trata-se de tentar antecipar uma possível evolução do auto conceito de competências em termos da intensidade com que os estudantes consideram ter determinadas características à medida que a idade avança.

As trinta e umas características desta escala distribuem-se em seis subescalas. Deste modo, é possível sistematizar a informação tendo em conta a percepção dos estudantes relativamente a cada uma delas. A tabela seguinte mostra o número e percentagem de alunos que se situam em cada uma das opções da escala.

Tabela 3 – Posicionamento dos estudantes relativamente a cada uma das subescalas

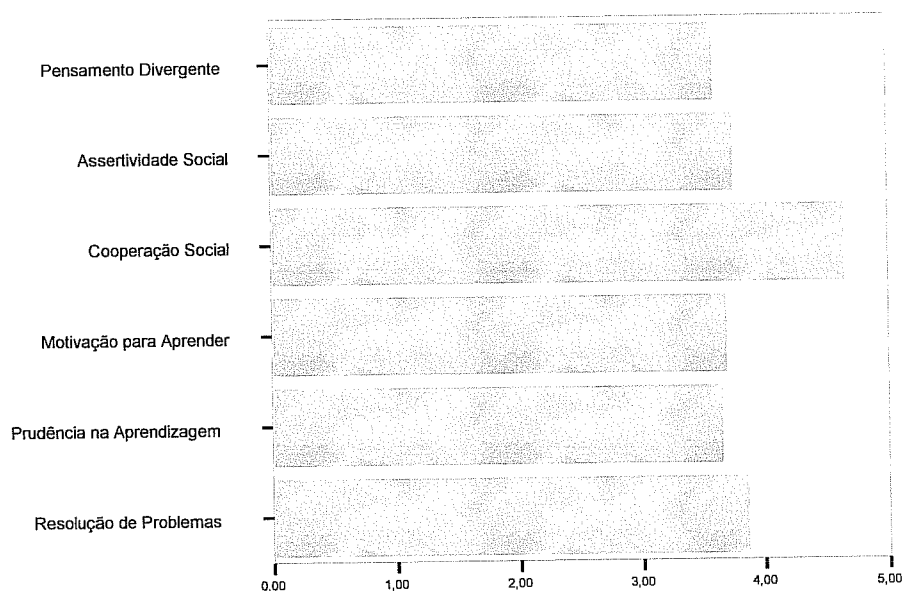
	Resolução de Problemas		Prudência na Aprendizagem		Motivação para Aprender		Cooperação Social		Assertividade Social		Pensamento Divergente	
	°	%	°	%	°	%	°	%	°	%	°	%
moderadamente	1,1		2,1		6,8				6,8		7,4	
muito mesmo	4	3,7	0	2,6	1	7,9		6,8	0	2,6		7,4
muito		,3		,3		,3	2	3,2		0,5		,3
Total	9	100%	9	100%	9	100%	9	100%	9	100%	9	100%

Tal como podemos observar, existe uma percentagem bastante expressiva (73,7%) de estudantes que considera possuir "muito" as características referentes à subescala "resolução de problemas". No entanto é na subescala "cooperação social" que se situam as percepções mais elevadas de competência, onde a totalidade dos estudantes se distribui entre "posso muito" ou "posso mesmo muito" as características que a integram, sendo que a maioria dos estudantes se encontra nesta última situação.

Menos consensuais são as opiniões relativamente aos outros grupos de características, sendo que aquele que colhe maior percentagem de respostas evidenciando algum ceticismo é a subescala "pensamento divergente", ligada à dimensão criatividade.

Complementarmente observa-se o gráfico 7, que mostra que globalmente, os estudantes possuem uma percepção de si-próprios positiva relativamente ao conjunto das subescalas, mas onde a de “cooperação social” se destaca pronunciadamente na medida em que as respostas médias são as mais elevadas, aproximando-se da valorização máxima (5): “tenho mesmo muito estas características”.

Gráfico 7 – Posicionamento médio dos estudantes relativamente às subescalas



Esta tendência dos estudantes portugueses para avaliações positivas nesta subescala de “cooperação social”, já se tinha verificado nos estudos realizados por Faria, L. & Lima Santos (1996, 1999). Resultados que os autores atribuíram ao reflexo de crenças partilhadas pelos sujeitos e à influência do viés da desejabilidade social, em relação com características definidoras da cultura portuguesa: povo *hospitaleiro e amigável*.

Se podemos entender estes resultados como reflectindo a cultura portuguesa, o que dizer da cultura de enfermagem, marcada por um ideal do eterno feminino e por lógicas de dependência que submeteram durante séculos as práticas das mulheres de cuidados às diferentes hierarquias institucionais, fossem elas a igreja, o corpo médico ou a administração hospitalar e que sistematicamente decidiram tutelar o exercício dos

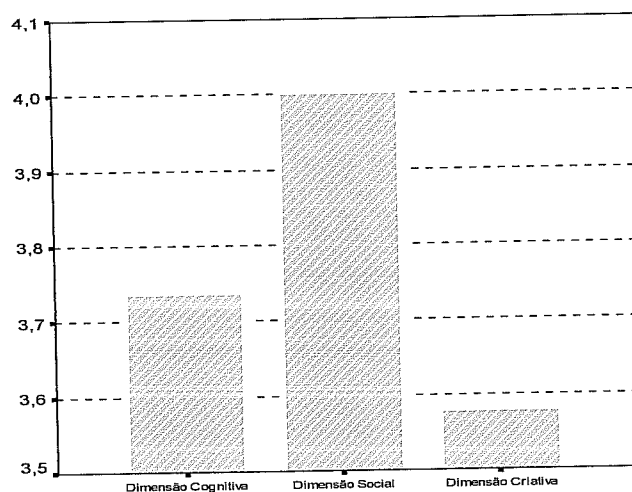
cuidados, apropriando-se do direito de decidir o que as enfermeiras deviam fazer e como deviam fazê-lo. (Collière, 2003)

Perguntamo-nos se estas avaliações positivas das competências relativas à “cooperação social” não assumem contornos particulares nas enfermeiras (e futuras enfermeiras); reflectindo quer estratégias de defesa para lidar com a sua dificuldade de serem aceites e legitimarem o seu lugar de parceiras dentro das equipas de saúde e do próprio sistema de saúde (Basto, 1998), quer uma função identitária da representação social das enfermeiras, marcada por uma sobrevalorização de algumas das suas características com o objectivo de garantir uma imagem positiva e gratificante do grupo de pertença, compatível com os sistemas de normas e valores, social e historicamente determinados. (Doise, 1973 in Abric, 1994c).

Como já referimos estas subescalas limitam as três dimensões do conceito de competência, dimensão cognitiva, social e de criatividade, confirmando que é nas características definidoras da “dimensão social” que os estudantes se consideram mais competentes. De seguida, as da “dimensão cognitiva” e por fim as de “criatividade”, que tem sido aquela que em todos os estudos realizados tem patenteado pouca consistência.

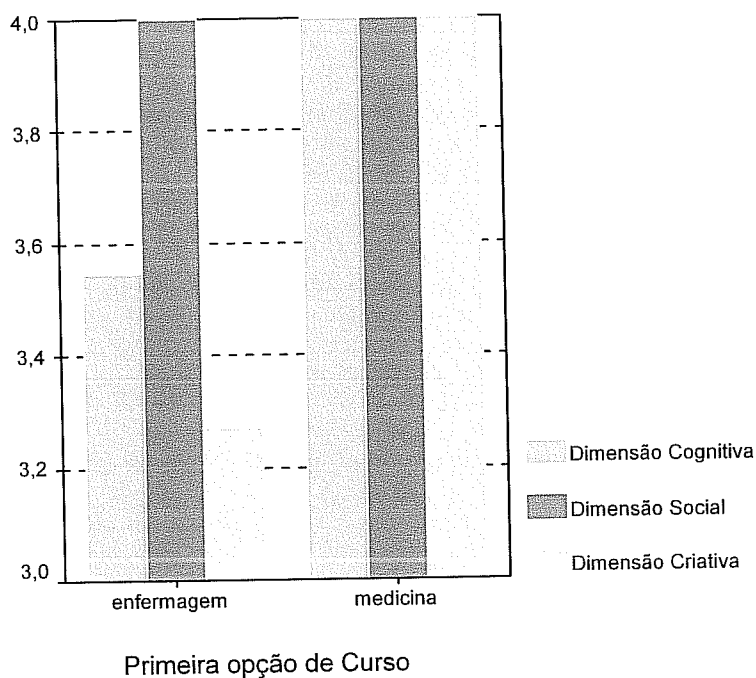
Para esta marcada diferenciação da “dimensão social” contribuíram os valores elevados atribuídos à subescala cooperação social, na medida em que na outra subescala que a compõem – “assertividade social” – os estudantes possuem uma moderada percepção global de competência, nomeadamente inferior à da subescala “resolução de problemas”.

Gráfico 8 – Posicionamento médio face às dimensões Cognitiva, Social e Criativa



Neste sentido e face às considerações anteriormente tecidas relativamente à eventual função identitária desempenhada pelas características constitutivas da subescala “cooperação social” na identidade do grupo social das enfermeiras, compatível com os valores e crenças, social e historicamente determinados, marcados por um imaginário simbólico do eterno feminino – servir, ajudar –, que ocupava de um modo bastante mais amplo o campo representacional das estudantes cujo curso/profissão de enfermagem constituiu a sua preferência vocacional, tentamos perceber se os dois grupos de estudantes – preferência vocacional/ negociação preferência vocacional se posicionavam de forma diferente relativamente a cada uma das dimensões.

Gráfico 9 – Valorização das dimensões Cognitiva, Social e Criativa, consoante a opção do curso



Verificámos que relativamente à “dimensão social” não existem diferenças na forma como os participantes percebem as suas competências, sendo que em ambos os grupos os estudantes se sentem como “muito competentes”. Contudo quanto à dimensão cognitiva, constata-se que são os estudantes que negociaram a sua preferência vocacional que se autoavaliam de forma mais favorável relativamente

à “dimensão cognitiva” nomeadamente nas suas competências para resolver problemas e face à aprendizagem – prudência na aprendizagem e motivação para aprender –. Também o mesmo acontece com a dimensão criativa onde se consideram mais competentes.

Assim, o que parece tendencialmente distinguir estes estudantes não será a sua percepção quanto à suas competências sociais, mas quanto às suas competências cognitivas e criativas. Não temos respostas, mas podemos colocar perguntas: Estas diferenças são a continuidade de um percurso individual e intrínseco, anterior e exterior à formação? O conceito de auto-competência constrói-se a partir das avaliações que se faz o próprio sobre os seus comportamentos e desempenhos e, das avaliações que os outros fazem sobre si (Vaz Serra, 1989).

Neste sentido os estudos realizados por Faria, L. & Lima Santos (1996, 1999), mostram que existe uma correlação positiva entre a auto-avaliação do rendimento global escolar e as subescalas cognitivas, revelando que estas são mais representativas da competência. Dito de outro modo, um estudante com um bom rendimento escolar, um adulto com sucesso profissional, possuem uma percepção de si próprios positiva face às características da dimensão cognitiva e representativas de uma auto-imagem de pessoa inteligente, competente.

Mas se as tendências que este estudo aponta não permitem responder se já havia um percurso individual e intrínseco, anterior à formação, o auto-conceito é também um constructo ao longo da vida e por isso transporta inevitavelmente as marcas do percurso formativo de cada estudante vivenciadas ao longo dos quatro anos de frequência do curso de enfermagem que estão prestes a concluir.

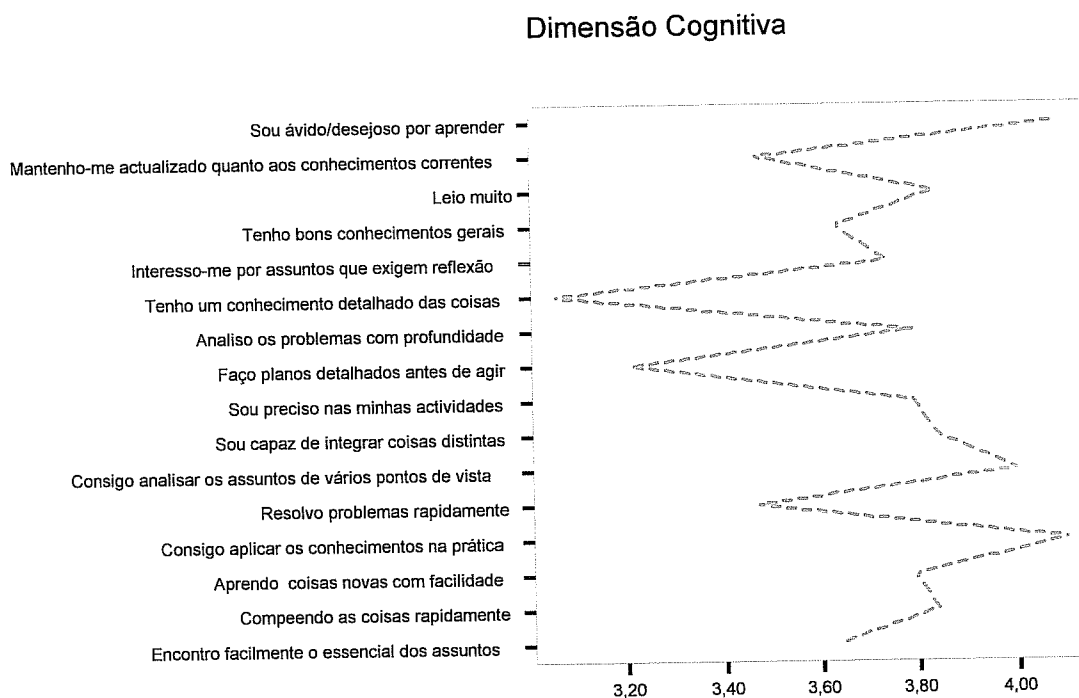
Que práticas pedagógicas tem desenvolvido a educação em enfermagem, visando o desenvolvimento do conjunto de capacidades cognitivas, sociais e de criatividade? Terão elas acentuado ainda mais esta percepção de que para se ser “enfermeiro”, um “bom enfermeiro” as competências de cooperação social são fundamentais? Por outro lado não podemos ignorar as características inerentes a uma profissão cuja finalidade é cuidar, possuir competências susceptíveis de permitir desenvolver um trabalho de cooperação com os utentes, clientes ocupa um lugar central.

Porém, o caminho que abre portas à autonomia parecem ser as competências cognitivas, protótipos de inteligência e por essa via constitutivas de uma auto-imagem

de sucesso e por outro lado, as de assertividade social, isto é, a capacidade para expressar opiniões, travar conhecimentos e iniciar acções, que no âmbito dos estudos desenvolvidos com estudantes finalistas universitários revelaram misturar-se com as competências cognitivas, entendidas como fundamentais para a sua integração e realização profissional futura.

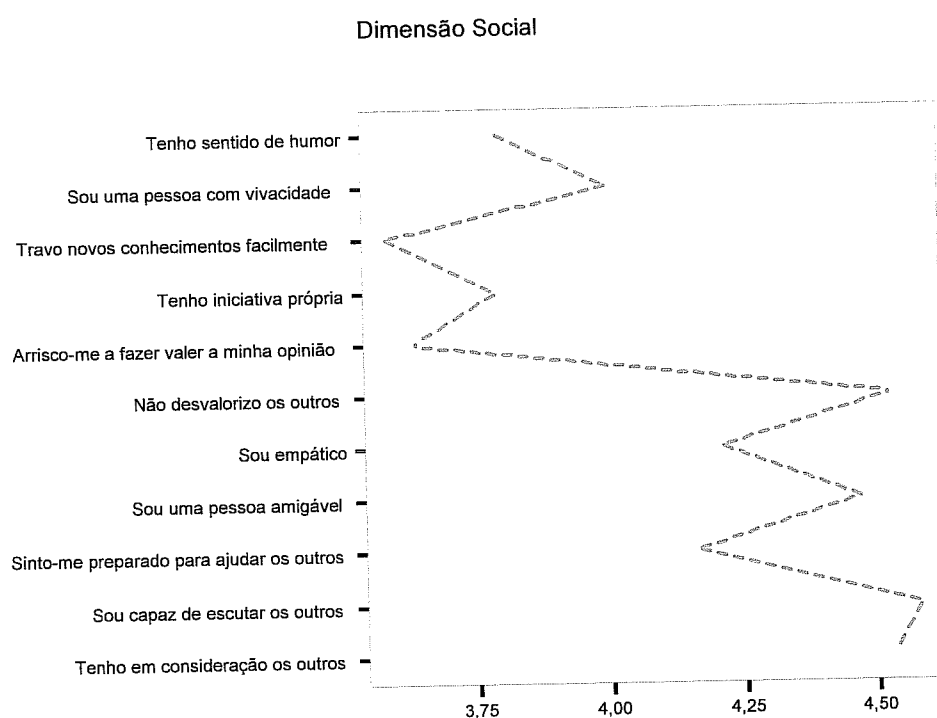
Vejamos então de mais perto as competências cognitivas e as competências sociais, em particular a subescala de “assertividade social”. Relativamente à dimensão cognitiva verifica-se que a percepção dos estudantes face às características mais vincadas, são “sou ávido por aprender”, “consigo aplicar os conhecimentos na prática”, “analiso os assuntos sobre diversos pontos de vista” e “analiso os problemas em profundidade”

Gráfico 10 – Características da dimensão cognitiva percebidas como mais ou menos vincadas



Face aos itens mais valorizados pelos estudantes na “dimensão social” constata-se que a “não desvalorização dos outros” e a “capacidade de escuta”, ambos da subescala “cooperação social” são aqueles em que os estudantes têm uma percepção de maior competência, enquanto que aqueles em que possuem uma percepção de menor competência são justamente os itens relativos à subescala “assertividade social”: “travo novos conhecimentos facilmente” e “arrisco-me a fazer valer a minha opinião”. Aliás para todas as características da subescala “assertividade social” os estudantes consideram-se menos competentes.

Gráfico 11 – Características da dimensão social percebidas como mais ou menos vincadas



Na medida em que a percepção mais positiva dos estudantes sobre as características da dimensão cognitiva, tecem na generalidade laços com as competências que sustentam uma acção competente e cuidadora, suportada pela abertura para aprender – a conhecer o outro e a sua situação –, analisar os as situações de vários pontos de vista e em profundidade – para gerir situações humanas

que são sempre únicas e irreproduzíveis – e ter a capacidade de investir na prática os saberes e conhecimentos formalizados, podemos pensar que as práticas pedagógicas desenvolvidas, têm favorecido a articulação teórico-prática, uma alquimia dos saberes em uso na acção e um agir cuidador.

Porém face aos valores apresentados para a subescala “assertividade” social teríamos tendência a pensar que as práticas educativas beneficiariam em enfatizar experiências que proporcionassem aos estudantes a possibilidade de mobilizar, vivenciar e desenvolver estas características. Assim, os resultados parecem apontar no sentido de que estamos a preparar os estudantes para um agir cuidador e práticas profissionais de cuidados centradas nas pessoas e nas suas necessidades, mas de modo menos eficaz para as práticas profissionais que se relacionam com os pólos institucionais e de organização e gestão (Martin, 2000) onde expressar opiniões, ter iniciativa e travar conhecimentos, se constituem como fundamentais para ocupar uma posição de complementaridade, que permita uma verdadeira rentabilização dos recursos, que constituem as práticas profissionais de enfermagem, para a saúde das populações.

Vejam os então em que medida as práticas pedagógicas organizadas e desenvolvidas pela educação têm proporcionado aos estudantes experienciarem práticas profissionais no decurso da sua aprendizagem, aproximada pela percepção dos estudantes sobre a frequência de acesso a essas práticas.

Acesso às Práticas Profissionais de Enfermagem: A Percepção dos Estudantes

O capital de experiências clínicas que os estudantes vivenciam durante o seu processo de formação, constitui-se como regulador dos processos de reinterpretação da representação social da profissão, reconstruídos no espaço da interacção social onde estes decorrem, na intersecção entre a escola e as unidades de cuidados. O acesso às práticas profissionais de enfermagem, à luz das considerações teóricas da teoria das representações sociais por nós desenvolvidas, é um agente fundamental na construção da representação social da enfermagem enquanto profissão com uma acção e um campo de competências específicas na área da saúde das populações.

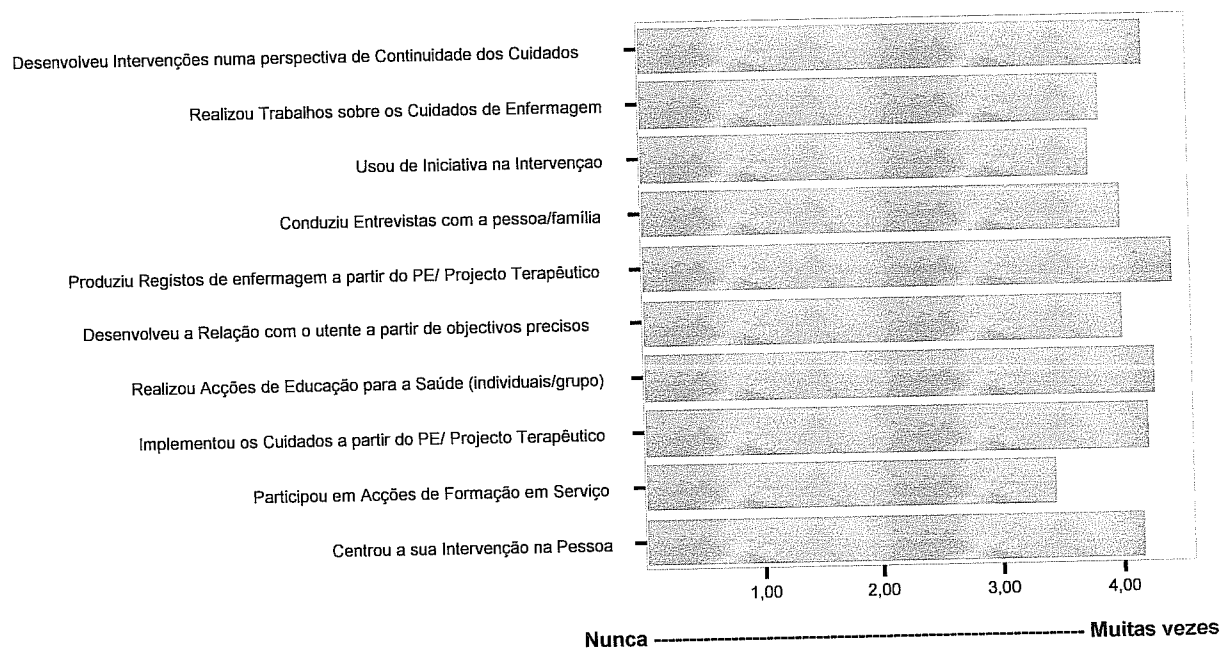
Como já referenciamos este instrumento visou avaliar a percepção dos estudantes sobre a frequência de acesso às práticas profissionais de enfermagem.

Como actores da sua aprendizagem esta percepção dos estudantes tece-se naturalmente entre as suas expectativas, isto é, aquilo que por eles é mais valorizado e que desejariam concretizar e as possibilidades reais engendradas pelos contextos de trabalho – unidades hospitalares e centros de saúde – onde desenvolvem as suas aprendizagens práticas.

Assim, nem sempre as experiências mais frequentes serão as que correspondem às expectativas dos estudantes, à representação que possuem da profissão que virão a desempenhar. Contudo dado que as representações sociais ancoram nas práticas, mesmo quando estas não foram deliberadamente escolhidas, contribuem para a reconstrução de conhecimentos e por essa via são determinantes das representações sociais, onde pensamento e acção são indissociáveis.

Vejamos então a percepção dos estudantes face ao acesso às práticas profissionais, representadas no gráfico 12.

Gráfico 12 – Posicionamento médio relativamente ao acesso às práticas profissionais de enfermagem



Os estudantes consideram, em termos médios, que tem acesso muitas vezes à maioria das práticas, excepto a participação em acções de formação em serviço, o que

é compreensível na medida em que eles próprios desenvolvem ao longo das experiências clínicas trabalhos que partilham com os colegas, participando activamente na formação dos seus pares o que constitui também uma forma de os preparar para participarem activamente na formação continua e em serviço quando se constituírem como profissionais.

O acesso às práticas profissionais que foram assinaladas, em termos médios, como mais frequentes foram “implementar os cuidados a partir de um projecto de cuidados/ terapêutico”, “produzir registos a partir do processo de enfermagem/ projecto terapêutico” e o “desenvolver de intervenções numa perspectiva de continuidade de cuidados”. A tabela 4 permite-nos uma análise mais detalhada.

Tabela 4 – Percepção dos estudantes sobre a frequência de acesso a práticas profissionais de enfermagem

	Raramente		Às vezes		Muitas vezes		Mesmo muitas vezes	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Centrou a sua Intervenção na pessoa (contexto pessoa, situação)			1	5,3	14	73,7	4	21,1
Participou em Acções de Formação em Serviço	3	15,8	8	42,1	5	26,3	3	15,8
Implementou os Cuidados a partir do Projecto de Cuidados/ Terapêutico			4	21,1	7	36,8	8	42,1
Realizou Acções de Educação para a Saúde (individuais/grupo)			1	5,3	12	63,2	6	31,6
Desenvolveu a Relação com o utente a partir de objectivos precisos			4	21,1	11	57,9	4	21,1
Produziu Registos de enfermagem a partir do PE/ Projecto Terapêutico			2	10,5	7	36,8	10	52,6
Conduziu Entrevistas com a pessoa/família			4	21,1	11	57,9	4	21,1
Usou de Iniciativa no planeamento, implementação e avaliação dos cuidados			7	36,8	10	52,6	2	10,5
Realizou Trabalhos sobre os Cuidados de Enfermagem			6	31,6	10	52,6	3	15,8
Desenvolveu Intervenções numa perspectiva de Continuidade dos Cuidados			3	15,8	9	47,4	7	36,8

Esta tabela permite-nos apurar que entre os dezanove participantes há sete, portanto um número muito significativo de estudantes que ao longo de todas as suas experiências clínicas sentiram/ perceberam terem tido acesso a experiências de “utilização de iniciativa no planeamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa e /ou família” “às vezes” e apenas se registam dois estudantes que sentiram ter acesso “muitas vezes” a esta experiência.

De facto podemos pensar que como estudantes, iniciados, é de certo modo “natural” que não tenham esta iniciativa, mas como medida de percepção, os resultados indiciam o tendencialmente desejado, isto é, a margem de iniciativa que esperavam ter enquanto estudantes de enfermagem e aquilo que realmente se configurou. Possuir iniciativa, não excluía obviamente a interdependência que se estabelece entre o estudante e o seu orientador clínico, o acompanhamento e a orientação da sua acção, mas significa igualmente que lhe seja legitimado esse espaço de iniciativa no planeamento das suas intervenções, com base no qual se constroem os diálogos formativos, numa perspectiva de pilotagem, complementaridade.

Parece-nos por outro lado, que esta percepção de pouco acesso à iniciativa no planeamento dos cuidados, pode configurar com ela, um papel de espectador nas reuniões de equipa multiprofissional, onde tenderá a assumir uma posição passiva. Experimentar e sentir que lhe é reconhecido este lugar de iniciativa (acompanhada, pilotada, orientada) pode promover, incitar uma participação de actor nestas reuniões de discussão dos projectos terapêuticos em equipa, podendo expressar a sua opinião sobre os cuidados, com base na tomada de decisão, que suporta a sua argumentação sobre os cuidados planeados e por ele conduzidos.

Não podemos deixar de estabelecer algum paralelismo entre o que foi anteriormente mencionado face à percepção dos estudantes relativamente às suas competências de “assertividade social”, onde expressar opiniões, ter iniciativa constituem características chave na formação de profissionais autónomos e a sua percepção de acesso à iniciativa no planeamento da sua acção. Está em causa ser actor da sua prática ou executor de uma prática planeada por outros. Como se aprende então a prestar práticas, pensadas e conduzidas pelo actor dessa prática, organizada através de um projecto-acção que concretiza a intenção que a desencadeia.

Muitas vezes confundidos os conceitos de autonomia e de independência não são sinónimos, ser autónomo *refere-se ao direito de uma pessoa se conduzir pelas suas próprias leis, a possibilidade de agir livremente e em conformidade consigo próprio* (Dicionário Le Robert, 1994, pp.71), em termos mais amplos, o reconhecimento do seu papel de actor na condução da sua vida pela via da auto-realização. A interdependência é uma condição humana, dependemos todos uns dos outros, mas a autonomia é a concretização de uma sociedade humanizada, isto é, ao serviço do homem.

Embora com uma frequência menor, gostaríamos de salientar que ao longo de todas as suas experiências clínicas, quatro estudantes, o que não sendo tão significativo num grupo composto por dezanove estudantes, mas ainda assim relevante, perceberam terem tido acesso apenas “às vezes” as práticas de “implementação dos cuidados a partir de um projecto de cuidados/ terapêutico”, “desenvolver a relação com o utente a partir de objectivos precisos” e “conduzir entrevistas com a pessoa/ família”.

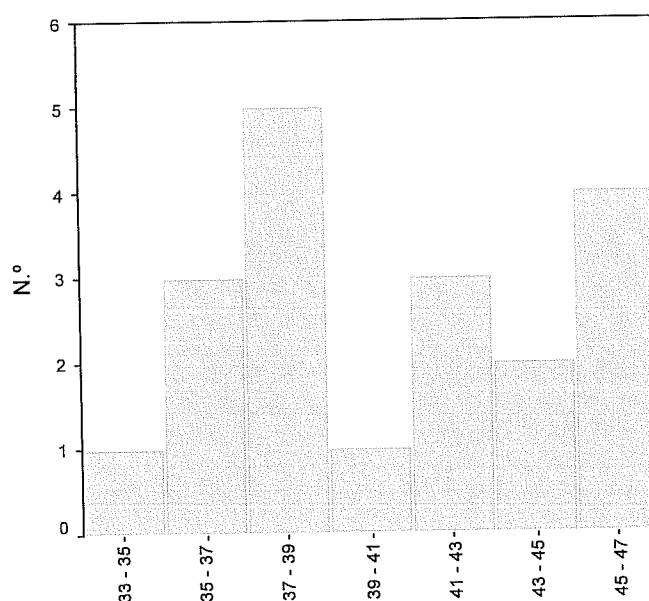
Se só “às vezes” aconteceu terem acesso a estas práticas, implica que muitas outras vezes não o tiveram, dito de outro modo, nessa outras vezes. Terão então prestado cuidados com base numa organização de trabalho centrada em tarefas, sem um projecto que as sustentasse? A relação estabelecida com o utente, certamente cordial e marcada pelo respeito, mas sem uma completa significação daquilo que representa e que já descrevemos amplamente no enquadramento teórico, o que implica que seja conduzida por objectivos específicos no contexto de uma prática profissional? Que os cuidados prestados e organizados não exigiram uma entrevista – entre-vêr, ver-se mutuamente –? Face a estas duas ultimas práticas – relação por objectivos, entrevista – será a forma como foram enunciadas.

Perguntamo-nos se tivéssemos optado por perguntar “estabeleceu uma relação de ajuda com a pessoa” e “conversou com a pessoa/ família”, se as respostas não teriam sido outras. Porém a escolha destes termos não foi inocente da nossa parte. Privadas durante séculos de nomearem a sua prática, as enfermeiras têm um vocabulário reduzido para descrever o que fazem e fortemente marcado por valores oriundos do imaginário simbólico que já enunciamos, que do nosso ponto de vista as encerram em “palavras” minimizantes e pouco valorativas da prática que desenvolvem. As palavras, também são em certa medida práticas (práticas

simbólicas), que criam o mundo, a nossa representação do mundo, constroem identidades que partilhamos e transmitimos aos outros.

Tal como fizemos para o auto-conceito de competências”, calculamos o “índice global” da percepção de acesso às práticas profissionais para cada estudante, assim elas poderiam variar entre [10, 50] consoante os estudantes considerassem, respectivamente “nunca” ou “mesmo muitas vezes” ter acesso ao conjunto total das práticas profissionais comportando a escala tendo-se obtidos os seguintes resultados.

Gráfico 13 – Índice global de percepção do acesso às práticas profissionais



O grupo mais frequente foi o dos estudantes que consideraram ter em média um acesso “muito frequente” às práticas profissionais de enfermagem (média de 3,8 pontos). Seguidos do grupo de estudantes que consideram ter um acesso “mesmo muito frequente” às práticas profissionais de enfermagem. Houve apenas um estudante que considerou ter um acesso “menos frequente” às práticas.

Outra prática pedagógica organizada e desenvolvida pela educação em enfermagem tem sentido a de incrementação de uma alternância real, suportada pelo estabelecimento de protocolos de colaboração entre a escola e as unidades de saúde;

assegurando um modelo formativo em parceria entre os enfermeiros da escola – orientadores da escola – e os enfermeiros dos serviços – orientadores ensino clínico –.

Vejamos então de seguida se esta aproximação tem favorecido a apropriação dos estudantes de um modelo de prática profissional de enfermagem, aproximados pela sua representação relativamente aos desempenhos competentes.

Representação do Desempenho Profissional Competente

Vários autores (Lesne, 1984; Josso, 2002) são da opinião de que as condições reais em que se processa a formação e as dimensões sociais das relações entre as pessoas que se movimentam nesse contexto ocupam um lugar basilar na formação dos estudantes.

Martin (1991), refere que os estudantes aprendem passando de um estado de formação a outro por identificações sucessivas, incorporando e rejeitando diferentes modelos ao longo do seu percurso educativo. Que modelo de enfermagem foram incorporando, traduzido numa “enfermagem feita”, portanto em desempenhos por eles considerados competentes e representativos.

Procurámos assim a representação do desempenho profissional competente, mais uma vez tomando como ponto de partida a funcionalidade das representações sociais na orientação da acção – escolha de um(a) enfermeir(a) modelo(a)– e da comunicação – explicação das razões que sustentaram essa escolha.

Para a análise dos dados recolhidos suportámo-nos na metodologia desenvolvida por Spink (2000), mas desta vez, fruto dos constrangimentos de tempo, o trabalho por nós operado consistiu numa simplificação da mesma, apenas evidenciando de um modo genérico as ideias que estão associadas aos temas emergentes e que serão apresentados sob a forma de figuras pontuando apenas ideias-chave. Preferimos por isso chamar-lhes “representações” dos estudantes relativamente aos desempenhos competentes.

Neste caso consideramos a totalidade dos participantes, porque a partir da leitura flutuante das narrativas não se evidenciaram diferenciações significativas dos temas emergentes. Foram assim identificados quatro temas dominantes definidores de um desempenho profissional competente:

- Comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores;

- Comportamentos profissionais relativamente aos estudantes;
- Atitudes relacionais e de comunicação na equipa
- Atitudes existenciais ou éticas

O tema “comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores” engloba todas as asserções fazendo referência directamente aos cuidados de enfermagem, quer enquanto procedimentos, quer enquanto intenção. O tema “comportamentos profissional relativamente aos estudantes” integra todas as ideias relacionadas com a forma como estes enfermeiros contribuíram para a formação dos estudantes:

No tema “atitudes relacionais e de comunicação na equipa” reunimos todas as narrativas que faziam referência ao modo como o enfermeiro se relacionava e comunicava com os outros elementos da equipa: enfermeiros, médicos e outros profissionais. Finalmente no tema “atitudes existenciais ou éticas globais”, incluímos aquele conjunto de ideias que traduzem uma perspectiva existencial, relatam a capacidade de análise crítica para transformar as situações vividas e construir o seu projecto de vida e ainda a capacidade de auto-formação. (Pires, 1994).

Em termos globais verificámos que para 14 estudantes este “enfermeiro modelo” foi um dos seus orientadores ao longo de um dado ensino clínico, sendo que para seis de entre eles foi o orientador do seu primeiro estágio, Ensino Clínico I, constituindo em termos médios o mais referenciado. Em todo o caso estão referenciados “enfermeiros modelos” encontrados ao longo dos quatro anos de formação. Os restantes 5 estudantes referem-se a enfermeiros com quem contactaram ao longo das suas experiências clínicas, mas não especificam se este foi ou não o seu orientador directo, sendo que 1 deles refere claramente que foi um “orientador” de uma outra colega.

Poderemos pensar que de facto as primeiras experiências são marcantes, dada a forte componente afectiva que envolve uma primeira experiência em que se estabelecem os primeiros contactos com um novo papel social e todo um mundo profissional até aí desconhecido. Mas por outro lado, a diversidade de escolhas, no que se refere aos contextos, ao poder ser ou não o seu orientador directo, parece revelar o papel de actores dos estudantes nestas escolhas, neste processo de procura activa de alguém que represente a sua concepção de enfermagem. Tanto mais que aquilo que define a competência destes enfermeiros – temas emergentes – são mais ou menos uniformes e reúnem um certo consenso do grupo, sobre o perfil do enfermeiro competente e dos desempenhos profissionais competentes.

Quanto aos “comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores” é referenciado por 18 estudantes, constituindo o tema mais valorizado por estes na descrição do enfermeiro competente, o que era relativamente previsível dado que o campo da prática de cuidados é largamente o mais amplo dentro das práticas profissionais. O tema “atitudes existenciais” aparece em 8 estudantes. Cada um dos restantes temas é referenciado por 10 estudantes. Portanto ainda que aberta à diversidade esta análise revela um certo consenso entre os participantes, algo de comum que sustenta o processo de reconstrução e reinterpretação dos saberes sobre as práticas sociais de enfermagem.

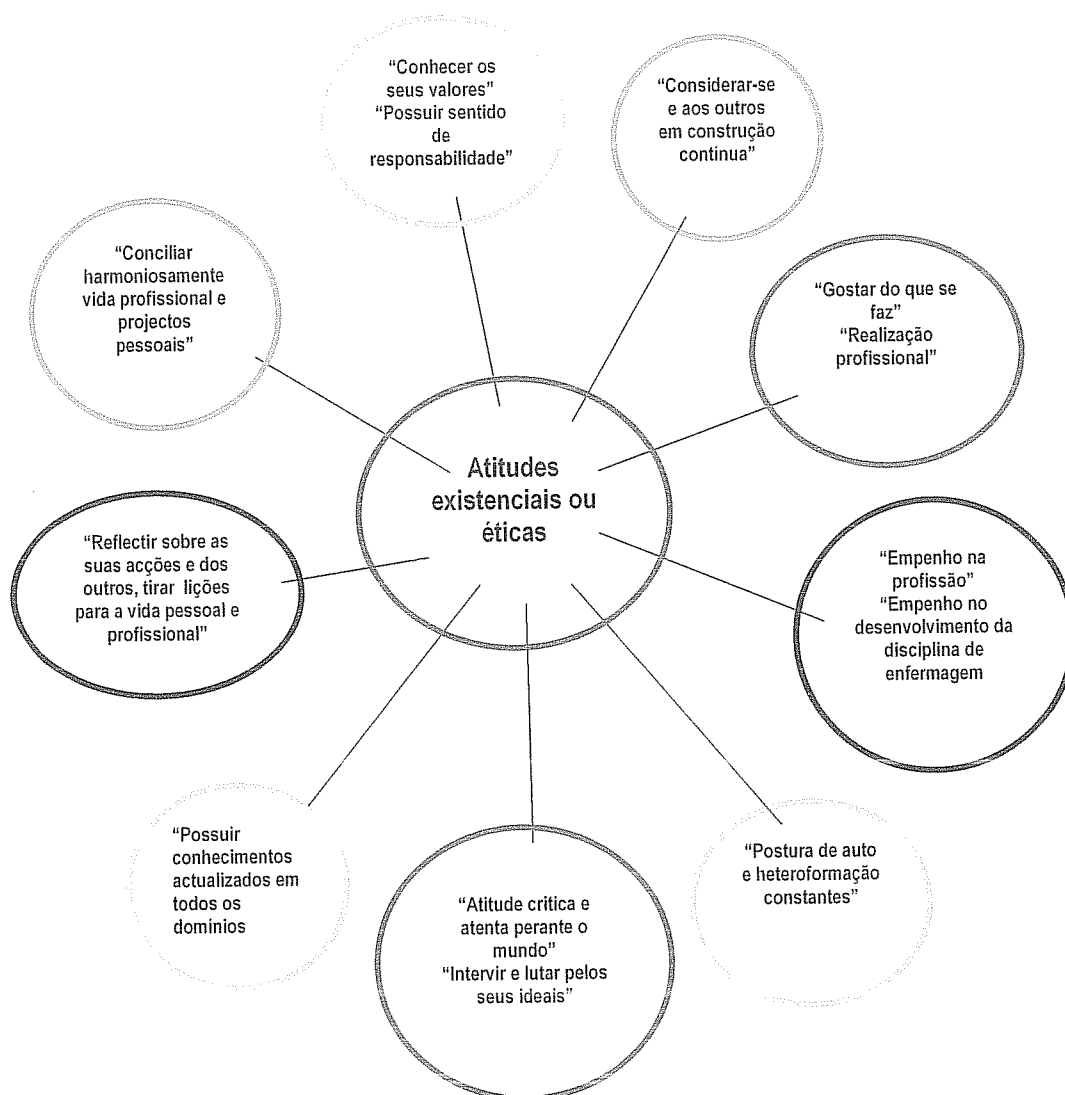


Figura 10 – Representações dos estudantes relativamente às Atitudes existenciais e éticas

O tema “atitudes existenciais” parece constituir uma tendência de afastamento do mito da “enfermeira modelo”, dedicando-se exclusivamente à profissão, traduzindo uma valorização da sua capacidade de se situar como actor social, apropriando-se do seu vivido na construção de um projecto de vida que por vezes se interpenetra com o profissional, mas que não se confina a este. Revela ainda a sua motivação para aprender, actualizar-se e capacidade de autoformação.

Também as “atitudes relacionais e de comunicação na equipa” parecem revelar uma tendência de afastamento do mito da “enfermeira modelo” e definir um novo papel de intervenção baseado no campo de competências específico da enfermagem e definidor de relações de complementaridade: capacidade de trabalhar em grupo, de argumentação, de abertura a opiniões divergentes, de liderança, de regulação e de negociação na fixação de objectivos e estratégias comuns à equipa no cumprimento da sua missão.

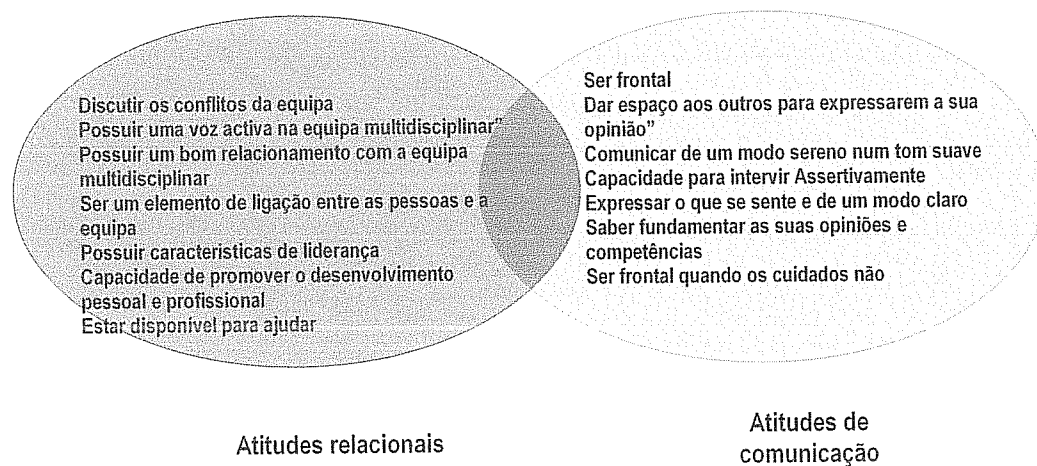


Figura 11 – Representações dos estudantes relativamente às Atitudes relacionais e de comunicação na equipa

Face aos “comportamentos profissionais relativamente ao estudante” parecem claramente ser valorizadas as práticas pedagógicas que os incentivam a ser actores da sua formação, através do desenvolvimento da sua autonomia, do exercício do questionamento e da exploração de alternativas que proporcionem o aumento do conhecimento acerca de si próprio e das suas capacidades, essenciais no desenvolvimento de competências enquanto “saberes em acção”. Estas práticas parecem ser aquelas que lhes permitiram (re) construir os saberes, a representação da sua profissão sustentada em práticas profissionais, ao mesmo tempo que se reconstróem com eles. Mas esta reconstrução, parece ser ainda facilitada por um conjunto de factores de natureza relacional fundamentais para que este processo de aprendizagem tenha lugar e que estão expressas do lado direito da figura 12.

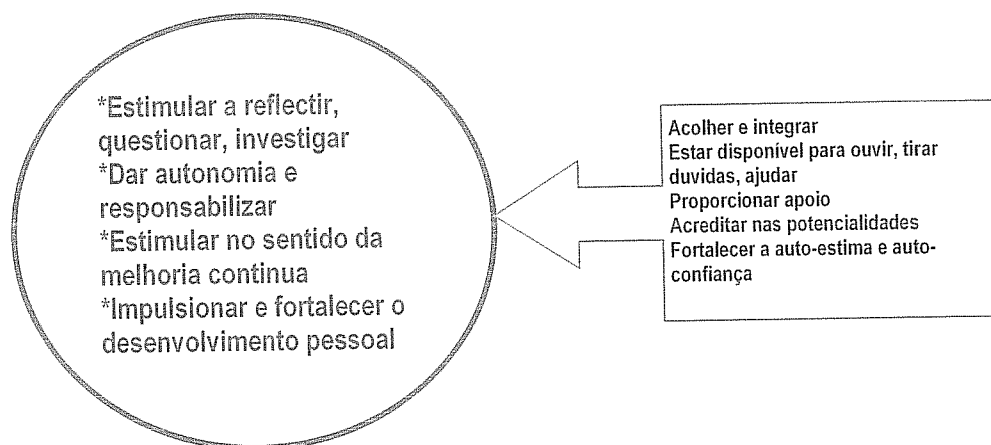


Figura 12 – Representações dos estudantes relativamente aos comportamentos profissionais relativamente ao estudante

Quando comparamos as características assinaladas pelos estudantes como constituindo um exemplo de um desempenho competente, no domínio da educação e da colaboração na formação de estudantes, com a percepção de um numero significativo de estudantes que referiu apenas ter tido acesso “às vezes” ao uso de iniciativa no planeamento, implementação e avaliação das intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa e /ou família”, podemos pensar que de facto estes constituíram exemplos do que se deveria reproduzir de um modo mais consistente.

A autonomia com responsabilização, o estimular a interrogação permanente, o incentivar no sentido da melhoria contínua, constituem estratégias mobilizadoras de competências e parecem constituir para estes estudantes modos privilegiados de aprender, de prender a si.

Tínhamos referenciado que no tema “comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores” se englobavam as asserções fazendo referência directamente aos cuidados de enfermagem, quer enquanto procedimentos, quer enquanto intenção. O quadro que se segue explicita as ideias-chave reveladas pelos estudantes.

Procedimentos	Intenção
Conhecer os utentes Comunicação clara e adequada Capacidade para acolher e ouvir Atenção, respeito e serenidade Lucidez nas análises concretas de cada pessoa Envolver os doentes no processo de prestação de cuidados Rigor com o tempo e espaço na prestação e gestão dos cuidados Considerar o timing das famílias e pessoas Cuidar das pessoas enquanto individuais e únicas Conjuntamente com os utentes encontrar estratégias de solução dos seus problemas	Perceber o que o outro realmente quer Identificar as necessidades dos utentes Relacionamento de ajuda efectivo e eficaz Promover e lutar pela saúde Capacitar o outro para lidar com situações de vida complicadas Proporcionar bem-estar Considerar a pessoa no seu todo

Quadro 5 – Representações dos estudantes relativamente aos comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores

O papel de centralidade ocupado pelo relacionamento e pelas técnicas relacionais no desempenho competente do “enfermeiro modelo” é manifestado pela maioria dos estudantes: “*sem competências relacionais, as competências técnicas não têm qualquer valor*”. Um trabalho desenvolvido em parceria, visando fazer com e não

em vez de, está igualmente presente, o cuidar de pessoas individualmente e ir de encontro às suas necessidades, ao que de facto constitui o seu pedido de ajuda também é mencionado e assim como múltiplos outros procedimentos. Porém de um modo explícito, não há praticamente referências às competências cognitivas, ao que sustém a tomada de decisão, à capacidade de análise, de gestão dos cuidados, estratégias de resolução de problemas, etc. praticamente não são mencionados, não foram observados ou valorizados pelos estudantes. De facto tradicionalmente os enfermeiros não explicitam como tomam decisões, explicitam as finalidades – humanistas – os modos de fazer, mas não o cálculo que o acompanha.

Apenas dois estudantes têm asserções nesse sentido, as duas inscritas no quadro de cima: “Lucidez nas análises concretas de cada pessoa” e “Rigor com o tempo e espaço na prestação e gestão dos cuidados”. Talvez isto nos possa fazer pensar que é importante incrementar práticas pedagógicas que revelem, explicitem estas competências cognitivas, de modo a que possam estar mais presentes nas descrições da prática. O facto de não serem mencionadas, não refere que os estudantes as desconhecem, mas revela talvez uma “pobreza” de vocabulário para as expressar.

A palavra também é uma prática, uma prática simbólica. Quando não há palavras para expressar certos comportamentos inevitavelmente temos de expressá-los com as palavras que temos e que no caso da enfermagem permanecem ainda frequentemente associadas a um certo modelo de moral, que a conceptualização do cuidar veio tentar colmatar, mas nos parece insuficiente.

Representações Sociais das Práticas Profissionais enquanto “Modos de Fazer”

Como já referimos este instrumento permite tecer considerações sobre a representação social dos estudantes sobre as práticas profissionais de enfermagem, entendidas enquanto “modos de fazer”, procedimentos, desempenhos (Rouquette, 1998), a partir de critérios de “saliência” (Vergès), isto é, dos padrões provenientes da análise e tratamento dos dados, com base na importância que atribuem às práticas profissionais de enfermagem.

Os participantes são incitados a tomarem uma atitude, sustentada pelo que sentem, pensam e pelos julgamentos que fazem, hierarquizando um conjunto de itens,

referentes a desempenhos de enfermagem, comportando dez (10) itens definidores de práticas profissionais e dez (10) itens definidores de práticas tradicionais. Os itens foram distribuídos de forma não consecutiva e aleatória.

Ao exigir aos estudantes uma tomada de decisão, no sentido de que lhes é pedido não de excluir, mas de hierarquizar o conjunto de práticas de enfermagem em relação com a sua concepção do que é “fazer enfermagem”, permite-nos perceber qual o papel ocupado no campo representacional pelas práticas profissionais face às práticas tradicionais.

Estes itens estão organizados em torno de três princípios gerais já referenciados mas que relembramos e que estão na base da diferenciação entre práticas tradicionais e práticas profissionais:

-A natureza das relações médico-enfermeira, marcada pela dependência e pelo “espírito de servir” ou pela complementaridade e colaboração;

-A organização do “trabalho” das enfermeiras, a partir da sua função de ajudante do médico na concretização da finalidade do trabalho deste – diagnosticar e tratar doenças – conduzindo a sua acção, ou a organização do “trabalho a partir da sua função específica e singular que conduz toda a sua acção e que pressupõe um conjunto de competências técnicas específicas e em particular de competências relacionais;

-O predomínio de práticas rotinizadas ou a utilização de metodologias de trabalho rigorosas – método de resolução de problemas, projectos de cuidados, instrumentos de registo, etc. – que sustentam a tomada de decisão e argumentação das práticas.

Os dez (10) itens descrevendo “práticas profissionais”, referem-se a “modos de fazer”, desempenhos de enfermagem suportados na tomada de decisão que articula, as necessidades da pessoa a partir da sua situação específica e os cuidados de enfermagem capazes de responder a essas necessidades, conduzindo e dando sentido a toda a acção. Neste sentido as técnicas e tratamentos médicos aparecem como complementares destas e não o inverso, são susceptíveis de ser integralmente argumentadas e questionadas, definindo uma relação de complementaridade com os membros da equipa multidisciplinar.

Os dez (10) itens descrevendo “práticas tradicionais”, referem-se a “modos de fazer”, desempenhos de enfermagem organizados em torno das técnicas e

tratamentos médicos prescritos que conduzem a acção e lhe dão sentido e onde os cuidados de enfermagem surgem como complementares destes. Desinseridos de uma acção global, os cuidados de enfermagem tornam-se hábitos, rotinas. As “práticas tradicionais”, executados pelas enfermeiras, mas organizados em torno das finalidades específicas da profissão médica, só são susceptíveis de ser argumentadas e questionadas enquanto meros “saber-fazer”, definindo uma relação de dependência com os membros da equipa multidisciplinar.

A aplicação deste questionário não visa negligenciar a interacção existente entre cuidados e tratamentos ao nível das práticas de enfermagem e ainda menos situá-los numa relação dicotómica. Contudo, uma concepção profissional de enfermagem, é uma concepção organizadora das suas práticas em torno da especificidade do serviço que presta à sociedade, de que detém a responsabilidade de assegurar. Assim entendido, são as práticas ligadas aos tratamentos que aparecem como complementares dos cuidados e não o contrário.

Idealmente todos os estudantes teriam escolhido as 10 proposições referentes a práticas profissionais nas posições 3 “muito importante” ou 4 “importante” e inversamente as 10 proposições referentes às práticas tradicionais nas posições 1 “muito pouco importante” ou 2 “pouco importante”.

A tabela seguinte apresenta as respostas dos estudantes relativamente ao modo como posicionaram, valorizaram, cada um dos itens da escala, descrevendo “modos de fazer” enfermagem, pela ordem aleatória segundo a qual foram apresentadas no questionário.

Posteriormente veremos como foram valorizadas o conjunto de práticas profissionais e o conjunto de práticas tradicionais em termos médios.

Tabela 5 – N.º e % de estudantes por grau de valorização das práticas

	muito pouco importante		pouco importante		importante		muito importante		Média de valorização
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	
Usar de Iniciativa no planeamento, desenvolvimento e avaliação da sua intervenção	-	-	-	-	4	21,1	15	78,9	3,79
Transcrever com precisão prescrições médicas	12	63,2	6	31,6	1	5,3	-	-	1,42
Participar nos Diagnósticos Clínicos	10	52,6	6	31,6	3	15,8	-	-	1,63
Participar na Formação de alunos e e na Formação em Serviço	-	-	5	26,3	8	42,1	6	31,6	3,05
Planear Cuidados a partir do PE/ Projecto Terapêutico	-	-	3	15,8	9	47,4	7	36,8	3,21
Realizar Acções Individuais/ Grupo de Educação para Saúde	-	-	1	5,3	10	52,6	8	42,1	3,37
Executar perfeitamente Técnicas Médico-Cirúrgicas	8	42,1	8	42,1	3	15,8			1,74
Desenvolver Relação com utente/ família a partir de Objectivos	-	-	1	5,3	4	21,1	14	73,7	3,68
Realizar algumas Tarefas Administrativas relativas ao utente	19	100,0	-	-	-	-	-	-	1,00
Manter Relações regulares com a Hierarquia	10	52,6	8	42,1	1	5,3			1,53
Garantir a Coesão da Equipa	1	5,3	10	52,6	7	36,8	1	5,3	2,42
Executar as Prescrições Médicas	12	63,2	5	26,3	2	10,5			1,47
Vigiar o Resultado dos Tratamentos			11	57,9	8	42,1			2,42
Saber Conduzir Entrevistas com os utentes e /ou famílias	1	5,3	6	31,6	12	63,2			2,58
Ser capaz de Prestar Cuidados Médicos de Urgência	11	57,9	8	42,1					1,42
Centrar a Intervenção na Pessoa							19	100,0	4,00
Dominar Métodos de Investigação/ Participar na Investigação Cuidados de Enfermagem			10	52,6	8	42,1	1	5,3	2,53
Desenvolver Intervenções numa perspectiva de Continuidade de Cuidados					1	5,3	18	94,7	3,95
Fazer Registos a partir do PE/ Projecto Terapêutico			2	10,5	11	57,9	6	31,6	3,21
Ser capaz de explicar uma Técnica Cirúrgica a um utente	11	57,9	5	26,3	3	15,8			1,58

Os números assinalados a negro na tabela anterior permitem-nos já verificar quais são as práticas profissionais, perante as quais em termos médios, alguns estudantes colocados face a uma situação de impasse, que exige hierarquizar os itens da representação, tendem a “deixar cair” práticas profissionais – participar na formação contínua, em serviço e de estudantes, conduzir entrevistas com os utentes/família e participar na investigação – para assegurar práticas tradicionais, duas de entre elas ligadas à colaboração com as funções médicas – vigiar os resultados dos tratamentos e colaborar nos diagnósticos médicos – e outra com o papel a desempenhar no seio da equipa – garantir a coesão de equipa –.

De facto das práticas profissionais que ficam numa posição mais delicada, duas delas prendem-se directamente com novas práticas profissionais que a OMS (1996) define de “elementos externos” e que correspondem ao domínio da educação, o que de certo modo se pode explicar pela juventude dos participantes, que estão desejosos por desenvolver competências na área clínica e portanto, a (sua) educação ainda é uma realidade presente e da qual possivelmente “sentem merecer e necessitar de um tempo de descanso”.

Mas por outro lado aparece o “saber conduzir entrevistas”. Pensamos mais uma vez que a escolha do termo entrevista, poderá estar na base desta tomada de posição, é possível que se tivéssemos optado por um termo mais tradicional “conversar com” as respostas fossem de outra natureza. Não sabemos. Mas mais uma vez parece reforçar-se a ideia de que é necessário ampliar o dicionário de termos técnicos de enfermagem. Porque de facto, conversar é um acto social, conversar com fins terapêuticos é comunicar terapêuticamente, recorrendo a técnicas específicas, colher dados, aproximar as pessoas nas suas situações, para poder fazer um diagnóstico em cuidados de enfermagem, implica saber conduzir entrevistas, ter recurso a técnicas de entrevista. É como se de algum modo os estudantes ficassem constrangidos perante esta realidade, o que sem dúvida nos parece remeter para a história e os contextos discursivos atravessados pelo “tempo longo” das significações simbólicas, a que se refere Spink (2000).

Os resultados obtidos, em termos médios, estão expressos no gráfico 14 e representam as respostas dos alunos obtidas para cada item

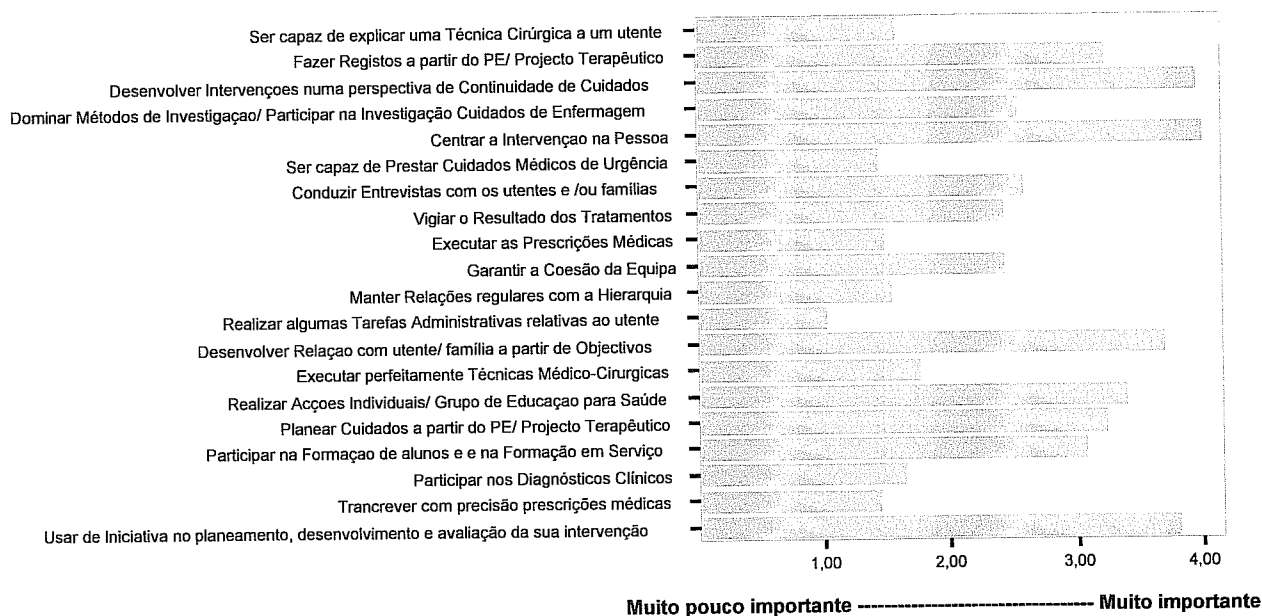


Gráfico 14 – Grau médio de valorização do conjunto de itens associados às práticas

De facto em termos médios todos os participantes deste estudo valorizaram de um modo massivo as práticas profissionais que se situam nos valores de 3 e 4 da escala. Destas, as mais valorizadas são o desenvolvimento de “intervenções numa perspectiva de continuidade dos cuidados de enfermagem”, “centrar a intervenção na pessoa (contexto pessoa, situação)”, “desenvolver uma relação com o utente e família a partir de objectivos precisos” e “usar de iniciativa no planeamento, desenvolvimento e avaliação das intervenções”.

Trabalhando agora com cada uma das sub escalas – práticas profissionais e práticas tradicionais – podemos visualizar graficamente o que acabamos de referir. No gráfico 15 está representada a valorização média de cada um dos itens prescritores de práticas profissionais de enfermagem e no gráfico 16 está representada a valorização média de cada um dos itens prescritores de práticas tradicionais de enfermagem

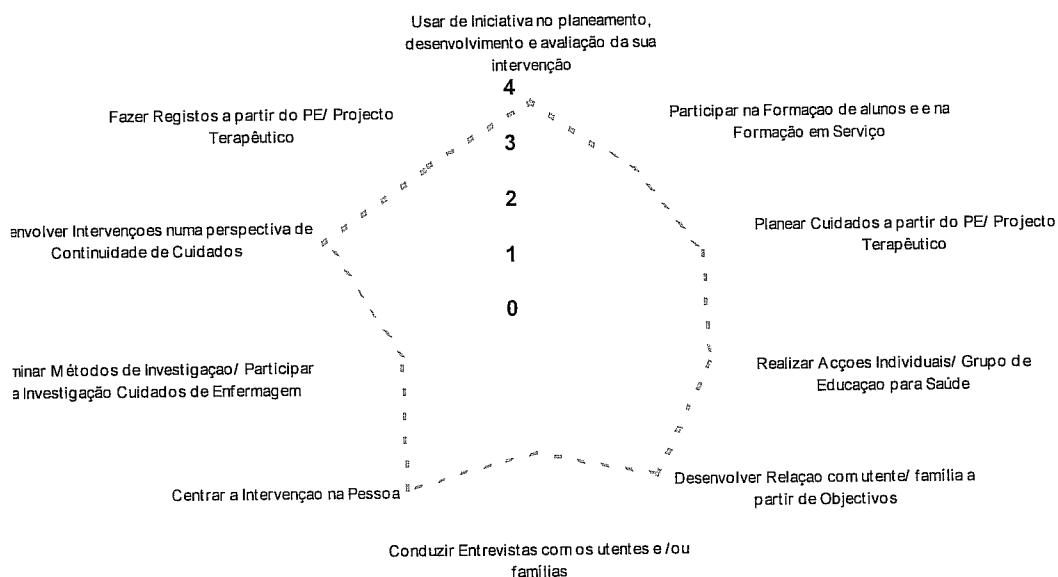


Gráfico 15 – Valorização média das práticas profissionais de enfermagem

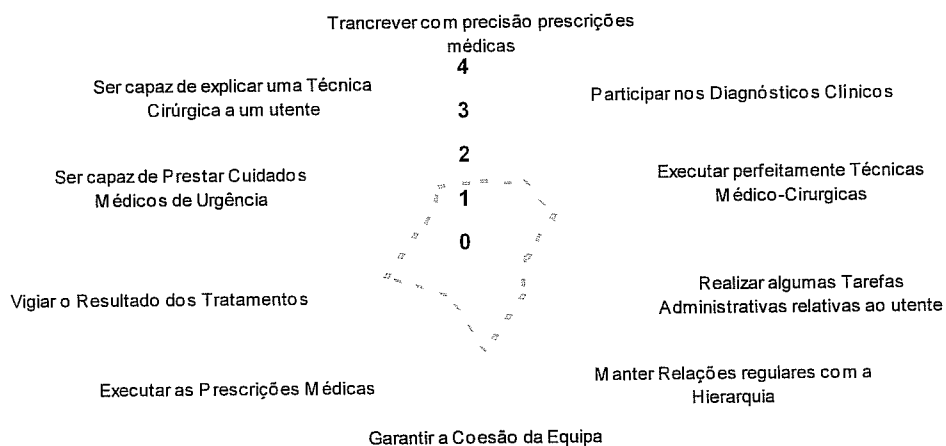


Gráfico 16 – Valorização média das práticas tradicionais de enfermagem

O gráfico 15 permite-nos visualizar que em termos médios, no conjunto dos itens prescritores de práticas profissionais são os itens, cognições, relacionadas com “dominar as metodologias de investigação afim de participar na investigação sobre a prática de enfermagem” e o “saber conduzir entrevistas” que tendencialmente se aproximam de valores mais adjacentes de 2, portanto “pouco importante” e nesse sentido constituíram as cognições menos activadas no campo representacional dos estudantes finalistas sobre as práticas de enfermagem, eventualmente mais afastados dos elementos do núcleo central da representação social. (Guimelli, 1994a).

Inversamente, olhando para o gráfico 16, podemos visualizar que em termos médios no conjunto dos itens prescritores de práticas tradicionais são os itens, cognições, relacionadas com “vigiar o resultado dos tratamentos” e “garantir a coesão de equipa” que tendencialmente se aproximam de valores mais perto de 3, portanto “importante” e nesse sentido foram as cognições mais activadas no campo da representacional dos estudantes finalistas sobre as práticas de enfermagem, eventualmente mais próximas dos elementos do núcleo central.

Qualquer uma destas práticas tradicionais se encontra profundamente enraizada no passado histórico da enfermagem. O item “garantir a coesão de equipa”, tece possivelmente alguma relação com a hiper valorização das competências de “cooperação social”, não possuímos dados para o confirmar. Mas este sentimento de ser responsável pela coesão da equipa pode por em causa o exercício da autonomia, a capacidade de argumentação e do estabelecimento de relações de complementaridade.

Por outro lado pensamos que o factor idade e de iniciado, também terá aqui alguma relação, na medida em que quando os estudantes descrevem os desempenhos competentes, valorizaram justamente as capacidades de comunicação dos enfermeiros que expressavam a sua opinião, que são frontais, assertivos e assumem o seu lugar no seio da equipa multiprofissional. Estes modelos de certo modo revelando os caminhos que querem percorrer, mas por ora foram estes os percorridos.

Em todo o caso são de facto as práticas profissionais que são mais valorizadas pelos estudantes, mais salientes, opondo-se quase radicalmente em termos de

valorização média, às práticas tradicionais, parecendo ser a função específica e singular do enfermeiro, subjacente às práticas profissionais que a caracterizam, que se constitui como um organizador da representação social das práticas profissionais, por essa via susceptível de integrar o núcleo central da representação (Guimelli 1994a, b)

Representações Sociais das Práticas Profissionais enquanto "Cálculo"

A educação em enfermagem pretende formar estudantes que saibam fazer enfermagem, pensar o porquê e o como desse fazer, definidores do campo de decisão e de iniciativa da enfermagem que se espera ponha em evidência o cuidar no sentido daquilo que permite viver e facilitar o que faz viver, durante as grandes passagens da vida, as crises, as doenças ou a aproximação da morte. (Ribeiro, 1995, Collière, 1989; 2003)

É para aproximar o porquê e o como desse fazer, que desenvolvemos com os estudantes uma carta associativa de palavras/ expressões enunciadas face ao estímulo "competências para fazer enfermagem".

Também Abric (comunicação pessoal, 15 de Maio, 2001) sublinha que todo o procedimento educativo que vise desenvolver novas competências, necessita impreterivelmente conhecer as representações sociais que os estudantes possuem acerca delas.

A partir das palavras produzidas a partir do estímulo "*competências para fazer enfermagem*", constituindo um primeiro par associativo, os estudantes voltaram a produzir uma segunda cadeia associativa, desta vez associando a expressão estímulo a cada uma das palavras por eles anteriormente produzidas, obtendo-se deste modo duas cadeias associativas.

Para a análise do campo semântico produzido utilizamos a metodologia desenvolvida por Vergès e aprovada consensualmente pelos investigadores da teoria do núcleo central da representação social. (Abric, 1994b, Vergès, 1994, Sá, 1996)

Primeiro formando um dicionário de palavras sobre a totalidade de palavras, expressões evocadas, isto é, produzindo um sistema categorial que agrupe sinónimos ou palavras com um sentido adjacente. Posteriormente conjugam-se os dois critérios frequência de evocação (ocorrência) e a ordem média de evocação de cada palavra no conjunto de palavras citadas por um mesmo sujeito, depois associado ao conjunto

de sujeitos que a evocaram para obter um índice de ordem média de evocação, obteremos aquelas que pelo seu carácter “protótipo” terão mais possibilidades de pertencerem ao núcleo central da representação social. (Vergès, 1994)

Tal como no instrumento anterior suportámo-nos exclusivamente em medidas de saliência que permitem enunciar algumas propostas quanto aos elementos susceptíveis de integrar o núcleo central da representação social neste grupo de estudantes

Assim a frequência evidencia os termos enunciados sob a base de uma hierarquia de termos maioritários/minoritários, evidenciando uma dimensão colectiva, referenciada ao total da população, por seu lado, a ordem de aparição indica a maior/menor importância da evocação para os sujeitos que a enunciam, evidenciando um critério individual de significação, que será tanto maior quanto mais tender para “1”. Deste modo, justifica Vergès (1994) que à propriedade quantitativa se junta uma propriedade mais qualitativa ainda que apareça sob forma numérica.

Este procedimento foi efectuado tal como preconiza Abric (1994b) para a primeira cadeia associativa e depois para o conjunto 1.^a-2.^a cadeia associativa. Permitindo desde logo de certo modo validar a qualidade das produções, face aos elementos organizadores da representação, isto é, verificando se existe ou não alguma estabilidade nos elementos que compõem o núcleo central do primeiro par associativo, embora no segundo, em que o universo semântico produzido é maior é natural que apareçam novos elementos.

Na primeira cadeia associativa foram produzidas 57 evocações, das quais 32 foram palavras/ expressões diferentes, susceptíveis de serem agrupadas em 23 categorias semânticas – dicionário de palavras –.

A tabela seguinte representa a operação efectuada a partir da intersecção da frequência média de evocação e do índice médio de aparição, a partir do qual foi construído um quadro definidor de quatro quadrantes conferidores de diferentes graus de centralidade às palavras que os compõem.

Tabela 5- Frequência e Índice de ordem média de aparição evocações 1.º par associativo

	1.ª Evocação (x 1)	2.ª Evocação (x 2)	3.ª Evocação (x 3)	Índice Ordem média evocação	Frequência
Acompanhar			1 (3)	3,00	1
Ajuda		3 (6)		2,00	3
Comunicar, humor, gerir silencio	1	3 (6)	4 (12)	2,37	8
Conhecimento			1(3)	3,00	1
Conhecimentos e saberes		1(2)	2(6)	2,66	3
Conhecimento si próprio			1 (3)	3,00	1
Criatividade			2 (3)	3,00	2
Cuidar	7			<u>1,00</u>	7
Técnica, destreza		1 (2)	1 (3)	2,50	2
Disponibilidade		1 (2)		2,00	1
Empatia	1	1 (2)		<u>1,50</u>	2
Escutar, escuta- activa	4		1 (3)	<u>1,40</u>	5
Gosto			1 (3)	3,00	1
Iniciativa			1 (3)	3,00	1
Mediação entre utente e equipa de saúde			1 (3)	3,00	1
Observar	1	1 (2)		<u>1,50</u>	2
Perceber	1			<u>1,00</u>	1
Perspicácia			1 (3)	3,00	1
Pessoa no seu contexto e individualidade, Pessoa		2 (4)		2,00	2
Promover saúde		1 (2)		2,00	1
Reelaborar		1 (2)		2,00	1
Relação, Relação- Ajuda, relacionamento,	3	4 (8)	2 (6)	<u>1,88</u>	9
Respeito	1			<u>1,00</u>	1
	19	19	19		57

N.º de evocações: 57

N.º de palavras e/ou expressões diferentes: 32

N.º de categorias semânticas: 23

Para definir os eixos, deste quadro e tendo em conta que a medida de evocação poderia variar entre [1,3], estabelecemos o índice 1,88, portanto inferior a 2, como as produções tendencialmente mais próximas da primeira evocação. Por outro lado tendo em conta o universo de evocações produzidas, (57) e o número de participantes, pareceu-nos que uma frequência de 3 era razoável, tanto mais que estamos a desenvolver um estudo exploratório.

Quadro 6 – Estrutura Interna da Representação Social dos estudantes dos sobre as Práticas Profissionais de Enfermagem I.ª Cadeia Associativa

		ORDEM MÉDIA			
		BAIXA = ou -1,88		ALTA +1,88	
FREQÜÊNCIA	F O R T E 3 ou + (superior a 5%)	♣ Relação Cuidar Escutar	9(1,88) 7(1,00) 5(1,40)	♦ Comunicar Ajuda Conhecimentos e saberes	8(2,37) 3(2,00) 3(2,00)
	F R A C A - 3 (inferior a 5%)	♥ Empatia Observar Perceber Respeito	2(1,50) 2(1,50) 1(1,00) 1(1,00)	♠ Pessoa no seu contexto Destreza/ Técnica Criatividade Reelaborar Acompanhar Disponibilidade Gosto Iniciativa Mediação utente-equipa saúde Perspicácia Promover a saúde Conhecimento Conhecimento de si próprio	2(2,00) 2(2,50) 2(3,00) 1(2,00) 1(3,00) 1(3,00) 1(3,00) 1(3,00) 1(3,00) 1(3,00) 1(3,00) 1(3,00)

Legenda:

- ♣ - Núcleo da representação - 1º Nível ♦ - Nível que envolve o núcleo -2º Nível
♥ - Nível de menor centralidade - 3º Nível ♠ - Nível mais periférico-4º Nível

Em cima à esquerda encontramos os termos verdadeiramente “salientes” e significativos para todos os participantes, teoricamente englobando as cognições susceptíveis de constituir o núcleo central da representação, na medida em que são aquelas mais frequentes e prontamente evocadas pelos participantes por outro lado, em baixo à direita as palavras que são menos frequentes e citadas em últimas posições, ocupando um lugar periférico, geralmente constituído por novos elementos que vão integrando a representação. Por outro lado, os outros dois quadrantes são obtidos de informações contraditórias (frequência e ordem de evocação) pelo que são interpretados como zonas de ambiguidade e desequilíbrio, indiciando futuras possíveis mudanças, na representação.

Assim de acordo com os dados desta primeira associação de palavras, cuidar, relação e escuta constituem elementos do núcleo da representação social deste grupo de participantes. *Cuidar* como uma finalidade e uma intenção geral e transversal a toda a prática, onde a *relação* se constitui como uma competência primária para a sua concretização, uma relação onde quem se situa ao centro é a pessoa cuidada e portanto mais do que falar, trata-se de escutar, para aproximar a sua realidade.

De qualquer modo este trabalho deverá ser complementado com uma análise categorial do campo semântico produzido verificando se as palavras ou expressões permitem criar um conjunto de categorias que teçam laços entre si, assim confirmando o papel organizador destes elementos na representação social (Abric, 1994b; Vergès, 1994; Sá, 1996).

Passamos então ao tratamento conjunto da 1.^a-2.^a cadeia associativa, agora compreendendo um total de 282 palavras/expressões, organizadas em 33 categorias semânticas, a partir de palavras e/ou expressões com sentido similar, onde justamente a metodologia de cadeia associativa, se constitui como uma estratégia de preservação do sentido atribuído pelo sujeito, visando confirmar se a centralidade dos termos anteriormente obtidos se mantém e, eventualmente, se outros se juntam a eles.

A operação efectuada a partir da intersecção da frequência média de evocação e do índice médio de aparição, tal como apresentámos anteriormente, foi de novo realizada para o conjunto de produções e, construído um quadro idêntico que se integra no anexo F.

		ORDEM MÉDIA	
		BAIXA = ou -2,50	ALTA +2,,50
FREQÜÊNCIA	F O R T E 10 ou + (superior a 5%)	♣ Comunicar 29(2,41) Relação 19(1,94) Perceber 12(2,50) Cuidar 10(1,30) Escutar 10(1,80) Conhecimentos e saberes 10(2,10)	♦ Conhecimento de si próprio 11(2,90) Empatia 11(2,,81)
	F R A C A 10 ou + (superior a 5%)	♥ Ajuda 8(2,12) Destreza/ Técnica 8(2,12) Criatividade 6(2,00) Observar 4(1,75) Iniciativa 2(2,50) Perspicácia 2(2,50) Reelaborar 2(2,50) Investigação 2(2,50) Mediação utente-equipa saúde 1(1,00)	♠ Pessoa no seu contexto 9(2,66) Acompanhar 9(2,66) Competência nos cuidados 8(3,50) Atenção 7(2,85) Transmitir informação 7(3,57) Formação 6(3,00) Disponibilidade 1(3,00) Respeito 5(2,80) Promover a saúde 5(3,00) Perspectiva holística 4(2,75) Disponibilidade 4(3,00) Gosto 3(2,66) Capacitar o outro 3(3,00) Ir encontro necessidades 3(3,33) Argumentar 3(3,66) Conhecimento 2(1,50) Assertividade 2(3,50) Abord. pessoa-familia-com. 1(4,00)

Quadro 7 Estrutura Interna da Representação Social dos estudantes dos sobre as Práticas Profissionais de Enfermagem 1.ª-2.ª Cadeia Associativa

Legenda:

- ♣ - Núcleo da representação - 1º Nível ♦ - Nível que envolve o núcleo -2º Nível
♥ - Nível de menor centralidade – 3º Nível ♠ - Nível mais periférico-4º Nível

As 3 cognições susceptíveis de construir o núcleo central da representação deste grupo de estudantes reafirmam-se e juntam-se agora, outras três, já anteriormente presentes na 1.ª cadeia associativa “conhecimentos e saberes”, “comunicar” e “perceber”, que se situavam em quadrantes susceptíveis de tecerem fortes laços com as cognições centrais, as duas primeiras definindo uma dimensão colectiva (frequência elevada), a terceira reflectindo um critério individual de significação (índice médio de avocação baixo).

Com esta segunda cadeia associativa, alargando-se o campo semântico (282 evocações) apareceram um conjunto de elementos produzidos por contiguidade à expressão estímulo, o que é natural, na medida em que, como refere Andrade (1998), os objectos representados são captados com outros objectos que com eles tecem laços, simultaneamente introduzindo uma grande diversidade, cuja representatividade é difícil de determinar, dado o número de participantes. Assim, o sistema categorial, produzido à posteriori apenas se centrou nas cognições susceptíveis de estarem mais próximas do núcleo central, mas foi enriquecido com o dicionário de palavras resultante da produção total.

A análise de conteúdo foi efectuada com uma grelha aberta (Gauthier, 2003), isto é, onde as categorias foram induzidas a partir das palavras produzidas pelos estudantes, tendo-se identificado duas categorias a “intencionalidade da acção/prática” – cuidar - e as “competências que sustentam e regulam práticas com uma intencionalidade cuidadora”.

A intencionalidade da acção/Prática	- Cuidar
As competências que sustentam e regulam práticas com uma intencionalidade cuidadora	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar, linguagem verbal e não verbal, discurso adequado a cada pessoa, partilhar opiniões, favorecer a partilha de sentimentos e experiências - Relação, relação de ajuda e suporte - Perceber, compreender - Escutar, escuta activa - Conhecimentos e saberes para cuidar, Saber fazer, Saber escutar, Saber executar

Quadro 8- Análise do Campo Semântico Competências para fazer enfermagem: As práticas como cálculo

Uma análise detalhada permitiria ir mais longe, face à riqueza dos dados recolhidos. Mas os imperativos do tempo não nos permitem fazê-lo por agora, talvez mais tarde.

De facto estes elementos do núcleo central parecem tecer uma relação significativa entre si, “cuidar” constitui a finalidade global define o que é fazer enfermagem, a singularidade da sua função e por essa via constitui-se como um meta condutor e organizador da sua prática, constitui a intenção global que a prática profissional de cuidados materializa.

As restantes cognições definem as competências que sustentam a acção com uma intencionalidade cuidadora, que são simultaneamente modos de fazer, mas também aquilo que permite calculá-la, avaliá-la, argumentá-la e corrigi-la – Comunicar, Relação Perceber, Escutar, Conhecimentos e saberes –.

Quanto ao “comunicar” e “relação” ao longo de todo o enquadramento teórico fomo-nos referindo à importância da de todos os aspectos referenciados na definição de uma prática profissional de enfermagem. O lugar de centralidade da relação e da comunicação são incontornáveis, esta última aqui referenciada de um modo distinto da relação, são as técnicas de comunicação, são os modos de comunicar, a comunicação nos seus aspectos pragmáticos e também teóricos.

Para Honoré (2003) a compreensão é simultaneamente uma atitude e um processo de abertura de sentido, sendo que, a atitude compreensiva é uma atitude que excede a simples compreensão da significação usual, para a complementar com a questão do sentido, face àquilo com que se depara, face ao que escuta, face à acção de alguém e ainda, face à sua própria acção.

O campo semântico em torno de “perceber, compreender” produzido pelos participantes faz aparecer uma orientação subjacente ao que exprime o autor: *“perceber o outro, perceber o que se diz nas entrelinhas, perceber o que expressam as palavras e gestos”*, suportado por uma concepção de um fazer enfermagem dirigido para a existência da pessoa: *Ir ao encontro das necessidades da pessoa, identificar as áreas de sofrimento; promover a sua saúde, o seu bem-estar e qualidade de vida”*.

“Escutar” é contíguo ao perceber. Para compreender, a escuta constitui-se como um elemento essencial de aproximação do outro, é escutar para poder descobrir e tomar decisões, mas também para acolher e demonstrar uma atenção especial.

Os “conhecimentos e os saberes” são aqui referenciados explicitamente os saberes para cuidar, saberes fazer técnicos específicos e relacionais, saberes para agir e que se traduzem na acção com uma intencionalidade cuidadora.

Os elementos centrais do núcleo da representação social das práticas profissionais deste grupo de estudantes, parece de facto revelar que há uma tendência para a mudança de uma prática tradicional para uma prática profissional, onde as competências relacionais parecem ocupar um lugar central, mas não exclusivo, dado que compreender e possuir conhecimentos e saberes, se constituem como suporte essencial para uma prática profissional, pensada, conduzida e realizada pelo enfermeiro.

De destacar a importância referenciada pelos estudantes para o “conhecimento de si próprio”, que embora não apareça nos elementos do núcleo central, se situa na proximidade destes, quadrante superior direito, evidenciando a sua dimensão colectiva (frequência levada), revelando uma mudança na imagem da enfermeira, traduzida por “poder ser eu próprio”, este existir na sua individualidade e o cuidar de si imprescindível para poder cuidar de outros. (Poletti, 2003)

Esta competência encontra algumas semelhanças com a “competência existir”, que Turkal, L (1999) encontrou no estudo que realizou com um grupo de estudantes em formação pós-graduada, que a valorizaram como essencial no processo e condução da sua aprendizagem.”

Com a mesma denominação ou com outra similar, isto é, de sentido idêntico, as “aptidões pessoais para o cuidado na acção” descritas por Honoré (2001) estão presentes no campo representacional destes estudantes.

CONCLUSÃO

Chegadas ao final deste trajecto, de análise e aprendizagem impõem-se algumas considerações finais.

O que nos propusemos explorar constituiu um projecto ambicioso, a prática é afinal como diz Rouquette (1998, pp. 43): “um pau para toda a obra”, pelo qual se designa; à falta de melhor termo (...) aquilo que nos cai nas mãos para servir de explicação. “Para que assim não fosse, tivemos que percorrer um longo caminho de pesquisa documental, que nos levou por trilhos que há partida não tínhamos previsto e que acabaram por constituir uma das partes fundamentais deste estudo, conduzido por um processo de desconstrução do conceito de prática e numa definição possível do campo da prática profissional de enfermagem.

Não é demais salientar que os resultados que encontramos, não podem ser generalizados, por um lado os participantes são limitados a um contexto preciso e por outro a metodologia utilizada não facilitou essa abordagem.

Duas questões orientaram este estudo visando proporcionar reflexões acerca da educação em enfermagem:

- *O que sabem os estudantes finalistas sobre as práticas profissionais de enfermagem?*
- *Como foram (re)construindo esses saberes através das práticas pedagógicas (parte delas) socialmente organizadas pela educação em enfermagem?*

Pela sua natureza, enquanto modalidade de conhecimento prático que une sujeito-objecto a teoria das representações sociais constituiu-se como um mediador para aproximarmos a realidade dos participantes do nosso estudo apelando directamente às suas vivências e experiências pessoais, tentando compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação.

Tratando-se de um estudo exploratório que associou vários métodos e instrumentos, visando proporcionar um olhar alargado da realidade empírica, este estudo deve ser entendido apenas como ponto de partida para estudos futuros que visem aprofundar aquilo que parecem constituir algumas tendências que se poderão

constituir futuramente como pistas de análise e investigação em psicologia educacional.

Face à primeira pergunta o que sabem os estudantes sobre as práticas profissionais de enfermagem, tentamos apenas identificar os elementos mais frequentes da representação social relativamente a dois critérios de prática: a prática como “modos de fazer”, desempenhos e a prática como “cálculo”, o que sustém a acção competente (Rouquette, 1998), suportando-nos em medidas de saliência (Abric, 1994b, Guimelli, 1994a; Vergès, 1994, Sá, 1996)., que permitem enunciar algumas propostas quanto aos elementos susceptíveis de integrar o núcleo da representação social neste grupo de participantes.

A aplicação do primeiro questionário adaptado de um estudo realizado por Guimelli (1994a) parece revelar que são as práticas prescritoras do papel autónomo e específico do enfermeiro – práticas profissionais – que são mais salientes no campo representacional, indiciando que se constituem como organizadoras da acção que a prática materializa.

Contudo uma leitura ignorando o mais representativo e centrada no individual, parece apontar algumas zonas que mantêm uma certa ambiguidade, da qual salientamos o “assegurar a coesão da equipa”, que é valorizado por alguns estudantes como um desempenho “importante” em enfermagem, característica que Guimelli define como uma “prática tradicional”, ligada a uma representação da enfermeira com uma missão de servir, que não é compatível com um papel de complementaridade, que caracteriza o actual campo da prática profissional.

Inversamente, “saber conduzir entrevistas” e “dominar os métodos de investigação para colaborar em trabalhos sobre a prática de enfermagem” também parece revelar uma certa ambiguidade, na medida em que são valorizados como desempenhos de enfermagem “pouco importante” para alguns dos participantes, que confrontados com o imperativo de efectuarem escolhas sobre a totalidade de itens da escala, parecem deixar cair estas “práticas profissionais” em prol de outras “práticas tradicionais” que se constituem como mais representativas.

Relativamente à carta associativa de palavras, propusemo-nos identificar aqueles elementos mais frequentes na representação social das práticas, a partir das competências mais valorizadas para as concretizar, isto é o que sustenta a acção, os

atributos requeridos. A segunda cadeia associativa, foi utilizada para confirmar se se mantinha o grau de centralidade dos elementos que a primeira cadeia revelava, o que se verificou e, para tentar aceder ao sentido que era atribuído pelos sujeitos às palavras por eles produzidas. Três elementos foram identificados como fazendo parte do núcleo central da representação, pela sua frequência e pela sua ordem de evocação (Vergès, 1994) – relação, cuidar, escutar –. Com a segunda cadeia associativa o campo semântico foi alargado, juntaram-se mais três elementos susceptíveis de tecer laços com o núcleo central – comunicar, perceber, conhecimentos e saberes – e todo um conjunto de elementos produzidos por contiguidade à expressão estímulo, o que é natural, na medida em que como refere Andrade (1998) os objectos representados são captados em relação com outros objectos que com ele tecem laços, porém introduzindo uma grande diversidade pouco representativa dado o número reduzido de participantes. Assim o sistema categorial, produzido à posteriori, apenas se centrou nas cognições susceptíveis de estarem mais próximas do núcleo central. Desse modo constituindo-se como pistas eventuais para futuros trabalhos.

Face à segunda questão deste estudo começamos por verificar que de facto cada estudante chega à escola com o seu património social e cultural, com as suas representações da profissão mais ou menos sustentadas, segundo a sua história de vida. Assim a representação social que os estudantes possuíam da profissão antes de ingressarem no curso, aproximada pelas razões que os levaram a fazer esta opção, analisadas segundo um critério de diversidade e não de frequência (Spink, 2000), revelou diferenças segundo a preferência vocacional dos estudantes. A ideia de uma profissão de ajuda e do humano ocupava praticamente a totalidade do campo representacional daqueles que tinham enfermagem como sua preferência o que não se verificou nos estudantes para quem esta constituiu uma negociação da sua preferência, articulada com o mapa das possibilidades reais.

Face ao auto-conceito de competência, os estudantes revelaram ter uma percepção globalmente positiva, boa a muito boa. Verificou-se, que tantos os estudantes que tinham como preferência vocacional enfermagem, como os outros, não divergiam relativamente à dimensão social de competência, mas já em relação às dimensões cognitivas e criativas, estes últimos posicionavam-se tendencialmente melhor, isto é, possuíam um auto-conceito de competência mais positivo.

O auto-conceito tece uma profunda relação com a identidade e com a auto-estima, é um constructo que se tece ao longo da vida e estas diferenças interpelaram-nos, pensamos por isso que esta constituiria uma das pistas interessantes para um trabalho futuro: avaliar longitudinalmente a evolução do conceito de auto-competência dos estudantes ao longo da formação inicial em enfermagem, perceber que competências são mais solicitadas, mobilizadas e desenvolvidas durante o seu percurso educativo:

Basto (1998a) faz referência a estudos que apontam no sentido de que, em média as enfermeiras possuem uma baixa auto-estima: A questão que nos colocamos é se a hipervalorização da subescala da “cooperação social” não constituiu uma “estratégia de defesa” face à baixa auto-estima? Tanto mais que estudos realizados em contexto universitário revelaram a importância dada pelos estudantes finalistas às características da subescala de “assertividade social”, entendidas como fundamentais para a sua integração e sucesso no mundo do trabalho.

Os resultados obtidos neste estudo parecem apontar no sentido de que a educação em enfermagem se deve esforçar por proporcionar mais práticas pedagógicas que levem os estudantes a mobilizar mais as suas competências de assertividade social.

Para a reconstrução dos saberes sobre as práticas de enfermagem, os estudantes referenciaram através da descrição do enfermeiro “modelo” que os ensinamentos clínicos constituem o lugar privilegiado para a sua aprendizagem. Fundamentaram a escolha deste(a) enfermeiro(a) modelo, definindo quatro áreas de desempenhos competentes traduzidos nos quatro temas que emergiram da leitura flutuante das narrativas - comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores, comportamento profissionais relativamente aos estudantes, atitudes relacionais e de comunicação na(s) equipa(s) e atitudes existenciais e éticas -.

Valorizaram nos comportamentos destes enfermeiros o modo como participaram na sua aprendizagem, descrevendo as práticas pedagógicas que favoreceram a sua reconstrução e reinterpretação dos saberes: estimular a reflectir, questionar, investigar, dar autonomia e responsabilidade, sustentadas porém, por um conjunto de práticas relacionais e de suporte, que lhes permitam lançar-se em novas experiências.

As atitudes existenciais, de se apropriar do seu vivido, de conduzir os seus projectos de vida manifestadas por estes enfermeiros, foram também marcantes para os estudantes, assim como a sua forma de se posicionarem face à equipa, as atitudes comunicacionais e relacionais que os caracterizavam: elementos activos e participativos, na gestão dos cuidados às pessoas e famílias, frontais e expressando opiniões, mas também capazes de escutar as dos outros. De um modo geral estas características apontadas pelos estudantes fazem-nos pensar que tendencialmente se abandona uma imagem da “enfermeira modelo” para se aproximar de uma “enfermeira real”, com vida própria e participando activamente, tanto no mundo profissional como civil.

Ao nível da percepção de acesso às práticas profissionais durante as experiências clínicas, destacamos que houve um número significativo de estudantes que teve a percepção de só “às vezes” ter tido a possibilidade” de usar de iniciativa no planeamento dos cuidados, o que deixa no ar a possibilidade de que nas outras situações se sentiram remetidos para um lugar de executantes e não de actores da sua prática e da sua aprendizagem.

Por uma razão e por outra, duas medidas se destacaram como importantes ao nível da reorganização das práticas pedagógicas, socialmente organizadas e desenvolvidas pela educação em enfermagem:

- Proporcionar mais situações em que os estudantes mobilizem as suas competências de assertividade – argumentação; tomada de posição, expressão de opinião – não apenas na escola, mas essencialmente em contexto de ensino clínico;
- Proporcionar uma ampliação do “vocabulário” profissional, que parece permanecer de certo modo encarcerado dentro de etiquetas preenchidas por valores morais, que ainda que numa perspectiva ética e deontológica, não permitem a sua comunicação e argumentação fundamental à sua plena compreensão e reconhecimento;

Organizada segundo um modelo de alternância, a formação em enfermagem vai convergir para uma reconstrução das representações, interpelando o estudante acerca

dos seus valores, das suas certezas e concepções. Simultaneamente força e fraqueza, o ensino em alternância constitui em nossa opinião um dos maiores desafios com que se defronta actualmente a educação, desafiando a sua capacidade de ser simultaneamente garante e motor de sentido entre conceitos de cuidados e acção de cuidar, entre pensamento e acção, fundamentais para a sobrevivência e evolução da enfermagem.

Genericamente as tendências identificadas neste trabalho, parecem apontar que a educação em enfermagem se tem mobilizado face aos desafios com que tem sido confrontada, mas mostram também, que os caminhos são infinitos e que ainda há alguns a percorrer.

REFERÊNCIAS

- Abric, J. C. (1994a). Représentations sociales: aspects théoriques. In Abric, J. C. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations* (pp. 11-35). Paris: PUF.
- Abric, J. C. (1994b). Méthodologie de recueil des représentations sociales. In Abric, J. C. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations* (pp. 59-82). Paris: PUF.
- Abric, J. C. (1994c). Pratiques sociales, représentations sociales. In Abric, J. C. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations* (pp. 217-238). Paris: PUF.
- Abric, J. C. (1998). A abordagem estrutural das representações sociais. In Moreira, A. & Oliveira, D. (Eds.). *Estudos interdisciplinares da representação social* (pp. 27-38). Goiana: AB Editora.
- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Revista referência*, 6, 53-59.
- Amendoeira, J. (2000). O Cuidado de Enfermagem – Que sentido(s)? In Costa, M. A. & Al. (Eds.). *Processos e Percursos de Formação : Balanço de um Project*. (pp. 66-77). Lisboa: Ministério da Saúde DRHS.
- Andrade, M. A. (1998). A identidade como representação e a representação da identidade. In Moreira, A. & Oliveira, D. (Eds.). *Estudos interdisciplinares da representação social* (pp. 141-149). Goiana: AB Editora.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Basto, M. L. (1998a). *Da intenção de mudar à mudança: Um caso de Intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Editora Rei dos Livros.
- Basto, M. L. (1998b). A imagem externa dos enfermeiros: representação social dos enfermeiros. *Enfermagem*, 12 (2), 24-28.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra. Quarteto Editora.

Bento, M. C. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem. Que identidades?* Lisboa: Fim de Século Edições.

Canário, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In Canário, R. (Org.). *In Formação e situações de trabalho* (pp. 117-146). Porto: Porto Editora.

Carmo, H. & Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, M.M., (1996). *Enfermagem e o Humanismo*. Loures. Lusociência.

Chalifour, J. (2000). *L'intervention thérapeutique: Stratégies d'intervention*. Montreal: Gaëtan Morin Éditeur.

Charon, V. & Giraud, A.-M. (1999). *Les sciences humaines au service des soins infirmiers*. Paris : Ellipses

Coelho, M. M. (1996). *Percepção de estudantes finalistas do curso superior de enfermagem sobre o que é ser enfermeira*. Dissertação em Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.

Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Lisboa: Lusociência.

Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem. (1998). *Relatório e recomendações sobre as competências necessárias ao exercício da actividade de enfermeiro responsável por cuidados gerais na união europeia*. Bruxelas: Comissão Europeia

Correia, M. C. (2004). *A construção do currículo no ensino de enfermagem: Um estudo de Caso*. Lisboa: Lusociência.

Costa, A. A. (2000). Ensino Politécnico. In Costa, M. A. & Al (Eds.). *Processos e Percursos de Formação : Balanço de um Project*. (pp. 26-38). Lisboa: Ministério da Saúde DRHS.

Doise, w. & Palmonari, A. (1986). Caractéristiques des représentations sociales. In Doise, W.; Palmonari, A. (Eds.), *L'étude des représentations sociales* (pp. 12-33). Neuchatel: Delachaux et Niestlé.

Donnadieu, B., Genthon, M. & Vial, M. (1998). *Lés théories de l'apprentissage : Quel usage pour les cadres de santé ?*. Paris : Masson InterEditions.

Durão, J. B. (2001). Ser finalista de enfermagem e escolher o serviço para início da profissão: Que razões? In Associação Portuguesa de Enfermeiros (Ed.). *Formação em enfermagem: Docentes investigam* (pp. 65-86). Lisboa: Gráfica 2000.

Faria, L. & Lima Santos (1996). Auto-conceito de competência : Adaptação de um instrumento a adolescentes portuguesas. In L. Almeida, S. Araújo e al (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (vol. IV, pp. 165-176). Braga: APPORT.

Faria, L. & Lima Santos (1998). Escala de avaliação do auto-conceito de competência: Estudos de validação no contexto universitário. *Revista galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 3 (2), Ano 2, 175-184.

Faria, L. & Lima Santos (1999). Escala do auto-conceito de competência : Estudos de validação no contexto português. In Soares, A., Araújo, S. & Caires, S. Orgs.), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (vol. VI, pp. 448-467). Braga: APPORT.

Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In Abric, J. C. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations* (pp. 37-58). Paris: PUF.

Garcia, E. M. (2001). A escola de enfermagem no ensino superior politécnico – perspectiva dos seus estudantes. In Associação Portuguesa de Enfermeiros (Ed.). *Formação em enfermagem: Docentes investigam* (pp. 129-173). Lisboa: Gráfica 2000.

Gauthier, B. (Ed.) (2003). *Investigação social: Da problemática à colheita de dados*. Lisboa: Lusociência.

Gouveia, M.-J. (1995). *Novas Práticas e Representações na Profissão de Enfermagem*. Tese de Mestrado, em Comportamento Organizacional. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Guareschi, P. (2000). Introdução. In Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais* (pp.17-25). Petrópolis: Editora Vozes.

Guimelli, C. (1989). Pratiques nouvelles et transformations sans ropture d'une représentation sociale. In Beauvois, J-L. et al. (Eds.), *Perspectives cognitives et conduite sociales* (Vol. 2). Cousset: Delval.

Guimelli, C. (1994a). La fonction d'infirmière : Pratiques et représentations sociales. In Abric, J. C. (Ed.). *Pratiques sociales et représentations* (pp. 83-108). Paris: PUF.

Guimelli, C. (1994b). Transformation des représentations sociales, pratiques nouvelles et schèmes cognitifs de base. In Guimelli, C. (Ed). *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 171-200). Paris: Delachaux et Niestlé.

Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital. Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*. Paris :Masson.

Honoré, B. (2001). *Soigner*. Paris : Editions Seli Arslan.

Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin : La mise en perspective des pratiques*. Paris : L' Harmattan.

Jodelet, D. (1984). Représentations sociales: phénomènes, concept et théorie. In M.Oscovici, S. (Org.), *La psychologie sociale* (pp. 300-365). Paris: PUF.

Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: Un domaine en expansion. In Jodelet, D. (Ed.), *Les représentations sociales* (pp. 31-61). Paris: PUF.

Josso, M.-C.(2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa-Formação.

Kerouac, S.; Pepin, J. Ducharme, Duquette. & Major (1994). *La pensée Infirmière: Conceptions et stratégies*. Québec : Éditions Études Vivantes.

Le-Boterf, G. (1999). *Compétences et navigation professionnel*. Paris: Editions d'Organisation.

Lesne, M. (1984). *Trabalho pedagógico e formação de adultos*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Leyreloup, A.-M. & Digonnet, E. (2000). *Pratique de l'entretien infirmier*. Paris : Masson.

Lima Santos, N. & Faria, L. (1999). O auto-conceito de competência no contexto universitário: Estudo empírico com estudantes da Universidade Fernando Pessoa. *Revista da UFP*, 4, 201-213.

Madeira, M. C. (1998). Um aprender do viver : Educação e representação social. In Moreira, A. & Oliveira, D. (Eds.). *Estudos interdisciplinares da representação social* (pp. 239-266). Goiana: AB Editora.

Malglaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. Porto : Porto Editora.

Malglaive, G. (1997). Formação e saberes profissionais : Entre a teoria e a prática. In Canário, R. (Org.). In *Formação e situações de trabalho* (pp. 53-60). Porto: Porto Editora.

Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre : Acquérir en savoir infirmier*. Giromagny : LEP.

Martin, C. (2000). Cuidados de Enfermagem e complexidade. In Costa, M. A. & Al. (Eds.). *Processos e Percursos de Formação : Balanço de um Project*. (pp. 14-25). Lisboa: Ministério da Saúde DRHS.

Martin, C. (2002). Cuidados de Enfermagem, uma disciplina: Condições e desafios. *Pensar Enfermagem*, 6 (1), 9-16.

Mendes, J. G. (2001). Ser enfermeiro: Estudo de uma representação social. In Associação Portuguesa de Enfermeiros (Ed.). *Formação em enfermagem: Docentes investigam* (pp. 273-305). Lisboa: Gráfica 2000.

Mestrinho, M. G. (2001). Tornar-se enfermeiro: De estudante a profissional. In Associação Portuguesa de Enfermeiros (Ed.). *Formação em enfermagem: Docentes investigam* (pp. 13-62). Lisboa: Gráfica 2000.

Mialeret, G. (2000). *Psicologia da Educação*. Lisboa : Instituto Piaget.

Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son publique*. Paris: PUF.

Moscovici, S. (1986). L'ère des représentations sociales. In Doise, W.; Palmonari, A. (Eds.), *L'étude des représentations sociales* (pp. 34-80). Neuchatel: Delachaux et Niestlé.

Moscovici, S. (2000). Prefácio. In Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais* (pp.7-16). Petrópolis: Editora Vozes.

Moscovici, S. (Ed.) (1994). *Psychologie sociale des relations à autrui*. Paris: Nathan.

Nóvoa, A. (1987). *Le temps des professeurs. Analyse sócio-históricas da la profession enseignante au Portugal(XVIII-XIX)*: Lisboa: Instituto Nacional de Investigaçã científica

Organizaçã Mundial de Saúde (1996). *La pratique infirmière*. Genebra: OMS.

Paz, A. M. (2001). O enfermeiro competente: Contributos para o estudo desta problemática. In Associação Portuguesa de Enfermeiros (Ed.). *Formaçã em enfermagem: Docentes investigam* (pp. 177-211). Lisboa: Gráfica 2000.

Pinto, C. (2001). Colaborar com a escola: Opiniões dos enfermeiros orientadores de alunos em ensino clínico. In Associação Portuguesa de Enfermeiros (Ed.). *Formaçã em enfermagem: Docentes investigam* (pp. 89-128). Lisboa: Gráfica 2000.

Pires, A. L. (1994). As novas competências profissionais: os desafios do presente. *Formar*, 10, 4-19.

Poletti, R. (2003). *Prendre soin de soi pour prendre soin de l'autre: La voie du coquelicot*. Genève: Jouvence Editions

Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-lei n.º 480/88: Determina a integraçã do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico. "Diário da Republica", I Série, (295), 23 de Dezembro de 1988, 5070-5072.

Portugal. Ministério da Educaçã. Decreto-lei n.º 353/99: Aprova as regras gerais para o ensino de enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico. "Diário da Republica", I Série-A, (206), 3 de Setembro de 1999, 6198-6201.

Portugal. Ministério da Educaçã. Portaria n.º 799/99: Regulamento geral do curso de licenciatura em enfermagem. "Diário da Republica" I Série-D, 18 de Setembro de 1999.

Rebelo, T. S. (1996). *Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: Contributo para a análise das representações sociais de enfermagem*. Tese de Mestrado, em Ciências da Educaçã, Área de Pedagogia da Saúde. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educaçã.

Rebelo, T. (1998). Do fazer ao dizer enfermagem: Que obstáculos? In PRAQSI-Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil (Ed.). *Le soin Infirmier... une force de vie au quotidien* (pp. 99-111). Lisboa: Gráfica 2000.

Ribeiro, L.F. (1995). *Cuidar e tratar: Formaçã em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa-Formaçã.

Ribeiro, L.F. (2000). A formaçã de enfermeiros em Portugal a nível de licenciatura – considerações em torno de um projecto. In Costa, M. A. & Al. (Eds.).

Processos e Percursos de Formação : Balanço de um Project. (pp. 109-119). Lisboa: Ministério da Saúde DRHS.

Rouquette, M-L. (1998). Representações e práticas sociais: Alguns elementos teóricos. In Moreira, A. & Oliveira, D. (Eds.). *Estudos interdisciplinares da representação social* (pp. 39-46). Goiana: AB Editora.

Sá C. (1996). *Núcleo central das representações sociais*. Petrópolis: Editora Vozes.

Sá C. (1998). *A construção do objecto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ.

Soares, M. I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca: Contributo para a história do ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa: Educa-História.

Spink, M.J. (2000). Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais* (pp.117-145). Petrópolis: Editora Vozes.

Turkal, L (1999). Approche biographique de la dynamique de construction des competences. In Dominicé, P. e al (Eds) (1999). *Les origines biographiques de la competence d'apprendre*. (pp. 25-60). Genève: Les Cahiers de la section des sciences de l'éducation.

Vala, J. (1986). Sobre as representações sociais – Para uma epistemologia do senso comum. *Caderno de Ciências Sociais*, 4, 5-30.

Vaz Serra, A. (1989). Auto-conceito, solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão. *Psiquiatria clínica*, 10 (3)67-84.

Vergès, P. (1994). Approche du noyau central: Propriétés quantitatives et structurales. In Guimelli, C. (Ed). *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 233-255). Paris: Delachaux et Niestlé.

Wagner, W. (1998). Sócio-génese e características das representações sociais. In Moreira, A. & Oliveira, D. (Eds.). *Estudos interdisciplinares da representação social* (pp. 3-25). Goiana: AB Editora.

Wagner, W. (2000). Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In Guareschi, P. & Jovchelovitch, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais* (pp.149-186). Petrópolis: Editora Vozes

Anexo A

Questionário de caracterização dos participantes

Anexo B

Questionário do Auto-Conceito de Competência de Rätti & Snellman (1992) adaptado à população portuguesa por Faria, L. & Lima Santos, N. (1996)

ESCALA DE MEDIDA DA OPINIÃO DOS ESTUDANTES SOBRE AS SUAS COMPETENCIAS COGNITIVAS, SOCIAIS E CRIATIVAS

Indicações dadas em presença aos Participantes:

1. Todos temos uma imagem de nós próprios, isto é, um conceito de nós mesmos. O objectivo deste instrumento é conhecer o conceito que cada um tem de si próprio. Cada pessoa difere entre si em termos daquilo que define e caracteriza.
2. Neste instrumento é apresentada uma lista de características, pretende-se que avaliem o grau em que possui cada uma delas, a partir de uma escala comportando cinco modalidades: Não tenho mesmo nada esta característica; Tenho um pouco esta característica; tenho esta característica moderadamente; Tenho bastante esta característica; tenho mesmo muito esta característica;
3. Leia cuidadosamente cada proposição e responda espontânea e rapidamente a cada uma delas.
4. Ao dar a resposta considere sobretudo a sua maneira de ser habitual, assinalando com uma cruz o quadrado que corresponde à sua opinião.
5. Por favor, responda a todas as questões.

N.º

OME _____ DATA NASC. ____/____/19____

	Não tenho mesmo nada esta característica	Tenho pouco esta característica	Tenho moderadamente esta característica	Tenho muito esta característica	Tenho mesmo muito esta característica
1. Aprendo coisas novas com facilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho iniciativa própria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho um conhecimento detalhado das coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Compreendo as coisas rapidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Não desvalorizo os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tenho sentido de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho bons conhecimentos gerais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Encontro facilmente o essencial dos assuntos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tenho em consideração os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Mantenho-me actualizado(a) quanto aos conhecimentos correntes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Leio muito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sou habilidoso no que faço (por ex. : manualmente, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Consigo aplicar os conhecimentos na prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sou uma pessoa amigável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou capaz de escutar os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUB-ESCALAS DA ESCALA DO AUTO-CONCEITO DE COMPETENCIA POR DIMENSÃO

DIMENSÃO COGNITIVA

Itens Resolução de Problemas

- Aprendo coisas novas com facilidade
- Compreendo as coisas rapidamente
- Encontro facilmente o essencial dos assuntos
- Consigo aplicar os conhecimentos na prática
- Consigo analisar os assuntos de vários pontos de vista
- Resolvo problemas rapidamente
- Sou capaz de integrar coisas distintas

Itens Prudência na Aprendizagem

- Tenho um conhecimento detalhado das coisas
- Analiso os problemas com profundidade
- Sou preciso(a) nas minhas actividades
- Faço planos detalhados antes de agir

Itens Sofisticação ou Motivação para Aprender

- Tenho bons conhecimentos gerais
- Mantenho-me actualizado(a) quanto aos conhecimentos correntes
- Leio muito
- Interesse-me por assuntos que exigem reflexão
- Sou ávido(a) desejoso(a) por aprender

DIMENSÃO SOCIAL

Itens Cooperação Social

- Não desvalorizo os outros
- Tenho em consideração os outros
- Sou uma pessoa amigável
- Sou capaz de escutar os outros
- Sinto-me preparado(a) para ajudar os outros
- Sou empático(a)

Itens Assertividade Social

- Tenho iniciativa própria
- Tenho sentido de humor
- Sou uma pessoa com vivacidade
- Arrisco-me a fazer valer a minha opinião
- Travo novos conhecimentos facilmente

DIMENSÃO CRIATIVIDADE

Itens Pensamento Divergente

- Sou bom(boa) em desportos
- Tenho imaginação criativa
- Sou habilidoso no que faço (por exemplo manualmente, etc)
- Sou uma pessoa com aptidões musicais (por exemplo, bom ouvido para a musica, jeito para tocar, etc.)

Anexo C

Questionário de Opinião da frequência de Acesso às Práticas Profissionais de Enfermagem

ESCALA DE MEDIDA DA OPINIÃO DOS ESTUDANTES SOBRE A FREQUÊNCIA DE ACESSO ÀS PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Indicações dadas em presença aos Participantes:

1. Leia cuidadosamente cada uma das perguntas seguintes e em seguida, baseando-se na globalidade das suas experiências clínicas, vivenciadas ao longo do Curso de Licenciatura em Enfermagem, escolha a resposta que melhor representa a sua experiência pessoal, a partir de uma escala de frequências comportando cinco modalidades: Nunca, Raramente, Moderadamente, Muitas vezes, Mesmo muitas vezes;
2. Responda espontânea e rapidamente a cada uma das proposições;
3. Faça um círculo em torno da modalidade que melhor representa a sua experiência pessoal.
4. Se quiser alterar uma resposta já anotada, risque-a e faça de novo um círculo em torno da modalidade que melhor lhe corresponde.
5. Por favor, responda a todas as questões.

NOME _____ DATA NASC. ____/____/19____

Experiências Clínicas

1. Centrou a sua Intervenção na pessoa (contexto pessoa, situação)?

X-----X-----X-----X-----X
 Nunca Raramente Moderadamente Muitas vezes Mesmo muitas vezes

2. Participou em Acções de Formação em Serviço?

3.

X-----X-----X-----X-----X
 Nunca Raramente Moderadamente Muitas vezes Mesmo muitas vezes

4. Implementou os Cuidados a partir de um Plano de Cuidados/Projecto Terapêutico baseado nas necessidades identificadas com a pessoa e/ou família?

X-----X-----X-----X-----X
 Nunca Raramente Moderadamente Muitas vezes Mesmo muitas vezes

5. Realizou Acções de Educação para a saúde (individuais/ grupo)?

X-----X-----X-----X-----X
 Nunca Raramente Moderadamente Muitas vezes Mesmo muitas vezes

6. Desenvolveu a Relação com a pessoa e/ou família a partir de objectivos precisos?

X-----X-----X-----X-----X
 Nunca Raramente Moderadamente Muitas vezes Mesmo muitas vezes

Anexo D

Questionário da Hierarquização de Itens da Representação das Práticas de Enfermagem

Práticas Profissionais versus Práticas Tradicionais

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DOS ESTUDANTES SOBRE AS PRÁTICAS DE
ENFERMAGEM
ENQUANTO MODOS DE FAZER – PROCEDIMENTOS, DESEMPENHOS –
PRÁTICAS PROFISSIONAIS VERSUS PRÁTICAS TRADICIONAIS**

Indicações dadas em presença aos Participantes:

1. No questionário que se segue estão inscritas vinte proposições que descrevem desempenhos, “modos de fazer enfermagem”. Após uma leitura da totalidade destes “modos de fazer enfermagem”, assinale os 5 mais próximas da sua Conceção de “Fazer enfermagem” inscrevendo 1 nos rectângulos no início da cada uma das cinco proposições escolhidas.
2. Agora, entre as quinze proposições restantes assinale as 5 Proposições mais afastadas da sua concepção de “Fazer Enfermagem” inscrevendo 2 nos rectângulos no início da cada uma das cinco proposições escolhidas.
3. Entre as dez proposições que restam, escolha as 5 que ainda estão mais próximas da sua Conceção de “Fazer enfermagem” inscrevendo 3 nos rectângulos no início da cada uma das cinco proposições escolhidas.
4. Por fim, nas cinco proposições restantes inscreva 4 nos rectângulos no início de cada uma delas.

NOME _____ DATA NASC. ____/____/19____ N.º

LEIA COM ATENÇÃO AS SEGUINTE PROPOSIÇÕES:

- Usar de iniciativa no planeamento, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa e/ou família.
- Transcrever com precisão as prescrições médicas.
- Participar nos diagnósticos médicos.
- Colaborar na formação contínua e em serviço e na formação de estudantes.
- Implementar os cuidados de enfermagem a partir de um plano de cuidados/projecto terapêutico baseado nas necessidades identificados com a pessoa e/ou família.
- Realizar acções de educação para a saúde, individuais e em grupo.
- Executar perfeitamente técnicas médico-cirúrgicas.
- Desenvolver uma relação com o utente e/ou família a partir de objectivos precisos.
- Colaborar na realização de algumas tarefas administrativas relativas ao utente (ex: preencher cabeçalhos de análise, registo do movimento de admissão/ alta, etc.).
- Manter relações regulares com a hierarquia.
- Garantir a coesão da equipa.
- Executar fielmente as prescrições médicas.
- Vigiar o resultado dos tratamentos.
- Saber conduzir entrevistas com os utentes e/ou famílias.
- Ser capaz de prestar cuidados médicos de urgência, na ausência do médico.
- Centrar a sua intervenção na pessoa (contexto pessoa, situação).
- Conhecer as metodologias de investigação afim de participar em estudos que permitam desenvolver a prática de enfermagem e incorporar os resultados na sua prática.
- Desenvolver intervenções numa perspectiva de continuidade dos cuidados (articulação cuidados de saúde primários-diferenciados; optimização e gestão dos recursos, etc.).
- Produzir registos de enfermagem relativos à pessoa com base no processo de enfermagem (identificação necessidades, cuidados a implementar, monitorização dos resultados, actualização do processo).
- Ser capaz de explicar uma técnica cirúrgica a um utente

Muito obrigado pela sua colaboração!

AS PRÁTICAS DE ENFERMAGEM ENQUANTO MODOS DE FAZER
- PROCEDIMENTOS, DESEMPENHOS -
PRÁTICAS PROFISSIONAIS VERSUS PRÁTICAS TRADICIONAIS

AS 10 PROPOSIÇÕES REFERENTES PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

R1 – Usar de iniciativa no planeamento, implementação e avaliação de intervenções de enfermagem.

R4 – Colaborar na formação contínua e em serviço e na formação de estudantes.

R5 – Implementar os cuidados de enfermagem a partir de um plano de cuidados/projecto terapêutico baseado nas necessidades identificados com a pessoa e/ou família.

R6 – Realizar acções de educação para a saúde, individuais e em grupo.

R8 – Desenvolver uma relação com o utente e/ou família a partir de objectivos precisos

R14 – Saber conduzir entrevistas com os utentes e/ou famílias

R16 – Centrar a sua intervenção na pessoa (contexto pessoa, situação)

R17 – Conhecer as metodologias de investigação afim de participar em estudos que permitam desenvolver a prática de enfermagem e incorporara os resultados na sua prática

R18 – Desenvolver intervenções numa perspectiva de continuidade dos cuidados (articulação cuidados saúde primários-diferenciados; optimização e gestão recursos etc.).

R19 – Produzir registos de enfermagem relativos à pessoa com base no processo de enfermagem (identificação necessidades, cuidados a implementar, monitorização dos resultados, actualização do processo).

AS 10 PROPOSIÇÕES REFERENTES PRÁTICAS TRADICIONAIS DE ENFERMAGEM

R2 – Transcrever com precisão as prescrições médicas

R3 – Participar nos diagnósticos clínicos

R7 – Executar perfeitamente técnicas médico-cirúrgicas

R9 – Colaborar na realização de algumas tarefas administrativas relativas ao doente (ex.: preencher cabeçalhos de análise, registo movimento de admissão/ alta, outras)

R10 – Manter relações regulares com a sua hierarquia

R11 – Garantir a coesão de equipa

R12 – Executar fielmente as prescrições médicas

R13 – Vigiar o resultado dos tratamentos

R15 – Ser capaz de prestar cuidados médicos de urgência, na ausência do médico

R20 – Ser capaz de explicar uma técnica cirúrgica a um utente

Anexo E

**Carta Associativa de Palavras
a partir do item indutor “competências para fazer enfermagem”**

NOME _____ DATA NASC. ____/____/19____

Competências para “fazer enfermagem”:

R1. _____
R1.1. _____
R1.2. _____
R1.3. _____

Competências para “fazer enfermagem”:

R2. _____
R2.1. _____
R2.2. _____
R2.3. _____

Competências para “fazer enfermagem”:

R3. _____
R3.1. _____
R3.2. _____
R3.3. _____

Explicita por escrito, através de 1 ou 2 frases as razões pelas quais deu cada um dos pares de respostas.

R1. _____

R2. _____

R3. _____

Anexo F

Mapa das narrativas face à Preferência Vocacional
Associação de ideias face aos Temas Emergentes

Análise de conteúdo das narrativas escritas face à preferência vocacional

– Associação de ideias face aos temas emergentes –

Grupo de participantes para quem o curso/ profissão de enfermagem constituiu a concretização da sua preferência vocacional

Temas Emergentes:

- Profissão do Humano
 - Ajuda as pessoas
 - Permite contacto próximo com as pessoas
- Profissão de que se gosta
- Profissão relacionada com a Área da saúde
- Profissão com saídas profissionais

Participante	Profissão do Humano	Profissão de que se gosta	Profissão Área Saúde	Profissão saídas profissionais
1	2. <i>Querer ajudar os outros</i> 4. <i>Contactar directamente com pessoas</i> 5. <i>Profissão onde havia muito para fazer</i>	1. <i>Experiência e histórias contadas acerca da profissão pela mãe de uma colega</i>	3. <i>Me parecer que a área da saúde era uma boa escolha</i>	

Participante	Profissão do Humano	Profissão de que se gosta	Profissão Área Saúde	Profissão saídas profissionais
14	<p>2. Gosto de estar com as pessoas para ajudar principalmente em situações de crise, stress</p> <p>3. Talvez a morte da minha mãe um anos antes de entrar no curso</p>	<p>1. Tio enfermeiro... interessante a profissão pela diversidade e poder trabalhar em lugares diferentes</p>		
15	<p>1. Gosto pelo contacto com pessoas</p> <p>2. Gosto por ajudar os outros</p> <p>4. Interesse pelo cuidado de crianças</p>		<p>3. Interesse pela área da saúde</p>	
17	<p>1. Motivação e gosto pessoal em trabalhar com crianças</p> <p>2. Gosto por ajudar os outros</p> <p>3. Facilidade em comunicar com os outros</p>	<p>4. Experiência de contacto com profissionais de saúde ... muito positiva e incentivadora</p>		

Análise de conteúdo das narrativas escritas face à preferência vocacional

- Associação de ideias face aos temas emergentes –

Grupo de participantes para quem o curso/ profissão de enfermagem constituiu uma negociação da sua preferência vocacional

Temas Emergentes:

- Profissão do Humano
- Profissão de que se gosta
- Profissão relacionada com a Área da saúde
- Profissão com saídas profissionais
- Profissão mais semelhante com a de medicina
- Profissão com um curso do ensino superior

Participante	Profissão do Humano	Profissão de que se gosta	Profissão Área Saúde	Profissão saídas profissionais	Profissão com um curso do ensino superior	Profissão mais semelhante com a de medicina
7		<p>4. Pessoa na família com o curso ... gostava das experiências que me contavam</p>	<p>2. Dentro da área da saúde que era a área pretendida</p>	<p>3. Emprego garantido</p>	<p>1. Média era acessível</p>	
10	<p>3. Gosto de tudo o que envolve o humano, a relação, a comunicação</p> <p>4. Conhecer o outro para me conhecer a mim</p> <p>5. sou "dependente" de saber que posso de algum modo ajudar.</p>	<p>1. Minha primeira máscara de Carnaval foi de Sr.^a Enfermeira</p> <p>2. Uma tia enfermeira... que tinha uma vida e família muito organizada</p>				

Anexo G

Mapa das narrativas face aos Desempenhos Competentes
Associação de ideias face aos Temas Emergentes

Análise de conteúdo das narrativas escritas face aos desempenhos competentes

– Associação de ideias face aos temas emergentes –

Temas Emergentes:

- Comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores;
- Comportamentos profissionais relativamente aos estudantes;
- Atitudes relacionais e de comunicação na equipa
- Atitudes existenciais ou éticas

Participante	Comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores	Comportamentos profissionais relativamente aos estudantes	Atitudes relacionais e de comunicação na equipa	Atitudes existenciais ou éticas
1	<p>5. <i>Acalmava o outro procurando perceber o que ele queria realmente perante os pedidos expressos</i></p> <p>6. <i>Procurava conhecer os seus utentes</i></p>		<p>2. Na equipa procurava discutir os conflitos</p> <p>3. Era frontal dando espaço para que todos pudessem dar a sua opinião</p> <p>4. Na equipa multidisciplinar tinha uma voz activa</p>	<p>1. Conhecia os seus valores</p>

Participante	Comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores	Comportamentos profissionais relativamente aos estudantes	Atitudes relacionais e de comunicação na equipa	Atitudes existenciais ou éticas
5	<p>2. Abordava os doentes com respeito, pois dava-lhes espaço e oportunidades para eles se exporem</p> <p>3. Conversava com eles sorrindo quase sempre (...) muito delicada no relacionamento</p> <p>5. É a sua competência relacional que mais me impressionou</p>	<p>4. Mostrando-se disponível para ouvir e para ajudar sempre que eu tinha dúvidas</p>	<p>1. Pessoa calma, serena, falava sempre devagar e num tom suave com os colegas em geral</p>	
6	<p>1. Capacidade para ouvir quando devia ouvir</p> <p>2. Lucidez nas análises concretas de cada pessoa que cuidava</p>		<p>3. Relacionamento com a equipa pluridisciplinar excelente</p> <p>4. Capacidade para intervir assertivamente quando devia intervir</p> <p>5. sendo um elemento de ligação importantíssimo entre as pessoas que estavam em situação de crise e o resto da equipa</p>	
7	<p>3. Facilidade enorme em ter uma relação empática com as pessoas (...) uma relação de ajuda</p>	<p>2. Integrou-me perfeitamente na equipa o que me permitiu envolver imenso a nível profissional</p>	<p>1. Era uma grande líder (...) a sua equipa era a mais competente e na qual as pessoas mantinham melhores relações</p>	

Participante	Comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores	Comportamentos profissionais relativamente aos estudantes	Atitudes relacionais e de comunicação na equipa	Atitudes existenciais ou éticas
11	<p>1. a relação que ela conseguia estabelecer com os doentes, orientada para o seu bem-estar e o melhor que podia fazer pela pessoa-doente</p>	<p>2. Ensinou-me o que uma enfermeira poderia ser 3. Fez-me acreditar que eu poderia ser uma boa enfermeira</p>		
12		<p>1. Ensinou-me e incentivou-me a dar os primeiros passos como enfermeira</p>		
13	<p>3. Ajudava os outros muito para além das competências técnicas, através das competências relacionais, sabendo ouvir, sabendo tocar</p>	<p>1. Apoiou-me bastante estabelecendo comigo uma relação empática, sabendo ouvir, aconselhar 2. Aumentou a minha auto-estima e auto-confiança num momento em que pensei que não conseguiria satisfazer os meus objectivos</p>		

Participante	Comportamentos profissionais relativamente aos utilizadores	Comportamentos profissionais relativamente aos estudantes	Atitudes relacionais e de comunicação na equipa	Atitudes existenciais ou éticas
17	<p>1. Pela calma que inculcia nas mulheres parturientes e naqueles que as acompanhavam</p> <p>2. Capacidade de estabelecer uma relação de ajuda eficaz e efectiva</p>			<p>3. Possuía grandes conhecimentos em todos os domínios</p>
18	<p>1. Conseguia estabelecer uma verdadeira relação de ajuda com as crianças, com as mães e familiares</p> <p>2. Tinha a capacidade de "ler" o que os utentes não diziam</p> <p>3. Olhava o outro no seu todo, escutava-o</p> <p>4. Conjuntamente com os utentes encontrava estratégias para "solucionar" os problemas verbalizados</p>			
19	<p>1. Grandes competências relacionais, de estar com o outro, de estabelecer uma verdadeira relação de ajuda</p>		<p>4. enorme capacidade de trabalhar em equipa, integrando nela o utente</p>	<p>2. profundo sentido de responsabilidade</p> <p>3. Empenho para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina</p> <p>5. É alguém que se considera e aos outros em construção continua</p>

Anexo H

Carta Associativa de palavras/ expressões constituída por duas Cadeias associativas a partir do estímulo “Competências para fazer Enfermagem”

Tabela 1 - Frequência e Índice de ordem média de aparição evocações 1.º-2.º par associativo

	1. ^a Evoc.	2. ^a Evoc.	3. ^a Evoc.	4. ^a Evoc.	Frequência/ Índice Evoc.	
Acompanhar, acompanhar numa situação de vida, caminhar com	1	3(6)	2(6)	3(12)	9(25)	2,77
Ajuda, ajudar, apoiar	3	3(6)		2(8)	8(17)	2,12
Comunicar, partilhar opiniões, favorecer partilha sentimentos e experiências, discurso adequado a cada pessoa, gerir silêncio, humor, sorrir, tocar, expressões corporais, gestos, ling. não verbal	8	5(10)	12(36)	4(16)	29(70)	2,41
Transmitir informação, informação pertinente, validar informação, aconselhar		1(2)	1(3)	5(20)	7(25)	3,57
Conhecimento, conhecimento científico	1	1(2)			2(3)	1,50
Conhecimentos e saberes, saber-fazer, conhecimentos e saberes para cuidar, saber escutar, saber executar	3	4(8)	2(6)	1(4)	10(21)	2,10
Conhecimento si próprio, auto-conhecimento, consciência de mim, ser eu próprio, congruência, auto-confiança, desenvolv. pessoal	1	2(4)	5(15)	3(12)	11(32)	2,90
Criatividade, originalidade, imaginação	2	3(6)		1(4)	6(12)	2,00
Cuidar	7	3(6)			10(13)	1,30
Técnica(s), destreza, técnicas básicas, técnicas comunicacionais	2	3(6)	3(9)		8(17)	2,12
Disponibilidade	1		1(3)	2(8)	4(12)	3,00
Empatia	2	3(6)	1(3)	5(20)	11(31)	2,81
Escutar, escuta-activa	5	3(6)	1(3)	1(4)	10(18)	1,80
Gosto, prazer, acreditar	1		1(3)	1(4)	3(8)	2,66
Iniciativa	1			1(4)	2(5)	2,50
Mediação entre utente e equipa de saúde	1				1(1)	1,00
Observar	2	1(2)	1(3)		4(7)	1,75
Perceber, perceber o outro, perceber o que se diz nas entrelinhas, perceber que expressam as palavras e gestos, compreender, compreensão, assimilar, apropriar-me	1	5(10)	5(15)	1(4)	12(30)	2,50
Perspicácia	1			1(4)	2(5)	2,50
Pessoa no seu contexto e individualidade, dignidade da pessoa, individualidade da pessoa, pessoa doente e saudável	2	2(4)	2(6)	3(12)	9(24)	2,66
Promover saúde, bem-estar, qualidade de vida	1		2(6)	2(8)	5(15)	3,00
Reelaborar, repensar enfermagem	1			1(4)	2(5)	2,50
Relação, relação-ajuda, relacionamento, relação c/ outro, relação de suporte, relação enfermeira-utente	9	4(8)	4(12)	2(8)	19(37)	1,94
Respeito, respeito pelo outro, respeitar com humildade	1		3(9)	1(4)	5(14)	2,80
Investigação		1(2)	1(3)		2(5)	2,50
Atenção, atento ao outro, atenta ao pormenor, postura atenta		2(4)	4(12)	1(4)	7(20)	2,85
Capacitar o outro, empowerment, promover auto-conhecimento do outro		1(2)	1(3)	1(4)	3(9)	3,00
Competência nos cuidados, cuidados humanizados, qualidade nos cuidados		2(4)		6(24)	8(28)	3,50
Formação contínua, formação, auto-formação, actualização permanente		2(4)	2(6)	2(8)	6(18)	3,00
Ir ao encontro das necessidades da pessoa, identificar áreas de sofrimento		1(2)		2(8)	3(10)	3,33
Assertividade			1(3)	1(4)	2(7)	3,50
Argumentar, negociar, justificar			1(3)	2(8)	3(11)	3,66
Olhar o outro no seu todo, perspectiva holística		2(4)	1(3)	1(4)	4(11)	2,75
Abordagem pessoa-família-comunidade				1(4)	1(4)	4,00
	57	57	57	57	228	

Carta Associativa de Palavras
“Competências para fazer Enfermagem”

Participante N.º 1

	1.º Par associativo	2.º Par associativo		
		2	3	4
1	Cuidar	Conhecimentos e saberes para cuidar	Auto-conhecimento (enfermeiro)	Iniciativa
2	Relação Ajuda	Perceber o outro	Escutar	Empatia
3	Comunicação	Compreender	Partilhar opiniões	Transmitir Informação pertinente

Justificação Cuidar: Fazer enfermagem é cuidar de pessoas no seu contexto e ambiente com o objectivo de promover o seu bem-estar

Justificação Relação Ajuda: Apenas em relação podemos fazer enfermagem, é através da relação e com a relação que temos acesso aos indícios ou pistas que permitem o cuidar em enfermagem

Justificação Comunicação: A comunicação é uma competência fulcral para fazer enfermagem. Sem comunicação não há saber, saber-fazer nem saber-estar

Participante N.º 2

	1.º Par associativo	2.º Par associativo		
		2	3	4
1	Relação	Comunicar	Postura atenta	Saber escutar
2	Destreza	Saber-fazer	Competências Técnicas	Auto-confiança
3	Perspicácia	Observar	Compreensão	Ir ao encontro das necessidades da pessoa

Justificação Relação: Fazer enfermagem é cuidar e para cuidar de outro há que estabelecer uma relação, ou seja comunicar, saber-escutar

Justificação Destreza: A destreza é importante para fazer enfermagem na medida em que lidamos com grande responsabilidade, isto é, com a vida das pessoas

Justificação Perspicácia: Fazer enfermagem é ir ao encontro do outro, do que ele quer e isso exige perspicácia para discernir aquilo que lhe faz sentido

Participante N.º 3

	1.º Par associativo	2.º Par associativo		
		2	3	4
1	Comunicação	Escuta-activa	Assertividade	Empatia
2	Relacionamento	Cuidar	Relação-ajuda	Negociação
3	Conhecimento si próprio	Caminhar com	Empatia	Ser eu própria

Justificação Comunicação: A comunicação é essencial para nos relacionarmos com o outro, o que para mim constitui a principal característica/ necessidade em enfermagem

Justificação Relação: A relação de ajuda para mim é a base da prestação de cuidados de enfermagem, a marca de qualidade

Justificação Conhecimento de si-próprio: Não é possível fazer enfermagem ignorando as minhas características pessoais, de que de qualquer modo (consciente ou inconscientemente) não posso abdicar delas, ter consciência de mim é essencial para ter consciência do outro, é essencial na prestação de cuidados

Participante N.º 7

1.º Par associativo		2.º Par associativo		
		2	3	4
1	Perceber	Atento ao outro	Assimilar	Apropriar-me
2	Reelaborar	Promover auto-conhecimento da pessoa	Partilhar opiniões	Empowerment
3	Iniciativa	Originalidade	Auto-conhecimento	Competência nos cuidados

Justificação Perceber: Perceber o que o outro tem para nos dizer, compreendê-lo tendo em conta o contexto

Justificação Reelaborar: Fazer enfermagem é ajudar a pessoa ajudar-se, pegar no que ela nos diz para que possa estar em contacto consigo própria, com as suas necessidades e expectativas

Justificação Iniciativa: Fazer enfermagem exige ter espírito de iniciativa para avançar, para agir e inovar, ainda que sem o apoio de ninguém, desde que o objectivo final seja o de melhorara a qualidade dos cuidados de enfermagem, o sistema de saúde e a vida das populações

Participante N.º 8

1.º Par associativo		2.º Par associativo		
		2	3	4
1	Respeito	Pessoa	Dignidade da pessoa	Cuidados humanizados
2	Ajuda	Cuidar	Compreender	Apoio
3	Gosto	Competência nos cuidados	Prazer	Desenvolvimento pessoal

Justificação Respeito: O respeito é um atributo fulcral de qualquer profissional de enfermagem

Justificação Ajuda: Fazer enfermagem remete-me para a acção de ajudar alguém, cuidando, compreendendo, apoiar na tomada de decisões

Justificação Gosto: Acredito que na base da competência está o gosto pelo que realizamos, a possibilidade de usufruir de prazer pelo trabalho efectuado, o que se prende com a possibilidade de planear e desenvolver o trabalho planeado

Participante N.º 9

1.º Par associativo		2.º Par associativo		
		2	3	4
1	Cuidar	Cuidados humanizados	Perspectiva holística	Promover saúde
2	Relação de Ajuda	Empatia	Congruência	Acompanhar numa situação de vida
3	Comunicação	Relação suporte	Capacitar o outro	Favorecer a partilha de sentimentos e experiências

Justificação Cuidar: Fazer enfermagem é cuidar de alguém único, como um todo, ser bio-psico-social cultural e espiritual, promover o seu desenvolvimento pessoal a sua saúde e bem-estar

Justificação Relação Ajuda: Para cuidar preciso que o outro reconheça em mim, a minha capacidade de o ajudar, acompanhar, defender, incentivar e esse reconhecimento depende da qualidade da relação que se estabelece entre nós

Justificação Comunicação: Para estabelecer uma relação, preciso de comunicar ao outro o meu mundo e acolher o seu, conhecê-lo e reconhecer as suas capacidades e características pessoais, a sua unicidade, preciso promover o seu desenvolvimento, ajudá-lo na sua "busca pessoal", capacitá-lo para o seu futuro, enfim, preciso saber comunicar e compreender a comunicação que se estabelece entre nós

Participante N.º 13

	1.º Par associativo	2.º Par associativo		
		2	3	4
1	Empatia	Compreender	Congruência	Ajudar
2	Comunicação	Escutar	Tocar	Aconselhar
3	Técnica	Técnicas básicas	Destreza	Competência

Justificação Empatia: Empatia para compreender o outro em todas as suas dimensões, pôr-me no seu lugar para poder respeitá-lo

Justificação Comunicação: A comunicação traça o caminho através do qual vamos ao encontro do outro – verbalmente e não verbalmente

Justificação Técnica: Cuidar também requer competências técnicas básicas, através das quais devem ser respeitados certos princípios e conhecimentos: fisiopatologia, assepsia, destreza manual, conhecimento dos instrumentos, etc.

Participante N.º 14

	1.º Par associativo	2.º Par associativo		
		2	3	4
1	Cuidar	Conhecimento científico	Qualidade de vida	Bem-estar
2	Pessoa	Acompanhar	Conhecimentos	Dignidade da pessoa
3	Humor	Criatividade	Relação de Ajuda	Competência nos cuidados

Justificação Cuidar: é preciso cuidar recorrendo a conhecimentos científicos, saberes práticos e a um ideal moral capazes de garantir o bem-estar e qualidade de vida das pessoas

Justificação Pessoa: Fazer enfermagem é acompanhar pessoas, pessoas na sua dignidade é possuir conhecimentos para cuidar

Justificação Humor: é uma competência de comunicação, que deve ser usada na relação pois promove a qualidade dos cuidados e beneficia a pessoa que os recebe e a que os presta

Participante N.º 15

	1.º Par associativo	2.º Par associativo		
		2	3	4
1	Escutar	Perceber o que expressam as palavras e os gestos	Partilhar Informação	Postura atenta
2	Observar	Linguagem não verbal	Atenção	Identificar necessidades
3	Saber-fazer	Destreza	Saber executar	Justificar

Justificação Escutar: Escutar para conhecer o percurso de vida da pessoa, o que significa para ela o momento de doença, são aspectos que estão sempre implícitos na prestação de cuidados

Justificação Observar: Para agir profissionalmente é preciso fazer uma boa análise da situação

Justificação Saber-fazer: Os cuidados são observáveis por outros, o fazer enfermagem não deve ser fazer, mas saber-fazer.

Participante N.º 19

	1.º Par associativo	2.º Par associativo		
		2	3	4
1	Relacionamento	Trocar informação	Comunicação	Relação-Ajuda
2	Conhecimentos e saberes	Aquisição e actualização	Comunicação	Transmitir informação
3	Acompanhar	Ajuda	Relação enfermeira-utente	Empatia

Justificação Relacionamento: Ser capaz de me relacionar, de comunicar com o outro é determinante para conseguir acompanhá-lo no seu trajecto de vida – cuidar dele

Justificação Conhecimentos e saberes: Para permitir o desenvolvimento da profissão e da disciplina de enfermagem, é preciso desenvolver conhecimento e transmiti-lo

Justificação Acompanhar: Acompanhar é fazer enfermagem, implica possuir competências afectivas que permita ao enfermeiro investir-se na relação visando promover a saúde do outro