

1993/95

DM  
GOUV/M.1

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO

EM

COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL

Dissertação sobre o tema:

Novas Práticas e Representações na  
Profissão de Enfermagem

Orientador: Professor Doutor Jorge Correia Jesuino

Maria José B. R. P. Gouveia

(199

Ref. 9360

Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
BIBLIOTECA

1993/95

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

MESTRADO

EM

COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL

Dissertação sobre o tema:

Novas Práticas e Representações na  
Profissão de Enfermagem

Orientador: Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno

Maria José B. R. P. Gouveia

(199

## AGRADECIMENTOS

Através deste reconhecimento público, presto o meu agradecimento sincero a todos aqueles cuja ajuda, traduzida em termos de conhecimentos, trabalho, tempo ou apoio me permitiu executar este trabalho.

O meu primeiro agradecimento vai para o meu orientador Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno, que me facultou os meios para que este trabalho fosse viável e pelos apoios que sempre colocou à minha disposição. Foi a sua disponibilidade e encorajamento que permitiram criar um clima de entusiasmo para a realização desta investigação.

Ao Professor Doutor Guimelli pelo apoio que me facultou, fornecendo-me todo o suporte informático e conhecimentos sobre a representação social e ao Dr. Rateaux pelo tempo que dispendeu a ensinar-me a sua operacionalização. Este apoio só foi possível através do Professor Doutor Jorge Correia Jesuíno, a quem mais uma vez aqui deixo o meu agradecimento.

Pretendo aqui deixar o meu agradecimento à Professora Doutora Glória Ramalho, Dr. Jorge Gomes e Dr. Costa Pereira

pelo apoio incondicional que sempre me deram em relação ao tratamento estatístico.

A investigação não teria sido possível, sem o apoio dado pelo meu Director Enfermeiro Gambôa e colegas da Escola Superior de Enfermagem de Faro, que me permitiram dedicar períodos de tempo à investigação subjacente ao trabalho.

Agradecimento também, ao Enfermeiro Director do Hospital Distrital de Faro Enfermeiro Severino, às Enfermeiras Supervisoras e Chefes dos Serviços e Enfermeiros/as que se prontificaram e disponibilizaram no sentido de tornar viável esta investigação, o meu sincero obrigado.

Aos meus pais, por todo o tipo de apoio que me dispensaram.

Por último, a Eduardo Gouveia, meu marido, pelo amor com que me ajudou e com que suportou a solidão derivada do muito tempo que retirei ao seu convívio, para dedicar a este trabalho.

## ÍNDICE

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....	5
Formulação do Problema.....	8
Alguns Aspectos da Evolução do Ensino de	
Enfermagem .....	9
Contributo do Currículo para o Desenvolvimento	
da Profissão:.....	13
Currículo Formal.....	13
Currículo Oculto.....	14
Estrutura Organizacional.....	16
Função da Enfermeira - Transformações.....	19
As Práticas como Factor de Transformação	
das Representações Sociais .....	24
Representações Sociais.....	26
Formação das Representações Sociais.....	29
Funções das Representações Sociais.....	34
Organização e Estrutura das Representações	
Sociais.....	36

Representações Sociais e Cognição Social .....	38
<b>CAPÍTULO 2 - MÉTODO .....</b>	<b>41</b>
Sujeito .....	42
Procedimento .....	44
Instrumento de Medida .....	45
<b>CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>51</b>
<b>CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO .....</b>	<b>65</b>
BIBLIOGRAFIA .....	66
ANEXOS .....	75
Anexo A - Decreto Lei 46 488/65 .....	76
Anexo B - Portaria nº 22 539 de 27/02/1967 .....	79
Anexo C - Decreto Lei 480/88 .....	82
Anexo D - Questionário (escala de frequências) .....	86
Anexo E - Questionário (de caracterização) .....	89
Anexo F - Resultados da aplicação do pré-teste .....	98
Anexo G - Dados de adaptação ao programa (P. Vergès) ..	100
Anexo H - Dados relativos ao grupo "práticas novas" e "práticas tradicionais" .....	104
Anexo I - Tratamento de dados no programa "Statística" .....	106
Anexo J - Tratamento de dados no programa "Anasim" .....	115
Anexo L - Tratamento de dados no programa "P. Vergès" .....	121

## CAPÍTULO I

### INTRODUÇÃO

A evolução das práticas sociais ou profissionais são uma das causas da mudança de estado das representações sociais. Leroi-Gourhan (1945), citado por Guimelli (1994), faz referência aos problemas tecnológicos, considerando que uma mudança ao nível das ideias precede normalmente uma mudança a nível das práticas.

Flament (1987) vai mesmo mais longe dizendo que *"as práticas são a principal causa, se não a única, responsável pelas transformações das representações"*. Contudo Jodelet et Moscovici (1990) chamam-nos à atenção para o facto de apesar da sua importância, lhes restar ainda um domínio por estudar em psicologia social.

Tal como Guimelli (1994), pensamos que o estudo das práticas profissionais da função do enfermeiro, poderá fornecer à psicologia social um campo de observação favorável ao estudo das relações entre práticas e representações sociais.

Isto, porque a enfermagem está a sofrer grandes transformações. As rápidas mutações tecnológicas e de desactualização constantes dos conhecimentos, faz sentir nos enfermeiros uma necessidade de formação permanente de uma forma a adquirir novas atitudes e capacidades para responder de uma forma eficaz aos apelos constantes da mudança. *"Já não se trata de adquirir de maneira exacta conhecimentos definitivos, mas de se prepararem ao longo de toda a vida para um saber em constante evolução e... de aprender a ser"* Nóvoa (1988).

Longe vai o tempo em que o enfermeiro era um mero executor das prescrições médicas, as funções do enfermeiro hoje são mais complexas e diversificadas, a própria legislação confere à função do enfermeiro um papel próprio, em que o enfermeiro pode usufruir de uma certa autonomia e aplicar o seu próprio saber, o que leva a que haja uma modificação nas relações médico/enfermeiro, no sentido de complementaridade e colaboração.

O papel próprio apoia-se numa metodologia rigorosa, na utilização de uma metodologia científica.

Cada vez mais é exigido ao enfermeiro que seja capaz de resolver problemas de uma forma criativa e uma maior capacidade e competência para ensinar.

De acordo com Magão (1992) pensamos que, a integração do ensino de enfermagem no ensino superior, poderá por si só não resolver os problemas da autonomia, criatividade e poder da profissão, mas poderá contribuir para o desenvolvimento da enfermagem, pois como refere Collière (1986) " o acesso à formação superior contribui em primeiro lugar para enriquecer e desenvolver a prática dos cuidados de enfermagem, concorrendo directamente para clarificar a natureza dos cuidados de enfermagem nos meios do exercício profissional".

Dado todo este contexto, sentimo-nos motivados para realizarmos este estudo, cuja intenção é apresentar a transformação das estruturas das representações sociais da função do enfermeiro, quando os sujeitos põem em prática o papel próprio, colocando em evidência os mecanismos subjacentes a essa transformação.

Para isso a presente dissertação de mestrado inclui uma primeira parte de reflexão teórica e uma segunda de apresentação e discussão da investigação realizada.

Assim, o primeiro capítulo é dedicado à revisão da literatura julgada pertinente para melhor compreender o suporte teórico subjacente ao trabalho, e os três últimos à apresentação e discussão dos resultados da investigação.

Dentro desta amplitude de análise procurámos efectuar uma definição clara do assunto e investigar através da formulação do problema e das hipóteses.

### Formulação do Problema

A representação social da função do enfermeiro transforma-se entre os sujeitos que põem em prática as "práticas novas"? Através de que processo é que elas se transformam?

Esta formulação do problema orienta para as investigações feitas na área das representações sociais, observando e descrevendo um certo número de mecanismos cognitivos responsáveis pela transformação de uma representação. É no contexto destes estudos que se pretende efectuar o presente trabalho e se operacionalizou a seguinte hipótese:

1 - Há modificação da estrutura das representações sociais da função do enfermeiro, quando os sujeitos aumentam a frequência das práticas novas.

Esta hipótese procura cobrir o corpo teórico enunciado tentando confirmá-lo a partir de trabalhos já efectuados an-

teriormente. A operacionalização do presente trabalho está suportado nos trabalhos efectuados por (Guimelli et Jacobi, 1990), onde ele estuda as representações sociais da função do enfermeiro, a partir de uma análise de semelhanças em dois grupos de enfermeiros, que diferem o seu acesso às práticas novas.

### Alguns Aspectos da Evolução do Ensino de Enfermagem

Sousa (1983) no seu estudo sobre a evolução do Ensino de Enfermagem em Portugal nos últimos 25 anos, refere-nos o seguinte: *"Os planos dos cursos eram bastante desenvolvidos em termos programáticos. A grande preocupação dos professores estava centrada no ensino, muito mais do que na aprendizagem dos alunos"*. A preocupação com o impacto do ensino na aprendizagem dos alunos, parece não existir tal como a concebemos hoje.

A profissão de Enfermagem constituída na sua grande maioria por mulheres, foi durante muito tempo dominada pela medicina, constituída nos seus efectivos quase exclusivamente por homens. A partir dos anos 60 os enfermeiros a nível mundial deram passos gigantes, trabalharam arduamente para con-

seguir um corpo de conhecimentos próprios. Criaram Teorias e Modelos de Enfermagem, investigaram na sua área, impuseram nalguns países um estatuto de ensino superior.

Toda esta evolução teve também as suas repercussões no nosso país, e, em 1965 assistimos a uma grande Reforma do Ensino de Enfermagem.

É o Decreto-lei nº 46448/65 de 20 de Agosto (Anexo A) que aprova o novo plano de estudos do Curso de Enfermagem Geral que nos seu preâmbulo afirma:

- O ensino de enfermagem sofreu nos últimos anos em todo o mundo profunda evolução, como consequência de novas experiências derivadas do desenvolvimento das Ciências Médicas e das Técnicas da própria Enfermagem.

Há, pois, aqui explícito um reconhecimento da evolução mundiais dos cuidados de enfermagem.

Os planos de estudo e os programas devem ser concebidos de tal maneira que tornem os profissionais aptos para o trabalho de base, em qualquer dos campos de saúde: preventivo, curativo e de reabilitação.

Parece-nos existir, aqui já, a preocupação do impacto do ensino na aprendizagem do aluno, articulada com a preocupação das tarefas do ensino, de forma a conferir aos futuros enfer-

meiros competência técnica para trabalhar aos três níveis de cuidados, preventivos, curativos e de reabilitação.

Nos planos de estudos e programas revela-se a preocupação da articulação da teoria com a prática, dá-se grande ênfase à disciplina de Enfermagem. Defende-se o ensino activo, convidando o aluno a ser sujeito da sua própria aprendizagem.

Estas experiências representam um esforço pela dignificação do ensino de enfermagem, numa tentativa de o equiparar ao nível internacional.

Em 28 de Novembro de 1967 é inaugurada a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, Portaria nº 26539 de 27/02/67 (Anexo B), que tinha como principais objectivos:

- Preparar os enfermeiros para funções docentes, de chefia e de direcção dos serviços de enfermagem;
- Realizar cursos ou outros programas que visem o aperfeiçoamento do ensino e do exercício da enfermagem em todos os ramos.

Pensamos que este foi um passo importante no reconhecimento das capacidades dos enfermeiros, reconheceu-se que os professores enfermeiros e os enfermeiros chefes eram verdadeiros líderes da profissão e como tal foi repensada a sua formação.

De acordo com Nóvoa, a formação é a solução mais segura quando se trata de mudar as atitudes ou os comportamentos em relação à profissão.

Mendes (1992) diz-nos que através do reconhecimento do avanço do ensino de enfermagem, em 1971 o Ministério da Educação Nacional pede parecer à Escola de Ensino e Administração de Enfermagem (E.E.A.E), sobre a reforma educativa em geral e do ensino de enfermagem em especial. Da análise do relatório enviado pelo Conselho Escolar da referida escola, verifica-se que já no ano de 1971 se considera da maior oportunidade a integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional e ao nível do Ensino Superior.

Contudo, este projecto que só se tornou realidade em 1988, com a publicação do Decreto-lei nº 480/88 de 23 de Dezembro (Anexo C), que no seu preâmbulo afirma:

O desenvolvimento do Ensino de Enfermagem verificado entre nós, ajustado aos padrões internacionais... e bem assim norteado pela busca permanente da melhoria dos cuidados de saúde determinou a exigência... de um nível paralelo ao referido para o Ensino Superior.

Estamos convictos que a formação em Enfermagem tem um papel primordial e decisivo na mudança dos cuidados de saúde e em especial na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Contributo do Currículo para o Desenvolvimento da  
Profissão: Currículo Formal

Em qualquer processo educativo, o currículo é unanimemente considerado como aspecto central.

Domingos (1986) considera que o conhecimento formal é realizado através de três sistemas de mensagem - currículo, pedagogia e avaliação; somos de opinião que o sistema de mensagem que mais influência tem no desenvolvimento da profissão é o currículo.

Existem múltiplas definições de currículo que se justificam pela existência diversificada de conceitos de educação, das suas finalidades e também das posições ideológicas que lhe estão subjacentes. Elegemos aquele em que o currículo é visto como um *"sistema de mensagem, que constitui aquilo que consta como conhecimento válido a ser transmitido"* Domingos (1986), dado ser a mais abrangente e englobante.

*"O currículo humano é aquele que tenta corresponder aos padrões de desenvolvimento do crescimento pessoal, ao mesmo tempo que induz os alunos no universo humano, um universo que eles não podem manipular à vontade, mas que o desafia a humanizarem-se"* Sergiovanni (1978).

Pensamos que é importante analisarmos como é que a transmissão formal do conhecimento educacional evoca, mantém

ou altera as formas de experiência, de identidade e de relação social.

Segundo Bernstein citado por Domingos (1986) podemos definir dois tipos de currículo a partir da forma de relação que os conteúdos... mantêm entre si - o currículo de colecção e o currículo de integração. Se os conteúdos mantêm entre si uma relação fechada, o currículo diz-se de colecção. Mas se não existem limites bem definidos, em que os conteúdos mantêm uma relação aberta entre si, então o currículo diz-se de integração.

Quanto a nós, o desenho curricular em vigor nas Escolas de Enfermagem, à luz desta tipologia também podem ser considerados mistos, dado que são predominantemente fechados na parte teórica, em que se promove um ensino em profundidade e predominantemente de integração nas experiências clínicas.

### Currículo Oculto

De acordo com Treacy citado por Allan (1989) em Enfermagem, o currículo oculto é aquilo que é ensinado por todas as participações na Instituição. Na opinião de Jenkins e Shipman o currículo oculto é ainda mais importante que o formal.

Formosinho citado por Machado (1991) define-o como "o conjunto de todas as aprendizagens que os alunos fazem através do contexto Institucional".

No currículo oculto existem regras, rotinas e regulamentos que têm de ser aprendidos pelos alunos se querem ser bem sucedidos nas aulas, isto é especialmente verdade para os estudantes de Enfermagem, que não têm só de sobreviver e sentir-se razoavelmente inseridos na sala de aula, mas também durante as experiências clínicas.

De acordo com Allan e Jolley (1989), a análise dos currículos dos anos 50 e 60 mostra claramente que o modelo implícito era o modelo biomédico em que a tónica era dada à doença e à cura. Todavia, está a dar-se uma mudança que se afasta da orientação centrada na doença ou do currículo do modelo médico para uma orientação centrada no cliente ou para o currículo de enfermagem.

Segundo Pearson (1992), Torres e Yare analisam como é que o modelo escolhido para o exercício de uma profissão específica se repercute no currículo. Elas retratam um modelo ou uma estrutura conceptual, como contendo teorias que reflectem a filosofia, os objectivos e o comportamento desejado para o exercício.

Para Bevis e Watson (1989), " *sem reconceptualização e reestruturação da turma habitual do professor de enfermagem*

perceber e desempenhar o papel de ensino, nenhuma mudança curricular produzirá mudanças significativas nos formandos e conseqüentemente na prática de Enfermagem”.

### Estrutura Organizacional

“A estrutura organizacional pode ser analisada como um conjunto de interacções que se processam entre os seus constituintes”. Ao entendermos uma organização como uma comunidade de pessoas, podemos considerar que a sua estrutura comporta duas dimensões:

“Os indivíduos, como partes constitutivas da estrutura e o padrão das interacções que se estabelece entre as pessoas coexistentes na organização” Nóvoa (1991). É em relação a este último aspecto que a escola, como instituição formativa segundo o mesmo autor deve

“promover o saber como instrumento: por um lado centrando-se numa dezena de conceitos base, interdisciplinares, que constituem outros tantos ângulos de abordagem da realidade dos dias de hoje; por outro lado, aprendendo a organizar a massa de conhecimentos actuais”.

Deste modo, poderemos dizer que a Escola é a instituição para a transmissão do saber, sendo a sua principal função a transmissão cultural.

Como nos diz Sacristan o ensino

*" é uma prática social, não só porque se concretiza na interacção entre professor e alunos, mas também porque estes actores reflectem a cultura e contextos sociais a que pertencem,... a intervenção pedagógica do professor é influenciada pelo modo como pensa e como age nas diversas facetas da sua vida".*

Em suma, a relação pedagógica gera-se num contacto interpessoal entre os intervenientes de uma situação pedagógica, com as características próprias, onde o meio exerce a sua influência.

Para Sacristan: uma correcta compreensão do profissionalismo docente implica relacioná-lo com todos os contextos que definem a prática educativa. O professor é responsável pela modelação da prática, mas esta é a intersecção de diferentes contextos. O docente não define a prática, mas sim o papel que aí ocupa; é através da sua actuação que se difundem e concretizam as múltiplas determinações provenientes dos contextos em que participa. A essência da sua profissionalidade reside nesta relação dialéctica entre tudo o que, através dele se pode difundir - conhecimentos, destrezas profissionais - e os diferentes contextos práticos.

As Escolas de Enfermagem pretendem através dos seus formandos, promover valores inerentes à enfermagem numa visão humanista da profissão, em colaboração com outros serviços da comunidade.

Pretendem, por outro lado, que os seus formandos, partindo do saber, saber fazer e saber ser em enfermagem, sejam capazes de prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo/família/comunidade, ao nível da promoção, manutenção e recuperação de saúde.

Depois de longos anos de exercício baseados em tarefas, mais do que em situações, os enfermeiros estão a mudar a ênfase dos cuidados, traçando e atingindo objectivos individuais para os utentes.

Hoje muitos são as teorias e práticas de enfermagem que estão a enfatizar a relação enfermeiro/utente e a obrigação do enfermeiro em ajudar o utente a conhecer o melhor funcionamento possível. Os enfermeiros começam a dar ênfase ao aumento do conhecimento do utente sobre cuidados de saúde e à sua participação nesses cuidados.

## Função da Enfermeira - Transformações

A profissão de enfermagem foi fundada em torno das prescrições médicas, o essencial na função do enfermeiro consistia na mera execução de prescrições feitas pelo médico.

A medicina tornou-se responsável pelo tratamento e cura das doenças e a enfermagem respondia pelos cuidados que prestava, não ao indivíduo, à sociedade, mas sim às Instituições, à medicina, por quem era controlada, tornando-se evidente a sua subordinação histórica à medicina e a sua prática ao modelo "biomédico".

Watson (1988) nesta linha de pensamento refere: *"A enfermagem tem tido valores próprios, mas a sua prática tem sido exercida sob o controlo da medicina"*.

O saber específico da Enfermagem foi-se elaborando progressivamente, só bastante mais tarde, depois de algumas tentativas de teorização foi reconhecido.

Actualmente os actos de enfermagem são bastante mais complexos e diversificados.

O exercício de enfermagem começou a ser influenciado pelo holismo e humanismo. O indivíduo começa a ser visto como um todo, começa a valorizar-se a ser humano, não só na sua existência, mas também na realidade dessa existência. O holismo e o humanismo não só se reflectem em muitos modelos de

enfermagem, como também podem ser reconhecidos na mudança de atitude da sociedade em reacção à saúde, como referem Pearson e Vaughan (1992).

Na mesma linha de pensamento Magão (1992) diz-nos:

*" A crise de valores existente na vida pessoal e pública a todos os níveis, também teve o seu impacto nas profissões. Como que a enfermagem não é excepção, dado que é da sociedade em geral e das instituições educacionais que a enfermagem recruta os seus membros".*

Neste contexto de mudanças aceleradas na sociedade em geral e no mundo da saúde em particular, pôs-se a questão de como preparar enfermeiros que, tal como repete Poletti *"devem ser profissionais de alto nível, e competentes tanto no domínio técnico, como relacional e ético"*.

Houve uma mudança de paradigma na filosofia de enfermagem e na investigação.

Durante muitos anos a enfermagem baseou-se no modelo médico dualista, reduccionista, objectivo, lógico-dedutivo, quantitativo e orientado para o diagnóstico e tratamento.

Lentamente começou a mudar para ser humanista-existencialista, holístico, subjectivo, intuitivo, fenomenológico e orientado para a experiência humana.

Para nós a teoria humanista é aquela que pode tornar congruente a filosofia de enfermagem, centrada na pessoa e no

cuidar, e o ensino da própria enfermagem, contribuindo para humanizar os serviços de saúde e as próprias instituições educacionais, pois segundo Alarcão, referenciado por Magão (1992)

*"Tornar-se pessoa é, a chave do processo pessoal, de índole vivencial, no centro do qual está a pessoa como ser que pensa, sente e vive. É um processo de descoberta do significado pessoal do conhecimento que passa pelo interior da pessoa com as suas experiências e as imagens que tem de si própria e dos outros... o desenvolvimento social e emocional do educando à luz desta filosofia, tão importante como o desenvolvimento intelectual. Mas deve realizar-se num clima de liberdade, criatividade, colaboração, espontaneidade e empatia".*

De acordo com Poletti "o mundo da saúde, neste últimos anos encontra-se em mudança rápida. Os progressos tecnológicos são enormes, a sociedade modifica-se, a saúde é percebida de forma mais global e sobretudo as expectativas dos beneficiários de cuidados aumentam".

Assistimos então a um outro conceito de enfermagem;

Para Henderson a Enfermagem é principalmente: "ajudar o indivíduo são ou doente na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação (ou morte serena) que ele realizaria sem ajuda se tivesse força, vontade ou conhecimentos necessários... e ajuda-o a ser independente dessa ajuda logo que possível".

Um dos objectivos do papel próprio da enfermagem como referimos anteriormente é precisamente modificar as relações médico/enfermeiro, que até aqui eram meramente caracterizadas por dependência, mas elas deverão ser de complementaridade e de relação. Enquanto que a medicina se centra na doença, o papel próprio do enfermeiro centra-se na pessoa a cuidar tendo em conta a pessoa na sua globalidade, tendo em conta as suas características físicas, psicológicas, sociais e culturais.

De acordo com Guimelli e Jacobi (1990) os cuidados de enfermagem comportam dos campos distintos de aplicação:

1 - Um campo "tradicional" inerente à prescrição médica, em que o enfermeiro se situa como executante do acto prescrito pelo médico, "papel prescritivo";

2 - Um campo relativo ao papel próprio em que o enfermeiro tem uma verdadeira autonomia e põe em prática o seu próprio saber, "Práticas novas".

O papel próprio apoia-se sobretudo numa metodologia científica - processo de enfermagem, preconizando a individualização e a personalização de cuidados a prestar.

O papel próprio constitui na função do enfermeiro uma prática nova.

Tal como Guimelli, pensamos que esta prática nova é diversificadamente aplicada nas unidades de prestação de cuidados, embora mais no plano qualitativo que no plano quantitativo, apontando-se como principais razões:

- a necessidade de conhecimentos teóricos;
- por outro lado a dificuldade de se concretizar a sua aplicação, devido à diversidade de formação por parte dos enfermeiros (que logicamente obtiveram influências diversas em matéria de formação);
- parece-nos igualmente que foram tomadas duas posições sensivelmente diferentes. Uns consideram o papel próprio como uma forma do enfermeiro se desenvolver e de se tornar reconhecido socialmente, outros consideram que o papel próprio não é prioritário relativamente às acções globais e aos objectivos esperados, mas sim o papel prescritivo;
- referimos ainda que o papel próprio mostra-se nos mais fácil de se adaptar numas unidades do que noutras, principalmente naquelas em que o utente se apresenta bastante dependente.

Daí, sermos levados a pensar que o papel próprio é posto em prática, com intensidades diferentes. Podendo assim formar-se dois grupos bem diferenciados, um em que os sujeitos são incentivados a pôr regularmente em prática o papel pró-

prio, ligado às práticas novas e outro grupo que exerce as suas funções de uma forma mais tradicional, centrando-se essencialmente no papel prescritivo.

Tomando em consideração todos estes aspectos somos assim, levados a pensar que o acesso às práticas novas é uma fonte determinante na transformação das representações sociais.

#### As Práticas como factor de transformação das representações sociais

As representações sociais mudam de estado.

Segundo Durkheim (1968) só o facto duma "*suficiente gravidade*" pode afectá-las e contribuir para a sua transformação. É neste ponto de vista que ele opõe as representações individuais às representações colectivas: as primeiras são mais sensíveis à mudança, as segundas são caracterizadas por uma rigidez muito grande e conseqüentemente, mais estáveis. Embora, não obstante todas elas mudem.

A mudança de estado das representações sociais não é nem aleatória nem accidental. Pelo contrário: é um aspecto essencial e fundamental do seu funcionamento interno. Pois, elas são produzidas, geradas pelos grupos sociais, que têm a sua

própria história e se vêm confrontados com conflitos intergrupais que por vezes ameaçam a sua sobrevivência. Os grupos devem reagir aos acontecimentos mais importantes para a sua transformação tentando adaptar-se às situações novas criadas por tais acontecimentos. Encontrando-se, intimamente ligados à vida dos grupos, as representações sociais evoluem com eles, inevitavelmente (Guimelli, 1994).

Da mesma forma, o "estado novo" das representações raramente entra em ruptura com o seu "estado antigo". Os processos sócio-cognitivos que estão na origem da transformação da representação social vêm activar, como refere Moscovici (1986) as "*conexões prévias entre as percepções e a memória do grupo*".

O acesso às práticas novas modifica de forma massiva a estrutura (e o funcionamento) das representações sociais, mas estas também intervêm de forma decisiva na orientação da acção. Parecendo-nos estar em presença de um processo correlativo entre práticas e representações sociais, estando assim em interacção recíproca.

## Representação Social

O estudo das representações sociais teve a sua origem na intuição de Durkheim, sobre a subordinação dos psiquismos individuais a uma "consciência colectiva" comunitária.

Essa consciência colectiva viria a ser traduzida por um conjunto de representações partilhadas pelos membros da comunidade e determinantes de um certo grau de uniformidade, segundo Rodrigues et al (1986).

Mas não podemos deixar de reconhecer, que mais tarde em 1961, Moscovici foi o grande impulsionador, com a sua obra "*La Psycanalise, son image et son Public*".

Na sua conceptualização teórica Moscovici afirma que

*"uma representação social compreende um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos sociais permitindo a estabilização dos quadros da vida dos indivíduos e dos grupos, constituindo um instrumento de orientação da percepção e da elaboração das respostas contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade".*

Jodelet (1984) retomando a perspectiva de Moscovici, afirma que "*o conceito de representação social designa uma forma de conhecimento específico, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a acção dos processos funcionais so-*

cialmente marcados. Em sentido mais vasto, designam uma forma de pensamento social".

As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal.

Enquanto modalidades do pensamento prático apresentam características no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica.

A marca social dos conteúdos ou dos processos de representação é referenciada às condições e aos contextos em que emergem as representações, às comunicações através das quais elas circulam e às funções que elas desempenham na interacção com o mundo e com os outros.

Resumindo, podemos considerar a representação social como um processo de elaboração perceptiva e mental da realidade que transforma os objectos sociais (pessoas, situações) em categorias simbólicas (valores, ideologias) conferindo-lhes um estatuto cognitivo permitindo apreender os aspectos do quotidiano através de um enquadramento dos nossos comportamentos no contexto das interacções sociais.

A definição de representação social apesar de no seu enquadramento global receber um largo consenso, nos seus aspectos particulares é objecto de diversas abordagens.

Assim, para Vala (1992) o seu conceito situa-se na fronteira do Psicológico com o Social, onde o indivíduo interpreta e pensa a sua realidade quotidiana, numa acepção universal, que envolve elementos de particularização enquanto fenómeno que procura ter sentido na realidade de cada sujeito.

Citando Vala (1992) *"as representações são produtoras de realidade, com repercussões na forma como interpretamos o que nos acontece e acontece à nossa volta, bem como sobre as respostas que encontramos para fazer face às que julgamos ter acontecido"*. Assim, uma vez construída uma representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valida as previsões e explicações decorrentes dessa representação Moscovici e Hewstone (1984).

A representação é sempre a representação de qualquer coisa. Piaget diz-nos que a representação é a expressão de um sujeito, ou como afirma Abric (1987) a representação não é um reflexo de um objecto, mas um produto do confronto da actividade mental de um sujeito e das relações complexas que mantém com o objecto.

## Formação das Representações Sociais

Jodelet, (1984) apresenta-nos seis abordagens explicativas da formação das representações sociais, que passamos a abordar de uma forma sintética:

1 - Uma primeira abordagem que se interessa pela actividade permanente cognitiva, através da qual o sujeito constrói a sua representação. Em que a representação social é reproduzida em duas dimensões:

- Uma dimensão de contexto - quando o sujeito está em situação de interacção ou face a um estímulo social, a representação surge como um caso de cognição social, tal como é abordada na Psicologia Social.
- Uma dimensão de pertença - o sujeito social, faz intervir na sua elaboração das ideias, valores e modelos que ele tem do seu grupo de pertença ou das ideologias veiculadas na sociedade.

2 - A segunda abordagem dá ênfase aos aspectos significantes da actividade representativa. O sujeito exprime na sua representação o significado que dá à sua experiência do mundo social. O carácter social da representação advém da utiliza-

ção de sistemas de códigos e da interpretação dada pela sociedade, ou da projecção de valores e de aspirações sociais.

3 - Uma terceira abordagem trata a representação como sendo uma forma de discurso e faz resultar as suas características da prática discursiva de sujeitos socialmente situados. Logo, as suas propriedades sociais derivam da situação de comunicação, da pertença social dos sujeitos que falam e da finalidade dos seus discursos.

4 - Numa quarta abordagem é tida em consideração a prática social do sujeito. O sujeito, actor social, produz uma representação que reflecte as normas institucionais resultantes da sua posição ou ideologias.

5 - Uma outra abordagem refere que o jogo das relações intergrupais determina a dinâmica das representações. O desenvolvimento das interacções entre os grupos modifica as representações que os grupos têm deles próprios, do seu grupo, dos outros e dos seus membros.

6 - Finalmente, uma abordagem que faz do sujeito o portador de determinações sociais, baseia a actividade representativa na reprodução de esquemas de pensamento socialmente estabelecidos, em visões estruturadas pelas ideologias dominantes ou na reduplicação analógica de referências sociais.

As referidas abordagens colocam-nos uma dupla questão: como é que o social intervém na elaboração psicológica que

constitui a representação social e como é que esta elaboração psicológica intervém no social.

Moscovici, citado por Jodelet (1984) dá resposta a esta dupla questão, pondo em evidência o modo como o social transforma um conhecimento em representação (objectivação) e a maneira pela qual esta representação transforma o social (a ancoragem).

a) A objectivação designa o processo de recolha de conhecimentos acerca do objecto de uma representação. Tratando-se de mecanismos pelo qual se opera a passagem de elementos abstractos teóricos a imagens concretas.

Este processo de objectivação segundo Moscovici (1961) decompõem-se em 3 etapas:

- selecção de informação
- constituição do esquema figurativo
- naturalização

A primeira etapa é caracterizada pela selecção das informações acerca do objecto. Actua como filtro que retém certos elementos e rejeita outros.

As informações seleccionadas desta forma, são retiradas ao contexto que as produziu e são remodeladas e retomadas pelos indivíduos numa reconstrução específica.

Na segunda etapa denominada constituição do esquema figurativo, elabora-se o núcleo da representação através de uma condensação de elementos informativos e eliminação de certos aspectos conflitivos.

Na terceira e última etapa, naturalização, trata-se da concretização dos elementos figurativos que se tornam elementos da realidade. Os elementos do pensamento transformaram-se em categorias da linguagem e do pensamento de forma a ordenar os acontecimentos concretos.

b) Ancoragem, mostra que a representação funciona como um sistema de interpretação, o que lhe confere um valor de utilidade social.

A ancoragem, enquanto sistema de interpretação torna-se um sistema de medida capaz de regular a relação social propondo repertório e tipologias que servem para avaliar os acontecimentos e os comportamentos; enquanto sistema de significação mostra a relação que existe entre os diferentes elementos, reflectindo a identidade dos indivíduos e dos grupos através das diversas significações presentes nas suas representações.

A ancoragem, enquanto reveladora da inserção social do indivíduo, permite mostrar as relações que o unem a uma dada cultura.

Um outro aspecto da ancoragem é o da sua função de integração, uma vez que insere a representação nos sistemas de pensamento já presentes. Esta noção vai-nos permitir compreender como é que se opera a relação entre o tipo de representação pré-existente e a novidade com que vai ser confrontada.

A ancoragem referencia um fenómeno de atribuição de sentido e confere à representação social o seu carácter instrumental, que Moscovici (1961) passa a explicar:

*"se a objectivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram em termos da realidade social, a ancoragem permite compreender a maneira como eles contribuem para exprimir e contribuir as relações sociais".*

Segundo Moscovici (1961), na função da representação aparece um processo de categorização que é a base da sua elaboração, levando os sujeitos ao mesmo tempo a efectuarem um reajustamento no seu sistema de categorias fornecendo-lhe novas categorias, de forma a melhor se ajustarem ao meio que as rodeia.

O que nos leva a concluir que, objectivação, ancoragem e categorização são processos que se podem inserir na dinâmica de estrutura social, para além da sua dimensão psicológica.

## Funções das Representações Sociais

Ao "*tornar o estranho familiar e o invisível perceptível*" Farr (1984) a representação social adquire as características de um ícone; figura de uma entidade abstracta.

Assim para Jodelet (1984), as funções das representações sociais com características de instrumentalidade e significação são basicamente as seguintes:

1 - Função cognitiva que permite a integração da novidade

2 - Função de interpretação da realidade, que permite ao indivíduo tornar a sua realidade social compreensível, ordenando as suas relações sociais e os comportamentos de cada um.

3 - Função de orientação das condutas e das relações sociais que permite ao indivíduo dividir o mundo em categorias de modo a categorizar as pessoas e os comportamentos, servindo de guia para o seu comportamento sobre a vida colectiva.

Moscovici (1976) e Herzlich (1972) salientam como funções de base:

1 - A função cognitiva: operada fundamentalmente através do processo de objectivação com a selecção das informações e a elaboração do esquema figurativo.

2 - A função de interpretação da realidade: operada através do processo de ancoragem com a atribuição de um valor de utilidade instrumental e a integração na realidade cognitiva pré-existente.

3 - A função de orientação de comportamento e interacções sociais.

Vala, citando Doise (1983) diz-nos que este ao formular a sua teoria sobre a diferenciação categorial, distingue três níveis nas relações entre grupos - o nível comportamental, o avaliativo e o nível das representações, pressupondo que a mudança num destes níveis será acompanhada de mudanças correspondentes nos restantes. Concluindo que, as representações se estruturam de acordo com estratégias grupais e que ao nível da funcionalidade as representações servem e justificam comportamentos e avaliações.

## Organização e Estrutura das Representações Sociais

Os elementos que constituem uma representação são hierarquizados, afectos a uma ponderação e mantêm entre eles relações que determinam a significação e o lugar que eles ocupam no sistema representacional (Abric, 1994).

A organização de uma representação apresenta uma modalidade particular, específica diz-nos Abric (1976):

*"Não somente os elementos da representação são hierarquizados, mas toda a representação é organizada em torno dum núcleo central constituída por um ou outro elemento que dá a representação a sua significação".*

A teoria do núcleo central, apresentada por Abric (1976, 1987) articula-se em torno de uma hipótese geral: *"toda a representação é organizada à volta de um núcleo central"*.

Este núcleo central ou núcleo estruturante de uma representação assegura duas funções essenciais:

- uma função geradora - é o elemento pelo qual se cria ou se transforma a significação dos outros elementos constitutivos da representação.

- uma função organizadora - é o núcleo central que determina a natureza das ligações que unem, entre eles, os ele-

mentos da representação. É neste sentido, o elemento unificador e estabilizador da representação.

Por outro lado, o núcleo central da representação é determinado por um lado pela natureza do objecto apresentado, por outro lado, pela relação que o sujeito estabelece com este objecto.

Mais precisamente, é a finalidade da situação na qual é produzida a representação que vai determinar o ou os elementos centrais (Abric, 1989).

Este núcleo é um subconjunto da representação, composto por um ou alguns elementos, cuja ausência desestruturaria ou daria uma significação radicalmente diferente à representação no seu conjunto.

É, além disso, o elemento mais estável da representação, o que resiste mais à mudança.

Uma representação é, assim, susceptível de evoluir ou de se transformar superficialmente por uma mudança do sentido ou da natureza dos seus elementos periféricos.

## Representações e Cognição Social

O aparecimento da cognição social nos E.U.A. é coincidente com o emergir do conceito da representação social na Europa, nos anos 80.

Deste modo passamos a assinalar as diferenças entre uma e outra, como refere Vala (1992).

a) Nas representações sociais é um problema nuclear, o estudo dos conteúdos e a sua articulação com os contextos históricos e configurações culturais ou ideológicas. Na cognição social o que é relevante são os processos universais e não os conteúdos.

b) Nas representações sociais o relevo é dado aos processos de interacção e influência que dão origem à sua constituição, na sua dinâmica e plasticidade do senso comum. Na cognição social, o relevo é dado aos processos internos através dos quais o conhecimento se forma e transforma.

c) Nas representações sociais, o plano cognitivo é articulado com os planos avaliativo e emocional.

Na cognição social procura-se prescindir das emoções, embora as correntes actuais tentem interligar cognições, emoções e motivações.

d) As representações sociais concebem o pensamento social como molar, articulado e envolvendo configurações de conhecimento, enquanto a cognição social é orientada pela tradição molecular, onde compreender o conhecimento equivale a descrever sucessivos processos e estruturas simples.

Vala, referenciado por Pereira (1994) diz que a representação social permitiu uma nova abordagem dos fenómenos de equilíbrio cognitivo (Flament, 1982), dar teorias implícitas da personalidade e da percepção das pessoas (Leyens, (1985, 1987) dos fenómenos da atribuição causal (Hewstone, 1989) e da autopercepção (Doise, 1990).

Concluimos citando A. Rosa (1993):

a) *As representações sociais mostram uma integração entre as perspectivas construtivistas e as interaccionistas e não somente uma perspectiva construtivista como as efectuadas pela cognição social*

b) *A concepção interaccionista é baseada nas dinâmicas interpessoais e trocas sociais numa perspectiva oposta à individualista que explica o comportamento social através dos processos individuais.*

c) *As representações sociais procuram uma concepção de sociedade organizada e estratificada em classes, grupos e sub-grupos, onde os indivíduos se localizam socialmente de forma alternativa a uma concepção da sociedade simplificada e não histórica onde os indivíduos aparecem como uma colecção de átomos sociais ligados somente por relações interpessoais.*

d) *As representações sociais tratam o mundo social na base dos seus conteúdos e nas suas implicações através das normas, ideologias e valores, efectuando a integração entre a forma e o conteúdo, de forma oposta à perspectiva cognitivista que trata o mundo natural como um objecto de operações cognitivas e categorizações com ênfase na superioridade da invariância da forma sobre a variação dos conteúdos.*

e) *As representações dão uma forte importância à ordem simbólica da própria cultura através da importância que dão aos conceitos sociais que são social e historicamente transmitidos como conjuntos de informação reelaborada através da interação entre os indivíduos e grupos e reconstruída pelos actores sociais.*

No presente trabalho depois da análise que efectuámos sobre as representações sociais em que se mostraram os seus vários aspectos e a sua inserção e relação com os diferentes domínios da psicologia social, foi feita uma opção de trabalho. Esta opção tenta pôr em evidência uma eventual transformação de representação, uma mudança de estado através das práticas novas, utilizando uma metodologia pertinente e ao mesmo tempo sensível de forma a dar conta das modificações mesmo que pequenas da estrutura da representação - a análise de semelhanças.

## CAPÍTULO 2

### MÉTODO

Os métodos de investigação utilizados no estudo das representações sociais variam bastante de autor para autor, uma vez que o estudo das representações sociais está numa fase de construção da sua teoria.

Abric (1994) chama-nos a atenção sobre a escolha da metodologia a utilizar, devendo-se ter em conta as considerações empíricas, mas também e fundamentalmente pelo sistema teórico que sustenta e justifica a investigação. Neste trabalho procurou-se seguir, como havíamos dito, o trabalho de investigação realizado por Guimelli e Jacobi, (1990).

Para tal utilizámos um suporte informático desenvolvido pelo próprio C. Guimelli e P. Moliner, que nos permite de uma forma acessível e compreensível o acesso à análise de semelhanças. Este método, baseado na teoria dos grafos, procura pôr em evidência as relações entre os elementos de um dado conjunto.

Utilizámos ainda o suporte informático e estatístico desenvolvido por P. Vèrges, que permite identificar as frequências, a ordem de evocação e as matrizes de semelhança para análise posterior.

Depois desta introdução ao método de trabalho utilizado e da formulação do problema e da respectiva hipótese, vamos descrever a operacionalização do método de trabalho por nós utilizado, começando pelos sujeitos utilizados na investigação.

### Sujeitos

O estudo foi realizado a partir de uma população de 40 enfermeiros, exercendo funções em diversos serviços do Hospital Distrital de Faro. Os dados foram recolhidos no mês de Março de 1995. Dicotomizou-se a população conforme os sujeitos trabalhavam em unidades de cuidados consideradas como pondo em prática ou não o papel próprio.

Parece-nos que as tarefas relativas ao papel próprio, se adaptam melhor nalgumas unidades de cuidados do que noutras, como o caso das unidades em que o doente é bastante dependente Guimelli, (1990).

Esta dicotomia foi feita através de uma percepção intuitiva. Tratando-se assim de uma amostra direccionada, intencional, estratificada como se segue:

- cardiologia - 4 enfermeiros/as
- medicina - 4 enfermeiros/as
- unidade de cuidados intensivos internos - 4 enfermeiros/as
- urgência geral - 4 enfermeiros/as
- cirurgia geral - 4 enfermeiros/as
- cirurgia externa - 4 enfermeiros/as
- departamento de saúde mental - 4 enfermeiros/as
- bloco operatório - 4 enfermeiros/as
- bloco de partos - 4 enfermeiros/as
- pneumologia - 4 enfermeiros/as

Descrevemos assim os procedimentos que utilizámos para constituir a amostra, minimizando na medida do possível os erros referentes à amostra.

## Procedimento

Para o trabalho em questão definiu-se que se iriam aplicar dois questionários, o primeiro comporta catorze itens (Anexo D), em que cada um se apresentava a forma de questão e em que os sujeitos respondem a cada uma das catorze questões através de uma escala de frequências, que comporta cinco modalidades, o segundo questionário que aplicámos aos sujeitos (Anexo E), denominámo-lo de caracterização em que propusemos aos sujeitos n itens, tendo-lhes sido pedido que os agrupassem em blocos.

O trabalho de campo decorreu no mês de Março de 1995, os referidos questionários foram entregues pessoalmente. Foram dadas instruções específicas para aplicação dos questionários de caracterização, nomeadamente que:

- as pessoas procurassem responder às questões da primeira página sem abrir o questionário, para evitar contaminação da segunda página e assim sucessivamente, até ao final do questionário.

## Instrumento de Medida

Para confirmarmos a dicotomia inicial, com base numa percepção intuitiva propusemos aos sujeitos que respondessem a um questionário, ao qual foi feito um pré-teste (Anexo F), que obrigou a uma pequena revisão nas questões existentes, para se atingirem os sujeitos da investigação) em que estes situaram a actividade individual relativa ao papel próprio (práticas novas) numa escala de frequências (Likert).

A partir de então, passámos a dispor de um score de participação nas práticas novas que nos deu possibilidade de confirmar (ou invalidar) a primeira ventilação dos sujeitos efectuada a partir de um critério subjectivo. Neste caso e como prevíamos, os resultados obtidos através deste questionário confirmam a primeira ventilação. A partir deste momento torna-se possível a operacionalização da variável independente, comportando duas modalidades que definem dois grupos diferentes:

- O Grupo 1, mais centrado no papel prescritivo e que será designado com o termo "Práticas Tradicionais".
- O Grupo 2, caracterizado por pôr em prática mais frequentemente o papel próprio e que designámos por "Práticas Novas".

Para estudarmos a estrutura da representação e podermos validar a nossa hipótese, procedemos à análise de semelhança (Flament, 1981; Degenne et Vergès, 1973; Guimelli, 1988, 1989). O nosso objectivo ao usarmos a análise de semelhanças é o de pôr em evidência o tipo de organização que caracteriza as cognições prescritivas relativas ao objecto da representação. O que se tornou possível através de uma série de entrevistas exploratórias, depois traduzidas sob a forma de "etiquetas", que constituíram os itens do questionário.

Chamamos a atenção para o facto de no nosso estudo termos utilizado as "etiquetas" utilizadas por Guimelli e Jacobi (1990) no seu estudo sobre as representações sociais dos enfermeiros, dado que a nossa amostra possui características semelhantes à por estes utilizada.

De acordo com Flament (1962), a análise de semelhança é uma análise de dados com base na teoria dos grafos, dado que as noções definidas por esta teoria matemática possuem particular interesse sobretudo nos problemas em que se considera relação exprimindo:

- compatibilidade, semelhança, proximidade;
- comparação, classificação, hierarquia;
- troca, comunicação, circulação (Roy Bernard, 1970) em Teoria dos Grafos de Carvalho (1993).

De acordo com Guimelli e Jacobi (1990), no nosso trabalho não pretendemos usar a análise de semelhanças na sua complexidade, iremos apenas decompor o método em etapas simples que nos demonstram bastante interesse para o estudo das representações sociais.

Como referido, um questionário de caracterização, foi administrado aos dois grupos de sujeitos. Propusemos aos sujeitos  $n$  itens e pedimos-lhe que fizessem uma escolha por blocos (possibilitando-nos comparar a importância relativa de certos elementos da representação em grupos diferentes).

Os sujeitos produziram assim  $C$  classes de  $K$  itens cada um, donde  $n$  é igual a  $C \times K$ . Foi também solicitado aos sujeitos que indicassem os  $K$  itens mais importantes, de acordo com a sua própria concepção do objecto da representação, depois os  $K$  itens que são menos importantes. Dos restantes itens deviam ainda indicar os  $K$  itens que fossem ainda importantes e assim sucessivamente (Anexo E).

Depois atribuímos um score a cada um dos conjuntos de  $K$  itens pertencentes à mesma classe. Mais concretamente, foram propostos aos sujeitos 20 itens, solicitando que fossem ordenados em 5 classes diferentes, cada uma com 4 itens.

A cada um dos itens corresponde um score, de acordo com a classe em que o sujeito o ordenou, permitindo-nos a elaboração de uma escala ordinal, como indicado por Flament (1990)

podemos utilizar essa escala como se ela fosse numérica, o que nos é bastante vantajoso, pois ao usarmos a análise de semelhança permite-nos a utilização do índice de distância  $d$  (Guimelli, 1988, 1989), dando-nos a possibilidade de analisar os dados a dois níveis complementares:

a) Cada item é afecto de um score de acordo com o seu grau de importância, ou de pertinência no campo representacional, o que nos possibilita a comparação estatística das médias relativas a cada um dos itens nas diferentes populações estudadas. Colocando eventualmente em evidência as diferenças de importância atribuídas. Esta propriedade do índice de distância é muito importante segundo Abric (1987): *"permite colocar em evidência a transformação, mesmo que seja mínima"*.

b) O valor do índice de distância  $d$  varia de +1 (semelhança máxima) a -1 (antagonismo máximo).

Os resultados são então reagrupados numa matriz  $N \times N$ , dando-nos a totalidade dos valores de semelhança.

Por este ser um processo exaustivo Flament propõe-nos que simplifiquemos o processo através da observação, investigação da árvore máxima do sistema.

A árvore máxima é traçada a partir do algoritmo de Kruskal; permitindo-nos evidenciar a estrutura da representação, apresentando-a sobre a forma dum grafo.

Uma árvore em teoria dos grafos é um grafo conexo, é um conjunto de relações entre as variáveis onde não se formam ciclos. A árvore máxima é aquela mais amplificada sem ciclos e que dá significado ao grafo com  $N$  vértices ( $N$  variáveis) e  $N-1$  arestas.

A árvore máxima do sistema tem grande valor, o interesse do grafo é ordenar o conjunto dos elementos em função das relações "fortes", que eles estabelecem, ou seja, as relações de proximidade, de semelhança, de antagonismo entre os elementos do conjunto.

Adaptámos os dados obtidos de forma a podermos trabalhá-los no programa estatístico de P. Vergès (1992), conforme (Anexo G); construimos matrizes e procedemos à sua análise, a fim de se poder verificar a forma como os dados se agrupam entre si, para se confirmar ou não os constructos teóricos de partida e complementar os já obtidos como tratamento anterior.

Para além destas análises, os dados foram ainda objecto de outras estatísticas mais simples, como as medidas de tendência central, as percentagens, etc., sempre que se justificar para melhor se poderem evidenciar os resultados que se

pretendiam demonstrar. Aparecem também as representações gráficas dos dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o trabalho de campo, realizado durante um mês no Hospital Distrital de Faro, iniciou-se o tratamento dos dados. Como foi referido a amostra foi constituída por 40 enfermeiros, do Hospital de Faro.

Todos os questionários recebidos foram considerados válidos, todos os sujeitos responderam a todas as questões.

O trabalho de campo foi acompanhado, com o objectivo de não existirem contaminações no questionário de caracterização em que as folhas referentes ao mesmo eram gradualmente fornecidas aos sujeitos.

Fez-se a dicotomia dos sujeitos em 2 grupos

Apresentou-se aos sujeitos um questionário que comportava 14 itens, os sujeitos responderam a cada uma das questões através de uma escala de frequências (Likert), que comporta cinco modalidades: nunca / raramente / às vezes / muitas vezes / sempre.

No tratamento dos dados atribuímos a cada modalidade da escala um score entre 1 (nunca) e 5 (sempre).

O score global é constituído pela soma dos 14 scores parciais. Considerámos 5 como sendo o score global dum sujeito em que:

$$14 \leq S \leq 70$$

O score 14 corresponde à abstenção total e o score 70 à concordância máxima.

Dispomos assim, dum score de participação nas práticas novas que nos permite confirmar ( ou infirmar) a primeira ventilação dos sujeitos efectuada a partir de um critério subjectivo.

Conforme prevíamos, os resultados confirmam a primeira ventilação, a existência de 2 grupos de sujeitos, (quadro 1).

	"Práticas Novas"	"Práticas Tradicionais"
Média dos valores dos scores	52,85	35,50

Quadro 1: Média dos valores dos scores de participação no "papel próprio" nas duas populações.

Podemos observar que em média os sujeitos incitados a por em prática as "práticas novas" são efectivamente caracterizados por um score relativamente superior aos outros.

Temos então, de 2 grupos de sujeitos, em que um tem um acesso mais regular e frequente do que o outro ao papel próprio da função, ou seja as práticas novas.

Fizemos o teste de comparação das médias, ou teste de análise das médias "T value" que é altamente significativo 12.3 e relacioná-mo-lo com o valor de p que é  $< 0.001$   $\bar{X}$  (P NOV) 52,50,  $\bar{X}$  (P TRAD) 35,50.

No questionário de caracterização cada uma das preposições era afecta dum score (-2, -1, 0, +1, +2), conforme a importância atribuída pelos sujeitos no campo representacional. Para cada preposição foi possível comparar as posições médias de cada um dos grupos. Apresentamos os resultados no gráfico 1.

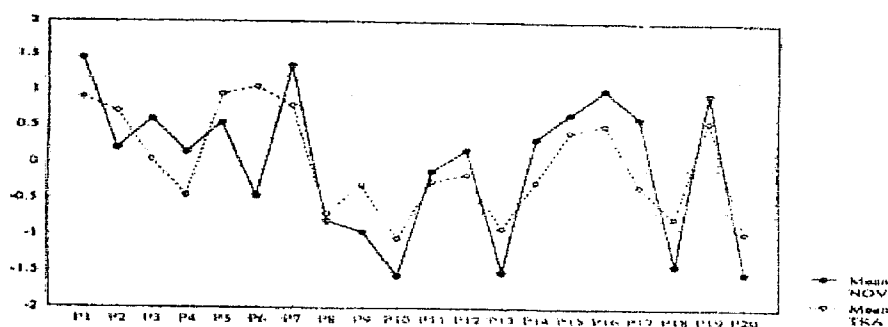


Gráfico 1 - Comparação das médias observadas nos dois grupos: práticas novas e práticas tradicionais.

Parece-nos que uma modificação das práticas contribui para uma modificação sensível das ponderações de certos elementos da representação. A diferença global entre os dois grupos é significativa  $p. < .050$ .

Examinando os resultados, observamos que são essencialmente as prescrições relativas às práticas novas (papel próprio), que são activadas e que as prescrições ligadas às práticas tradicionais (papel prescritivo) são caracterizadas por uma ponderação inferior às dos grupos de referência (ver Anexo H).

A modificação das ponderações dos esquemas prescritivos devem normalmente traduzir-se por uma modificação sensível da estrutura da representação. De forma a considerarmos mais em detalhe esta consideração, iremos examinar as árvores máximas resultantes da análise de semelhanças. O grupo "práticas tradicionais", caracterizado pela ausência de acesso regular às "práticas novas" será tomado como referência para analisar as eventuais transformações da estrutura da representação.

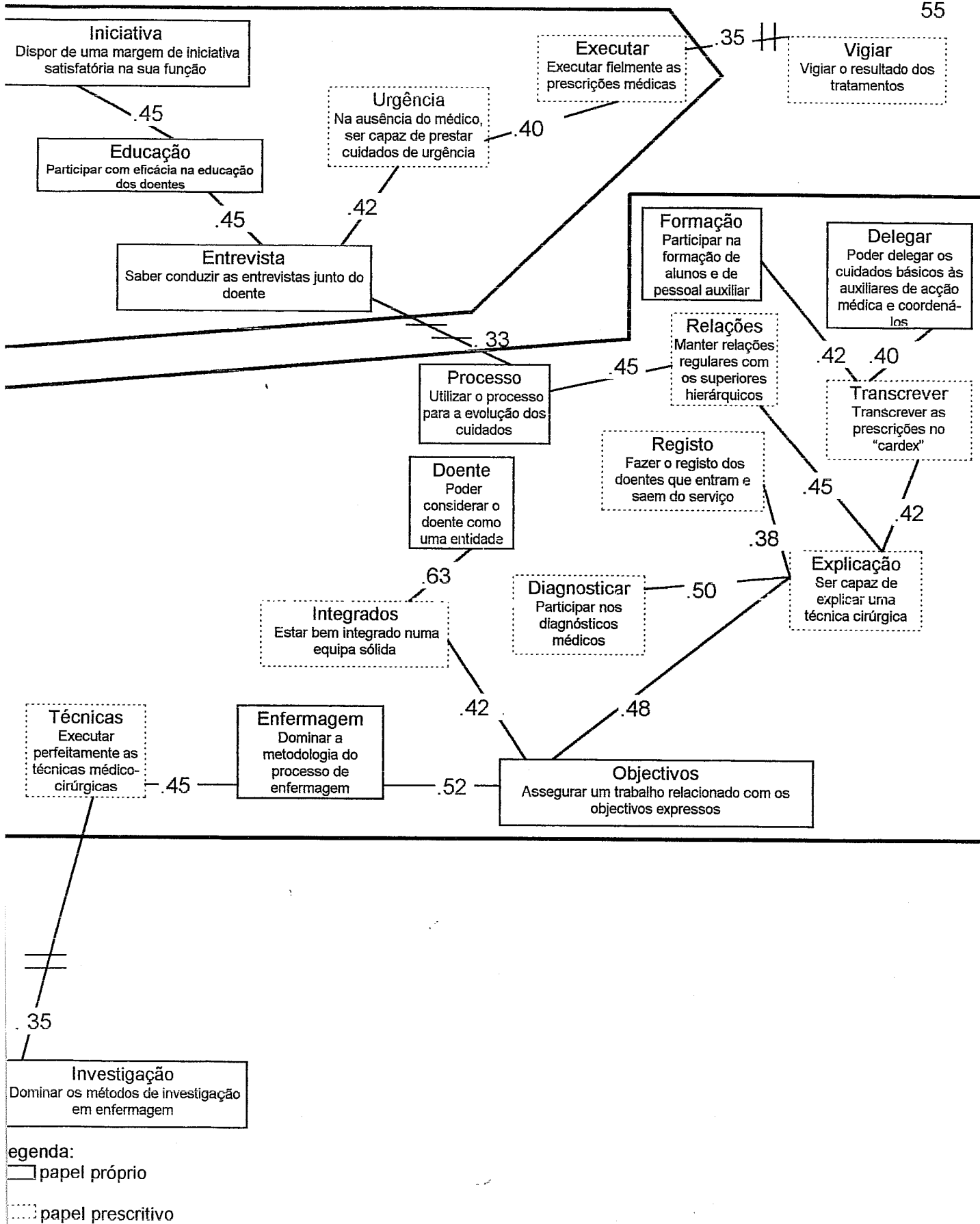


Figura A - árvore máxima das representações sociais da função do enfermeiro (grupo "práticas tradicionais")

A figura A apresenta a árvore máxima das representações do enfermeiro nesse grupo.

Segundo Flament (1981) se suprimirmos numa árvore máxima uma aresta sem a substituímos por outra desconectamos o grafo em dois sub-grafos distintos, determinando assim a classificação dos elementos em duas classes.

A semelhança entre os elementos pertencente a cada uma das classes é então mais elevada que a semelhança entre dois elementos X e Y em cada classe.

Na figura A ao aplicarmos este procedimento, suprimindo o valor mínimo (.33) da árvore máxima, surgem dois agrupamentos de um lado, os itens "dispor de uma margem de iniciativa satisfatória na sua função", "participar com eficácia na educação dos docentes", "saber conduzir as entrevistas junto dos docentes", "na ausência de pedido, ser capaz de prestar cuidados de urgência, "executar fielmente as prescrições médicas" e "vigiar o resultado dos tratamentos"; do outro surgem todos os outros itens.

Se repetirmos o procedimento suprimindo as arestas cujo valor é imediatamente superior, colocamos em evidência dois itens, um relativo ao papel prescritivo "vigiar o resultado dos tratamentos", ligado ao agrupamento A e um outro item relativo ao papel próprio "dominar os métodos de investigação em enfermagem", ligado ao agrupamento B. Desta forma, ao fa-

zermos a leitura da árvore, parece-nos que estes dois itens estão mal integrados na representação, o que nos faz supor que os sujeitos não estão satisfeitos com o seu papel de vigilantes dos resultados do tratamento e por outro lado têm dificuldade em dominar os métodos de investigação em enfermagem.

Ficam, assim, evidenciados dois blocos distintos; o Bloco A, parece-nos organizado em torno do "saber conduzir as entrevistas junto do doente"; comportando mais dois itens relativos ao papel próprio, (participar com eficácia na educação dos doentes e dispor de uma margem de iniciativa satisfatória na sua função). Donde podemos pensar, que para estes indivíduos estes itens estão contíguos ao papel prescritivo, fornecendo-lhes alguns benefícios.

O Bloco B, diz respeito a "assegurar um trabalho relacionado com os objectivos expressos", "ser capaz de explicar uma técnica cirúrgica" e "transcrever as prescrições no cardex", apesar do primeiro item relativo ao papel próprio, os restantes itens dizem respeito ao papel prescritivo e é a partir destes que se estabelecem todas as outras relações.

Referimos ainda, que surgem neste agrupamento outros itens também relativos ao papel próprio e que estes indivíduos apesar de pertencerem ao grupo das práticas tradicionais, valorizam consideravelmente, como sejam o "poder consi-

derar o doente como uma entidade" e "dominar a metodologia do processo de enfermagem".

Este agrupamento parece-nos o mais rico, não só pelo número de termos que inclui, mas também pelas múltiplas relações que estabelecem entre eles.

No sentido de complementarmos esta informação transformámos o ficheiro A: M.J. Sim(Anexo G) em valores correspondentes numa escala de 1 a 5, em que -2 corresponde a 1 e +2 a 5, na segunda escala em que os valores são apenas positivos, construímos a matriz de semelhanças correspondentes (Anexo G) e seguidamente as respectivas árvores de semelhança (Figura B), utilizando para esta análise o suporte informático e estatístico desenvolvido por P. Vergès.

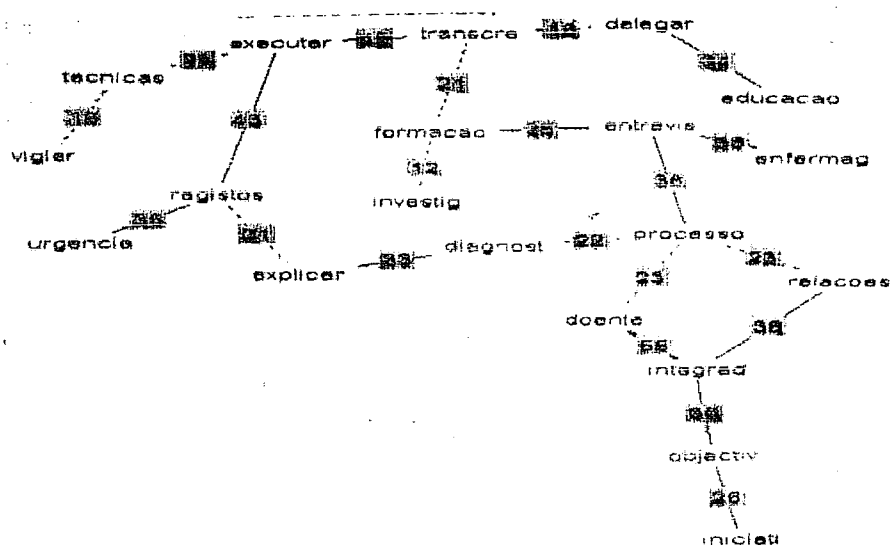


Figura B - árvore máxima (práticas tradicionais)

Observando alguns aspectos da árvore máxima (daí resultante), em relação às representações sociais da função do enfermeiro (grupo "práticas tradicionais") reparámos que continuam a ser valorizados os itens "saber conduzir as entrevistas junto dos doentes e estar bem integrado numa equipa sólida"

Evidenciam-se três itens, nomeadamente, um relativo a "fazer o registo dos doentes que entram e saem do serviço", "estar bem integrado numa equipa sólida" e "saber conduzir as entrevistas junto do doente".

O primeiro item forma uma estrela com os itens "executar fielmente as prescrições médicas", "ser capaz de explicar uma técnica cirúrgica" e "na ausência do médico ser capaz de explicar uma técnica cirúrgica", todos estes itens relativos às práticas prescritivas, referimos ainda o facto de surgir um ciclo (que raramente é consciente), formado por: "poder considerar o doente como uma entidade", "estar bem integrado numa equipa sólida", "manter relações regulares com os superiores hierárquicos" e "utilizar o processo para a evolução dos cuidados".

Parece-nos importante a organização desta estrutura, sobretudo como interpretar a relação de proximidade entre as relações hierárquicas, a importância da utilização do processo de enfermagem e considerar o doente como uma entidade? Se-

rá que os sujeitos estão numa expectativa face às eventuais decisões dos superiores hierárquicos no sentido de valorizarem e pôr em evidência o doente e a metodologia utilizada na prestação de cuidados?

Depois de termo feito a análise dos dados referentes às "práticas tradicionais" e de termos analisado a sua árvore máxima, passamos a examinar a árvore máxima das representações sociais das "práticas novas".

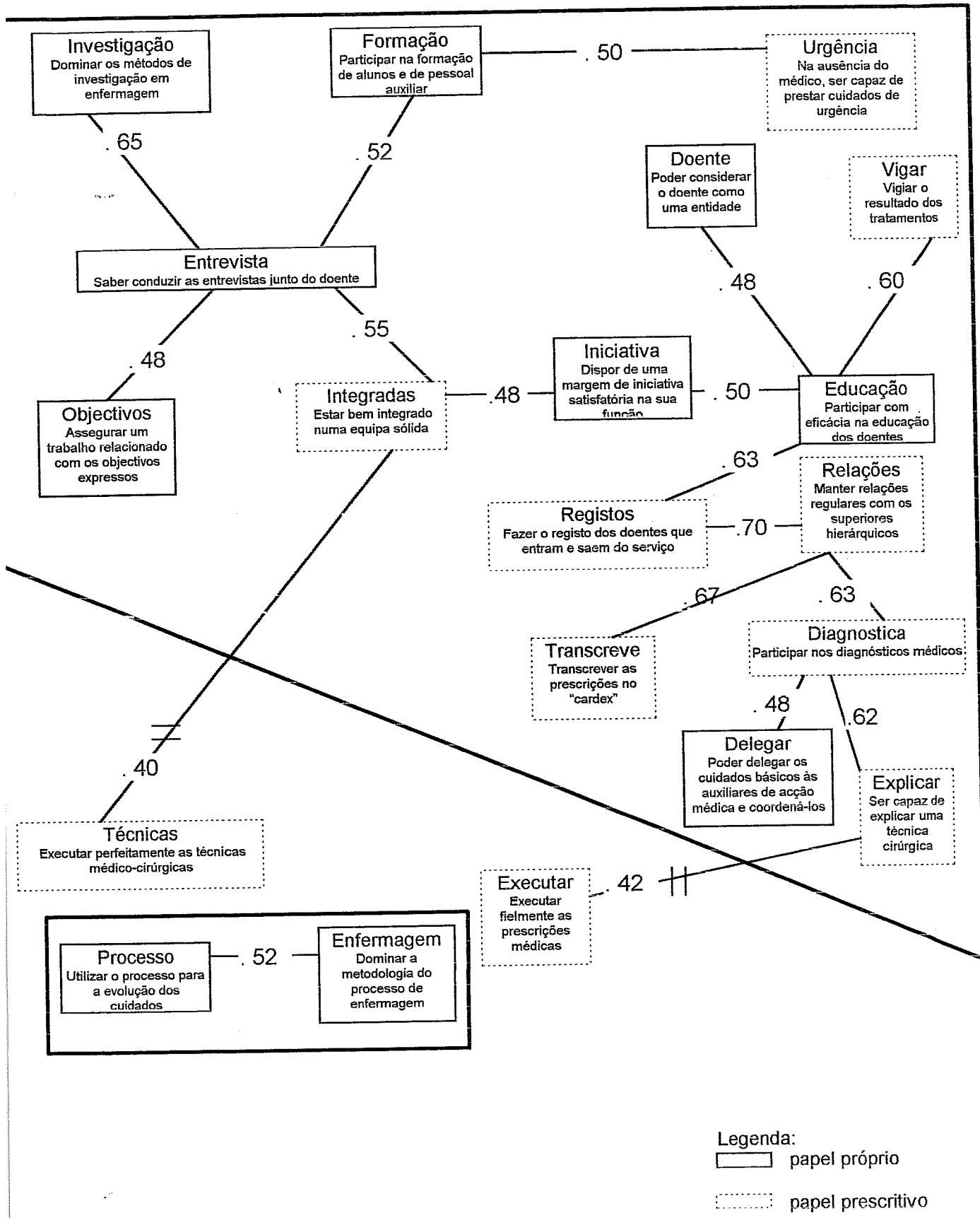


Figura C - árvore máxima das representações sociais da função do enfermeiro (grupo "práticas novas")

A Figura C mostra-nos a árvore máxima das representações da função estabelecida segundo as respostas dos sujeitos que têm acesso mais regular às práticas novas, a qual nos indica que para este grupo ("Práticas Novas") a organização dos itens sofreu modificações consideráveis. Podemos observar que surge um bloco isolado (Bloco B), com uma relação forte, constituído pelos itens "utilizar o processo para a evolução dos cuidados" e "dominar a metodologia do processo de enfermagem". Estes dois itens constituem aspectos essenciais do papel próprio, no entanto, parece-nos que os sujeitos têm ainda alguma dificuldade em os integrar numa actividade global.

O Bloco A é um bloco caracterizado por múltiplas reacções, onde surgem também alguns itens relativos ao papel prescritivo o que nos sugere que esses itens continuam sendo importantes na representação dos sujeitos, e conseqüentemente torna-se indispensável associá-los ao papel próprio, a fim de se obter uma acção global eficaz.

O "saber conduzir as entrevistas junto do doente" continua sendo bastante valorizado neste grupo das práticas novas, assim como "participar com eficácia na educação dos doentes", ambos os itens referentes ao papel próprio. Todavia, surgem também outros dois itens também com fortes indícios de implicância que são o "manter relações

regulares com superiores hierárquicos" e "participar nos diagnósticos médicos", este últimos referentes ao papel prescritivo, contudo, o grupo das práticas novas valoriza-os consideravelmente.

No entanto, há itens relativos ao papel prescritivo que já nos parecem mal integrados na representação como sejam: "executar perfeitamente as técnicas médico-cirúrgicas".

Tal como fizémos em relação ao grupo das práticas tradicionais, no sentido de complementar esta informação referenciamos alguns dados que nos pareceram importantes, resultantes do tratamento com o programa de P. Vergès.

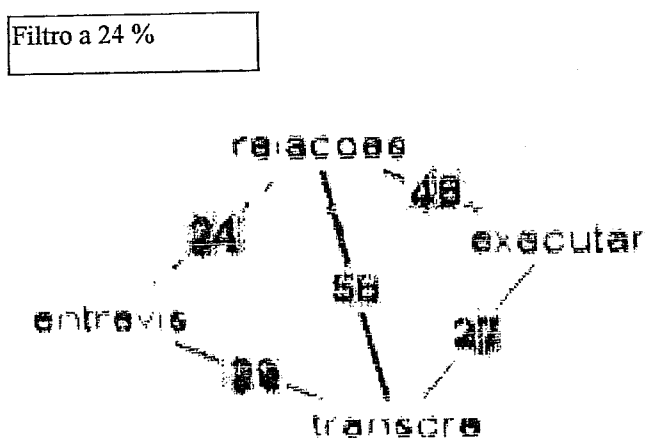


Figura D - árvore máxima ("práticas novas")

Depois de aplicarmos um filtro de 24% à árvore máxima (das "práticas novas") (Figura D), no sentido de conseguirmos identificar esquemas cognitivos de base que obedecem às hipóteses cognitivas da lógica natural, reparamos que surge um pequeno agrupamento separado e formado por dois triângulos com uma aresta em comum e em que quase todos os itens são relativos ao papel prescritivo e alguns deles como sejam "transcrever as prescrições" no "cardex" e "manter relações regulares com os superiores hierárquicos", com um forte índice de implicação.

## CONCLUSÃO

Do que foi analisado neste trabalho, confirma-se como prevíamos na nossa hipótese, que há modificação da estrutura das representações sociais da função do enfermeiro, quando os sujeitos aumentam a frequência das "práticas novas".

Observámos modificações importantes na estrutura de representação quando os sujeitos têm acesso às "práticas novas". No entanto, no grupo caracterizado pelas "práticas novas" apesar de ser o papel próprio que ocupa um lugar preponderante, algumas prescrições relativas ao papel prescritivo são bem integradas.

Parece-nos que o acesso às "práticas novas" se faz de uma forma gradual, de modo a que não haja choques nem grandes contradições com as representações anteriores, sem rotura - uma transformação progressiva; tal como no estudo de Guimelli e Jacobi (1990). Situação esta que se observa segundo Abric (1994) quando as "práticas novas" não são totalmente contraditórias com o núcleo central da representação. A transformação da representação vai-se efectuar sem ruptura, ou seja, sem fragmentação do núcleo central.

## BIBLIOGRAFIA

- ABRIC, J. C., FAUCHEUX, C., MOSCOVICI, S. (1967). Rôle de l'image du partenaire sur la coopération en situation de jeu. *Psychologie Française*, 12, 267-275.
- ABRIC, J. C. (1971). experimental study of group creativity: task representation, group structure and performance. *European Journal of Social Psychology*, 1, 3.
- ABRIC, J. C., KAHAN, J. (1972). The effects of representations and behaviour in experimental games. *European Journal of Social Psychology*, 2 (2), 129-144.
- ABRIC, J. C., VAUCHEROT, G. (1975/1976). Méthodologie et étude expérimental des représentations sociales. *Bulletin de Psychologie*, 323 XXXIX: 14-15.
- ABRIC, J. C. (1984). A theoretical and experimental approach to the study of social representation in a situation of interaction. In: R.M. Farr, S. Moscovici, *Social representation*. Cambridge. Cambridge University Press, 169-183.
- ABRIC, J. C. (1987). *Coopération, compétition et représentations sociales*. Cousset, Delval.
- ABRIC, J. C. (1994). *Pratiques sociales et représentations*. Presses Universitaires de France. Paris.

- ABRIC, J. C. (1994). L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: Structures et transformations des représentations sociales. Sous la direction de C. Guimelli. Delachaux et Niestlé. Paris.
- ALCÓN, C. D. - La percepción del cuidar. "Revista Rol de Enfermería", n° 127, p. 25-27.
- ALLAN, P., JOLLEY, M. (org.) (1989). The curriculum in nursing education. London. Chapman and Hall, 225.
- ANDERSON, E. (1976). The role of the nurse. London. The Royal College of Nursing, 135.
- AUGOUSTINOS, M., INNES, J. M. (1990). Towards an integration of social representation and social schema theory. British Journal of Social Psychology, 29, 213-231.
- BEVIS, E., Watson, J. (1989). Toward a caring curriculum. A new pedagogy for nursing. New York, N.L.N., XIX, 396.
- COLLIÈRE, M. F. (1982). Promouvoir la vie. De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmières. Paris, Inter Editions, 1982, 192.
- COLLIÈRE, M. F. (1986). Les infirmières Construisent leur avenir, Le Centurion, "Infirmières d'aujourd'hui".
- DI GIACOMO, J. P. (1980). Intergroup alliances and rejections within a protest movement (analysis of social

- representations). *European Journal of social Psychology*, 10, 329-344.
- DOISE, W. (1973). Relations e représentations intergroupes. In: S. Moscovici (Ed), *Introduction à la psychologie social*, vol. 2. Larousse. Paris.
- DOISE, W., DESCHAMPS, J. C., MUGNY, G. (1980). *Psicologia social experimental*. Moraes. Lisboa.
- DOISE, W. & PALMONARI, A. (Ed). (1986). *L'étude des représentations sociales*. Delachaux et Niestlé. Paris.
- DOISE, W. (1990). Les représentation sociales. In: Ghiglione, R., Bonnet, C., Richard, J. F. . *Traité de Psychologie cognitive*. Dunod. Bordas. Paris.
- DOISE, W. (1989). Attitudes et représentations sociales. In: D. Jodelet (Ed.); *Les représentations sociales*, Presses Universitaires de France. Paris.
- DOISE, W., CLEMENCE, A., LORENZI, C. (1992). *Représentations sociales et analyses de donnés*. Presses Universitaires de Grenoble. Grenoble.
- DOMINGOS, A. M. et al (1986). *A teoria de Bernstein em sociologia de educação*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 413.
- DINIZ DE SOUSA, M. (1983). *Evolução do ensino da enfermagem em Portugal nos últimos 25 anos*. Sessão solene de

abertura das comemorações do XXV aniversário da Escola de Enfermagem de S. João, Porto.

DURKEIM, E. (1898), Représentations individuelles et représentations collectives. *Revue de Métaphique et de Morale*, 6, 274-302.

ELJABIARRETA, F. (1992). Las representaciones sociales. In: A. Echebarria (Ed.). *Psicologia social*.

ESTRELA, M. T. (1994). *Relação pedagógica, disciplina e indisciplina na aula*. 2ª ed. Porto, Porto Editora.

FERNANDES, G. et al (1992). *Desenvolvimento curricular*. Lisboa. GEP, 179.

FLAMENT, R. M. & Moscovici, S. (Eds.). (1984). Cambridge University Press. Cambridge.

FLAMENT, C. (1985). L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. *Informatique et sciences Humaines*, N° 6, 41-57.

FLAMENT, C. (1986). L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales. Delachaux et Niestlé. Paris.

FLAMENT, C. (1984). Aspects périphériques des représentations sociales. In: C. Guimelli (Ed.), *structures et transformations des représentations sociales*. Delachaux et Niestlé. Paris.

- FLAMENT, C. (1984). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. In: J.C. Abric (Ed.), Pratiques sociales e représentations. Presses Universitaires de France. Paris.
- HORTA, W. A. (1975). Os mitos da enfermagem. "Enfermagem- Novas dimensões", S. Paulo, 60-63.
- JODELET, D. (Ed). (1989). Les représentations sociales. Presses Universitaires de France. Paris.
- HERZLICH, C. (1969). Santé el maladie. Analyse d'une représentation sociale. Hage Mouton.
- KAES, R. (1968). Images de la culture chez les ouvriers françaises. Cujas. Paris.
- KAES, R. (1974). Représentations sociales et processus psychanalytiques sur les groupes de formation. Bulletin de Psychologie, 318 Tome XXVIII: 888-891.
- KOZIRE, B., PEPPER, J. M. (1988). Concepts and issues in nursing practice. Menlo Park, Addison-Wesley, 1988.
- LYENS, J. P. (1983/1985). Sommes nous tous des psychologues? (tradução portuguesa, As teorias da personalidade na dinâmica social. Verbo. Lisboa).
- LYENS, J. P., MARQUES W, J. (1987). Cognitions sociales et conduites psychologiques. In: J. L. Beauvois; R.

Joule; J. M. Monteil. (Eds), Perspectives cognitives et conduites sociales, Vol I. Cousset. Deval.

MOSCOVICI, S. (1961). La psychanalyse, son image e son public. Presses universitaires de France (2<sup>a</sup> Ed. 1976). Paris.

MOSCOVICI, S., LAGE, e. (1976). Majority versus minority influence in a group. European Journal of Social Psychology, 6, 149-174.

MOSCOVICI, S., HEWSTONE, M. (1984). Dela science au sens commun. In: Moscovici Psychologie social, Presses Universitaires de France. Paris.

MOSCOVICI, S. (1986). L'ere des représentations sociales. In: W. Doise, A. Palmonori (Eds), L'étude des représentations sociales. Neuchâtel, Delachaux et Niestlé. Paris.

NÓVOA, A. FINGER, M. (1988). O método (auto) biográfico e a formação. Lisboa, Ministério da saúde - Departamento dos recursos humanos.

NÓVOA, A. (1991) (org.). Profissão professor. Porto. Porto Editora, 191.

OREM, D. E.(1984). Nursing: concepts of practice, 3rd ed., New York. Mc Graw Hill.

- PALMONARI, A, POMBENI, M. L., ZANI, B. (1987). Social representation of psychologists, W. Doise e S. Moscovici (Ed), Current issues in European Social Psychology, Vo II, Cambridge University Press. Cambridge.
- PEARSON, A., VAUGHAN, B. (1992). Modelos para o exercício de enfermagem. Lisboa. ACEPS, 178.
- Piaget, J. (1976). Seis estudos de psicologia. Dom Quixote. Lisboa.
- POLIT, D. F., HUNGLER, B. P. (1991). Nursing research. Principles and methods. 4th ed., Philadelphia, J. B. Lippincott Co..
- ROSA, A. S. (1993). Social representations and attitudes: problems of coherence between the theoretical definition and procedure of research. Papers on Social representations, vol 2, (3), 178-192.
- SANCHES, M. F. C. (1992). Cultura organizacional. Um paradigma de análise da realidade escolar. Lisboa. GEP, 97.
- SERGIOVANNI, T., Starratt, R. (1978). Novos padrões de supervisão escolar. São Paulo, Editora Pedagógica, 365.
- VALA, J. (1984). La production sociale de la violence - représentations et comportements. Université Catholique de Lovaine. (tese de doutoramento).

- VALA, J. (1992). representações sociais - para uma psicologia social do pensamento social. In: J. Vala; M. B. Monteiro (Eds) Psicologia Social. Fundação Calouste Gulbenkian.
- VALA, J., Monteiro, M. B. (1993). Psicologia Social. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- VERGÈS, P. (1985). Interprétation au premier degré. L'analyse au plus près des propriétés mathématique. Informatique e Sciences Humaines N° 6, 27-40.
- VERGÈS, P. (1994). Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. In: Ch. Guimelli, Structures et transformations des représentations sociales. Delachaux et Niestlé. Paris.
- WATSON, J. R. (1988). The ethics of care and the ethics of cure: synthesis in chronicity. New York, N. L. N., 55.
- WATSON, J. R. (1988). Human care as a moral context for nursing education: "Nursing and health care", s.c. Vol 9 (8), 423-425.
- WATSON, J. R. (1988). Nursing: human science and human care. A theory of nursing, New York. National league for Nursing, XIV, 111.

WOOLLEY, A. S. (1981). Nursing's image on campus, in:  
"Nursing Outlook", New York, 460-466.

**ANEXOS**

ANEXO A - Decreto Lei 46 488/65

**MINISTÉRIO DAS COMUNICAÇÕES**

Administração-Geral dos Correios, Telégrafos e Telefones

Direcção dos Serviços Industriais

**Portaria n.º 21 408**

Quando o Governo da República Portuguesa, pelo Ministério das Comunicações, que, ao abrigo das disposições do artigo 27.º do Decreto-Lei n.º 42 417, de 27 de Julho de 1959, seja lançada em circulação, cumulativamente com as que estão em vigor, uma emissão extraordinária de selos dedicada a Calouste Gulbenkian, com as dimensões de 34,5 mm x 25,4 mm, denteado 13,5, nas taxas, e quantidades seguintes:

1\$ — ouro e castanho . . . . .	9 000 000
8\$ — prata e azul . . . . .	1 000 000

Ministério das Comunicações, 20 de Julho de 1965. — Ministro das Comunicações, *Carlos Gomes da Silva Ribeiro*.

**MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA**

**Decreto n.º 46 448**

O ensino de enfermagem sofreu nos últimos anos em todo o Mundo profunda evolução, como consequência de suas exigências derivadas do desenvolvimento das ciências médicas e das técnicas da própria enfermagem.

É pois, necessário continuar entre nós a actualização do ensino, iniciada com o Decreto n.º 32 612, de 31 de Setembro de 1942, prosseguido depois com a publicação do Decreto-Lei n.º 36 219, de 10 de Abril de 1947, e do Decreto-Lei n.º 38 884, de 28 de Agosto de 1952, e respectivos regulamentos.

No sentido dessa actualização deve ser expresso em planos de estudo e programas de tal maneira concebidos que preparem os profissionais aptos para o trabalho de base em qualquer dos campos da saúde: preventivo, curativo e de reabilitação.

O aumento da escolaridade obrigatória, estabelecido pelo Decreto-Lei n.º 45 810, de 9 de Julho de 1964, impõe condições correspondentes nas habilitações mínimas dos cursos de enfermagem, que, desta forma, se aproximam das exigidas noutros países.

Para esta conformidade, elevaram-se aquelas habilitações ao grau imediatamente superior e fixou-se um período transitório de cinco anos durante o qual é possível a admissão nos diversos cursos com as habilitações exigidas no regime actual. Procura-se, desta maneira, evitar que ocorra um repentino acréscimo de exigências escolares tenha consequências graves na frequência das escolas.

Tem sido apontada a conveniência de possuímos um estabelecimento experimental de ensino de enfermagem, do tipo de escola-piloto, onde possam ensaiar-se novos métodos e observar os correspondentes resultados. Pensa-se que esta fórmula, já posta em prática nalguns países, e recomendada pela Organização Mundial de Saúde, poderá ser, com proveito, utilizada entre nós.

Além, por se reconhecer a importância que assume a preparação do pessoal, ao qual serão confiados cargos de supervisão e de ensino de enfermagem, se decidiu organizar uma escola especialmente destinada a esse fim. Na ver-

dade, os cursos do tipo do referido na alínea e) do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 38 884, dada a sua especialização e constante evolução, são já manifestamente inviáveis em escolas de enfermagem de base.

Nestes termos, em execução do disposto no Decreto-Lei n.º 38 884, de 28 de Agosto de 1952;

Usando da faculdade conferida pelo n.º 3.º do artigo 109.º da Constituição, o Governo decreta e eu promulgo o seguinte:

Artigo 1.º Os artigos 2.º, 4.º, 10.º, 11.º, 14.º, 15.º, 21.º, 22.º, 23.º, 24.º, 26.º, 27.º, 28.º, 29.º, 30.º e 31.º do Regulamento das Escolas de Enfermagem, aprovado pelo Decreto n.º 38 885, de 28 de Agosto de 1952, passam a ter a redacção que resulta das seguintes alterações:

Art. 2.º As escolas oficiais de enfermagem gozam de autonomia técnica e administrativa, sem prejuízo da orientação e fiscalização do Ministério da Saúde e Assistência, através da Direcção-Geral dos Hospitais.

§ 1.º . . . . .

§ 2.º Compete ao Ministro da Saúde e Assistência aprovar o regulamento privativo de cada escola e, bem assim, as condições do seu funcionamento.

Art. 4.º A Direcção-Geral dos Hospitais, no prazo de 30 dias, a contar da entrada do requerimento, prestará a sua informação, pronunciando-se designadamente sobre se as instalações reúnem as condições necessárias para o ensino e para o estágio, quando nelas haja de ser prestado.

Art. 10.º . . . . .

- a) Idade não inferior a 18 anos;
- b) . . . . .
- c) . . . . .
- d) . . . . .

§ único. Podem ser admitidos à frequência das escolas de enfermagem candidatos que completem os 18 anos nos primeiros seis meses do curso, mediante autorização da Direcção-Geral dos Hospitais, ponderadas as circunstâncias de cada caso.

Art. 11.º As habilitações literárias exigidas para a admissão aos cursos de enfermagem são as seguintes:

- a) 1.º ciclo dos liceus ou equivalente, para o curso de auxiliares de enfermagem;
- b) 2.º ciclo dos liceus ou equivalente, para o curso de enfermagem geral;
- c) Curso de enfermagem geral e 3.º ciclo dos liceus ou equivalente, com três anos de exercício de enfermagem em serviço idóneo, para o curso de enfermagem complementar;
- d) Curso de enfermagem geral ou de auxiliares de enfermagem, para os cursos de enfermagem ou de auxiliares de enfermagem especializados.

§ 1.º Poderão ser estabelecidos exames de admissão para os candidatos que há mais de dez anos tenham terminado a preparação literária exigida, como habilitação, para admissão aos cursos de enfermagem referidos nas alíneas a) e b) deste artigo.

§ 2.º Durante o período transitório de cinco anos, pode o Ministro da Saúde e Assistência autorizar a admissão de candidatos habilitados com o 2.º ciclo dos liceus no curso de enfermagem complementar, com o 1.º ciclo no de enfermagem geral e com a instrução primária no de auxiliares de enfermagem. A estes alunos será exigido exame de aptidão.

Art. 14.º Os exames de aptidão são feitos perante júris constituídos por professores das escolas respec-

tivas e por um dos membros da direcção, que presidirá.

Os programas serão aprovados pelo Ministro da Saúde e Assistência.

§ único. A Direcção-Geral dos Hospitais poderá mandar fiscalizar estes exames por delegado seu, que então assumirá a presidência do júri.

Art. 15.º A admissão ao exame de aptidão, a recusa da matrícula e da sua confirmação, assim como o cancelamento da inscrição, são da competência da direcção da respectiva escola, com recurso para o director-geral dos Hospitais.

Art. 21.º O ano escolar tem onze meses, com início em 1 de Outubro, e é dividido em períodos variáveis para cada curso, conforme for estabelecido nos respectivos planos de estudo.

Art. 22.º O director-geral dos Hospitais poderá autorizar que os alunos das escolas particulares assistam a lições e aulas práticas destinadas aos alunos das escolas oficiais.

Art. 23.º . . . . .

§ 1.º Os estágios serão sempre feitos em serviços de saúde considerados idóneos, devendo, porém, os alunos passar, em períodos determinados, por todos os serviços que tenham interesse para a sua formação profissional.

§ 2.º As escolas oficiais e particulares, ouvida a direcção do estabelecimento onde haja de ser realizado o estágio, elaborarão, no fim de cada ano escolar, os respectivos planos para o ano seguinte. As divergências por eles suscitadas serão resolvidas pela Direcção-Geral dos Hospitais.

Art. 24.º O aproveitamento dos alunos será classificado pelo conselho escolar no fim de cada período, com base nas chamadas, exercícios escritos e mais elementos de informação apurados pelos professores e monitores.

Art. 26.º Considera-se perdida a frequência das aulas e estágios quando o aluno dê faltas em número superior ao que para cada disciplina for fixado em despacho do Ministro.

§ único. . . . .

Art. 27.º A regência das aulas teóricas pertence a professores, monitores ou auxiliares de monitores, de acordo com o estabelecido nos planos de estudo e programas. Os estágios dos alunos serão seguidos por monitores e auxiliares de monitores, que também regem as aulas práticas.

Art. 28.º Nas escolas de enfermagem haverá exames de passagem de período escolar e finais.

Art. 29.º Os exames de passagem serão feitos no fim de cada período escolar estabelecido nos planos de estudo dos cursos e destinam-se a averiguar se os alunos tiveram aproveitamento suficiente para transitarem para o período seguinte.

Art. 30.º Os exames finais serão prestados pelos alunos no fim de cada ano e têm por objectivo avaliar se os candidatos reúnem os conhecimentos e qualidades indispensáveis ao exercício da profissão.

§ único. Os exames finais são considerados Exames de Estado e serão prestados perante júris aprovados pelo Ministro da Saúde e Assistência, funcionando sob a presidência de um delegado deste e tendo como vogais professores de todas as escolas interessadas.

Art. 31.º Os exames finais das escolas particulares de enfermagem serão prestados, de acordo com o artigo anterior, nas próprias escolas ou nas escolas oficiais mais próximas, de acordo com a determinação ministerial para cada caso, ouvida a Direcção-Geral dos Hospitais.

Art. 2.º O curso de auxiliares de enfermagem, referido no artigo 8.º do Decreto-Lei n.º 38 884, de 28 de Agosto de 1952, será completado com um estágio de seis meses em serviços de saúde considerados idóneos.

Art. 3.º A orientação e fiscalização do Ministério da Saúde e Assistência, em relação às escolas e cursos a que se refere o Decreto-Lei n.º 38 884, de 28 de Agosto de 1952, passa a ser exercida através da Direcção-Geral dos Hospitais.

§ único. Exceptuam-se as escolas de auxiliares sociais, cuja orientação e fiscalização ficam a cargo da Direcção-Geral da Assistência.

Art. 4.º De entre as escolas oficiais de enfermagem do Ministério da Saúde e Assistência poderá ser designada uma como escola experimental.

§ único. A designação será feita por despacho do Ministro da Saúde e Assistência, o qual estabelecerá as condições especiais do seu funcionamento, ouvida a Direcção-Geral dos Hospitais.

Art. 5.º O curso referido na alínea c) do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 38 884 será ministrado em escola a criar em Lisboa para o efeito.

§ único. Enquanto esta escola não entrar em funcionamento, continuará o curso a ser professado nas escolas de base que a isso forem autorizadas.

Publique-se e cumpra-se como nele se contém.

Paços do Governo da República, 20 de Julho de 1965. —  
AMÉRICO DEUS RODRIGUES THOMAZ — António de Oliveira  
Salazar — Francisco Pereira Neto de Carvalho.

ANEXO B - Portaria nº 22 539 de 27/02/1967

# MINISTÉRIO DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA

Gabinete do Ministro

Diário do Governo I Série - nº.49

Portaria nº 22 539

1. No relatório do Decreto nº.46 448, de 20 de Julho de 1965, foi anunciada a revisão geral do ensino de enfermagem, que deveria completar-se, como então se indicou, com a criação de uma escola especialmente destinada à preparação do pessoal para cargos de chefia de serviços e de ensino de enfermagem.

Efectuada a reforma dos cursos de base, já em vigor no ano escolar que acaba de terminar; estando em vias de conclusão a dos cursos de especialidades; tendo a escola do Hospital de Santa Maria começado a funcionar na sua nova modalidade de escola experimental: importa dar o último passo na anunciada reforma, criando a escola prevista no artigo 5º. do citado Decreto nº. 46.448.

2. O ensino de enfermagem complementar, que tem antigas tradições entre nós, foi sempre ministrado em escolas gerais anexas a hospitais centrais e os alunos eram, como regra, enfermeiros que, mantendo o seu trabalho normal, se obrigavam a seguir os cursos teóricos e práticos e a conduzir a sua própria preparação em regime de trabalho extraordinário. Os inconvenientes deste sistema para o ensino, para os serviços e para os alunos têm sido notórios.

Por esse motivo, o exercício das funções de chefia e de ensino de enfermagem não tem atingido entre nós o nível que será possível e indispensável conseguir.

3. A fim de remediar esta situação, está o Governo a executar, desde há anos, e em colaboração com a Organização Mundial de Saúde, um plano sistemático de preparação de pessoal de ensino para uma escola que, em nível superior à de formação geral, possa tomar a responsabilidade de formar o pessoal mais qualificado na carreira de enfermagem.

Tendo chegado a seu termo os trabalhos preparatórios, é a altura de criar essa escola, pelo que, nos termos do artigo 2º. do Decreto-Lei nº. 38 884, de 28 de Agosto de 1952, e do disposto no artigo 5º. do Decreto nº. 46 448, de 20 de Julho de 1965:

Manda o Governo da República Portuguesa, pelo Ministro da Saúde e Assistênciã:

1º. É criada para funcionar em Lisboa, a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, na qual será professado o curso referido na alínea e) do artigo 7º. do Decreto-Lei nº. 38 884 e outros que lhe sejam confiados por despacho do Ministro da Saúde e Assistênciã.

2º. A Escola poderá utilizar, como campo de demonstração e prática, todos os serviços dependentes do Ministério da Saúde e Assistênciã que tenham interesse para o ensino.

3º. Será nomeada, nos termos do artigo 11º. do Decreto-Lei nº. 31 913, de 12 de Março de 1942, uma comissão instaladora, à qual competirá organizar e administrar a Escola.

4º. Durante o período de instalação funcionará um conselho de orientação pedagógica, constituído por individualidades de conhecida competência nas matérias que interessam ao ensino da enfermagem, competindo-lhe dar parecer sobre a organização da Escola, planos de estudo e programas e sobre a escolha de professores.

5º. O período de instalação, para efeitos do disposto no § único do artigo 7º. do citado Decreto-Lei nº. 31 913, conta-se a partir da data em que for dada posse à comissão instaladora.

Ministério da Saúde e Assistênciã, 27 de Fevereiro de 1967. - O Ministro da Saúde e Assistênciã, Francisco Pereira Neto de Carvalho.

ANEXO C - Decreto Lei 480/88

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

Decreto-Lel n.º 480/88

de 23 de Dezembro

O desenvolvimento do ensino da enfermagem verificado entre nós, ajustado aos padrões internacionais, nomeadamente dos países europeus, e, bem assim, norteado pela busca permanente da melhoria dos cuidados de saúde, determinou a exigência, no que respeita às habilitações mínimas de acesso, de um nível paralelo ao requerido para o ensino superior.

Todavia, ao invés do preconizado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Conselho da Europa, contrariando a evolução verificada nas Comunidades Europeias, o ensino da enfermagem tem permanecido à margem do sistema educativo nacional, daí resultando prejuízos manifestos.

Urge, portanto, proceder à integração do ensino da enfermagem no sistema educativo nacional, garantindo o reconhecimento académico dos seus vários níveis de formação.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

### Artigo 1.º

#### Ensino da enfermagem

1 — O ensino da enfermagem é integrado no sistema educativo nacional, a nível do ensino superior politécnico, e será ministrado em escolas superiores de enfermagem.

2 — A rede das escolas superiores de enfermagem será fixada por portaria conjunta dos Ministros das Finanças, da Educação e da Saúde, sem prejuízo da reconversão das actuais escolas, mediante portaria conjunta dos Ministros da Educação e da Saúde.

3 — O ensino da enfermagem fica sob tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde.

4 — A tutela prevista no número anterior será exercida em condições a definir nos termos do n.º 2.

### Artigo 2.º

#### Escolas superiores de enfermagem

1 — As escolas superiores de enfermagem são dotadas de personalidade jurídica, gozam de autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica e regem-se por regulamento a aprovar por decreto regulamentar.

2 — Compete às escolas superiores de enfermagem organizar e ministrar:

- a) O curso superior de Enfermagem;
- b) Cursos de estudos superiores especializados em enfermagem.

3 — Os planos de estudo dos cursos previstos no número anterior serão aprovados por portaria conjunta dos Ministros da Educação e da Saúde, sob proposta dos conselhos científicos das escolas.

4 — É ainda da competência das escolas superiores de enfermagem:

- a) Desenvolver a investigação científica e técnica, dentro do seu âmbito;

- b) Organizar cursos de aperfeiçoamento e de actualização destinados à valorização dos profissionais de enfermagem, à elevação qualitativa dos cuidados de enfermagem e optimização dos custos de funcionamento dos serviços de saúde;
- c) Apoiar pedagogicamente os organismos de educação permanente na área da enfermagem;
- d) Colaborar no desenvolvimento sanitário das regiões em que estão inseridas;
- e) Cooperar com entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras, com vista à melhoria do nível científico da enfermagem.

### Artigo 3.º

#### Curso superior de Enfermagem

1 — O curso superior de Enfermagem terá a duração de três anos.

2 — A aprovação no curso a que se refere o número anterior comprova a formação científica e técnica adequada para a prestação de cuidados de enfermagem geral aos três níveis de prevenção, dirigidos ao indivíduo, à família e à comunidade, e, bem assim, a necessária capacidade para participar:

- a) Na gestão dos serviços de enfermagem;
- b) No ensino relacionado com a respectiva área de trabalho;
- c) Em estudos de investigação em enfermagem.

3 — A conclusão com aprovação no curso superior de Enfermagem confere o grau académico de bacharel, bem como o título profissional de enfermeiro.

### Artigo 4.º

#### Cursos de estudos superiores especializados em enfermagem

1 — Podem ser criados nas escolas superiores de enfermagem cursos de estudos superiores especializados em enfermagem.

2 — Os cursos de estudos superiores especializados em enfermagem serão criados por portaria conjunta dos Ministros da Educação e da Saúde.

### Artigo 5.º

#### Aprovação nos cursos de estudos superiores especializados

1 — A aprovação nos cursos de estudos superiores especializados em enfermagem comprova a competência científica e técnica em determinado domínio especializado da profissão, ao nível de cuidados de enfermagem mais complexos.

2 — A aprovação nos cursos de estudos superiores especializados em enfermagem confere capacidade para:

- a) A gestão dos serviços de enfermagem;
- b) O ensino de enfermagem;
- c) A prática da investigação no âmbito da enfermagem.

3 — O diploma de estudos superiores especializados em enfermagem é equivalente ao grau de licenciado, para efeitos profissionais e académicos.

4 — Os cursos de estudos superiores especializados em enfermagem que formem um conjunto coerente com o curso de bacharelato precedente podem conduzir à obtenção do grau de licenciado.

## Artigo 6.º

## Admissão ao curso superior de Enfermagem

1 — A candidatura, matrícula e inscrição no curso superior de Enfermagem aplica-se o disposto no Decreto-Lei n.º 354/88, de 12 de Outubro.

2 — As competências atribuídas pelo diploma citado no número anterior ao Ministro da Educação serão exercidas conjuntamente pelos Ministros da Educação e da Saúde, bem como as referentes à Direcção-Geral do Ensino Superior e ao Gabinete Coordenador de Ingresso no Ensino Superior, com o Departamento de Ensino de Enfermagem.

## Artigo 7.º

## Admissão aos cursos de estudos superiores especializados

Constituem condições de admissão à frequência dos cursos de estudos superiores especializados em enfermagem:

- a) A aprovação no curso superior de Enfermagem, ou a equiparação ao grau de bacharel nos termos previstos no presente diploma;
- b) Dois anos de experiência profissional comprovada por entidade idónea e obtida após a conclusão do curso superior de Enfermagem.

## Artigo 8.º

## Abertura de vagas

As vagas para a matrícula e inscrição no 1.º ano de cada curso das escolas superiores de enfermagem, bem como nos cursos superiores especializados, serão fixadas por despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde.

## Artigo 9.º

## Equivalência de habilitações

Aos enfermeiros habilitados com cursos estrangeiros legalmente reconhecidos nos respectivos países para o exercício da profissão de enfermeiro poderá ser concedida equivalência às habilitações portuguesas correspondentes, nos termos do Decreto-Lei n.º 283/83, de 21 de Junho, sem prejuízo do que se encontra estabelecido relativamente aos nacionais de países membros das Comunidades Europeias.

## Artigo 10.º

## Condições de equivalência

1 — Aos actuais enfermeiros que sejam titulares de uma habilitação que, ao tempo em que foi obtida, fosse considerada como suficiente para o acesso ao ensino superior, será concedida equivalência ao bacharelato, ou ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem, conforme, respectivamente, tenham obtido aprovação no curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal, ou tenham obtido aprovação nos cursos de especialização em enfermagem a que se refere o Decreto-Lei n.º 265/83, de 16 de Junho, ou no curso de Pedagogia e Administração para enfermeiros especialistas, a que se refere a Portaria n.º 681/82, de 8 de Julho.

2 — Independentemente do disposto no número anterior, e durante um período de um ano a contar da data da entrada em vigor do presente diploma, a equivalência ao bacharelato poderá ainda ser concedida mediante apreciação curricular efectuada por um júri, a designar por despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde, na qual se terá em conta, nomeadamente:

- a) As habilitações literárias do requerente;
- b) A formação em enfermagem;
- c) O exercício da profissão;
- d) A docência em enfermagem;
- e) A contribuição para o desenvolvimento da enfermagem;
- f) A formação universitária em outras áreas de conhecimento.

3 — O júri a que se refere o número anterior poderá condicionar a concessão da equivalência a determinada formação complementar.

4 — As equiparações previstas nos números anteriores serão concedidas por despacho do Ministro da Educação a requerimento dos interessados, verificados os requisitos neles estabelecidos.

## Artigo 11.º

## Carreira docente

1 — A carreira docente das escolas superiores de enfermagem será fixada por diploma especial, observados os termos do Estatuto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico.

2 — Os actuais docentes das escolas de enfermagem e os actuais técnicos de enfermagem da área do ensino poderão ser integrados na carreira prevista no número anterior, em condições a definir por aquele diploma.

## Artigo 12.º

## Regime de transição

1 — Por um período não superior a cinco anos, contado a partir da entrada em funcionamento do curso superior de Enfermagem, poderão continuar a ser ministrados:

- a) O curso de Enfermagem Geral, a que se refere a alínea b) do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 38 884, de 28 de Agosto de 1952, e o curso da Escola Técnica de Enfermagem, a que se refere o Decreto n.º 30 447, de 17 Maio de 1940, com as alterações introduzidas pelo artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 445/85, de 24 de Outubro, para os alunos que se encontrem matriculados à data da publicação do presente diploma;
- b) Os cursos de especialização em enfermagem a que se refere a alínea a) do n.º 1 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 265/83, de 16 de Junho;
- c) O curso de Pedagogia e Administração para enfermeiros especialistas, a que se refere a Portaria n.º 681/82, de 8 de Julho;
- d) O curso de pedagogia aplicada ao ensino de enfermagem e o curso de administração de serviços de enfermagem a que se refere o n.º 2 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio.

2 — Durante o período transitório poderão ser concedidas equivalências aos titulares de cursos de enfermagem legalmente instituídos à data da entrada em vigor do presente diploma, nos termos da legislação vigente nessa data.

### Artigo 13.º

#### Integração do pessoal das escolas

1 — Será integrado nos quadros das escolas superiores de enfermagem o pessoal das escolas de enfermagem reconvertidas.

2 — A integração do pessoal actualmente em serviço nas escolas reconvertidas em lugares dos quadros a que se refere o número anterior far-se-á sem prejuízo da lei geral, de acordo com as seguintes regras:

- a) Para categoria idêntica à que o funcionário já possui;
- b) Para categoria correspondente às funções que o funcionário ou agente actualmente desempenha, remunerada pela mesma letra de vencimento ou pela letra de vencimento imediatamente superior na estrutura da carreira em que se processa a integração, quando se não verificar coincidência de remuneração, desde que possua as habilitações literárias legalmente exigíveis.

### Artigo 14.º

#### Norma revogatória

1 — São revogados:

- a) O Decreto n.º 30 447, de 17 de Maio de 1940;
- b) O artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 38 884, de 28 de Agosto de 1952;
- c) O Decreto-Lei n.º 49 173, de 5 de Agosto de 1969;
- d) A Portaria n.º 681/82, de 8 de Julho;
- e) Os n.ºs 1 e 2 do artigo 14.º e o n.º 4 do artigo 19.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio;
- f) O artigo 25.º do Decreto-Lei n.º 445/85, de 24 de Outubro;
- g) A Portaria n.º 34/88, de 15 de Janeiro;
- h) O Decreto-Lei n.º 261/88, de 23 de Julho.

2 — A revogação das normas a que se refere o número anterior não prejudica o disposto no artigo 13.º do presente diploma.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 3 de Novembro de 1988. — *Aníbal António Cavaco Silva* — *Miguel José Ribeiro Cadilhe* — *Roberto Artur da Luz Carneiro* — *Maria Leonor Couceiro Pizarro Beleza de Mendonça Tavares*.

Promulgado em 10 de Dezembro de 1988.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Referendado em 13 de Dezembro de 1988.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

## MINISTÉRIO DO COMÉRCIO E TURISMO

Decreto-Lei n.º 481/88

de 23 de Dezembro

Com a criação do Sistema de Incentivos Financeiros ao Investimento no Turismo (SIFIT) foi atribuída ao Fundo de Turismo a competência para a formalização dos contratos a celebrar com os promotores dos projectos participáveis.

Tal sistema de incentivos tem por objectivo contribuir para o desenvolvimento equilibrado das regiões, com especial incidência para as regiões menos desenvolvidas, incentivando e dinamizando os empreendimentos de interesse para o turismo, em articulação com o Plano Nacional de Turismo, que apresenta prioridades regionais específicas no que respeita às zonas onde se devem promover novas actividades.

Deste modo, os promotores dos projectos participáveis encontram-se disseminados pelo País, o que exige, no respeito pelas disposições legais em vigor, a deslocação daqueles para a outorga dos respectivos contratos.

Esta situação não é compatível com o novo relacionamento que se pretende estabelecer entre o Estado e os cidadãos, o qual se traduz na máxima simplificação dos actos da Administração.

Tendo em conta a natureza do incentivo a conceder, sem prejuízo da segurança devida, justifica-se, portanto, que se reduza o formalismo dos contratos a celebrar no âmbito do SIFIT, adoptando, aliás, solução idêntica à estabelecida para os contratos de concessão de incentivos financeiros a celebrar pelo Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e ao Investimento (IAPMEI), segundo o disposto no Decreto-Lei n.º 306/88, de 2 de Setembro.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo único. Os contratos de concessão de incentivos financeiros a celebrar entre o Fundo de Turismo e os promotores de projectos participáveis, no âmbito do Decreto-Lei n.º 420/87, de 31 de Dezembro, podem ser celebrados por escrito particular, devendo as assinaturas dos promotores ser reconhecidas notarialmente.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 3 de Novembro de 1988. — *Aníbal António Cavaco Silva* — *Luís Francisco Valente de Oliveira* — *Joaquim Martins Ferreira do Amaral*.

Promulgado em 10 de Dezembro de 1988.

Publique-se.

O Presidente da República, MÁRIO SOARES.

Referendado em 13 de Dezembro de 1988.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

ANEXO D - Questionário (escala de frequências)

Caro Colega

Sou aluna do mestrado no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA)**, área de Comportamento Organizacional. Encontro-me actualmente na elaboração da tese: A função do Enfermeiro - Práticas e Representações Sociais, pelo que solicito a sua colaboração no preenchimento deste de recolha de dados.

As suas respostas são importantes para o desenvolvimento deste estudo e serão confidenciais. Posteriormente, se assim o desejar poderei enviar-lhe os resultados relativos a um estudo.

Agradeço a sua colaboração.

## QUESTIONÁRIO

As respostas às questões serão feitas segundo uma escala de frequências, comportando 5 modalidades:

**NUNCA / RARAMENTE / ÀS VEZES / MUITAS VEZES / SEMPRE.**

1- Já participou na formação de alunos e de pessoal (auxiliar de saúde) ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

2- Faz diagnósticos de enfermagem ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

3- Sente-se integrado na equipa ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

4- Participa eficazmente na educação dos utentes ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

5- Delega alguns cuidados de base ao pessoal auxiliar e coordena-os ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

6- Domina os métodos de Investigação, de forma a poder participar activamente na Investigação dos cuidados de enfermagem ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

(V. S. F. F.)

7- Estabelece conversações regularmente com os seus superiores hierárquicos ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

8- Considera-se bem informado e capaz de comunicar informação ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

9- Na prestação de cuidados ao utente utiliza como metodologia de trabalho o processo de enfermagem ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

10- Considera o individuo como um ser Bio-Psico -Social ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

11- Sente necessidade de fazer registos de enfermagem no processo do utente ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

12- Quando lhe colocam algum problema de enfermagem sente que consegue orientar-se de forma a conseguir resolvê-lo ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

13- Dispõe de uma margem de iniciativa satisfatória nas suas funções ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

14- Planeia os cuidados ao utente ?

Nunca / Raramente / Às vezes / Muitas vezes / Sempre

ANEXO E - Questionário (de caracterização)

**LEIA COM ATENÇÃO AS SEGUINTE PROPOSIÇÕES:**

- Participar com eficácia na educação dos doentes.
- Saber conduzir as entrevistas junto do doente.
- Executar perfeitamente as técnicas médico-cirúrgicas.
- Participar na formação de alunos e de pessoal auxiliar.
- Na ausência do médico, ser capaz de prestar cuidados de urgência.
- Executar fielmente as prescrições médicas.
- Dispor de uma margem de iniciativa satisfatória na sua função.
- Poder delegar os cuidados básicos às auxiliares de acção médica e coordená-los.
- Transcrever as prescrições no “cardex”.

( V. S. F. F.)

- Participar nos diagnósticos médicos.
- Dominar os métodos de investigação em enfermagem.
- Utilizar o processo para a evolução dos cuidados.
- Fazer o registo dos doentes que entram e saem do serviço.
- Dominar a metodologia do processo de enfermagem.
- Estar bem integrado numa equipa sólida.
- Vigiar o resultado dos tratamentos.
- Assegurar um trabalho relacionado com os objectivos expressos.
- Ser capaz de explicar uma técnica cirúrgica.
- Poder considerar o doente como uma entidade.
- Manter relações regulares com os superiores hiérarquicos.

(V: S.F.F.)

**DAS PROPOSIÇÕES QUE LHE FORAM APRESENTADAS, TRANSCREVA 4,  
QUE SEJAM AS MAIS PRÓXIMAS DA SUA PRÓPRIA CONCEPÇÃO DA FUN-  
ÇÃO DE ENFERMAGEM.**

•

•

•

•

**DAS RESTANTES PROPOSIÇÕES PROCURE 4, DAS QUE SEJAM MAIS PRÓ-  
XIMAS DA SUA PRÓPRIA CONCEPÇÃO DA FUNÇÃO DE ENFERMAGEM E  
TRANSCREVA-AS.**

•

•

•

•

**AGORA, REFIRA 4 PROPOSIÇÕES QUE SEJAM AS MAIS AFASTADAS DA  
SUA PRÓPRIA CONCEPÇÃO DA FUNÇÃO DE ENFERMAGEM.**

•

•

•

•

**REFIRA, AINDA, 4 PROPOSIÇÕES QUE SEJAM AS MAIS AFASTADAS DA  
SUA PRÓPRIA CONCEPÇÃO DA FUNÇÃO DE ENFERMAGEM.**

•

•

•

•

**FINALMENTE, ESCREVA AS 4 PROPOSIÇÕES QUE RESTAM.**

•

•

•

•

ANEXO F - Resultados de aplicação do pré-teste

Enunciados \ Categorias das respostas em %	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
Já participou na formação de alunos e de pessoal auxiliar de saúde?	0	0	60	40	0
Faz diagnósticos de enfermagem?	0	40	40	20	0
Sente-se integrado na equipa?	0	0	0	60	40
É capaz de explicar uma técnica cirúrgica a uma pessoa desconhecida?	0	0	80	20	0
Na ausência do médico é capaz de efectuar de sua própria iniciativa os cuidados de urgência a um doente em risco?	0	20	40	40	0
Considera o indivíduo como um ser bio-psico-social?	0	0	0	20	80
Domina os métodos de investigação de forma a poder participar activamente na investigação dos cuidados de enfermagem?	0	40	40	20	0
Estabelece conversações regulares com os seus superiores hierárquicos?	0	0	40	60	0
Considera a doença como uma entidade?	40	0	20	0	40
Na prestação de cuidados ao utente, utiliza como metodologia de trabalho o processo de enfermagem?	40	0	0	60	0
Tem necessidade de fazer registos no processo do utente?	0	0	0	0	100
Quando lhe colocam alguns problemas de enfermagem sente que consegue orientar-se de forma a conseguir resolvê-los?	0	0	0	100	0
Considera-se bem informado e capaz de transmitir informação?	0	0	20	80	0
Planeia os cuidados ao utente?	0	0	0	80	20

Anexo F - Resultados da Aplicação do pré-teste

ANEXO G - Dados de adaptação ao programa (P. Vergès)

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
0	1	1	2	-2	1	-1	-1	-1	0	2	-2	2	0	sujet	1
0	2	1	1	-1	1	-1	-2	-1	0	0	-2	0	-1	sujet	2
0	0	-1	-1	-2	0	-2	1	-2	-1	2	-1	2	2	sujet	3
0	2	0	2	-1	2	-2	-2	-2	0	-1	-1	-1	1	sujet	4
1	-2	0	0	0	-1	1	1	-2	2	-1	-2	0	-1	sujet	5
0	0	0	1	-1	2	0	-2	-1	-1	-2	-2	1	1	sujet	6
-1	1	0	1	2	2	2	-1	-2	0	0	-2	-1	-1	sujet	7
1	1	-1	-2	0	2	-2	0	-2	0	2	-2	-1	1	sujet	8
-1	2	0	0	0	2	-2	-2	0	-1	2	-2	1	1	sujet	9
0	-2	2	1	-2	2	1	-2	-1	1	1	-1	2	0	sujet	10
0	-2	1	2	0	1	-2	-1	-1	0	1	-1	2	0	sujet	11
0	2	1	2	1	1	-1	-1	-2	0	-2	-1	-2	1	sujet	12
1	1	1	0	-1	2	-1	-2	-2	-1	0	-2	1	2	sujet	13
0	2	-1	1	0	2	-1	-1	-2	0	0	-2	2	2	sujet	14
1	2	0	2	-1	1	-2	-2	-2	0	-1	-1	-1	1	sujet	15
1	1	-1	2	1	2	-2	1	-2	0	0	2	0	0	sujet	16
0	1	0	-1	-1	1	-1	-2	-1	1	0	-2	2	1	sujet	17
0	-2	0	-1	0	2	1	-1	-2	-1	1	-2	0	1	sujet	18
1	0	-1	-2	-2	2	-1	0	-1	0	2	-2	0	1	sujet	19
0	2	1	1	1	0	0	0	-2	-1	-2	-2	-2	2	sujet	20
2	-1	-1	1	1	0	0	-1	-2	0	1	-2	1	2	sujet	21
1	2	0	0	2	0	-1	1	-2	1	-1	-2	2	-1	sujet	22
2	-2	2	-1	-1	2	0	-1	-2	1	0	-2	0	1	sujet	23
0	-2	-2	-2	2	2	2	2	0	-1	-1	-1	-2	1	sujet	24
2	1	1	1	2	1	0	2	0	-2	0	-2	0	-2	sujet	25
2	-2	1	1	0	1	-2	0	0	-1	2	-2	-1	2	sujet	26
-2	2	-1	-2	1	2	-1	0	2	2	-1	-2	-1	0	sujet	27
1	0	1	1	2	-2	-2	0	-1	0	1	-2	0	2	sujet	28
-2	1	-1	2	2	1	-1	0	-2	0	-1	2	-1	0	sujet	29
1	-1	1	2	2	0	2	1	-2	0	-1	2	0	-1	sujet	30
2	2	1	2	2	-1	-1	1	-2	-1	-2	1	0	-2	sujet	31
-2	0	-1	2	1	1	-2	0	1	-1	-1	2	-2	2	sujet	32
1	-2	-2	2	1	1	0	-1	0	-1	2	-1	-2	0	sujet	33
1	1	-1	2	-1	2	-2	-2	-1	2	-1	-2	0	2	sujet	34
2	1	-1	2	1	2	-1	-1	-2	-2	0	-2	1	0	sujet	35
-1	0	1	-1	1	2	0	-2	-2	0	-2	0	-1	2	sujet	36
1	1	-2	2	2	1	-2	-1	0	0	1	0	0	-2	sujet	37
0	0	-2	2	2	2	-1	-2	-2	-2	1	-1	0	1	sujet	38
2	0	-1	2	0	1	-1	-2	-2	1	1	-2	-1	0	sujet	39
1	0	-2	1	-1	-2	-1	0	-2	-1	-1	-2	2	2	sujet	40

0001 5 3 4 4 5 1 4 2 2 2 3 5 1 5 3 4 3 2 1 1  
0002 5 3 5 4 4 2 4 2 1 2 3 3 1 3 2 5 5 1 4 1  
0003 4 3 3 2 2 1 3 1 4 1 2 5 2 5 5 4 4 1 5 3  
0004 4 3 5 3 5 2 5 1 1 1 3 2 2 2 4 4 4 3 5 1  
0005 5 4 1 3 3 3 2 4 4 2 5 2 1 3 2 5 4 1 5 2  
0006 5 3 3 3 4 2 5 3 1 2 2 1 1 4 4 4 5 1 5 2  
0007 3 2 4 3 4 5 5 5 2 1 3 3 1 2 2 5 4 1 4 1  
0008 5 4 4 2 1 3 5 1 3 1 3 5 1 2 4 5 2 2 4 3  
0009 5 2 5 3 3 3 5 1 1 3 2 5 1 4 4 4 2 2 4 1  
0010 5 3 1 5 4 1 5 4 1 2 4 4 2 5 3 3 3 2 2 1  
0011 5 3 1 4 5 3 4 1 2 2 3 4 2 5 3 5 1 1 4 2  
0012 5 3 5 4 5 4 4 2 2 1 3 1 2 1 4 3 3 1 5 2  
0013 5 4 4 4 3 2 5 2 1 1 2 3 1 4 5 3 3 2 5 1  
0014 4 3 5 2 4 3 5 2 2 1 3 3 1 5 5 4 4 1 2 1  
0015 3 4 5 3 5 2 4 1 1 1 3 2 2 2 4 5 4 3 5 1  
0016 2 4 4 2 5 4 5 1 4 1 3 3 5 3 3 2 5 1 1 2  
0017 5 3 4 3 2 2 4 2 1 2 4 3 1 5 4 3 5 1 5 1  
0018 5 3 1 3 2 3 5 4 2 1 2 5 1 3 4 4 5 2 5 1  
0019 4 4 3 2 1 1 5 2 3 2 3 5 1 3 4 4 5 2 5 1  
0020 5 3 5 4 4 4 3 3 3 1 2 1 1 1 5 5 2 2 4 2  
0021 5 5 2 2 4 4 3 3 2 1 3 4 1 4 5 2 3 1 5 1  
0022 5 4 5 3 3 5 3 2 4 1 4 2 1 5 2 4 2 1 3 1  
0023 5 5 1 5 2 2 5 3 2 1 4 3 1 3 4 4 3 1 4 2  
0024 3 3 1 1 1 5 5 5 3 2 2 2 1 4 4 3 4 4 2  
0025 5 5 4 4 4 5 4 3 5 3 1 3 1 3 1 1 2 2 2 2  
0026 4 5 1 4 4 3 4 1 3 3 2 5 1 2 5 3 2 2 5 5  
0027 4 1 5 2 1 4 5 2 3 5 5 2 1 2 3 4 3 3 4 1  
0028 1 4 3 4 4 5 1 1 3 2 3 4 1 3 5 2 2 2 5 5  
0029 3 1 4 2 5 5 4 2 3 1 3 2 5 2 3 5 1 4 4 1  
0030 4 4 2 4 5 5 3 5 4 1 3 2 5 3 2 3 2 1 1 1  
0031 3 5 5 4 5 5 2 2 4 1 2 1 4 3 1 4 3 3 1 2  
0032 1 1 3 2 5 4 4 1 3 4 2 2 5 1 5 4 3 3 5 2  
0033 5 4 1 1 5 4 4 3 2 3 2 5 2 1 3 4 1 2 5 3  
0034 4 4 4 2 5 2 5 1 1 2 5 2 1 3 5 1 3 4 3 3  
0035 3 5 4 2 5 4 5 2 2 1 1 3 1 4 3 5 3 1 4 2  
0036 5 2 3 4 2 4 5 3 1 1 3 1 3 2 5 4 4 1 5 2  
0037 5 4 4 1 5 5 4 1 2 3 3 4 3 3 1 5 2 2 1 2  
0038 5 3 3 1 5 5 5 2 1 1 1 4 2 3 4 2 4 3 2 4  
0039 4 5 3 2 5 3 4 2 1 1 4 4 1 2 3 5 3 2 5 1  
0040 4 4 3 1 4 2 1 2 3 1 2 2 1 5 5 5 5 3 4 5

-ANEXO H - Dados relativos ao grupo "práticas novas" e  
"práticas tradicionais"

data file: MARIAJO.STA [ 40 cases with 40 variables ]

STAT.           Grouping:   GRUPO (mariajo.sta)  
 BASIC          Group 1: NOV  
 STATS         Group 2: TRA

Variable	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N	Std.Dev.	Std.Dev.
	NOV	TRA				NOV	TRA	NOV	TRA
P1	1.45000	.90000	1.60272	38	.117277	20	20	.887041	1.252366
P2	.20000	.70000	-1.44655	38	.156222	20	20	.615587	1.417930
P3	.60000	.05000	1.21592	38	.231516	20	20	1.500877	1.356272
P4	.15000	-.45000	1.69706	38	.097864	20	20	.875094	1.316894
P5	.55000	.95000	-.91958	38	.363595	20	20	1.356272	1.394538
P6	-.45000*	1.05000*	-4.22489*	38*	.000144*	20*	20*	1.145931*	1.099043*
P7	1.35000	.80000	1.58511	38	.121230	20	20	.875094	1.281447
P8	-.80000	-.70000	-.26190	38	.794812	20	20	1.239694	1.174286
P9	-.95000	-.30000	-1.73802	38	.090307	20	20	1.099043	1.260743
P10	-1.55000	-1.05000	-1.62673	38	.112060	20	20	.604805	1.234376
P11	-.10000	-.25000	.46495	38	.644618	20	20	.788069	1.208522
P12	.20000	-.15000	.84142	38	.405378	20	20	1.399248	1.225819
P13	-1.50000	-.90000	-1.50000	38	.141878	20	20	.945905	1.518309
P14	.35000	-.25000	1.48183	38	.146631	20	20	1.386969	1.164158
P15	.70000	.45000	.63366	38	.530100	20	20	.978721	1.468081
P16	1.05000	.55000	1.40830	38	.167173	20	20	.887041	1.316894
P17	.65000*	-.30000*	2.70847*	38*	.010078*	20*	20*	1.225819*	.978721*
P18	-1.40000*	-.75000*	-2.29245*	38*	.027508*	20*	20*	.680557*	1.069924*
P19	1.00000	.60000	.88976	38	.379195	20	20	1.376494	1.465390
P20	-1.50000	-.95000	-1.89679	38	.065476	20	20	.688247	1.099043

ANEXO I - Tratamento de dados no programa "Statística"

RIAJO. STA

ta file: MARIAJO.STA [ 40 cases with 38 variables ]

RIABLE SPECIFICATIONS:

No	Name	Format	MD Code	Long Label
1	I1	2.0	-9999	
2	I2	2.0	-9999	
3	I3	2.0	-9999	
4	I4	2.0	-9999	
5	I5	2.0	-9999	
6	I6	2.0	-9999	
7	I7	2.0	-9999	
8	I8	2.0	-9999	
9	I9	2.0	-9999	
10	I10	2.0	-9999	
11	I11	2.0	-9999	
12	I12	2.0	-9999	
13	I13	2.0	-9999	
14	I14	2.0	-9999	
15	P1	2.0	-9999	
16	P2	2.0	-9999	
17	P3	2.0	-9999	
18	P4	2.0	-9999	
19	P5	2.0	-9999	
20	P6	2.0	-9999	
21	P7	2.0	-9999	
22	P8	2.0	-9999	
23	P9	2.0	-9999	
24	P10	3.0	-9999	
25	P11	3.0	-9999	
26	P12	3.0	-9999	
27	P13	3.0	-9999	
28	P14	3.0	-9999	
29	P15	3.0	-9999	
30	P16	3.0	-9999	
31	P17	3.0	-9999	
32	P18	3.0	-9999	
33	P19	3.0	-9999	
34	P20	3.0	-9999	
35	SEX	3.0	-9999	
36	IDA	3.0	-9999	
37	FOR	3.0	-9999	
38	SER	3.0	-9999	

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I11	I11	I11	I11	I11	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
1	3	2	3	4	4	2	3	4	4	5	4	4	4	4	2	0	1	1	2	-2	1	-1	-1	-1	0	2	-2	2
2	1	4	5	3	3	3	3	3	5	5	5	3	3	4	2	0	2	1	1	-1	1	-1	-2	-1	0	0	-2	0
3	3	2	5	3	3	3	3	4	2	5	5	5	5	4	1	0	0	-1	-1	-2	0	-2	1	-2	-1	2	-1	2
4	3	5	5	3	5	5	3	4	5	5	5	4	5	5	1	0	2	0	2	-1	2	-2	-2	-2	0	-1	-1	-1
5	3	3	5	4	4	4	3	3	5	5	4	4	3	5	2	1	-2	0	0	0	-1	1	1	-2	2	-1	-2	0
6	3	5	4	5	4	3	3	4	4	5	5	4	4	4	2	0	0	0	1	-1	2	0	-2	-1	-1	-2	-2	1
7	3	1	4	4	3	3	4	4	2	4	4	4	4	4	0	-1	1	0	1	2	2	2	-1	-2	0	0	-2	-1
8	1	4	5	3	4	1	2	4	5	5	5	3	4	5	2	1	1	-1	-2	0	2	-2	0	-2	0	2	-2	-1
9	1	5	4	4	3	3	4	3	5	5	5	3	4	4	2	-1	2	0	0	2	-2	-2	0	-1	1	1	-1	2
10	4	3	5	5	4	3	3	4	5	5	5	4	5	5	2	0	-2	2	1	-2	2	1	-2	-1	1	1	-1	2
11	1	3	5	3	4	3	4	4	5	5	5	3	4	3	2	0	-2	1	2	0	1	-2	-1	-1	0	1	-1	2
12	1	3	5	4	3	3	4	3	1	5	5	4	4	4	2	0	2	1	2	1	1	-1	-1	-2	0	-2	-1	-2
13	3	3	4	3	3	3	3	3	4	5	4	4	4	4	2	1	1	1	0	-1	2	-1	-2	-2	-1	0	-2	1
14	1	3	5	3	3	3	3	3	1	5	5	4	4	3	1	0	2	-1	1	0	2	-1	-1	-2	0	0	-2	2
15	3	5	5	4	5	5	3	4	5	5	5	4	5	5	0	1	2	0	2	-1	1	-2	-2	-2	0	-1	-1	-1
16	1	4	5	5	4	2	3	5	5	5	5	5	4	5	-1	1	1	-1	2	1	2	-2	1	-2	0	0	2	0
17	1	4	4	3	3	3	4	4	1	4	5	3	4	4	2	0	1	0	-1	-1	1	-1	-2	-1	1	0	-2	2

RIAJO. STA

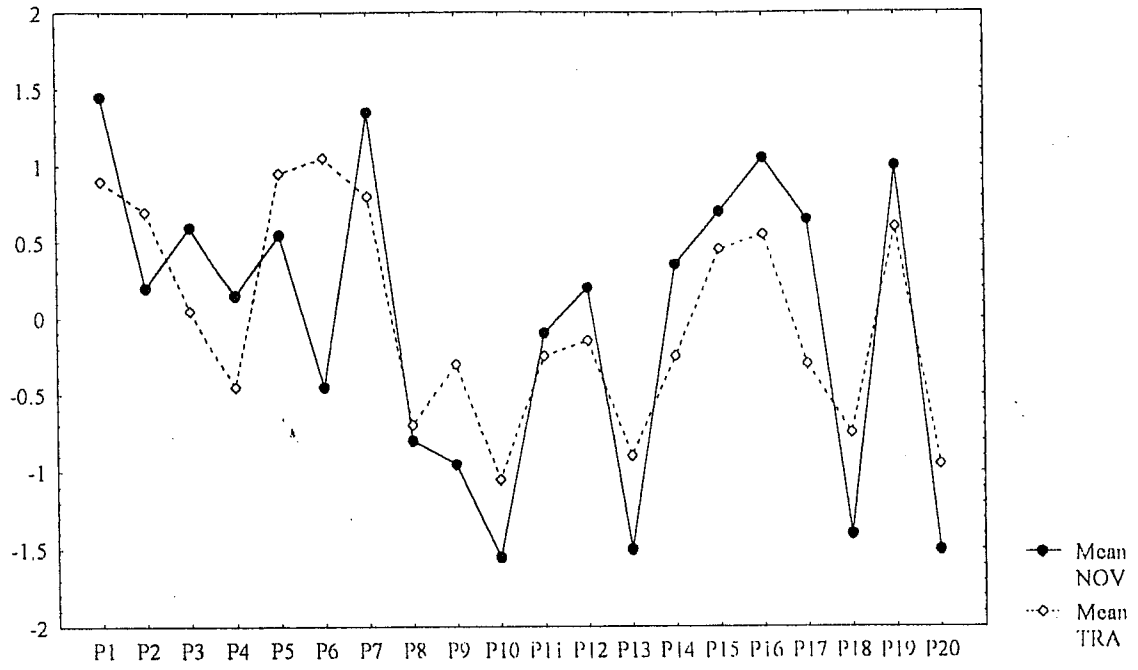
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
8	1	4	4	4	3	3	4	3	4	5	5	4	4	4	2	0	-2	0	-1	0	2	1	-1	-2	-1	1	-2	0
9	1	1	5	4	3	2	2	4	1	5	5	4	4	5	1	1	0	-1	-2	-2	2	-1	0	-1	0	2	-2	0
0	3	3	5	4	3	3	4	4	5	5	5	4	4	4	2	0	2	1	1	1	0	0	0	-2	-1	-2	-2	-2
1	1	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	-1	-1	1	1	0	0	-1	-2	0	1	-2	1
2	1	1	4	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	1	2	0	0	2	0	-1	1	-2	1	-1	-2	2
3	2	2	3	3	2	1	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	-2	2	-1	-1	2	0	-1	-2	1	0	-2	0
4	1	1	4	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	1	0	0	-2	-2	-2	2	2	2	0	0	-1	-1	-1	-2
5	1	1	3	3	2	1	3	3	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	0	2	0	-2	0	-2	0
6	1	1	3	3	3	1	3	3	2	3	3	3	2	2	1	2	-2	1	1	0	1	-2	0	0	-1	2	-2	-1
7	2	2	4	4	3	2	4	4	3	4	3	3	2	2	1	-2	2	-1	-2	1	2	-1	0	2	2	-1	-2	-1
8	1	1	3	3	2	1	2	3	3	4	4	3	2	2	-2	1	0	1	1	2	-2	-2	0	-1	0	1	-2	0
9	2	1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	0	-2	1	-1	2	2	1	-1	0	-2	0	-1	2	-1
0	1	1	4	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	1	1	-1	1	2	2	0	2	1	-2	0	-1	2	0
1	1	1	3	3	3	2	2	3	3	4	4	4	2	3	0	2	2	1	2	2	-1	-1	1	-2	-1	-2	1	0
2	1	1	4	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	4	-2	-2	0	-1	2	1	1	-2	0	1	-1	-1	2	-2
3	2	2	4	4	2	2	4	3	3	4	3	4	3	3	2	1	-2	-2	2	1	1	0	-1	0	-1	2	-1	-2
4	1	3	4	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	1	1	1	1	-1	2	-1	2	-2	-2	-1	2	-1	-2	0
5	1	1	4	3	1	2	3	3	1	3	4	3	2	2	0	2	1	-1	2	1	2	-1	-1	-2	-2	0	-2	1
6	1	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	-1	0	1	-1	1	2	0	-2	-2	0	-2	0	-1
7	1	2	3	4	2	2	2	3	3	3	4	4	3	1	2	1	1	-2	2	2	1	-2	-1	0	0	1	0	0
8	1	1	4	3	3	2	3	3	2	3	3	4	2	1	2	0	0	-2	2	2	2	-1	-2	-2	-2	1	-1	0
9	1	2	4	3	2	2	3	3	2	4	3	4	3	1	2	0	-1	2	0	1	-1	-2	-2	-2	1	1	-2	-1
0	2	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	1	1	0	-2	1	-1	-2	-1	0	-2	-1	-1	-2	2

	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
	P15	P16	P17	P18	P19	P20	SEX	IDA	FOR	SER
1	0	1	0	-1	-2	-2	1	23	11	18
2	-1	2	2	-2	1	-2	1	25	11	12
3	2	1	1	-2	2	0	1	29	11	24
4	1	1	1	0	2	-2	1	24	11	19
5	-1	2	1	-2	2	-1	1	26	12	33
6	1	1	2	-2	2	-1	1	24	11	8
7	-1	2	1	-2	1	-2	2	23	11	6
8	1	2	-1	-1	1	0	1	23	11	8
9	1	1	-1	-1	1	-2	1	22	11	7
10	0	0	0	-1	-1	-2	1	24	11	19
11	0	2	-2	-2	1	-1	1	23	11	19
12	1	0	0	-2	2	-1	1	23	11	20
13	2	0	0	-1	2	-2	1	24	11	19
14	2	1	1	-2	-1	-2	2	22	11	12
15	1	2	1	0	2	-2	1	25	11	19
16	0	-1	2	-2	-2	-1	1	26	11	25
17	1	0	2	-2	2	-2	2	26	11	20
18	1	1	2	-1	2	-2	1	25	11	24
19	1	1	2	-1	2	-2	1	22	11	8
20	2	2	-1	-1	1	-1	1	27	11	32
21	2	-1	0	-2	2	-2	1	48	12	312
22	-1	1	-1	-2	0	-2	1	47	12	312
23	1	1	0	-2	1	-1	1	54	5	300
24	1	1	0	1	1	-1	1	43	12	240
25	-2	-2	-1	-1	-1	-1	2	61	5	300
26	2	0	-1	-1	2	-2	1	48	12	228
27	0	1	0	0	1	-2	1	49	12	240
28	2	-1	-1	-1	2	2	2	42	12	216
29	0	2	-2	1	1	-2	1	45	12	240
30	-1	0	-1	-2	-2	-2	2	38	5	180
31	-2	1	0	0	-2	-1	1	44	12	216
32	2	1	0	0	2	-1	2	39	12	180
33	0	1	-2	-1	2	0	1	62	4	408
34	2	-2	0	1	0	0	1	41	12	264
35	0	2	0	-2	1	-1	1	45	4	312
36	2	1	1	-2	2	-1	1	37	12	204
37	-2	2	-1	-1	-2	-1	1	37	4	180
38	1	-1	1	0	-1	1	1	55	4	360

RIAJO. STA

	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38
	P15	P16	P17	P18	P19	P20	SEX	IDA	FOR	SER
9	0	2	0	-1	2	-2	1	46	4	288
0	2	2	2	0	1	0	1	40	12	240

Práticas novas vs práticas tradicionais



ata file: MARIAJO.STA [ 40 cases with 40 variables ]

STAT.       Grouping:   GRUPO (mariajo.sta)  
 BASIC      Group 1: NOV  
 STATS      Group 2: TRA

Variable	Mean	Mean	t-value	df	p	Valid N	Valid N	Std.Dev.	Std.Dev.
	NOV	TRA				NOV	TRA	NOV	TRA
P1	1.45000	.90000	1.60272	38	.117277	20	20	.887041	1.252366
P2	.20000	.70000	-1.44655	38	.156222	20	20	.615587	1.417930
P3	.60000	.05000	1.21592	38	.231516	20	20	1.500877	1.356272
P4	.15000	-.45000	1.69706	38	.097864	20	20	.875094	1.316894
P5	.55000	.95000	-.91958	38	.363595	20	20	1.356272	1.394538
P6	-.45000*	1.05000*	-4.22489*	38*	.000144*	20*	20*	1.145931*	1.099043*
P7	1.35000	.80000	1.58511	38	.121230	20	20	.875094	1.281447
P8	-.80000	-.70000	-.26190	38	.794812	20	20	1.239694	1.174286
P9	-.95000	-.30000	-1.73802	38	.090307	20	20	1.099043	1.260743
P10	-1.55000	-1.05000	-1.62673	38	.112060	20	20	.604805	1.234376
P11	-.10000	-.25000	.46495	38	.644618	20	20	.788069	1.208522
P12	.20000	-.15000	.84142	38	.405378	20	20	1.399248	1.225819
P13	-1.50000	-.90000	-1.50000	38	.141878	20	20	.945905	1.518309
P14	.35000	-.25000	1.48163	38	.146631	20	20	1.386969	1.164158
P15	.70000	.45000	.63366	38	.530100	20	20	.978721	1.468081
P16	1.05000	.55000	1.40830	38	.167173	20	20	.887041	1.316894
P17	.65000*	-.30000*	2.70847*	38*	.010078*	20*	20*	1.225819*	.978721*
P18	-1.40000*	-.75000*	-2.29245*	38*	.027508*	20*	20*	.680557*	1.069924*
P19	1.00000	.60000	.88976	38	.379195	20	20	1.376494	1.465390
P20	-1.50000	-.35000	-1.89679	38	.065476	20	20	.688247	1.099043

data file: MARIAJO.STA [ 40 cases with 40 variables ]

STAT. SEX (mariajo.sta)  
 BASIC  
 STATS

Value	Count	Cumul. Count	Percent	Cumul. Percent
1.00000	33	33	82.50000	82.5000
2.00000	7	40	17.50000	100.0000
Missing	0	40	0.00000	100.0000

STAT. Correlations (mariajo.sta)  
 BASIC Marked correlations are significant at p < .05000  
 STATS N=40 (Casewise deletion of missing data)

Variable	SER
IDA	.97 *

STAT. Summary Frequency Table (mariajo.sta)  
 BASIC Marked cells have counts > 10  
 STATS (Marginal summaries are not marked)

FOR	GRUPO NOV	GRUPO TRA	Row Totals
G_1:4	0	5	5
G_2:5	0	3	3
G_3:11	19 *	0	19
G_4:12	1	12 *	13
All Grps	20	20	40

ca file: NEW.STA [ 10 cases with 10 variables ]

RELIABILITY RESULTS

Number of items in scale: 14  
 Number of valid cases: 40  
 Number of cases with missing data: 0

Summary statistics for scale:

Mean: 44.175000000 Sum: 1767.0000000  
 Standard Deviation: 9.702802430 Variance: 94.144375000  
 Skewness: .202019251 Kurtosis: -1.119110356  
 Minimum: 26.000000000 Maximum: 63.000000000  
 Cronbach's alpha: .927021356 Standardized alpha: .930791088  
 Average Inter-Item Correlation: .509249940

variable	Mean if deleted	Var. if deleted	StDv. if deleted	Itm-Totl Correl.	Alpha if deleted
I1	42.52500	84.64937	9.200509	.517807	.926215
I2	41.75000	75.58749	8.694107	.732078	.920520
I3	40.12500	83.70937	9.149282	.695503	.921474
I4	40.72500	87.09937	9.332705	.564875	.925286
I5	41.25000	81.18749	9.010410	.771030	.918740
I6	41.75000	81.63750	9.035347	.702343	.920643
I7	41.17500	89.59437	9.465430	.322855	.930323
I8	40.90000	85.39001	9.240671	.670350	.922781
I9	41.10000	78.24001	8.845338	.570608	.928463
I10	40.15000	77.57750	8.807809	.871753	.914642
I11	40.20000	79.81000	8.933644	.805634	.917324
I12	40.75000	84.83750	9.210728	.613463	.923587
I13	40.92500	78.16938	8.841345	.829346	.916101
I14	40.95000	75.34750	8.680294	.790638	.917557

STAT. Grouping: GRUPO (mariajo.sta)  
 BASIC Group 1: NOV  
 STATS Group 2: TRA

Variable	Mean NOV	Mean TRA	t-value	df	p	Valid N NOV	Valid N TRA	Std.Dev. NOV	Std.Dev. TRA	v
TOT	52.85000*	35.50000*	12.30438*	38*	.000000*	20*	20*	5.091531*	3.720498*	1

ANEXO J - Tratamento de dados no programa "Anasim"

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15		
0	1	1	2	-2	1	-1	-1	-1	0	2	-2	2	0	sujet	1
0	2	1	1	-1	1	-1	-2	-1	0	0	-2	0	-1	sujet	2
0	0	-1	-1	-2	0	-2	1	-2	-1	2	-1	2	2	sujet	3
0	2	0	2	-1	2	-2	-2	-2	0	-1	-1	-1	1	sujet	4
1	-2	0	0	0	-1	1	1	-2	2	-1	-2	0	-1	sujet	5
0	0	0	1	-1	2	0	-2	-1	-1	-2	-2	1	1	sujet	6
-1	1	0	1	2	2	2	-1	-2	0	0	-2	-1	-1	sujet	7
1	1	-1	-2	0	2	-2	0	-2	0	2	-2	-1	1	sujet	8
-1	2	0	0	0	2	-2	-2	0	-1	2	-2	1	1	sujet	9
0	-2	2	1	-2	2	1	-2	-1	1	1	-1	2	0	sujet	10
0	-2	1	2	0	1	-2	-1	-1	0	1	-1	2	0	sujet	11
0	2	1	2	1	1	-1	-1	-2	0	-2	-1	-2	1	sujet	12
1	1	1	0	-1	2	-1	-2	-2	-1	0	-2	1	2	sujet	13
0	2	-1	1	0	2	-1	-1	-2	0	0	-2	2	2	sujet	14
1	2	0	2	-1	1	-2	-2	-2	0	-1	-1	-1	1	sujet	15
1	1	-1	2	1	2	-2	1	-2	0	0	2	0	0	sujet	16
0	1	0	-1	-1	1	-1	-2	-1	1	0	-2	2	1	sujet	17
0	-2	0	-1	0	2	1	-1	-2	-1	1	-2	0	1	sujet	18
1	0	-1	-2	-2	2	-1	0	-1	0	2	-2	0	1	sujet	19
0	2	1	1	1	0	0	0	-2	-1	-2	-2	-2	2	sujet	20
2	-1	-1	1	1	0	0	-1	-2	0	1	-2	1	2	sujet	21
1	2	0	0	2	0	-1	1	-2	1	-1	-2	2	-1	sujet	22
2	-2	2	-1	-1	2	0	-1	-2	1	0	-2	0	1	sujet	23
0	-2	-2	-2	2	2	2	2	0	-1	-1	-1	-2	1	sujet	24
2	1	1	1	2	1	0	2	0	-2	0	-2	0	-2	sujet	25
2	-2	1	1	0	1	-2	0	0	-1	2	-2	-1	2	sujet	26
-2	2	-1	-2	1	2	-1	0	2	2	-1	-2	-1	0	sujet	27
1	0	1	1	2	-2	-2	0	-1	0	1	-2	0	2	sujet	28
-2	1	-1	2	2	1	-1	0	-2	0	-1	2	-1	0	sujet	29
1	-1	1	2	2	0	2	1	-2	0	-1	2	0	-1	sujet	30
2	2	1	2	2	-1	-1	1	-2	-1	-2	1	0	-2	sujet	31
-2	0	-1	2	1	1	-2	0	1	-1	-1	2	-2	2	sujet	32
1	-2	-2	2	1	1	0	-1	0	-1	2	-1	-2	0	sujet	33
1	1	-1	2	-1	2	-2	-2	-1	2	-1	-2	0	2	sujet	34
2	1	-1	2	1	2	-1	-1	-2	-2	0	-2	1	0	sujet	35
-1	0	1	-1	1	2	0	-2	-2	0	-2	0	-1	2	sujet	36
1	1	-2	2	2	1	-2	-1	0	0	1	0	0	-2	sujet	37
0	0	-2	2	2	2	-1	-2	-2	-2	1	-1	0	1	sujet	38
2	0	-1	2	0	1	-1	-2	-2	1	1	-2	-1	0	sujet	39
1	0	-2	1	-1	-2	-1	0	-2	-1	-1	-2	2	2	sujet	40

17	18	19	20
0	-1	-2	-2
2	-2	1	-2
1	-2	2	0
1	0	2	-2
1	-2	2	-1
2	-2	2	-1
1	-2	1	-2
-1	-1	1	0
-1	-1	1	-2
0	-1	-1	-2
-2	-2	1	-1
0	-2	2	-1
0	-1	2	-2
1	-2	-1	-2
1	0	2	-2
2	-2	-2	-1
2	-2	2	-2
2	-1	2	-2
2	-1	2	-2
-1	-1	1	-1
0	-2	2	-2
-1	-2	0	-2
0	-2	1	-1
0	1	1	-1
-1	-1	-1	-1
-1	-1	2	2
0	0	1	-2
-1	-1	2	2
-2	1	1	-2
-1	-2	-2	-2
0	0	-2	-1
0	0	2	-1
-2	-1	2	0
0	1	0	0
0	-2	1	-1
1	-2	2	-1
-1	-1	-2	-1
1	0	-1	1
0	-1	2	-2
2	0	1	0



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
.23	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
.23	+.30	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
.35	+.52	+.23	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
.20	+.27	+.33	+.50	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
.15	+.38	+.13	+.40	+.30	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
.50	+.33	+.38	+.30	+.30	+.00	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
.23	+.25	-.20	+.33	+.08	+.42	-.18	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
.30	+.38	-.07	+.10	-.10	+.40	-.30	+.42	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
.50	+.08	-.18	+.15	-.10	+.30	-.45	+.48	+.40	-1	-1	-1	-1	-1	-1
.17	+.65	+.15	+.52	+.27	+.42	+.13	+.35	+.38	+.23	-1	-1	-1	-1	-1
.23	+.35	+.00	+.27	+.02	+.13	+.27	+.05	+.13	+.08	+.35	-1	-1	-1	-1
.63	+.10	-.20	+.02	-.02	+.33	-.43	+.25	+.52	+.63	+.20	+.00	-1	-1	-1
.30	+.33	+.02	+.40	+.20	+.05	+.20	+.02	+.05	+.05	+.33	+.52	-.07	-1	-1
.42	+.55	+.40	+.33	+.17	+.17	+.48	-.05	+.02	-.13	+.30	+.30	-.20	+.38	-1
.60	+.42	+.33	+.35	+.35	+.10	+.40	+.02	-.10	-.30	+.27	+.27	-.43	+.20	+.48
.30	+.48	+.23	+.20	+.25	+.05	+.40	+.13	+.05	-.20	+.38	+.13	-.13	+.20	+.33
.43	+.20	-.10	+.23	+.07	+.27	-.38	+.40	+.42	+.67	+.35	+.05	+.60	-.02	-.05
.48	+.25	+.20	+.23	+.13	+.02	+.38	-.10	-.18	-.32	+.10	+.05	-.45	+.02	+.40
.48	+.15	-.15	+.08	-.18	+.38	-.43	+.35	+.67	+.63	+.25	+.00	+.70	-.07	-.10

N A S I M    ///    FICHER : A:"PRAT. NOV." DISTANCE

16	17	18	19	20
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
-1	-1	-1	-1	-1
+.40	-1	-1	-1	-1
-.23	-.02	-1	-1	-1
+.42	+.33	-.25	-1	-1
-.27	-.18	+.55	-.30	-1

N A S I M    ///    FICHER : A:"PRAT. NOV." DISTANCE

ANEXO L - Tratamento de dados no programa "P. Vergès"

1gru.par  
F(4X, 2012)  
20  
05educacao  
05entrevis  
05tecnicas  
05 formacao  
05urgencia  
05executar  
05iniciati  
05delegar  
05transcre  
05diagnost  
05investig  
05processo  
05registos  
05enfermag  
05integrad  
05vigiar  
05objectiv  
05explicar  
05doente  
05relacoes

0001 5 3 4 4 5 1 4 2 2 2 3 5 1 5 3 4 3 2 1 1  
0002 5 3 5 4 4 2 4 2 1 2 3 3 1 3 2 5 5 1 4 1  
0003 4 3 3 2 2 1 3 1 4 1 2 5 2 5 5 4 4 1 5 3  
0004 4 3 5 3 5 2 5 1 1 1 3 2 2 2 4 4 4 3 5 1  
0005 5 4 1 3 3 3 2 4 4 2 5 2 1 3 2 5 4 1 5 2  
0006 5 3 3 3 4 2 5 3 1 2 2 1 1 4 4 4 5 1 5 2  
0007 3 2 4 3 4 5 5 5 2 1 3 3 1 2 2 5 4 1 4 1  
0008 5 4 4 2 1 3 5 1 3 1 3 5 1 2 4 5 2 2 4 3  
0009 5 2 5 3 3 3 5 1 1 3 2 5 1 4 4 4 2 2 4 1  
0010 5 3 1 5 4 1 5 4 1 2 4 4 2 5 3 3 3 2 2 1  
0011 5 3 1 4 5 3 4 1 2 2 3 4 2 5 3 5 1 1 4 2  
0012 5 3 5 4 5 4 4 2 2 1 3 1 2 1 4 3 3 1 5 2  
0013 5 4 4 4 3 2 5 2 1 1 2 3 1 4 5 3 3 2 5 1  
0014 4 3 5 2 4 3 5 2 2 1 3 3 1 5 5 4 4 1 2 1  
0015 3 4 5 3 5 2 4 1 1 1 3 2 2 2 4 5 4 3 5 1  
0016 2 4 4 2 5 4 5 1 4 1 3 3 5 3 3 2 5 1 1 2  
0017 5 3 4 3 2 2 4 2 1 2 4 3 1 5 4 3 5 1 5 1  
0018 5 3 1 3 2 3 5 4 2 1 2 5 1 3 4 4 5 2 5 1  
0019 4 4 3 2 1 1 5 2 3 2 3 5 1 3 4 4 5 2 5 1  
0020 5 3 5 4 4 4 3 3 3 1 2 1 1 1 5 5 2 2 4 2  
0021 5 5 2 2 4 4 3 3 2 1 3 4 1 4 5 2 3 1 5 1  
0022 5 4 5 3 3 5 3 2 4 1 4 2 1 5 2 4 2 1 3 1  
0023 5 5 1 5 2 2 5 3 2 1 4 3 1 3 4 4 3 1 4 2  
0024 3 3 1 1 1 5 5 5 5 3 2 2 2 1 4 4 3 4 4 2  
0025 5 5 4 4 4 5 4 3 5 3 1 3 1 3 1 1 2 2 2 2  
0026 4 5 1 4 4 3 4 1 3 3 2 5 1 2 5 3 2 2 5 5  
0027 4 1 5 2 1 4 5 2 3 5 5 2 1 2 3 4 3 3 4 1  
0028 1 4 3 4 4 5 1 1 3 2 3 4 1 3 5 2 2 2 5 5  
0029 3 1 4 2 5 5 4 2 3 1 3 2 5 2 3 5 1 4 4 1  
0030 4 4 2 4 5 5 3 5 4 1 3 2 5 3 2 3 2 1 1 1  
0031 3 5 5 4 5 5 2 2 4 1 2 1 4 3 1 4 3 3 1 2  
0032 1 1 3 2 5 4 4 1 3 4 2 2 5 1 5 4 3 3 5 2  
0033 5 4 1 1 5 4 4 3 2 3 2 5 2 1 3 4 1 2 5 3  
0034 4 4 4 2 5 2 5 1 1 2 5 2 1 3 5 1 3 4 3 3  
0035 3 5 4 2 5 4 5 2 2 1 1 3 1 4 3 5 3 1 4 2  
0036 5 2 3 4 2 4 5 3 1 1 3 1 3 2 5 4 4 1 5 2  
0037 5 4 4 1 5 5 4 1 2 3 3 4 3 3 1 5 2 2 1 2  
0038 5 3 3 1 5 5 5 2 1 1 1 4 2 3 4 2 4 3 2 4  
0039 4 5 3 2 5 3 4 2 1 1 4 4 1 2 3 5 3 2 5 1  
0040 4 4 3 1 4 2 1 2 3 1 2 2 1 5 5 5 5 3 4 5

20 100

1: educacao : 0  
2: entrevis : 11 0  
3: tecnicas : -1 -15 0  
4: formacao : 3 25 8 0  
5: urgencia : -18 10 9 -24 0  
6: executar : -6 -15 21 -1 9 0  
7: iniciati : 10 -15 -11 -17 -7 -18 0  
8: delegar : 34 3 -22 13 -29 12 7 0  
9: transcre : -23 -1 12 21 -24 43 -35 18 0  
10: diagnost : -15 -19 -7 -18 -9 3 20 -25 19 0  
11: investig : 5 -7 9 12 -19 -19 5 -10 -19 -3 0  
12: processo : 15 36 -43 -22 18 -5 4 -18 -25 22 -9 0  
13: registos : -18 -41 -6 -13 36 43 1 8 9 4 -11 -20 0  
14: enfermagem : 13 38 17 4 2 2 -21 -10 0 -39 7 5 -28 0  
15: integrad : -9 -17 -26 0 -19 -47 6 -11 -27 0 3 -1 -21 -14 0  
16: vigiar : -8 -13 15 -20 7 -11 -3 -2 -5 -19 0 -16 11 -14 -13 0  
17: objectiv : -3 0 -4 -17 -15 -32 26 1 -29 -19 -1 -21 -8 20 30 0 0  
18: explicar : -39 -37 14 -37 18 5 11 -27 13 33 -8 -14 21 -29 7 1 9 0  
19: doente : -13 -5 -35 0 -18 -38 1 -4 -25 12 5 23 -18 -30 55 4 4 -10 0  
20: relacoes : -6 8 -23 -8 4 -19 0 -29 -11 17 -36 23 -16 0 38 -18 14 21 11 0

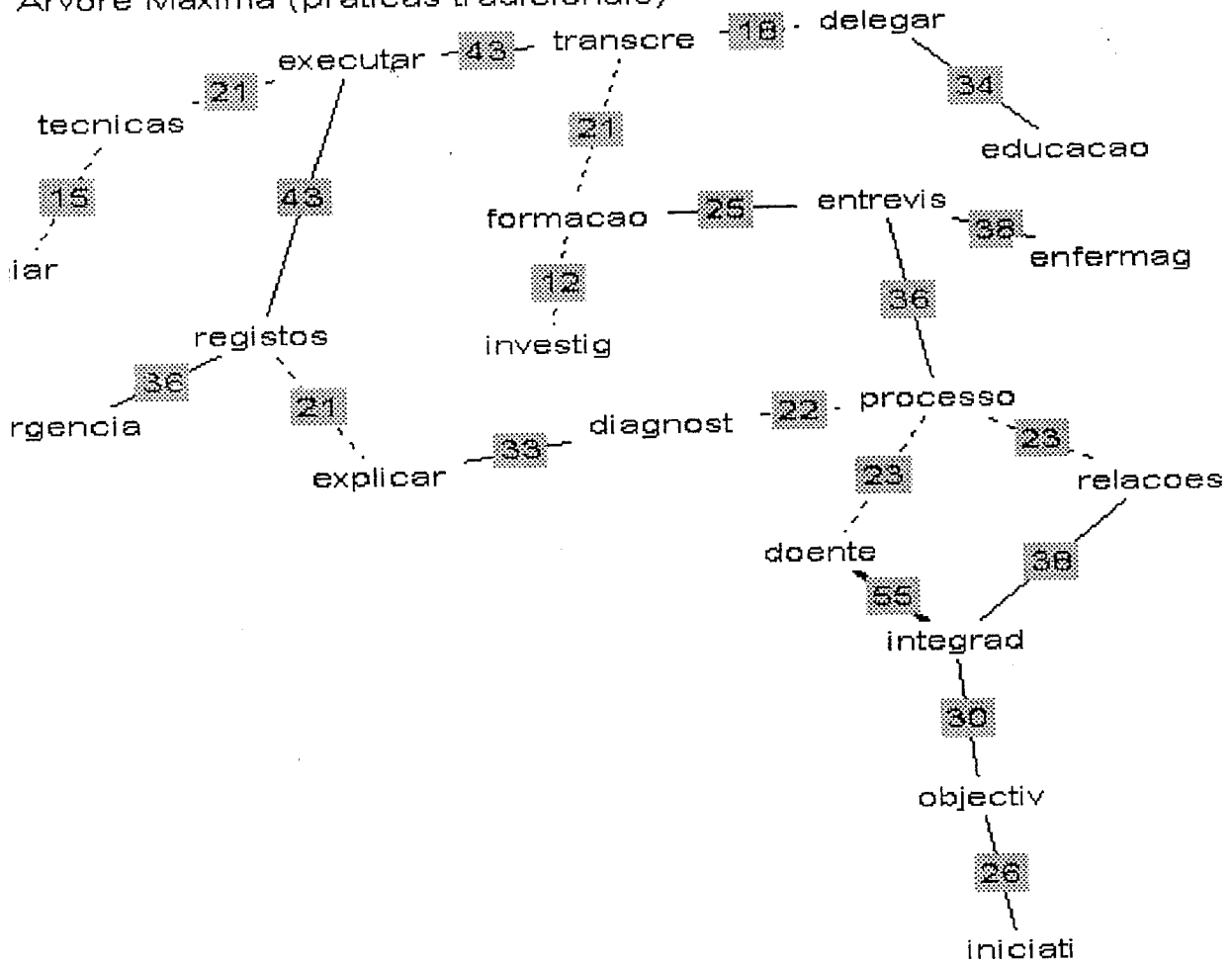
Matriz "práticas tradicionais"

20 100

1: educacao : 0  
2: entrevis : -13 0  
3: tecnicas : -17 -14 0  
4: formacao : 53 -23 2 0  
5: urgencia : -17 -11 28 37 0  
6: executar : -3 -13 20 -5 16 0  
7: iniciati : -19 -3 -1 -23 -10 4 0  
8: delegar : 26 -19 -28 28 -14 9 0 0  
9: transcre : -20 29 -24 -37 -14 27 -25 0 0  
10: diagnost : 44 -19 -25 24 -10 -32 -8 9 -25 0  
11: investig : -5 20 -11 5 13 -5 -14 10 2 25 0  
12: processo : 9 -2 -30 -14 -34 -21 34 -12 10 29 0 0  
13: registos : -34 15 4 14 63 7 0 -37 -4 -21 26 -19 0  
14: enfermagem : 22 -12 -33 11 -3 -39 10 1 -21 52 14 36 -10 0  
15: integrad : 4 10 33 -13 -15 1 15 -12 -10 -35 -47 -11 -13 -9 0  
16: vigiar : 2 -3 5 -1 -2 15 -30 4 20 0 1 -2 -25 -29 -15 0  
17: objectiv : -30 12 -10 -35 -13 -13 20 13 -12 -4 19 2 -20 15 -13 -4 0  
18: explicar : 2 17 15 4 -6 -38 22 -9 -7 1 -31 13 2 -18 14 3 -30 0  
19: doente : 1 18 -6 -7 -27 -8 -11 4 -25 -12 -11 -24 -16 -15 25 8 22 17 0  
20: relacoes : 2 24 -14 -7 9 48 -28 -18 58 -12 0 -28 17 -27 -3 17 -24 -31 -3 0

Matriz "práticas novas"

Àrvore Máxima (práticas tradicionais)



Árvore Máxima (práticas novas)

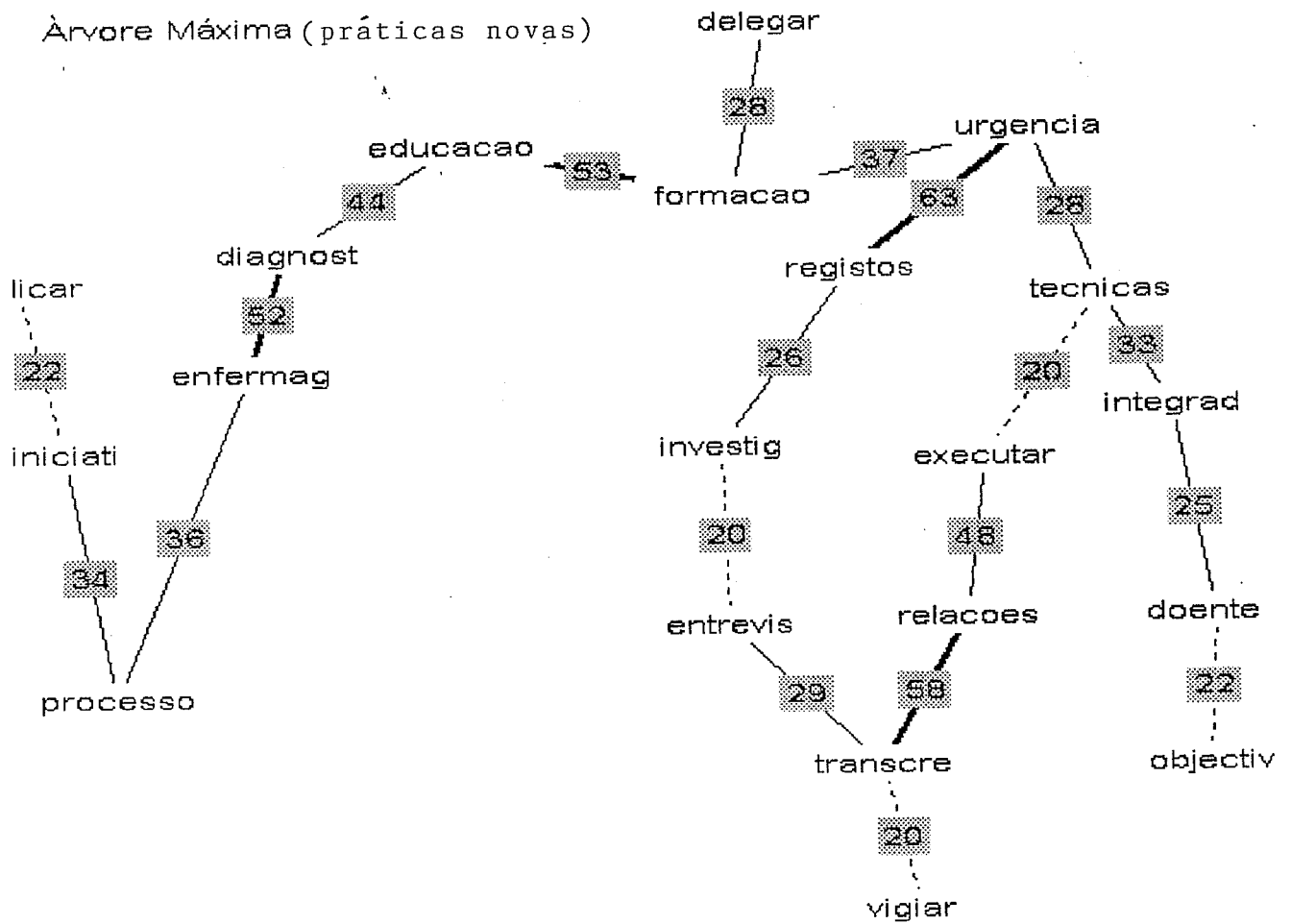


Gráfico com filtro a 24%  
(práticas novas)

