

# **UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

## **MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE**

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em  
**Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde**

## **INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ESPANHÓIS NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS**

– CASO PARTICULAR: CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS –

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Helga Marília da Silva Rafael Henriques**

Orientador:

**Prof. Doutor. Carlos Alberto da Silva**

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

**Évora**

**Novembro de 2005**

# UNIVERSIDADE DE ÉVORA

## MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em  
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

## INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ESPANHÓIS NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

– CASO PARTICULAR: CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS –

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Helga Marília da Silva Rafael Henriques**

Orientador:

Prof. Doutor. Carlos Alberto da Silva

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]



156 953

Évora

Novembro de 2005

*A meus pais e ao Diogo.*

## INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ESPANHÓIS NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

### RESUMO

Os acontecimentos da sociedade actual, irrefutavelmente condicionados pela tendência globalizante dos mercados, pautam-se por importantes transformações ao nível dos contextos de acção e das práticas de gestão. A diversidade cultural em contexto de trabalho ganha uma nova expressão ao nível da enfermagem, com a admissão de enfermeiros espanhóis em organizações de saúde portuguesas.

O interesse por esta problemática motivou a realização dum estudo exploratório de carácter qualitativo, cujo principal interesse consiste em dar resposta a duas perguntas de investigação: *Como se processa a integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português? Que medidas a implementar no sentido de melhorar a integração destes profissionais nas organizações de saúde?*

O processo de integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português resulta quer da adaptação do recém-chegado ao contexto de trabalho, quer do ajustamento da organização de saúde aos seus elementos. Desta co-participação nos locais de trabalho resulta a integração profissional, que ocorre segundo três planos: a integração estrutural, a integração instrumental e a integração relacional. Os resultados demonstram que a integração instrumental é mais valorizada pelos entrevistados do que a integração estrutural e que a dimensão relacional atravessa todo o processo de integração. Os aspectos relacionados com a mudança de país são aqueles que mais interferem negativamente no processo de integração dos entrevistados. A interacção estabelecida com os outros foi identificada como o factor que mais interferiu positivamente na integração profissional, sendo a competência inter-relacional fundamental para que se verifique aprendizagem e adaptação nos locais de trabalho.

Os resultados desta investigação acrescentam um conjunto de novos dados que ajudam ao entendimento da problemática da integração profissional dos enfermeiros espanhóis nas organizações de saúde portuguesas, resultados possivelmente a aplicar e/ou comparar numa situação de integração profissional dum estrangeiro qualificado numa organização de saúde portuguesa, ou em qualquer outra área, em qualquer outro país.

**Palavras-chave:** Integração Profissional, Co-participação, Enfermagem, Espanhóis

# PROFESSIONAL INTEGRATION OF SPANISH NURSES IN THE PORTUGUESE HEALTH CARE SYSTEM

## ABSTRACT

The happenings of today's society, undeniably ruled by the globalisation tendency of markets, are bound to the important changes in action background and management practice. Cultural diversity in labour context gains a new expression in terms of nursing, due to the hiring of Spanish nurses by Portuguese health organisations.

The interest on this issue lead to a qualitative exploration study, whose main interest is to answer two research questions: *How does the Spanish nurses' professional integration in the Portuguese health system work? What measures should be implemented towards the improvement of the integration in health institutions of these professionals?*

The process of professional integration of Spanish nurses is both the result of the newcomers' adaptation to the labour context and the adjustment of the health organisation to its elements. From this co-participation in the work places comes professional integration, this happens in three levels: structural integration, instrumental integration and relational integration. Results show that instrumental integration is more valued by the interviewees than structural integration and that relational dimension goes through all integration process. The aspects related to changing country are those which most negatively interfere in the interviewees' integration process. The interaction established with others was identified as the one which interfered most positively in professional integration, inter-relational competence proved to be fundamental for the learning and work place adaptation.

The results of this research add a set of new data that helps understanding the issue of Spanish nurses' professional integration in Portuguese health organisations, results to, possibly, apply and/or compare in the professional integration of a qualified foreigner in a Portuguese health organisation, or in any other area, in any other country.

**Key words:** Professional integration, co-participation, Nursing, Spanish

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Sr. Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva pela orientação, incentivo permanente e apoio prestado ao longo deste trabalho.

À Sra. Enfermeira Teresa Santos Potra pela disponibilidade e sugestões, fundamentais para a concretização do enquadramento conceptual.

Ao Sr. Enfermeiro Óscar Ferreira pelo encorajamento à realização deste mestrado.

Às colegas e amigas, Patrícia Alves e Filipa Ganilho, pela disponibilidade e sugestões que contribuíram para o enriquecimento deste trabalho.

Ao meu marido, Diogo Henriques, pelo apoio em todas as ocasiões, pelos momentos de ausência e pela constante disponibilidade para discutir temas inerentes a este trabalho.

À minha irmã, Lucélia Rafael, pelo apoio e valiosas sugestões para a concretização de alguns capítulos deste trabalho.

Ao Centro Hospitalar de Torres Vedras, na pessoa do Sr. Enfermeiro Director Mário Vilela, pela amabilidade, brevidade na aceitação da realização do estudo e disponibilidade no fornecimento de dados, em tempo útil, para a realização deste trabalho.

A todos os colegas, enfermeiros espanhóis, que pacientemente me concederam entrevistas e, assim, deram um contributo fundamental para a concretização deste trabalho.

A todos aqueles que, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho desejo prestar o meu reconhecimento.

## ÍNDICE

<b>Resumo</b>	<b>4</b>
<b>Abstract</b>	<b>5</b>
<b>Agradecimentos</b>	<b>6</b>
<b>Índice de Quadros</b>	<b>10</b>
<b>Índice de Figuras</b>	<b>11</b>
<b>Índice de Gráficos</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I – FUNDAMENTOS TEÓRICOS E PERSPECTIVAS ANALÍTICAS</b>	<b>17</b>
<b>1 – O Lugar da Enfermagem no Sistema de Saúde Português</b>	<b>17</b>
1.1 – Breve Perspectiva Histórica da Enfermagem	17
1.2 – A Enfermagem Como Elemento do Sistema de Saúde Português	20
<b>2 – Gestão do Processo de Integração Organizacional</b>	<b>24</b>
2.1 – Organizações de Trabalho	24
2.2 – Integração Profissional – O Acolhimento Organizacional	32
2.3 – Integração Profissional e Diversidade Cultural em Contexto de Trabalho	35
<b>3 – As Pessoas em Contextos de Trabalho</b>	<b>39</b>
3.1 - A Socialização Profissional	39
3.1.1 – <i>Perspectivas Analíticas da Socialização</i>	39
3.1.2 – <i>Socialização Organizacional</i>	41
3.2 – Dos Saberes às Práticas Organizacionais – A Aprendizagem como Processo Fundamental	45
3.3 – O Indivíduo como Peça Fundamental do Processo de Integração Profissional	49
3.4 – O Papel do grupo	62

<b>CAPÍTULO II – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTUDO</b>	<b>69</b>
<b>1 – O Centro Hospitalar de Torres Vedras</b>	<b>69</b>
1.1 – Breve Resenha Histórica	71
1.2 – Recursos Humanos	72
<b>CAPÍTULO III – OPÇÕES METODOLÓGICAS</b>	<b>75</b>
<b>1 – Metodologia</b>	<b>75</b>
1.1 – Técnicas de Recolha de Dados	77
1.1.1 – Os Entrevistados e Critérios de Selecção	79
1.2 – Técnicas de Análise e Tratamento dos Dados	81
<b>CAPÍTULO IV – ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS OBTIDOS</b>	<b>85</b>
<b>1 – Ser Estrangeiro a Exercer Enfermagem no CHTV</b>	<b>85</b>
1.1 – Caracterização Sócio-Demográfica dos Entrevistados	85
1.2 – Situação Profissional dos Entrevistados	86
1.3 – Motivações dos Entrevistados para Trabalhar em Portugal	88
1.3.1 – Ausência de Trabalho em Espanha	90
1.3.2 – Enriquecimento do Currículo Profissional	90
1.3.3 – Procura de Melhores Condições de Trabalho	90
1.3.4 – Existência de Integração nos Serviços de Saúde Portugueses	91
1.3.5 – Colegas	91
1.3.6 – Conhecer Portugal/Divertimento	92
1.3.7 – Proximidade de Espanha	92
<b>2 – Integração Profissional dos Enfermeiros Espanhóis no CHTV</b>	<b>92</b>
2.1 – Práticas Organizacionais de Integração Profissional	92
2.1.1 – Práticas de Integração Estrutural	93
2.1.2 – Práticas de Integração Instrumental	98
2.2 – Aspectos que Interferem na Integração dos Enfermeiros Espanhóis	109
2.2.1 – Aspectos facilitadores da integração	110
2.2.2 – Aspectos inibidores da integração	115
2.3 – Estratégias Utilizadas para Ultrapassar as Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros Espanhóis Durante o Período de Integração	124
2.3.1 – Relacionadas com a barreira linguística	125
2.3.2 – Relacionadas com falta de conhecimentos / experiência.	125
2.4 – Sugestões Para uma Melhor Integração Profissional dos Enfermeiros de Nacionalidade Espanhola	

2.4.1 – <i>Em relação à organização do período de integração</i>	126
2.4.2 – <i>Em relação ao Orientador</i>	127
2.4.3 – <i>Em relação à admissão de enfermeiros espanhóis</i>	128
<b>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES</b>	<b>129</b>
<b>1 – Discussão dos Resultados e Conclusões</b>	<b>129</b>
<b>2 – Recomendações</b>	<b>137</b>
2.1 – Plano de Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde	138
2.1.1 – <i>Problemática</i>	138
2.1.2 – <i>A Política Orientadora</i>	138
2.1.3 – <i>Processo de Implementação</i>	139
2.1.4 – <i>Estratégias de Implementação</i>	140
2.1.5 – <i>Avaliação do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional</i>	147
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>148</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>154</b>
Anexo I – Organigrama do CHTV	155
Anexo II – Programa da Formação do CHTV	157
Anexo III – Guião da Entrevista aos Enfermeiros Espanhóis	160
Anexo IV – Autorização para a Realização do Estudo no CHTV	166
Anexo V – Entrevista ao E3	169
Anexo VI – Corpus de Análise da Entrevista E3	177
Anexo VII – Tratamento dos Dados das Entrevistas	181

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro I – Fases de Relacionamento entre Tutor e Protégé de Greenberg e Barron</b>	<b>35</b>
<b>Quadro II – Requisitos da Fase de Aquisição e Mudança</b>	<b>44</b>
<b>Quadro III – Aprendizagem Organizacional: Tipologia de Miller</b>	<b>48</b>
<b>Quadro IV – Estilos de Aprendizagem de Kolb</b>	<b>52</b>
<b>Quadro V – Reacções Individuais-Tipo Face à Socialização Organizacional</b>	<b>53</b>
<b>Quadro VI – Indicadores Socio-Económicos</b>	<b>69</b>
<b>Quadro VII – Indicadores de Saúde</b>	<b>70</b>
<b>Quadro VIII – Estatísticas Gerais 2004 do CHTV.</b>	<b>71</b>
<b>Quadro IX – Balanço Social de Dezembro de 2004 do CHTV</b>	<b>73</b>
<b>Quadro X – Distribuição dos Temas e Categorias Identificadas</b>	<b>83</b>
<b>Quadro XI – Distribuição das Motivações dos Entrevistados para Trabalhar em Portugal</b>	<b>88</b>
<b>Quadro XII – Distribuição das Práticas Organizacionais de Integração Profissional</b>	<b>93</b>
<b>Quadro XIII – Distribuição dos Aspectos que Interferem na Integração dos Enfermeiros Espanhóis</b>	<b>110</b>
<b>Quadro XIV – Distribuição das Estratégias Utilizadas para Ultrapassar as Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros Espanhóis Durante o Período de Integração</b>	<b>124</b>
<b>Quadro XV – Distribuição das Sugestões para uma Melhor Integração Profissional dos Enfermeiros de Nacionalidade Espanhola</b>	<b>126</b>
<b>Quadro XVI – Intervenções Planeadas no Sentido da Representatividade</b>	<b>142</b>
<b>Quadro XVII – Intervenções Planeadas no Sentido da Autonomia</b>	<b>143</b>
<b>Quadro XVIII – Intervenções Planeadas no Sentido duma Comunicação Eficaz</b>	<b>146</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> – Estrutura Organizacional de Mintzberg	26
<b>Figura 2.</b> – A Organização como Sistema Aberto	30
<b>Figura 3</b> – Influência dos Padrões de Cultura nas Assunções, Percepções e Comportamento Organizacional e de Gestão	37
<b>Figura 4</b> – Co-participação no Trabalho	57
<b>Figura 5</b> – Ciclo da Aprendizagem de Kolb	58
<b>Figura 6</b> – Sistema <i>Input-Procesos-Output</i> num Grupo Organizacional	64
<b>Figura 7</b> – Co-participação nos Locais de Trabalho (Billett, 2002)	135

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Províncias de Origem dos Enfermeiros Espanhóis Entrevistados	86
<b>Gráfico 2</b> – Serviços de Internamento Onde os Enfermeiros Espanhóis Entrevistados Foram Colocados	87
<b>Gráfico 3</b> – Motivações dos Enfermeiros Espanhóis Entrevistados para Trabalhar em Portugal	89
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição do Tempo de Integração dos Enfermeiros Espanhóis Entrevistados por Serviço	103

## INTRODUÇÃO

A afirmação da globalização tem vindo a proporcionar importantes transformações no mundo contemporâneo e a corroborar, cada vez mais, na interdependência das economias nacionais. Este actual acontecimento obriga a uma reconfiguração dos habituais padrões de interacção entre os vários países e origina diferentes economias e culturas. Assim, o progressivo aumento da circulação de bens, de capital e de força de trabalho promovem a expressão e até mesmo o cruzamento de várias realidades culturais, profissionais, religiosas e étnicas, em contextos específicos, e vem abrir caminho à discussão em torno da problemática da integração dum estrangeiro no país de acolhimento. Por outro lado, esta realidade também coloca novos desafios aos vários países, principalmente no que se refere à gestão desta diversidade cultural ao nível dos vários contextos onde ela ocorre.

Entre 1994 e 2000 verificou-se um aumento do número de trabalhadores estrangeiros ao serviço das instituições do Ministério da Saúde Português na ordem dos 829%. Se em 1994 por cada 1000 efectivos do Ministério da Saúde existiam 3 trabalhadores estrangeiros, em 1998 esse valor subiu aos 11 e em 2000 para os 25. Os grupos profissionais dos médicos e enfermeiros são aqueles cuja incidência de profissionais estrangeiros é mais significativa (Baganha, Ribeiro & Pires, s.d.). A Espanha surge como o país de recrutamento desses profissionais cuja evolução no sentido ascendente é mais significativa. Em 1994 a Espanha tinha uma representatividade de 8,3% do total de profissionais de saúde estrangeiros, passando para 59% em 2000 (Baganha et al. s.d.). Entre 2000 e 2003, a evolução do número de profissionais espanhóis a trabalhar em Portugal foi igualmente notória: de 350 no final de 2000, passou para 740 em Dezembro de 2001, duplicando em 2002 para os 1537 e em 2003 atingiu os 1801 (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Em Dezembro de 2003, os enfermeiros estrangeiros a trabalhar em Portugal perfaziam um total de 2298, ou seja, mais de 5% da totalidade dos recursos de enfermagem ao nível nacional. Nesse mesmo ano, cerca de 4,13 % dos enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros (1815 indivíduos) tinham nacionalidade espanhola, seguindo-se 0,32% (139 indivíduos) com nacionalidade brasileira (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Em 2003, os enfermeiros de origem espanhola concentravam-se principalmente no distrito de Lisboa (1107), seguindo-se Faro (271) e Aveiro (161) (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Situados essencialmente nas faixas etárias abaixo dos 30 anos, os enfermeiros espanhóis a trabalhar em Portugal revelaram maioritariamente uma vontade de permanecer mais de cinco anos. Segundo dados da Ordem dos Enfermeiros, mais de 60% daqueles enfermeiros permanecem em Portugal por um período de pelo menos cinco anos, ou seja, «de um total de 2277 enfermeiros originários do país vizinho inscritos na Ordem entre 1999 e 2003, apenas 462 procederam, nesse mesmo período, ao cancelamento ou anulação do referido título profissional e dos restantes somam 377 os que apresentam mais de um ano de quotas em atraso» (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p.2).

Os últimos anos registaram importantes alterações ao nível da profissão de enfermagem. Se, por um lado, se verificou um conjunto de mudanças estruturais com a integração do curso de enfermagem no ensino superior e com a elevação do grau académico ao nível da licenciatura; por outro lado, estes acontecimentos, associados ao constante avanço tecnológico e científico, constituíram importantes factores de transformações ao nível cultural e dos saberes. Da mesma forma, também a imigração de enfermeiros estrangeiros tem vindo a interferir na construção da profissão de enfermagem.

Uma reflexão acerca da actualidade da profissão de enfermagem em Portugal leva, então, a concluir que parte da sua história contemporânea passa pela referência aos movimentos sociais de migração. Seja pela saturação do mercado de trabalho ou pela instabilidade económico-política do país de origem, seja pela situação de carência quase extrema de enfermeiros ao nível das várias instituições de saúde portuguesas, o certo é que a afluência de enfermeiros estrangeiros a Portugal nos últimos anos aumentou de forma exponencial, sendo francamente notória a admissão de espanhóis no sistema de saúde português.<sup>1</sup> Este facto originou inevitavelmente situações novas que exigiram algumas respostas das organizações de saúde e dos grupos que nela operam. Este trabalho surgiu, assim, na tentativa de conhecer algumas dessas respostas e de

---

<sup>1</sup> No final de 2003, para cada mil habitantes, existiam uma média de 4,2 enfermeiros, sendo o rácio médio da União Europeia 5,9, o que significa que faltam cerca de 20 000 profissionais de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

perspectivar outras eventualmente adequadas e facilitadoras da integração dos enfermeiros estrangeiros no Sistema de Saúde Português.

Só no início da década de noventa é que a questão da imigração e presença de minorias étnicas foi valorizada em Portugal. Maria do Céu Esteves, em 1991, num estudo que realizou acerca dos ciclos migratórios, das comunidades imigradas em Portugal e das suas condições de vida, constata que as questões específicas do mercado de trabalho aparecem «subvalorizadas face ao tratamento mais desenvolvido de outros aspectos» (Baganha, Ferrão & Malheiros, 2002, p.76).

É inegável que o local de trabalho ocupa uma importante parte da vida das pessoas. Se por um lado, as organizações dependem das pessoas para funcionar e alcançar os seus objectivos; por outro lado, o homem procura a sua subsistência e/ou a sua realização pessoal nas organizações de trabalho. Isto ganha ainda mais sentido quando falamos de indivíduos que vivem e trabalham num país diferente do de origem, como é o caso dos enfermeiros estrangeiros a trabalhar em Portugal. A discussão à volta da forma como se adaptam os imigrantes enfatiza o local de trabalho como principal área para o sucesso do processo de integração (Rismark & Sitter, 2003). A integração no local de trabalho constitui, desta forma, um dos importantes pilares que suportam a adaptação do imigrante ao seu país de acolhimento.

Assim, torna-se fundamental conhecer a forma como as organizações de trabalho entendem as pessoas e se relacionam com elas, ou seja, torna-se fundamental fazer uma abordagem do conjunto de políticas e práticas que sirvam os processos de recrutamento, selecção, formação profissional, recompensa e avaliação de desempenho das pessoas inseridas numa organização. No caso do sistema de saúde português alguns destes processos estão previstos ou previamente definidos, enquanto que outros, como é o caso da integração profissional, são construídos de acordo com o meio em que cada organização se insere.

A integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português, como em qualquer outro caso de integração profissional, implica a conjugação de vários factores, que envolvem quer o integrador, quer o integrante, quer a instituição, quer até o próprio sistema. A Ordem dos Enfermeiros tem demonstrado estar atenta à questão da imigração dos enfermeiros estrangeiros em Portugal. Recentemente publicou na sua revista periódica um artigo – “ Migração de enfermeiros

espanhóis: Que implicações?” – que vem reforçar a necessidade de repensar as estratégias de integração profissional dos enfermeiros estrangeiros em Portugal.

O conhecimento mais aprofundado desta realidade fornecerá dados eventualmente úteis às organizações de saúde interessadas em adequar a organização das suas unidades (como seja, a estruturação de planos de integração dos profissionais de saúde estrangeiros ou a criação de novas formas de gestão da diversidade cultural dentro dos serviços de saúde) e adequar a prestação dos seus serviços a estes funcionários. Também possibilitará a adequação de medidas institucionais a esta realidade, como sejam a estruturação e organização dos vários serviços (criação de *planos de integração* ajustados ou tomada de medidas facilitadoras de todo o processo de integração). Da mesma forma, as descobertas resultantes deste trabalho poderão também tornarem-se úteis para organizações ligadas à profissão de enfermagem (Ordem, Escolas Superiores de Enfermagem e Sindicatos), legisladores, investigadores e empregadores de saúde, quer sejam públicos ou privados. Tratar-se-ão de resultados úteis aos profissionais de enfermagem, às instituições e ao próprio sistema de saúde.

Perante a dimensão e as implicações – pouco conhecidas mas muito especuladas – deste fenómeno, surge a necessidade e a curiosidade pessoal de conhecer a forma como se integram os enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português.

Colocam-se, então, duas grandes questões de partida, que se constituem, simultaneamente, em perguntas desta investigação:

- Como se processa a integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português?
- Que medidas a implementar no sentido de melhorar a integração destes profissionais nas organizações de saúde?

Estabeleceu-se o seguinte objectivo geral:

- Analisar o processo de integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português;

Formulou-se um conjunto de objectivos específicos:

- Identificar as práticas organizacionais que compoñham o processo de integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português;

- Conhecer os aspectos que interferem na integração dos enfermeiros espanhóis durante o período de integração profissional no sistema de saúde português;

- Perspectivar propostas facilitadoras do processo de integração profissional dos enfermeiros espanhóis em organizações de saúde portuguesas.

Este trabalho inicia-se com esta introdução e é constituído por um desenvolvimento, que envolve quatro capítulos. No primeiro capítulo, enquadra-se teoricamente o tema em estudo, com recurso a várias áreas do conhecimento, como a gestão de recursos humanos, a pedagogia, a psicologia e a sociologia das organizações. Nos capítulos segundo e terceiro, procede-se, respectivamente, à caracterização do contexto de estudo e descrevem-se as opções metodológicas. No último capítulo apresentam-se os dados obtidos. Termina-se com a discussão dos resultados e conclusões, onde são apresentadas algumas recomendações relativas ao tema em estudo.

# **CAPÍTULO I**

## **FUNDAMENTOS TEÓRICOS E PERSPECTIVAS ANALÍTICAS**

### **1 - O LUGAR DA ENFERMAGEM NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS**

#### **1.1 - Breve perspectiva histórica da enfermagem**

Desde sempre que se conhece a origem da enfermagem ligada ao serviço religioso. A característica essencial dos cuidados prestados por religiosas era «a obediência e o servir, no sentido mais dilatado do cristianismo e na sua expressão mais nobilitante» (Carvalho, 1996, p.39). Com o objectivo único de satisfazer as necessidades da pessoa doente e desprotegida, as religiosas procuravam dignificar a vida humana pondo em prática o amor ao próximo.

Durante séculos manteve-se intacta a herança das monjas agostinianas, «de hábito branco e de cruz ao peito, sorriso bondoso, mãos carinhosas e sempre disponíveis para cuidarem a chaga, a ferida imunda» (Carvalho, 1996, p.40).

Nos finais do século XIX, Florence Nightingale revoluciona a enfermagem e abre caminhos para a Enfermagem Moderna. A enfermagem deixa de ser entendida como um trabalho unicamente experimental, cujo exercício não depende duma aprendizagem formalizada, nem exige nenhum conhecimento específico. Em 1860, Florence Nightingale, cria a primeira escola de enfermagem, anexa ao St. Thomas Hospital de Londres, e posteriormente funda novas escolas nos Estados Unidos e Canadá (Soares, 1997), abrindo assim caminhos à profissionalização da enfermagem e ao exercício desta profissão ligada a um saber subjacente. Florence Nightingale introduziu ainda a noção de que a enfermagem corresponderia à assistência ao doente e

ao saudável durante todo o ciclo de vida e não apenas aos doentes e moribundos em situações críticas da sua vida (Nunes, 2003).

Em 1887 assiste-se à criação da primeira associação de enfermeiras no mundo, British Nurse's Association. A partir desta data muitas são as personalidades e os momentos que se vêm a constituir marcos importantes na história da enfermagem.

Em Portugal, a obra de Nightingale teve «um lento poder de penetração» (Nunes, 2003, p.20). Em 1881 deu-se início ao primeiro curso de enfermagem em Portugal sob a administração de Costa Simões na Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra, criada na mesma data. Contudo, esta escola viria a encerrar mais tarde por falta de meios físicos e financeiros.

Só em 1887 é que se assiste à criação dum novo curso de enfermagem, regido por Artur Ravara, desta vez no Hospital Real de S. José, mas a sua duração veio a ser efémera pois também foi encerrado em Novembro de 1889 (Soares, 1997).

A criação da Escola Profissional de Enfermeiros, afecta ao Hospital Real de S. José, sem qualquer autonomia, acontece apenas em 1901, vindo a transformar-se em Escola Profissional de Enfermagem em 1918, com a reforma da legislação dos Hospitais. Também os serviços do Hospital da Universidade de Coimbra são reorganizados e é também criada uma escola de enfermagem, à semelhança do que se passou em Lisboa.

Qualquer destas escolas define como finalidade «a habilitação de pessoal de enfermagem, em especial, a dos indivíduos que desejam ingressar no quadro de enfermagem dos hospitais respectivos, para os quais o diploma do curso será condição expressa de provimento» (Soares, 1997, p.37). Embora estas escolas se mantivessem sob a alçada da administração dos respectivos hospitais, a mudança de terminologia de *Escola Profissional de Enfermeiros* para *Escola Profissional de Enfermagem* constitui um marco importante na história da enfermagem em Portugal. Por um lado, a Enfermagem passa a ser tida formalmente como uma profissão, por outro lado, o suporte legal permite uma afirmação social e política dos formados naquela escola.

Em 1930, a Escola Profissional de Enfermagem converte-se em Escola de Enfermagem Artur Ravara, em homenagem ao regente do primeiro curso.

A partir de 1942 todas as escolas de enfermagem, entretanto criadas, passam a ser tuteladas pelo Ministério da Educação nacional, à excepção da Escola Técnica de Enfermeiras que se manteve ligada ao Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Pelo Decreto-Lei 480/88 de 23 de Dezembro, o ensino de enfermagem é integrado no Sistema Educativo Nacional ao nível do ensino superior politécnico, sendo que a conclusão, com aprovação do curso superior de enfermagem conferia o grau académico de bacharel e o título profissional de enfermeiro.

A Portaria 239/94 de 16 de Abril cria Cursos de Estudos Superiores Especializados na área da Enfermagem na Comunidade, Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Mental e psiquiátrica, Médico-Cirúrgica, Reabilitação e Administração de Serviços de Enfermagem. A conclusão, com aprovação, de todas as unidades curriculares confere o diploma de estudos superiores especializados e equivalência ao grau académico licenciado.

Em 1997, a Lei 115/97 de 19 de Setembro e a Resolução do Conselho de Ministros 149/97 de 19 de Novembro altera a Lei de Bases do Sistema Educativo e passa a permitir a criação do Curso de Licenciatura de Enfermagem, assim como o Ano Complementar de Formação para os enfermeiros bacharéis.

Em 1998 assiste-se à criação da Ordem dos Enfermeiros, pela «necessidade de se proceder à regulamentação e controlo do exercício profissional dos enfermeiros» (Ordem dos Enfermeiros, 2003,p.3).

Através dos tempos o papel da enfermeira foi-se transformando. Desde consoladora do doente, servindo um ideal e uma vocação, a auxiliar do médico, cuja submissão à autoridade médica era bem evidente (Nunes, 2003), a enfermeira passou a conviver com o sexo oposto na profissão de enfermagem e, fruto da evolução da sociedade e da própria profissão de enfermagem, os cuidados de enfermagem foram-se redefinido e assumindo formas diferentes. Actualmente o exercício da enfermagem «centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas» (Ordem dos Enfermeiros, 2003,p 4). Esta relação deve ser alicerçada no respeito pelo outro e deve ser construída no sentido de prevenir a doença e promover processos de reabilitação após a doença, num contínuo desde o nascimento até à morte. Constituem ainda objectivo dos cuidados dos enfermeiros a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência nas actividades de vida diária (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

A Ordem dos Enfermeiros prevê um conjunto de competências para o enfermeiro de Cuidados gerais aquando das suas intervenções:

- 1- As intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes.

2- Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem.

3- Consideram-se independentes as acções realizadas pelas os enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integradas e das prescrições ou orientações previamente formalizadas.

4- Para efeitos dos números anteriores e em conformidade com o diagnóstico de enfermagem, os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações profissionais, a) organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção; b) decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, da família, dos grupos e da comunidade; c) utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem, com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente, respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade; d) participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde/doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domiciliário; e) procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais; f) participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos; e g) procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos.

5- Os enfermeiros concebem, realizam e promovem e participam em trabalhos de investigação que visem o progresso da enfermagem, em particular, e da saúde, em geral.

6- Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: a) organizando, coordenando, executando, supervisionando e avaliando a formação dos enfermeiros; b) avaliando e propondo os recursos humanos necessários à prestação dos cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros; c) propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados; d) dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem; e) colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos; f) participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem; g) promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem. (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p. 7).

## **1.2 - A Enfermagem Como Elemento do Sistema de Saúde Português**

Antes de 1970 o acesso à saúde dava-se quer através das Misericórdias (geriam grande parte das instituições hospitalares do país), dos Serviços Médico-Sociais (prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixa de Previdência), dos Serviços de Saúde Pública (vocacionados para a protecção da saúde), dos Hospitais estatais, gerais e especializados e dos serviços de saúde privados (Baganha et al., s.d.).

Na década de 70 assiste-se à organização e estruturação do Ministério da Saúde, onde o Estado passa a ser responsável pela definição e condução da política de saúde. Pela primeira vez é consagrado o direito à saúde e, conseqüentemente, o direito ao acesso aos serviços de saúde, ao mesmo tempo que se criavam carreiras profissionais para o pessoal de saúde.

Em 1971, a criação do Decreto-Lei 413/71 de 27 de Setembro veio reformar a saúde em Portugal, não só porque introduziu o direito à saúde de todos os cidadãos, mas também porque trouxe novos princípios de cuidados de saúde primários. Criaram-se, então, duas estruturas funcionais: os Centros de Saúde e os Hospitais, às quais foi atribuído poder executivo. A responsabilidade da política de saúde passava, então, a ser centralizada no Ministério da saúde, enquanto que a execução aparecia descentralizada nos Centros de Saúde e Hospitais.

Este diploma previa ainda a integração das várias actividades de saúde e assistência existentes, no sentido de otimizar os recursos existentes e de fazer uma melhor articulação entre os cuidados de saúde primários e secundários.

Esta reforma «estava longe de ser congruente com a orientação político-ideológica do Governo de então, pelo que as suas potencialidades só mais tarde, já depois do 25 de Abril, é que serão desenvolvidas, levando nomeadamente à criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979» (Graça, 2000).

Em 1979, o Decreto-Lei 56/79 de 26 de Agosto prevê que o Serviço Nacional de Saúde, assente nos princípios da universalidade, generalidade e gratuidade, passe a estar dependente da Secretaria de Estado da Saúde do Ministério dos Assuntos Sociais. Contudo, aquele que viria a ser o actual Sistema de Saúde Português só ficou formalizado na década de noventa, com a conjugação de dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei 11/93 de 15 de Janeiro). O Artigo 1º deste último define o Serviço Nacional de Saúde (SNS) como «um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de

serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministério da Saúde».

O Serviço Nacional de Saúde está organizado de forma descentralizada, sendo o contacto entre o nível local e o Ministério da Saúde estabelecido através das Regiões de Saúde Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, cada uma com a respectiva Administração Regional de Saúde (ARS). Existem ainda 18 sub-regiões que correspondem às áreas de cada um dos Distritos do Continente. As áreas de saúde correspondem às áreas dos municípios.

O Sistema de Saúde é, então, constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por «todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades», tal como descreve a Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90 de 24 de Agosto). É neste vasto leque, composto por entidades públicas e privadas ou por profissionais livres, que se inserem os enfermeiros em Portugal, no desempenho das suas funções.

No Sistema de Saúde Português, os processos de agregar enfermeiros também se materializam sob a forma de recrutamento e selecção. Estes meios garantem qualificações formais ajustadas às competências estabelecidas para o exercício da actividade de enfermagem. O recrutamento é feito através de anúncios em jornais ou da publicação de concursos em Diário da República, onde são esclarecidos os critérios de selecção e admissão, sendo obrigatório que o indivíduo possua título profissional de enfermeiro emitido pela Ordem dos Enfermeiros.

Conforme as alíneas a), b), c) e d) do artigo 7º do Decreto-Lei 104/98 de 21 de Abril, referente ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, o título de enfermeiro

reconhece a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos três níveis de prevenção. Este título é atribuído aos profissionais com curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal; o curso de bacharelato em Enfermagem ou equivalente legal; o curso de licenciatura em Enfermagem e outros cursos superiores de Enfermagem que, nos termos do diploma da instituição, confirmam competência para a prestação de cuidados gerais.

Os n.ºs 3 e 4 do artigo 6º do mesmo Decreto-Lei esclarecem que podem inscrever-se na Ordem dos Enfermeiros

portugueses e estrangeiros diplomados em Enfermagem por escola portuguesa ou estrangeira, desde que, neste caso, tenham obtido equivalência nos cursos ministrados em Portugal, ou nos termos de disposições internacionais aplicáveis. Para efeitos de exercício da profissão de enfermeiro em Portugal, podem também inscrever-se os oriundos de outros estados-membros da União Europeia, quando titulares das habilitações académicas e profissionais requeridas legalmente para o exercício, no respectivo estado de origem.

Fica, assim, claro que no caso dos enfermeiros espanhóis recém-chegados a Portugal, a Ordem dos Enfermeiros faz a homologação de competências e consequente atribuição de carteira profissional, mediante apresentação de certificado de habilitações académicas e profissionais duma qualquer escola de enfermagem espanhola, ou doutro país pertencente à União Europeia.

Na sequência do recrutamento e selecção de pessoas, surgem os *Processos de Aplicar Pessoas* que assumem especial importância durante a integração profissional do indivíduo. Conhecer estes processos numa determinada organização, mais especificamente os processos de as integrar no seu local de trabalho permite perceber que filosofia lhes está subjacente e desmontar as estratégias adoptadas pela organização no sentido de se adaptar ao meio incerto em que se insere.

A política de recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde é definida pelo Ministro da Saúde e executada pelos órgãos de administração regional. A Lei de Bases da Saúde estabelece que a política de recursos humanos para a saúde visa satisfazer as necessidades da população, garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais, incentivar a dedicação plena, facilitar a mobilidade entre o sector público e o sector privado e procurar uma adequada cobertura no território nacional.

De acordo com o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, os vários trabalhadores afectos ao Serviço Nacional de Saúde podem estar vinculados a ele através dum Contrato de trabalho a termo certo ou fazer parte dos quadros de pessoal das várias instituições.

No caso da enfermagem, existe uma legislação específica que, em conjunto com a Lei de Bases da Saúde e com o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, regula o exercício profissional dos enfermeiros – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, descrito no Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Este clarifica conceitos, caracteriza os cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais de enfermagem habilitados e define responsabilidades, direitos e deveres

dos enfermeiros. Este Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros permite reconhecer à enfermagem uma posição privilegiada em todo o Sistema de Saúde. As competências atribuídas e reconhecidas aos enfermeiros oferecem todas as condições para que o exercício da enfermagem passe por uma mediação utente-sistema de saúde. Esta mediação pode acontecer segundo mecanismos reguladores de relações ou orientadores de percepções, em que a enfermagem-mediadora, enquanto elemento integrante do sistema de saúde, posiciona-se entre a realidade do utente e o próprio sistema. Com o objectivo que os mediados desenvolvam conhecimento sobre as mais variadas situações e fomentem habilidades para as gerir, a enfermagem contribui, assim, para uma adaptação dinâmica (relativa) do sistema ao utente, e vice-versa.

## **2 – GESTÃO DO PROCESSO DE INTEGRAÇÃO ORGANIZACIONAL**

### **2.1 – Organizações de Trabalho**

O homem é um ser social, que tem necessidade de relacionamento com outras pessoas, de viver em grupo. Desde os tempos mais primórdios que o homem percebeu que quando se organiza com outros no sentido de resolver determinados problemas, aumenta o seu conhecimento e melhora as suas habilidades, acumulando, assim, saberes que passa a transmitir às gerações que o sucedem. Ora, as organizações surgem desta tendência natural, pois «qualquer organização é composta por duas ou mais pessoas, que interagem entre si, através de relações recíprocas, para atingirem objectivos comuns» (Teixeira, 1998, p.21). Esta interacção ocorre segundo padrões (preconizados ou não), ou seja, segundo a estrutura de cada organização. Por estrutura organizacional entende-se o «conjunto das relações formais entre os grupos e os indivíduos que constituem a organização» (Teixeira, 1998, p.90). A estrutura organizacional estabelece, então, as funções de cada unidade da organização, assim como as formas como as unidades se relacionam e se coordenam, o que explica que a estrutura adoptada por uma organização tenha «uma influência muito grande no comportamento e nas atitudes dos trabalhadores» (Teixeira, 1998, p.91). Assim, se a estrutura pode ser entendida como o

esqueleto da organização, torna-se então evidente que «o esqueleto influencia e constrange o comportamento da e na organização» (Cunha, 1999, p.251).

De acordo com Mintzberg (1995a) a estrutura organizacional compreende duas componentes fundamentais: o modo como a organização divide o trabalho em múltiplas tarefas e a forma como estabelece a coordenação entre elas. O mesmo autor, considera que esta coordenação pode ocorrer segundo cinco mecanismos fundamentais da estrutura organizacional: ajustamento mútuo, supervisão directa, padronização dos processos de trabalho, padronização dos resultados e padronização das habilidades do trabalhador (Mintzberg, 1995a).

Enquanto o ajustamento mútuo obtém a coordenação do trabalho pela comunicação informal, a supervisão directa consegue a coordenação através duma pessoa que tem a responsabilidade pelo trabalho dos outros, dando instruções e monitorizando as suas acções (Mintzberg, 1995a). Já a padronização dos processos de trabalho, dos resultados e das habilidades dos trabalhadores permitem a coordenação quando existe uma programação ou especificação à partida (Mintzberg, 1995a).

Bolman e Deal (1991) baseiam o estudo da estrutura organizacional num conjunto de seis premissas, que ajudam a perceber melhor o conceito de estrutura organizacional:

1. As organizações existem para alcançar os objectivos definidos
2. A estrutura de cada organização deve ser desenhada e implementada de forma a ajustar-se às características específicas dessa organização (em termos de pessoas, estratégia, produtos, tecnologia, etc.)
3. As organizações tendem a funcionar melhor quando a incerteza é controlada por um conjunto de normas elaboradas com a finalidade precisa de evitar a ambiguidade.
4. A especialização facilita a obtenção de níveis elevados de desempenho, nomeadamente para facilitar a cada indivíduo o conhecimento completo das suas atribuições
5. A eficácia não é possível sem a correcta coordenação e controlo das actividades individuais
6. Os problemas organizacionais resultam, muitas vezes, de estruturas pouco apropriadas às reais necessidades da organização (Cunha, 1999, p.253).

A estrutura organizacional, dita formal, é, então, planeada no sentido de determinar *quem faz o quê e onde*, e de evidenciar as relações de autoridade e poder existentes entre os componentes organizacionais no sentido de alcançar os objectivos a que a organização se propõe.

Paralelamente às relações hierarquicamente formalizadas no organigrama, a própria estrutura organizacional cria uma outra estrutura não prevista, nem planeada – a



estrutura informal. Esta diz respeito aos aspectos que emergem espontaneamente das interações entre as pessoas que ocupam posições na organização formal (Massarollo, 1991) e é utilizada para a resolução de problemas inesperados, para os quais não existe uma resposta da estrutura formal (Cunha, 1999).

Massarollo refere que a estrutura informal surge porque a estrutura formal reage lentamente à mudanças e explica que, na definição da estrutura organizacional dos serviços de enfermagem, devem ser considerados «a filosofia e os objectivos do serviço de enfermagem, o volume e a complexidade das actividades a serem executadas, os recursos disponíveis . . . a divisão do trabalho e especialização, hierarquia, autoridade e responsabilidade, amplitude da supervisão, centralização e descentralização e formalização» (Kurcgant, 1991, p.24).

Mintzberg (1995a) definiu um conjunto de componentes básicos que compõem qualquer estrutura organizacional: cúpula estratégica, linha intermediária, núcleo operacional, tecnoestrutura e assessoria de apoio (Figura 1).

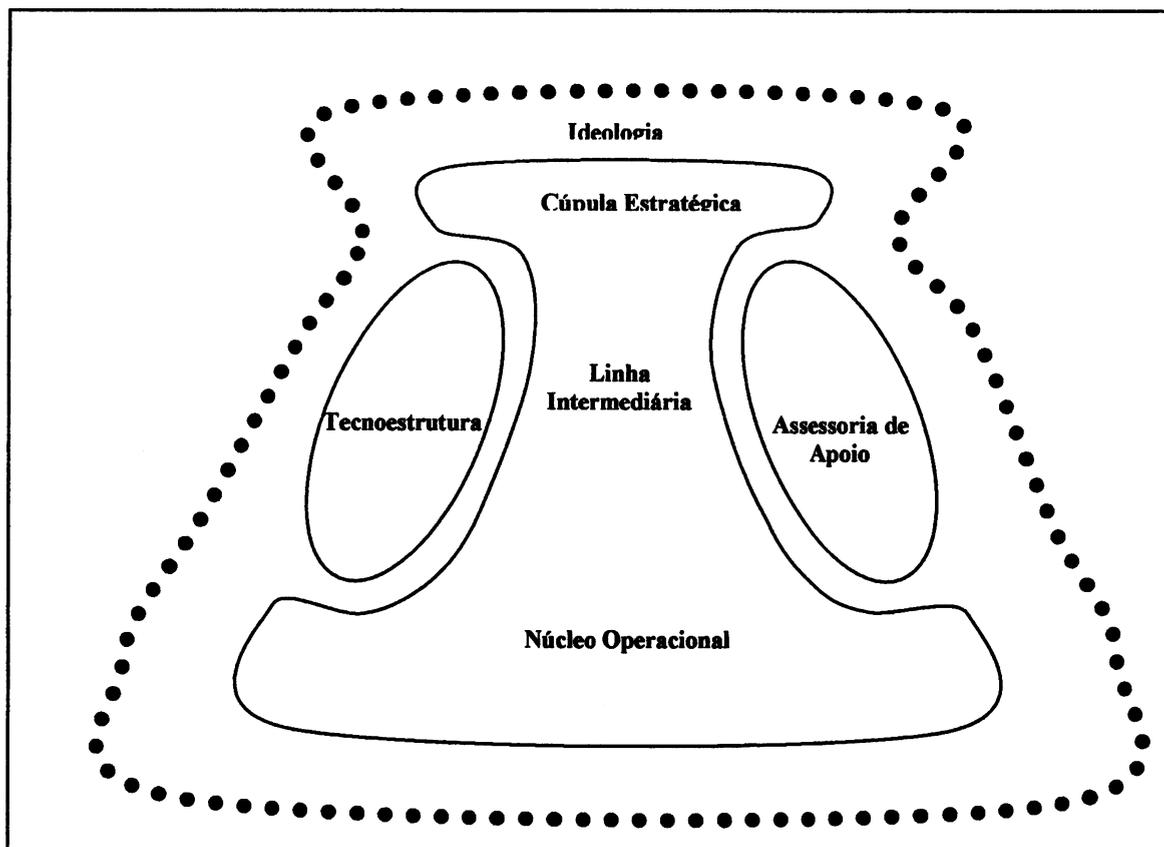


Figura 1 – Estrutura Organizacional de Mintzberg – Adaptado de Mintzberg 1995a.

Na cúpula estratégica estão os gestores de topo e o seu pessoal de apoio e no núcleo operacional situam-se os que executam os serviços básicos da organização. Na zona central estão os administrativos que podem assumir três formas: gestores de linha (que fazem a ligação da cúpula estratégica ao núcleo operacional, através da linha intermediária), o corpo de especialistas ou tecnoestrutura (responsável pelo planeamento, pela organização de métodos e standartização do trabalho dos outros) e a assessoria de apoio /logística (que tem a seu cargo as funções de logística) (Clegg, 1998).

A ideologia engloba vários valores, crenças e tradições e vem a constituir-se em parte da cultura organizacional, pois «induz uma certa vida» na estrutura da organização (Teixeira, 1998, p. 99).

A forma que a representação gráfica de Mintzeberg assume é reveladora do modo como este autor perspectiva a distribuição do poder numa organização. Mintzeberg (1983) entende que «as organizações e os ambientes devem ser concebidos como arenas, onde agências com níveis de poder diversos, isto é, com controlo diferenciado dos recursos disponíveis, competem por recursos diferencialmente valorizados no contexto de jogos complexos e regidos por regras indeterminadas que cada agência procura explorar em proveito próprio» (Clegg, 1998, p.96). Assim, cada um dos componentes da estrutura organizacional estabelece entre si relações que exibem diferentes níveis de poder, de acordo com regras estabelecidas formalmente, claramente definidas no esquema do autor, ou por processos informais.

O facto da cúpula estratégica estar ligada ao núcleo operacional através duma linha que descreve a forma dum leque, traduz uma ligação hierárquica formal sem interrupção que abrange, no sentido descendente, toda a base da figura. A forma achatada do núcleo operacional dá a noção da «insignificância dos níveis hierárquicos deste grupo», no que diz respeito à concessão de poder (Teixeira, 1998, p.99).

A tecnoestrutura e a logística aparecem representadas lateralmente, indicando que estão separadas da linha média hierárquica, mas subjacentes à gestão de topo. A sua posição ainda indica que existe uma influência indirecta sobre o núcleo operacional. Já a ideologia é apresentada como «uma espécie de halo envolvendo a organização como um todo» (Teixeira, 1998, p. 99).

De acordo com Mintzberg (1995a), existem parâmetros específicos para definir os componentes básicos da estrutura organizacional, relacionados com as posições individuais, a superestrutura, as ligações laterais e o sistema de tomada de decisão. Sem

querer realçar uns em detrimento dos outros, importa salientar, no contexto deste trabalho, os que dizem respeito às posições individuais: especialização da tarefa, formalização do comportamento e formação.

A especialização da tarefa pode ser considerada em termos verticais e horizontais. Massarollo fala numa especialização horizontal ao nível dos serviços de enfermagem quando «a departamentalização é feita por especialidade, por complexidade de cuidados prestados, pelo tipo de patologia que o paciente apresenta, por localização das unidades e por período (manhã, tarde e noite)» (Kurcgant, 1991, p.24). A especialização horizontal implica, então, uma especialização de actividades e conhecimentos o que origina um maior número de órgãos no mesmo nível hierárquico. Paralelamente pode ocorrer uma especialização vertical, quando se verifica a necessidade de aumentar a qualidade da supervisão.

A formalização do comportamento é o parâmetro de concepção pelo qual os processos de trabalho da organização estão standardizados. O comportamento pode ser regulado pela própria função que o trabalhador exerce no seu posto de trabalho, pelo fluxo de trabalho que exerce ou pelas regras que lhe estão inerentes (Mintzeberg, 1995a). Assim, a formalização do comportamento determina como, quando e por quem as actividades devem ser executadas. Nos serviços de enfermagem, Massarollo diz que a formalização pode ser feita pela «descrição de cargos e funções, de normas e rotinas, da padronização de procedimentos e pelas escalas de distribuição de pessoal» (Kurcgant, 1991, p.31). Este autor chama a atenção para o facto do nível de formalização poder funcionar como aspecto facilitador ou inibidor do desempenho dos indivíduos. A excessiva formalização inibe a criatividade e não deixa liberdade para a participação dos vários elementos na tomada de decisão.

Praticamente substituta da formalização surge a formação. A formação implica a aprendizagem dum conjunto de conhecimentos e competências ligadas ao trabalho. Esta ligação ao trabalho faz com que estes conhecimentos e competências sejam específicos (especificação) e, evidentemente, objecto de standardização (Mintzberg, 1995b). Assim, a formação permite a standardização das qualificações, tal como acontece no processo de socialização.

Historicamente as estruturas organizacionais têm assumido vários formatos.

A estrutura funcional agrupa as actividades por funções, racionaliza o trabalho e atribui a sua gestão a especialistas na área. Adaptada a ambientes estáveis, este tipo de

estrutura integra níveis elevados de especialização técnica e promove a comunicação vertical (Cunha, 1999).

Na estrutura divisional as tarefas são divididas em grupos, com base na diversidade dos produtos, serviços, mercados ou processos de empresa. Cada um destes grupos é dotado duma estrutura funcional (Teixeira, 1998). Este arranjo estrutural é mais flexível, adequado a organizações com necessidade de inovar e de dar resposta a novas exigências competitivas (Cunha, 1999).

A matriz também foi adoptada por algumas organizações como estrutura. A estrutura matricial complementa a estrutura funcional com a divisional, resultando numa estrutura muito mais complexa. Daft (1998) concretiza que a estrutura matricial assenta no princípio de que os trabalhadores podem ter dois supervisores e no princípio de que estes devem ter um poder aproximadamente semelhante (Cunha, 1999). Assim, os trabalhadores podem ter um supervisor funcional e um supervisor de projecto, que partilham do poder de forma equilibrada e equitativa.

Na estrutura horizontal as decisões são delegadas até ao nível mais baixo possível. Este tipo de organizações baseia-se na actividade de equipas autodirigidas (Cunha, 1999).

A estrutura em rede engloba um conjunto de organizações ou unidades de negócio, com poucos níveis hierárquicos e recurso extensivo à subcontratação (Cunha, 1999). A estrutura em rede vem revolucionar a concepção de organização, que obrigava a uma representação piramidal, uma vez que esta nova estrutura procura reter internamente as suas competências nucleares, subcontratando a várias actividades a organizações nelas especializadas. Surge, então, um novo conceito de organização em que o poder é redistribuído, o trabalho democratizado e é feito um claro apelo ao cumprimento da responsabilidade social da organização (Cunha, 1999). A representação gráfica aparece sobre a forma de estrela, em que cada raio representa um pólo, uma unidade ou até mesmo uma organização.

Seja qual for a estrutura adoptada, uma organização de trabalho pode ser entendida como um sistema aberto, ou seja, um conjunto de elementos (subsistemas) dinamicamente interrelacionados (através duma rede de comunicações e relações, em função da dependência recíproca entre eles), desenvolvendo uma actividade ou função para atingir um ou mais objectivos que constituem a finalidade para o qual o sistema foi criado (Teixeira, 1998) (Figura 2).

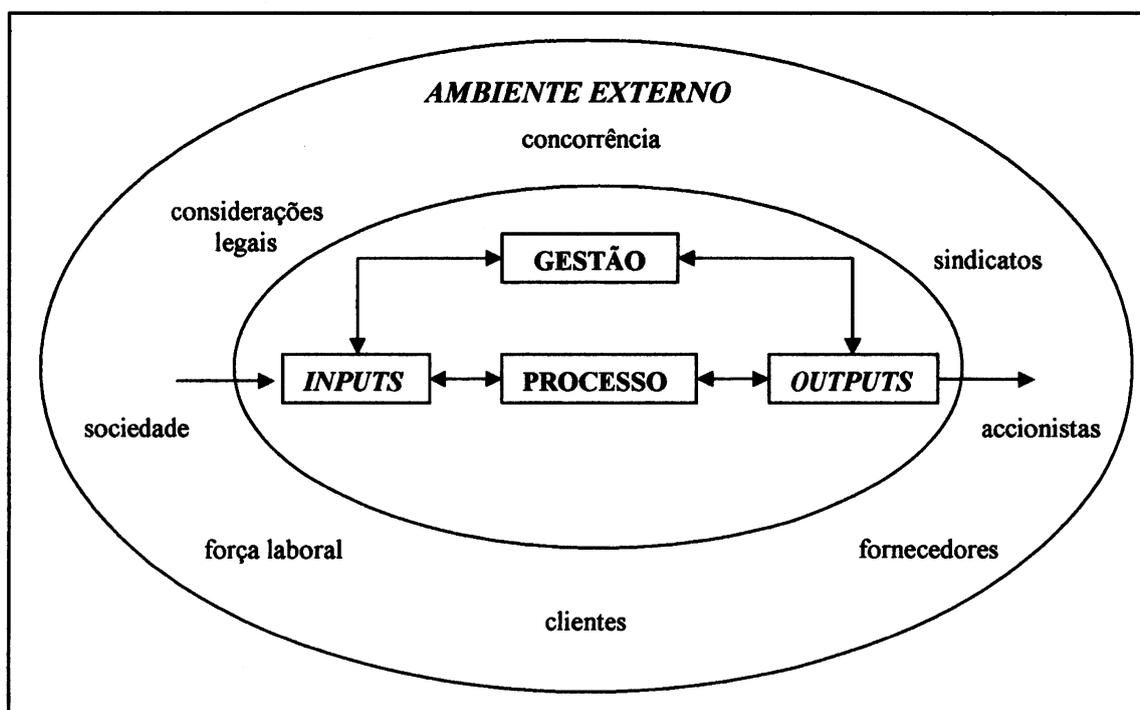


Figura 2 – A Organização Como Sistema Aberto (Adaptado de Teixeira, 1998)

Os *inputs* são estímulos recebidos do ambiente externo e constituem os recursos que vão permitir o funcionamento do sistema. Estes vão ser transformados tendo em vista a obtenção de *outputs* (produto final ou resultado), de acordo com os objectivos da organização. Existe uma relação de interdependência e de afecção mútua entre ambiente interno e ambiente externo, onde a gestão representa o papel fundamental de conciliar os vários estímulos, tendo em vista o equilíbrio do sistema e os objectivos a que a organização se propõe.

Nesta perspectiva, embora com especificidades próprias, torna-se inevitável entender as organizações de saúde integradas no sistema de saúde português como sistemas abertos, pois interagem com o meio onde se inserem, de acordo com os *inputs* recebidos. O processamento da informação recebida e a resposta dada (*output*) depende não só do *input*, mas também do ambiente interno que caracteriza a organização (missão, cultura, política, tecnologia...). O ingresso de enfermeiros espanhóis nas organizações que integram o sistema de saúde português constitui um *input* dessas organizações. A forma como está a ser processada esta informação e que respostas são adoptados no sentido de reequilibrar o sistema são questões ainda pouco abordadas, às quais este estudo pretende dar algumas respostas.

Deste modo, torna-se fundamental conhecer a forma como as organizações de trabalho entendem as pessoas e se relacionam com elas, ou seja, fazer uma abordagem do conjunto de políticas e práticas que sirvam os processos de recrutamento, selecção, formação profissional, recompensa e avaliação de desempenho das pessoas inseridas numa organização. As políticas e práticas referentes à Gestão de Recursos Humanos são compostas por seis processos básicos que se interferem e influenciam mutuamente:

1. Processos de Agregar Pessoas: são os processos utilizados para incluir novas pessoas na empresa. Podem ser denominados processos de provisão ou de suprimento de pessoas. Incluem recrutamento e selecção de pessoas.

2. Processos de Aplicar Pessoas: são os processos utilizados para desenharem as actividades que as pessoas irão realizar na empresa, orientar e acompanhar o seu desempenho. Incluem desenho organizacional e desempenho de cargos, análise e descrição de cargos, orientação das pessoas e avaliação do desempenho.

3. Processos de Recompensar Pessoas: são os processos utilizados para incentivar as pessoas e satisfazer suas necessidades individuais mais elevadas. Incluem recompensas, remuneração e benefícios e serviços sociais.

4. Processos de Desenvolver Pessoas: são os processos utilizados para capacitar e incrementar o desenvolvimento profissional e pessoal. Incluem treinamento e desenvolvimento das pessoas, programas de mudanças e desenvolvimento de carreiras e programas de comunicação e consonância.

5. Processos de Manter Pessoas: são os processos utilizados para criar condições ambientais e psicológicas satisfatórias para as actividades das pessoas. Incluem administração da disciplina, higiene, segurança e qualidade de vida e manutenção das relações sindicais.

6. Processos de Monitorar Pessoas: são os processos utilizados para acompanhar e controlar as actividades das pessoas e verificar resultados. Incluem banco de dados e sistemas de informação gerenciais (Chiavenato, 1999, p.12).

O conhecimento dos vários processos de gestão organizacional pode tornar-se útil sempre que se pretende diagnosticar uma qualquer situação.

Na abordagem tradicional, as organizações utilizam *processos de aplicar pessoas* baseadas em modelos mecanicistas e burocráticos, sendo o cumprimento de rotinas e procedimentos organizacionais privilegiado. As teorias clássicas, desenvolvidas por autores como Taylor, Fayol e Ford, abordam as relações humanas em contexto de trabalho numa forma rígida, mecanicista e racionalista, sendo o homem apenas um apêndice da tecnologia. A principal preocupação consistia em determinar tarefas, estabelecer objectivos e integrar o indivíduo numa estrutura previamente

definida. O trabalho aparece, então, fragmentado em tarefas, onde o trabalhador assume um papel passivo, cumpre as regras impostas sem questionar o seu método de trabalho, tido como perfeito e imutável. É, então, privilegiado «o conservantismo, a rotina e a permanência de actividade, pois nada precisa ou deve mudar» (Chiavenato, 1999, p.136).

Numa abordagem mais recente, que tem em conta o contexto de constante mudança em que se inserem as organizações, a visão é sistémica e opta-se pelo modelo orgânico. Nestes casos é enfatizada a eficácia e é dada oportunidade de cada indivíduo se adaptar a cada situação e escolher o melhor caminho para geri-la. São propostos objectivos e metas e é dada uma liberdade relativa de cada um escolher as actividades a desenvolver para alcançá-los, desde que cumpra um conjunto de normas organizacionais genéricas. Realçam-se os aspectos motivacionais e privilegia-se «a mudança, a melhoria constante e o desenvolvimento das actividades, pois tudo precisa e deve mudar constantemente para assegurar a competitividade organizacional em um mundo caracterizado por intensas mudanças» (Chiavenato, 1999, p.136).

A atenção dada à integração profissional está relacionada com a política e as práticas preconizadas pela função recursos humanos na organização. É, portanto, necessário identificar o lugar da gestão de recursos humanos em cada organização, para assim entender a integração profissional como prática de gestão.

## **2.2 – Integração Profissional – O Acolhimento Organizacional**

O acolhimento organizacional diz respeito ao acto de receber o novo elemento que pode corresponder apenas ao primeiro dia na organização ou durar dias ou semanas, podendo iniciar-se, contudo, logo no primeiro contacto estabelecido com a organização. Young e Lundberg (1996) alertam para o facto de, pelo menos no primeiro dia de trabalho, a organização dever dar mais ênfase ao que é importante para os novos membros, fazendo com que o novo elemento se sinta bem recebido e apoiado (Caetano & Vala, 2002).

Os planos de acolhimento, actualmente postos em prática por muitas organizações, devem ser preparados com o objectivo de fornecer gradualmente informações sobre as exigências do cargo e devem prever uma visita ao local de trabalho, assim como aos restantes departamentos, a fim de que o novo elemento tenha uma visão global da organização e conheça os outros indivíduos que dela fazem parte. Também a apresentação do organigrama global da organização e do organigrama do departamento onde se insere o novo elemento poderá facilitar o seu enquadramento na estrutura hierárquica da organização, assim como facilitar a comunicação interpessoal (Caetano et al., 2002). Watts-Davis (1983) considerou ser necessário reflectir num conjunto de questões aquando da elaboração dum plano de acolhimento:

- . que informação dar sobre a organização, o cargo e a equipa de trabalho?;
- . quem deverá dar essa informação (o Director de Recursos Humanos, o superior hierárquico, os colegas, o delegado sindical, o Director Geral?);
- . quando se deve informar (antes da admissão, no primeiro dia, ou mais tarde?) (Caetano e tal., 2002, p.313).

As estratégias para colocar em prática um plano de acolhimento são variadíssimas e dependem muito da criatividade de quem está responsável por esta área nas organizações e da forma como está estruturada a função recursos humanos. Das mais utilizadas realçam-se a distribuição de manuais de acolhimento, do jornal interno ou de livros ou brochuras referentes à história da organização, produtos, serviços ou relatório de contas. Pode igualmente constituir estratégia da concretização do plano de acolhimento a realização de cursos de acolhimento ou acções de formação (com duração que pode ir de um dia a várias semanas). Aparecendo também como estratégia da concretização do plano de acolhimento, mas constituindo-se como principal estratégia da concretização dum plano de integração, aparece a figura do tutor ou orientador.

Integrado no plano de acolhimento, o manual de acolhimento é, então, um documento que tem como objectivo suportar e complementar as informações orais das sessões de acolhimento. Este deve conter um conjunto de informações referentes à organização propriamente dita, ao regulamento das relações de trabalho, às estruturas representativas dos trabalhadores, aos benefícios sociais, aos serviços de apoio e assistência social e à política de gestão de recursos humanos (Caetano et al, 2002). Estes autores chamam, contudo, a atenção para a selecção cuidadosa da informação a constar no documento, pois uma brochura extensa pode não responder ao objectivo a que se propõe (facilitar o acolhimento) e alerta para que «o processo de integração não se

esgota no momento da admissão» (Caetano et al., 2002, p.317). A qualquer momento, durante o período de integração, poderão ser dadas informações mais detalhadas sobre temas específicos.

Os cursos de acolhimento surgem sob a forma de acções de formação e têm como objectivo «dar a conhecer a organização e o negócio, fornecer a formação técnica necessária ao início da função, informar o novo elemento sobre qual o seu papel no seio da organização, formar e desenvolver o espírito de empresa e contribuir para a integração do novo membro na Cultura Organizacional» (Caetano et al., 2002, p.318).

Em estudos realizados acerca da formação ministrada no período de acolhimento Saks (1996) encontrou uma relação positiva entre a formação ministrada aos recém-admitidos e a satisfação no trabalho, envolvimento a organização e o trabalho e capacidade de adaptação a diferentes contextos organizacionais (Caetano et al., 2002).

Durante o processo de integração pode constituir política da gestão de recursos humanos que o novo elemento seja acompanhado por um orientador ou tutor. O tutor ou orientador é responsável por acompanhar o novo elemento durante o processo de integração e por lhe transmitir aspectos relacionados com a organização, assim como o papel que irá desempenhar nela. Cabe ao tutor demonstrar as estratégias a adoptar para atingir os objectivos organizacionais, assim como alertar para os erros a evitar. O tutor é ainda responsável por transmitir modos de conduta desejáveis, facilitar a integração social e constituir-se num suporte afectivo e emocional para o recém-chegado (Caetano et al., 2002).

Greenberg e Barron (1995) estudaram as relações estabelecidas entre o integrador (tutor) e o integrante (protégé) no decorrer do processo de integração e encontraram quatro fases distintas: iniciação, desenvolvimento, separação e redefinição (Caetano et al., 2002). O Quadro I esquematiza e caracteriza cada uma delas.

Todas as estratégias anteriormente referidas são formalmente conhecidas como formas de facilitar o processo de integração profissional e podem aparecer incluídas num programa de integração. Este é definido por Chiavenato como um

programa formal e intensivo de treinamento inicial destinado aos novos membros da organização para familiarizá-los com a linguagem usual da organização, com os usos e costumes internos (cultura organizacional), a estrutura da organização (as áreas ou departamentos existentes), os principais produtos e serviços, a missão da organização e os objectivos organizacionais (Chiavenato 1999, p.150).

<b>FASES</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO</b>
Iniciação	A relação entre tutor e protégé começa a dar os primeiros passos e a ganhar importância
Desenvolvimento	A relação evolui e aprofundam-se os laços entre tutor e protégé, o qual vai construindo o seu projecto profissional com a supervisão constante do seu tutor.
Separação	O protégé afasta-se do tutor seguindo o seu próprio caminho. Adquire a sua autonomia profissional quebrando a relação de dependência que o unia ao tutor. Fase difícil para ambas as partes que podem sentir-se abandonadas.
Redefinição	O tutor e o protégé assumem um relacionamento diferente – de igual para igual. Fortes laços de amizade poderão ser, então, desenvolvidos. O tutor poderá então fruir e sentir-se orgulhoso com os êxitos profissionais atingidos pelo seu protégé.

**Quadro I** - Fases de Relacionamento entre Tutor e Protégé de Greenberg e Barron (1995)(Caetano et al., 2002).

Desconhece-se bibliografia específica acerca da integração profissional dos enfermeiros no sistema de saúde português. Esta lacuna é muitas vezes compensada por documentos próprios de cada organização ou unidade organizacional, baseados na realidade organizacional e/ou na bibliografia conhecida na área da integração profissional.

### **2.3 – Integração Profissional e Diversidade Cultural em Contexto de Trabalho**

O actual contexto de mudança que o mundo atravessa, cuja grande responsabilidade é atribuída à globalização, trouxe profundas alterações a vários níveis: novos actores, novos mercados, novas regras e normas, novos instrumentos de comunicação, novos paradigmas de gestão (Finuras, 2003). A admissão de enfermeiros espanhóis no Sistema de Saúde Português enquadra-se também neste cenário de mudança, que veio colocar novos desafios à gestão da diversidade cultural nas organizações de saúde.

Os modelos e práticas de gestão são obrigatoriamente determinados pelo contexto cultural onde operam. Assim, torna-se imperativo haver «um profundo

conhecimento por parte dos gestores internacionais e teóricos da gestão, do alcance dos sistemas de valores determinantes de uma cultura e da necessidade de levá-los em linha de conta quando transportamos, importamos ou exportamos, ideias e abordagens de um país para outro, o mesmo é dizer, de uma cultura para outra» (Finuras, 2003, p.87). Contudo, gerir um ambiente multicultural requer muito mais do que um correcto diagnóstico da situação. Numa situação desta natureza, torna-se fundamental encontrar um quadro conceptual de referência que ajude aperceber como as pessoas de diferentes culturas são condicionadas a lidar com os mesmos problemas básicos (numa perspectiva de tendência central), uma vez que perante os mesmos problemas, existem inúmeras respostas que podem variar consoante a cultura dominante (Finuras, 2003).

Inglis (1995) fez uma tentativa de encontrar um quadro conceptual comum quando descreveu os objectivos da perspectiva assimilacionista prevendo que «as minorias se integram totalmente na sociedade de acolhimento, fazendo desaparecer as suas especificidades, abandonando os traços distintivos na língua, cultura ou hábitos sociais» (Marques 2003, p.6). Esta perspectiva cria um cenário de ausência de multiculturalidade nos vários espaços sociais e evidencia o papel activo do indivíduo no sentido de se tornar numa reprodução tão fiel quanto possível dos elementos que compõem o grupo que pretende integrar. Assim, a assimilação surge como um processo esperado decorrente do sucesso de integração.

A perspectiva segregacionista procura evitar conflitos, reduzindo ou eliminando a interacção da sociedade de acolhimento com o grupo minoritário. Desta forma, é preservada a 'pureza' da cultura do integrante, através da separação das realidades socioculturais. Esta abordagem ganha uma nova expressão com o crescente aumento da imigração de curta duração, onde os imigrados estabelecem contratos de trabalho a termo certo, «o que dispensa qualquer esforço persistente de integração» (Marques 2003, p.7).

As perspectivas assimilacionista e segregacionista têm-se revelado insuficientes na abordagem da diversidade cultural, pelo que começa a ser reflectida uma abordagem multiculturalista. Esta aceita e legitima a especificidade cultural e social das minorias, defendendo que «os indivíduos e grupos podem estar plenamente integrados numa sociedade sem perderem a sua especificidade, atribuindo ao Estado um papel muito importante na construção do modelo» (Marques 2003, p.7). O Multiculturalismo considera, então, que o elemento integrante tem oportunidade de manter e expressar os

vários elementos que distinguem a sua cultura, como sejam comportamentos, língua ou religião e, simultaneamente, de usufruir de direitos ou cumprir deveres na organização, comunidade ou país que integra. Contudo, uma revisão da literatura revela que a presença de diversidade cultural ao nível dos grupos organizacionais pode ter efeitos positivos ou negativos, uma vez que existe uma influência clara da cultura nas assumpções, percepções e no comportamento organizacional (Figura 3). O resultado desta influência é imprevisível pois tanto pode ser «fonte de entendimento e criação de sinergias na interacção multicultural ou, ao contrário, fonte de mal entendido e potencial alavanca de conflitos» (Finuras, 2003, p.62).

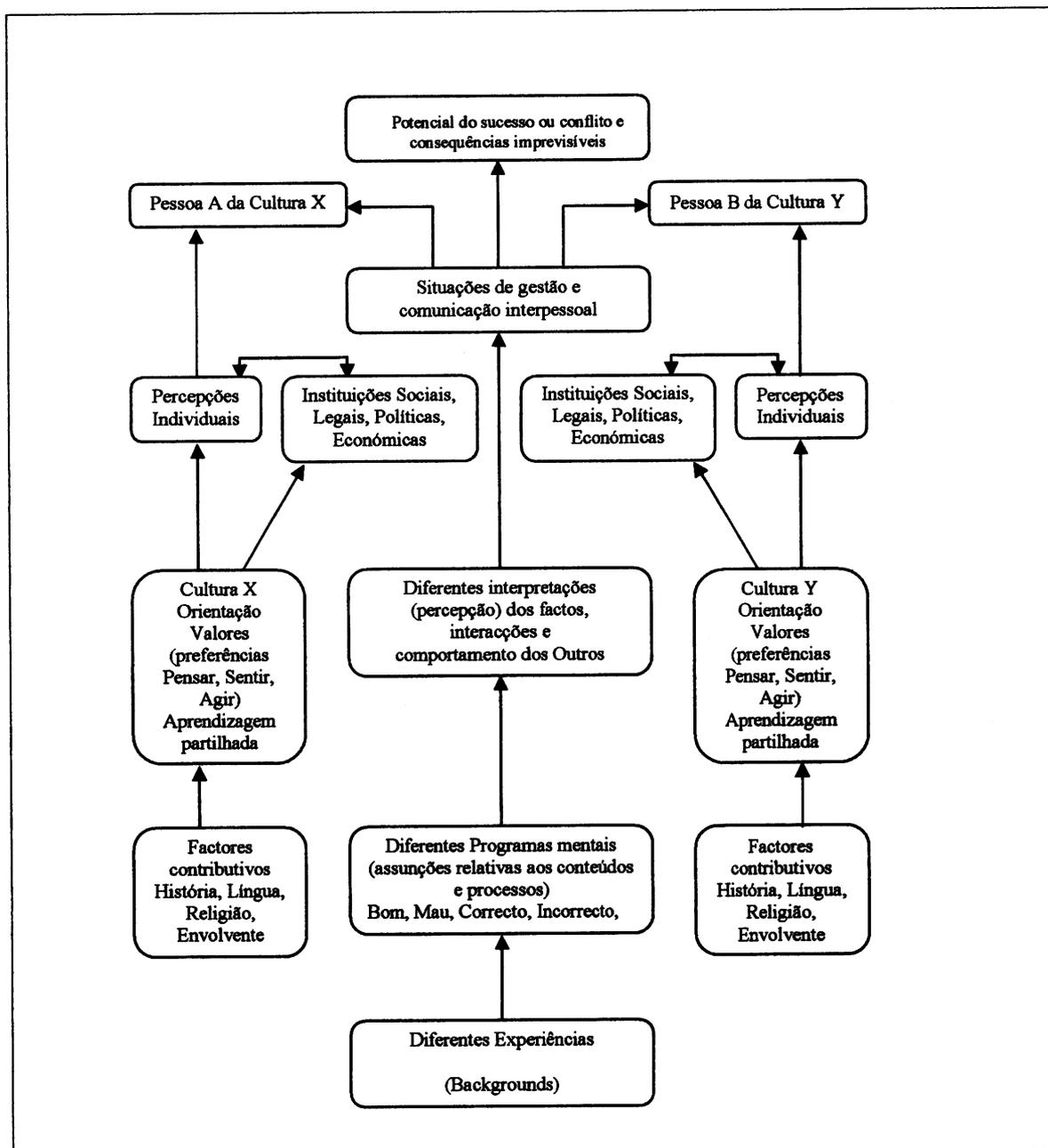


Figura 3 – Influência dos Padrões de Cultura nas Assumpções, Percepções e Comportamento Organizacional e de Gestão (Finuras, 2003)

Williams e O'Reilly (1998), ao sistematizarem num trabalho quarenta anos de pesquisa sobre a diversidade cultural nas organizações e grupos de trabalho, afirmam que é mais provável que a diversidade traga efeitos negativos do que positivos, sendo crucial que as organizações desenvolvam intervenções no sentido de enfatizar os aspectos positivos e de moderar os efeitos negativos da diversidade cultural (Dreachslin, Hunt & Sprainer, 2000).

Watson e Kumar (1992) verificaram que em grupos étnica e racialmente heterogéneos existem mais conflitos durante a formação do grupo, o que impede a resolução de muitos problemas (Dreachslin et al., 2000). Por outro lado, grupos culturalmente diversos pontuam mais baixo em relação a grupos homogéneos nos factores que facilitam a performance do grupo (comunicação e participação, expectativa e integração, coesão) e mais alto nos factores que impedem a performance dum grupo (conflito e mobilidade) (Dreachslin et al., 2000).

Maznevski (1994), baseado numa revisão da literatura, observa que a integração da diversidade cultural no funcionamento do grupo resulta numa boa performance do mesmo. A diversidade dá lugar à performance quando os membros são capazes de se entenderem, chegarem a um acordo e construírem as ideias uns dos outros. Segundo este autor a comunicação efectiva resulta como mecanismo integrador em grupos culturalmente diversos (Dreachslin et al., 2000).

Para Hofstede, a cultura nacional é entendida como «um sistema de padrões e significados acerca da forma de pensar, sentir e agir sobre problemas comuns . . . que caracteriza e distingue um grupo ou categoriza pessoas de outro grupo ou categoria» (Finuras, 2003, p. 78). De acordo com este autor, este sistema de padrões e significados pode assumir várias dimensões, sendo de realçar, neste estudo, a dimensão *aceitação (emocional) da igualdade*, uma vez que trata a integração de profissionais estrangeiros, por isso diferentes. De acordo com Hofstede, este índice indica em que medida é que os que têm menos poder numa organização, aceitam que o poder seja desigual (Finuras, 2003). A forma de *aceitação (emocional) da igualdade* vai condicionar o potencial de sucesso das relações interpessoais e de desempenho ou conduzir a situações de conflito.

Também a forma como as organizações de trabalho se constituem individualistas ou colectivistas condiciona o potencial de sucesso e de conflito nas organizações, pois consoante as características de cada uma delas, assim o grau de interdependência existente entre os seus membros. Nas sociedades auto-centradas, ou individualistas,

prevalece a abertura, a assertividade e a frontalidade nas relações de trabalho. Já nas sociedades com valores colectivistas, ou sócio-centradas, existe uma preocupação com as normas e pressões sociais, sendo a regulação social no trabalho baseada na relação com os outros, no estatuto, na idade, na confiança e na afiliação (Finuras, 2003).

À semelhança de outro qualquer processo de gestão, também a gestão da integração sofre influências culturais por parte dos elementos que fazem parte da organização. A aceitação e compreensão da cultura de cada um torna-se, então, fundamental para desenvolver e aplicar medidas de gestão concertadas no sentido duma adaptação mútua, uma vez que a cultura está «incorporada na mente de cada um cristaliza-se nas instituições e artefactos de uma sociedade que, por seu lado tendem a reforçar (novamente) os programas mentais existentes na mente de cada pessoa» (Finuras, 2003, p. 88).

### **3 – AS PESSOAS EM CONTEXTOS DE TRABALHO**

#### **3.1 - A Socialização Profissional**

##### ***3.1.1 – Perspectivas Analíticas da Socialização***

A socialização é hoje um tema largamente estudado, abordado sob vários pontos de vista e analisado segundo várias perspectivas. Das correntes piagetiana à funcionalista, passando pela interaccionista, vários foram os seguidores que procuraram argumentos para sustentar as suas teses.

A psicologia piagetiana explica o desenvolvimento mental da criança através de dois processos adaptativos (a assimilação e a acomodação) que resultam da conjugação da dimensão individual com a dimensão social. A assimilação consiste em incorporar os objectos e as pessoas externas nas estruturas mentais já existentes, enquanto que a acomodação consiste em reajustar as estruturas mentais em função das transformações exteriores (Dubar, 1997). Qualquer acção ou gesto é, então, entendida por Piaget (1964) como uma resposta às necessidades criadas da interacção do indivíduo com o seu meio.

Esta abordagem da socialização torna-se muito restritiva, uma vez que é centrada exclusivamente no indivíduo enquanto criança e nega a existência de mudança social.

A corrente funcionalista, de que Parsons (1995) foi precursor, por sua vez, descreve a socialização como um processo de incorporação da cultura do grupo de origem, ou seja, de interiorização, na personalidade do indivíduo, de valores, normas, modelos de comportamento e atitudes socialmente aceites (Dubar, 1997). Segundo esta corrente, através da socialização, o indivíduo passa a ser portador do seu sistema social, o que permite a perpetuação da cultura vigente do grupo e/ou sociedade que integra.

Merton (1965) recusa os postulados da teoria funcionalista, uma vez que, segundo este autor, os indivíduos identificam-se com um grupo de referência, ao qual desejam pertencer, e não com o seu grupo de pertença (Dubar, 1997). Merton introduz a noção de socialização antecipatória, que corresponde à aprendizagem antecipada de normas, valores e modelos de um grupo ao qual não se pertence.

Para o estudo da socialização organizacional, em contexto de trabalho, parece-me importante considerar esta socialização antecipatória, pois falar da integração profissional dum enfermeiro espanhol no sistema de saúde português implica irrefutavelmente falar duma série de escolhas que aqueles fizeram. A ideia de opção de pertencer a este ou àquele grupo não cabe na corrente funcionalista. Contudo, quer se trate dum grupo de origem, ao qual o indivíduo objectivamente pertence, ou se trate dum grupo exterior, ao qual o indivíduo deseja pertencer, a socialização passa pela interiorização de normas, valores e atitudes, pela «incorporação dos modos de ser (de sentir, de pensar e de agir) de um grupo, da sua visão do mundo e da sua relação com o futuro, das suas posturas corporais, assim como das suas crenças íntimas» (Dubar, 1997, p.79).

Mead, em 1934, já se referia à socialização e à construção duma identidade social como o resultado da interacção com os outros. Para este autor, a comunicação assume-se como veículo fundamental da socialização. É através dela que cada indivíduo se apropria do 'mundo social' a que pertence, filtra-o à sua maneira «através de atitudes particulares, que simultaneamente, definem as suas relações específicas com os outros e seleccionam determinados papéis em detrimento de outros» (Dubar, 1997, p.94). Esta perspectiva aponta para uma abordagem interaccionista, ou seja, foca a sua atenção na interacção que o indivíduo estabelece com o seu meio.

Berger e Luckman (1986) defendem que a socialização é um processo inacabado, nunca completamente conseguido, que pode ocorrer quer duma forma

primária, quer numa forma secundária. (Dubar, 1997). A socialização primária permite à criança a consolidação de papéis sociais, através da «incorporação de saberes de base que dependem essencialmente das relações que estabelecem entre o mundo social da família e o universo institucional da escola» (Potra, 1997, p.18). A socialização secundária assume especial importância na aquisição de saberes específicos, nomeadamente os saberes profissionais, ou de papéis relacionados com o trabalho (Dubar, 1997).

### ***3.1.2 – Socialização Organizacional***

É na sequência do ingresso do indivíduo numa organização que surge a sua integração num grupo e necessariamente a sua participação num processo de socialização. O novo elemento traz consigo o seu *saber*, no sentido mais vasto da palavra (domínio relacional, do conhecimento e da técnica), e todo um conjunto de crenças, valores e expectativas face à organização. Esta, por seu turno, encerra em si uma cultura própria, também ela carregada de valores, normas, regras e até expectativas em relação aos seus membros. O processo de integração do novo elemento numa organização resulta, portanto, do diálogo entre estas duas realidades e da interacção do integrante com um contexto organizacional específico.

Se, por um lado, «a organização procura induzir a adaptação do comportamento do indivíduo às suas expectativas e necessidades» (Chiavenato, 1999, p.146), donde resultará a incorporação de modelos comportamentais e atitudes de um grupo de referência, de formas de olhar o mundo e da sua relação com o futuro e consigo próprio (Dubar, 1997); por outro lado, o novo elemento procura influenciar a criação de situações de trabalho que lhe permitam alcançar os seus objectivos pessoais e lhe proporcionem satisfação profissional.

É o chamado diálogo entre a socialização organizacional e a individualização, donde resulta habitualmente um contrato psicológico. Ao contrário do contrato formal, o contrato psicológico não é discutido ou esclarecido ele encerra «um entendimento tácito entre indivíduo e organização a respeito dos direitos e obrigações consagrados pelo uso que serão respeitados e observados por ambas as partes» (Chiavenato, 1999,

p.147). Obviamente, o contrato psicológico muda ao longo do tempo, à medida que as necessidades organizacionais e do indivíduo também vão mudando.

A socialização organizacional refere-se, então, tal como refere Van Maanen (1989), à «maneira pela qual as experiências de aprendizagem de pessoas que assumem novos cargos, status, ou papéis nas organizações, são estruturadas por outras pessoas dentro da organização» (Caetano et al., 2002, p.305). Também Schein (1996) remete a socialização para o campo da aprendizagem, definindo-a como o processo «pelo qual um novo membro aprende o sistema de valores, as normas, e os comportamentos da sociedade ou do grupo em que acaba de entrar» (Mintzberg, 1995b, p.121).

Berbaun (1993) por outro lado, define aprendizagem fazendo referência a mecanismos de socialização, referindo que «a aprendizagem é um processo de construção e assimilação duma nova resposta, isto é, um processo de adequação do comportamento, seja ao meio, seja ao projecto perseguido por cada interessado» (Berbaun, 1993, p.13).

Do ponto de vista da pedagogia, a formação de adultos pode ser vista «como uma instância de socialização (ou de aculturação dos indivíduos) que em nada se substitui às outras instâncias, em que se realiza, de forma talvez menos consciente, uma aprendizagem social ou um reequilíbrio das aprendizagens anteriores, bem mais importantes» (Lesne 1997, p.23). Aprendizagem e socialização são, então, processos que se podem confundir uma vez que se implicam mutuamente. Enquadrar o indivíduo socialmente e considerá-lo também agente de socialização é fundamental para entendê-lo enquanto objecto de formação nos diferentes contextos.

Dawson (1995) alerta para o facto das diferentes práticas de gestão de recursos humanos se constituírem numa poderosa forma de criar e revelar a cultura organizacional (Neves, 2000). Assim, os programas de integração e formação profissional, bem como outros mecanismos mais formais de socialização, constituem importantes meios de gerir a cultura de uma organização, pois visam essencialmente «uma consistência e apoio dos valores existentes ou desejáveis» (Neves, 2000, p.131), desempenhando a cultura, portanto, um papel moderador entre as práticas de gestão de recursos humanos e o comportamento individual.

A questão da socialização também é abordada por Mintzberg como sendo um fenómeno que está muito ligado à cultura da organização. Para este autor «a socialização é tanto mais importante quanto os postos são sensíveis ou remotos, e

quanto a cultura e a ideologia da organização exige uma grande lealdade dos seus membros» (Mintzberg, 1995b, p.123). Shein (1984) define cultura organizacional como sendo

um padrão de pressupostos básicos que um dado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu, aprendendo a lidar com os seus problemas de adaptação externa ou integração interna e que têm funcionado suficientemente bem para serem considerados válidos e para serem ensinados aos novos membros como o modo correcto de compreender, pensar e sentir em relação a esses problemas (Bilhim, 1996, p.163).

A definição de Shein propõe a análise de cultura organizacional, tendo em conta os aspectos visíveis, mas nem sempre decifráveis, como sejam a arquitectura do edifício da organização, o fardamento, a linguagem, os padrões comportamentais; tendo em conta os valores partilhados que são do conhecimento de todos; e tendo em conta os aspectos invisíveis e indiscutíveis, que se assumem como pressupostos básicos.

Hofstede (1990) nos seus trabalhos de avaliação da cultura organizacional em vinte organizações salientam a importância que os espaços sociais (neste caso, as organizações) assumem, enquanto espaços de produto e produção de cultura. Este autor conclui que as percepções e representações dos trabalhadores constituem o coração da cultura organizacional. Para eles, a socialização no trabalho / integração passa pela “aprendizagem de práticas” e pode envolver a transferência de valores dos líderes ou dos fundadores para os restantes membros organizacionais (Hofstede, 1990).

A cultura organizacional é, assim, uma espécie de *força* que impulsiona os vários actores a interagirem entre si de determinada forma ou que determina o grau de envolvência de cada elemento na organização ou no trabalho. Esta *força* pode expressar-se sob a forma de valores, padrões de comportamento, regras ou procedimentos. Assim, a cultura não é um atributo dos indivíduos, mas sim do grupo e, portanto, falar de cultura organizacional é falar da influência dum conjunto de valores, normas e procedimentos sobre o comportamento do grupo, enquanto pertencente a determinada organização.

Trata-se portanto de admitir que a organização dispõe de um conjunto de normas de socialização e de valores que ajudam a fundar uma coesão social isto é, as pertenças socioculturais são muitas vezes fonte de normas e valores colectivos que irão (ou não) legitimar as (in)capacidades da organização, os projectos, ideologias, dinâmicas, ajustamentos ou transformações. O recém-chegado à organização tende a aprender as regras do campo social em que se pretende inserir. O seu processo de integração

corresponde, então, não só à adição de um conhecimento técnico das tarefas mas também à apreensão das regras do jogo. Todo este processo pode traduzir-se, em última análise, na (re)composição dos saberes e da identidade individuais, onde o grupo tem um papel fundamental.

Num estudo realizado a sessenta indivíduos que desempenham funções de investigação numa empresa privada portuguesa, acerca da socialização organizacional, auto percepção da originalidade e da eficiência, obtiveram-se várias conclusões. Os resultados confirmam, por um lado, que “as características individuais dos membros da organização (neste caso, a auto percepção da originalidade) são efectivamente importantes como indicadores de um adequado ajustamento (ou não) à organização (neste caso concreto, trata-se do ajustamento à concepção da estrutura real da organização), sugerem, por outro lado, que esse ajustamento é também influenciado pelas próprias práticas organizacionais, aqui inferidas a partir do processo de socialização” (Monteiro e Caetano, 1994:58).

Louis (1980) define socialização organizacional como o «processo através do qual os novos membros numa organização compreendem e apreciam os valores, aptidões, comportamento esperado e conhecimento social essenciais para assumirem um papel organizacional e para participarem como membros da organização» (Caetano et al., 2002, p. 305).

Cplow (1964) acrescentam que o período de integração deve ser um período de aquisição e mudança. Segundo estes autores, esta fase caracteriza-se pela aquisição dum conjunto de requisitos, que vão desde uma nova auto-imagem, a novos relacionamentos, novos valores, passando por novas formas de comportamento (Caetano et al., 2002) (Quadro II).

REQUISITOS	CARACTERÍSTICAS
Nova Auto-imagem	Nova percepção de si em resultado das relações interpessoais que estabelece no seio da organização. A mudança dependerá do grau de socialização, do seu papel, da idade e da experiência profissional anterior.
Novos Relacionamentos	Abandono de antigas amizades; Criação de novas amizades que definem quando é que o novo elemento adquiriu o papel social adequado.
Novos valores	Para além de conhecer os valores da organização terá de os aceitar e interiorizar.
Novas Formas de Comportamento	Aquisição dos comportamentos essenciais à sua manutenção na organização e obtenção de recompensas.

Quadro II – Requisitos da Fase de Aquisição e Mudança – Caetano; Vala, 2002

Também Dias (2004) defende que a principal consequência da socialização é a mudança, no sentido da adaptação a um novo contexto. Segundo este autor, a adaptação social permite ao indivíduo «comunicar ideias, sentimentos, partilhar aspirações, gostos e necessidades» (Dias, 2004, p. 157), uma vez que ele se revê no grupo. Olhando a adaptação da pessoa ao seu contexto social numa perspectiva sistémica, pode afirma-se que ela ocorre segundo quatro níveis distintos, o biológico ou psicomotor, o afectivo, o mental e o social:

A adaptação biológica traduz a capacidade do sujeito ter desenvolvido necessidades fisiológicas, gostos e atitudes corporais de acordo com os condicionamentos de uma determinada sociedade ou cultura que o processo de socialização lhe proporcionou no decurso da sua vida.

Por sua vez a adaptação ao nível afectivo demonstra a aptidão do sujeito expressar os seus sentimentos através das modalidades sociais e culturais, tendo em consideração as restrições e as sanções, ou até a supressão, que uma sociedade ou cultura lhe impõem.

Ao nível mental, a adaptação evidencia a assimilação e a capacidade do sujeito empregar e lidar com as categorias mentais, as representações, as imagens, os conhecimentos, os preconceitos e os estereótipos, aspectos essenciais ao desenvolvimento da inteligência, da memória e da imaginação.

. . . no que se refere ao nível social, a adaptação revela a competência do sujeito saber lidar com as situações inesperadas, interpretar o presente e o passado, fazer prospectiva, entender-se com os outros, criar expectativas socialmente aprovadas e conviver com os outros dentro dos padrões de relacionamento socialmente aceites (Dias, 2004, p. 156).

Assim, é através da adaptação social que os indivíduos conseguem ter percepções uns dos outros e de si próprios, adoptar sentimentos de pertença, partilhar pensamentos, necessidades, emoções e aspirações e construir a sua identidade.

### **3.2 – Dos Saberes às Práticas Organizacionais – A Aprendizagem como Processo Fundamental**

A actual conjectura de constante mudança, decorrente da revolução tecnológica e científica, torna a formação um instrumento essencial, quer para fazer face ao cenário de mudança, quer para produzir e gerir novas mudanças, e faz da aprendizagem o

processo fundamental para que haja adaptação a novos contextos. A nova paisagem de incerteza e mudança não afecta apenas os indivíduos, enquanto elementos de uma organização, pois este cenário cria também situações que põem á prova a sobrevivência organizacional. Stacey (1998) refere que «o sucesso organizacional passa essencialmente pela capacidade de criar organizações mutáveis» (Cunha, 1999, p. 284). Ora, a existência de mudança a nível organizacional explica também uma certa adaptação á envolvente, e, de certo, a inclusão e desenvolvimento dum processo de aprendizagem. Se por um lado, o contexto e as situações de trabalho criam situações de aprendizagem para os indivíduos, por outro lado a organização, no seu conjunto, aprende a partir da sua própria história e memória como instituição (Canário, 2003). Assim, a aprendizagem organizacional não se trata apenas dum fenómeno individual, mas essencialmente dum fenómeno social.

Moreira (2000) comenta que na perspectiva de Levitt e March (1995) «as concepções de aprendizagem baseadas nas rotinas assumem que os conhecimentos provenientes da experiência de acção são mantidos e acumulados em rotinas resistentes ao *turnover* e ao tempo» (Cunha, 1999, p. 286), realçando a extrema importância da organização como suporte de informação. Este suporte é conseguido através de registos formais do conhecimento (processos, estruturas, tecnologias) mas essencialmente através de processos informais, «como a transmissão de informação e a pressão para a conformidade dentro da organização» (Cunha, 1999, p.286). Esta pressão para a conformidade é entendida para o autor como um factor estabilizador dos conhecimentos produzidos pela aprendizagem. Desta forma, sempre que determinado conhecimento é colocado em prática e se obtém um resultado favorável, forma-se uma ‘pressão social’ para a reprodução dos mesmos comportamentos na expectativa que os resultados esperados ocorram. Estas rotinas organizacionais são válidas enquanto existir um equilíbrio entre os diversos factores que permita resultados bem sucedidos. A partir do momento que ocorre o desequilíbrio não só a nível do funcionamento operacional, mas também da envolvente, criam-se condições para que ocorra mudança e, conseqüentemente, aprendizagem organizacional (Cunha, 1999).

Tal como Bolívar concretiza, «face ao não cumprimento das suas expectativas (detecção do erro), em lugar de limitar-se a adaptar à situação (aprendizagem de ‘circuito simples’), mantendo constantes os modos de pensar e fazer (ensaio-erro), produz-se uma aprendizagem de ‘circuito-duplo’» (Canário, 2003, p.83), que se

concretiza, segundo Argyris e Shön (1978) pela modificação de normas, políticas e objectivos da organização (Canário, 2003). A este respeito Moreira conclui que uma organização só está verdadeiramente em aprendizagem quando esta se constitui um valor integrante da cultura organizacional (Cunha, 1999). Assim, «a cultura, os valores centrais e a forma como as organizações criam condições para a difusão do conhecimento . . . . podem exercer uma influência positiva nos processos de aprendizagem» (Cunha, 1999, p.286).

Não existe consenso quanto ao modelo teórico mais adequado para abordar a aprendizagem organizacional. Fiol e Lyles (1985), Dogson (1993), Nicolini e Mezner (1995) e Miller (1996) desenvolveram importantes trabalhos acerca da aprendizagem organizacional. No entanto, todas as perspectivas abordadas por estes autores focam a aprendizagem organizacional como um processo que envolve a análise e o processamento da informação e a produção e retenção de conhecimento (Cunha, 1999).

Simons (1996) refere-se à aprendizagem nas organizações tendo por base a teoria construtivista. Este autor entende que a aprendizagem nas organizações ocorre a três níveis – individual, grupal e organizacional – cada um marcado por um empenho para aprender representações da memória, num processo auto-regulado, activo, cumulativo, dirigido para objectivos, diagnóstico e reflexivo (Marques & Cunha, 1996). Assim, a teoria construtivista que explica a aquisição, distribuição, armazenamento e recuperação de informação ao nível individual, pode também ser usada para explicar a aprendizagem organizacional e grupal.

Huber (1991) identifica quatro principais processos de aprendizagem organizativa:

1. Aquisição de conhecimentos: difusão/disseminação do que se aprendeu.
2. Partilha de conhecimentos: assimilação do conhecimento acumulado da história anterior.
3. Memória organizacional: assimilação do conhecimento acumulado da história anterior.
4. Utilização de conhecimentos: integração da aprendizagem disponível, de modo a ser generalizada a novas situações (Canário, 2003, p. 91).

Miller (1996) propõe um modelo interpretativo de aprendizagem organizacional (Quadro III).

Nível de constrangimento organizacional	Base dos processos de tomada de decisão organizacionais	
	Análise Metódica	Intuições Emergentes
<i>Voluntarismo</i>	<p><b>Aprendizagem analítica</b></p> <p>Análise sistemática utilizada por vezes na formulação e implementação de estratégias. Envolve a procura de informação na envolvente, e a análise dessa informação em conjunto com informação sobre os recursos e os processos internos, de forma a gerar vários cenários de acção que serão submetidos a decisão.</p>	<p><b>Aprendizagem sintética</b></p> <p>Forma instintiva de reconhecimento de padrões. Capacidade para gerar «insights» globais. Interna ao gestor e geralmente rodeada duma aura misteriosa, poderá ser não-intensional.</p>
Constrangimentos reduzidos		
Constrangimentos ao nível da acção	<p><b>Aprendizagem experimental</b></p> <p>Recolha apenas da informação mais acessível, reduzida reflexão, consideração de um conjunto restrito de alternativas no desenvolvimento de uma solução adequada, em função das limitações de tempo e dos recursos disponíveis.</p>	<p><b>Aprendizagem interactiva</b></p> <p>Envolve a aprendizagem através da acção, ocorrendo simultaneamente em várias partes da organização. É uma aprendizagem emergente das negociações e trocas no interior da organização e com os «stakeholders» externos.</p>
Constrangimentos ao nível do pensamento e da acção		
<i>Determinismo</i>	<p><b>Aprendizagem estrutural</b></p> <p>Baseada em rotinas que normalizam o comportamento e o processamento da informação, especificando aspectos relacionados com a recolha e interpretação da informação.</p>	<p><b>Aprendizagem institucional</b></p> <p>A informação é amplamente difundida e os conteúdos são frequentemente de carácter ideológico, embora possam ser apresentados de uma forma subtil. Produz uma normalização de valores e estimula a coerência e a homogeneidade internas.</p>

Quadro III – Aprendizagem Organizacional: Tipologia de Miller (1996) (adaptado de Cunha, 1999)

O eixo voluntarismo-determinismo refere-se à autonomia-restrição de cognição e de acção, quer a nível individual, quer a nível organizacional. Ao longo deste eixo criam-se diferentes formas de constrangimento, consoante o determinismo imposto. Assim, tal como Miller (1996) explica, os processos de tomada de decisão podem assumir uma diferenciação que incorporam desde uma racionalidade dedutiva, com um papel bem definido de estruturação de informação, até uma racionalidade emergente, espontânea, menos estruturada (Cunha, 1999).

Os seis tipos de aprendizagem identificados por Miller tornam-se fundamentais para a construção de uma capacidade de aprendizagem global,

dependendo a sua aplicação e desenvolvimento conjugado da análise de gestão, e da sua capacidade para a concepção e implementação de uma fórmula de aprendizagem em permanente evolução, produtora de uma eficácia progressiva,

que tenha em conta os recursos disponíveis, as características de partida e o potencial de desenvolvimento dos indivíduos e das subunidades, e os objectivos estratégicos e operacionais da organização (Cunha, 1999, p.293).

O modelo de Miller tem, portando, subjacente a ideia de que existe um limite de racionalidade que condiciona (constrange) o acesso, a análise e o processamento da informação organizacional. Subjaz também a noção de que a organização está ajustada de forma imperfeita à sua envolvente, havendo necessidade dum procura constante de equilíbrio, através da aprendizagem. Moreira chama a atenção para o facto do modelo de Miller deixar transparecer, ainda que de forma latente, a existência de conflito nas organizações (Cunha, 2002). Estes conflitos, surgidos do desencontro de interesses dos vários elementos organizacionais, funcionam como fonte energética para dinamizar a aprendizagem no sentido dum convergência e compatibilidade de interesses.

### **3.3 – O Indivíduo como Peça Fundamental do Processo de Integração Profissional**

É sabido que o dia-a-dia de cada um é largamente preenchido por situações de caris laboral. Estas situações constituem-se de extrema importância na construção dum simbologia que dará sentido à actividade de cada indivíduo, num meio onde progressivamente aprenderá a situar-se e a reconhecer-se. O processo de integração profissional é, então, composto por uma dimensão individual que ganha um novo valor quando o elemento que se integra é originário de outro país, com hábitos, costumes, crenças, religião, língua, história... diferentes.

A migração não é apenas uma questão de movimentação de força de trabalho no espaço e no tempo. O encontro com novas culturas e novas formas de produção e com contextos económico-políticos diferentes requer a reconstrução dos esquemas individuais no sentido de encontrar meios para uma integração adequada. Importa aqui salientar a existência de vários elementos interdependentes que concorrem para a procura destes meios.

Estes elementos fazem parte do sistema sujeito-meio, essencial para entender um indivíduo num contexto de integração profissional. Berbaun (1993) explicita que «a relação sujeito-meio estabelece-se, em termos dinâmicos, através das opções daquele face aos elementos do meio aos quais está exposto e de que se apercebe face às respostas possíveis do seu repertório comportamental . . . . , face aos modos de construção das respostas quando acontece não dispor do comportamento desejado” (Berbaun, 1993, p.15).

Al-Baldawi (2002) também é de opinião que o indivíduo interage com o seu meio de forma dinâmica. No entanto, considera que esta interacção, apesar de pautada de incerteza, caracteriza-se também por uma certa imutabilidade e permanência que confere ao indivíduo sentimentos de segurança e bem-estar que lhe permitem fazer face às situações de mudança. Segundo este autor, em cada indivíduo, existem três níveis diferentes de envolvimento que coexistem numa relação de equilíbrio: nível micro, nível meso e nível macro. O nível micro diz respeito aos esquemas internos do indivíduo, com a sua genética, personalidade, história e experiências de vida; o nível meso engloba a família, os amigos e a sociedade local; o nível macro engloba o país de origem, cultura, tradições, normas, religião e história (Al-Baldawi, 2002).

Segundo Al-Baldawi, os episódios de migração interferem negativamente na interacção que se estabelece entre estes três níveis de envolvimento. Numa situação de migração internacional, o indivíduo perde, na maioria das vezes, o macro e o meso envolvimento que lhe são característicos, deixando o seu micro envolvimento ‘exposto’ às ‘agressões’ do meio, o que origina situações de stress e depressão (Al-Baldawi, 2002).

Schmitz (1997) identifica um conjunto de cinco reacções-tipo de stress no imigrante: 1 – sentimentos de angústia; 2 – saudade do lar (pátria); 3 – reacções depressivas; 4 – sintomas psicossomáticos, vulnerabilidade para doenças; 5 – desajustamento psicossocial, comportamento psicopata (Al-Baldawi, 2002).

Kaplan (1987) apoiando-se nos estudos de Deutsch e Gerard (1955) desenvolve os modelos de influência social normativa e informativa, demonstrando a sua coexistência e o quão podem ser influenciados por factores contingenciais. (Ferreira et al. 1996)

A influência normativa «pressupõe um modelo socioafectivo, onde a motivação humana assenta nas recompensas sociais» (Ferreira et al. 1996, p.158). Este modelo apela ao conformismo e às preferências da maioria como determinantes nas escolhas do indivíduo, que pretende agradar e ser aprovado pelo grupo.

A influência informativa assenta as suas bases nos pilares da racionalidade, dando primazia à argumentação lógica e ao conhecimento rigoroso da realidade. De acordo com esta perspectiva, as escolhas dos indivíduos dentro do grupo dependem da «qualidade da argumentação lógica que se estabelece no grupo» (Ferreira et al. 1996, p.158).

Encarando a minoria não apenas como dependente da influência da maioria, Moscovici (1982) concebe um modelo de influência social que entende a minoria também como fonte de mudança, através da «emergência e negociação do conflito» (Ferreira et al. 1996, p.159). Para Moscovici as relações interpessoais dentro do grupo podem ocorrer segundo três processos: o conformismo, a normalização e a inovação.

Pelo conformismo a minoria sujeita-se à posição da maioria. O conformismo pode ser entendido como «uma dependência das normas estabelecidas pelos outros, sem um pensamento independente» (Davis, Keith; Newstrom, Jonh W., 1991, p.476).

A normalização pressupõe uma influência recíproca que evita o conflito, enquanto que na inovação a minoria é fonte geradora de conflito (Ferreira et al. 1996).

Tal como refere Passos, a negociação decorrente da normalização gera ‘soluções intermédias’, enquanto a inovação coloca a minoria numa posição de tomada de atitude e de participação activa no processo de decisão. A influência da minoria está dependente não só da consistência da mensagem que é percebida pelo outro, mas também da autoconfiança percebida pelo seu comportamento (Ferreira, J.M. Carvalho; Neves, José; Caetano, António, 2001).

Kolb (1984) também desenvolveu um conjunto de estudos na área da psicologia da educação, da sociologia da educação e da psicossociologia das organizações que põem em evidência a participação activa do indivíduo em todo o processo de integração. Baseando-se na premissa de que existem formas individualizadas de processar a informação, decorrentes das experiências vivenciadas, chegou à conclusão que o indivíduo desenvolve estilos de aprendizagem que promovem o desenvolvimento de determinadas competências em detrimento de outras. Existem, assim, quatro diferentes

estilos de aprendizagem: convergente, divergente, assimilativo ou acomodativo (Abreu, 2001), seguidamente descritas sucintamente no Quadro IV:

<b>Estilos de Aprendizagem de Kolb (1984)</b>	<b>Características</b>
Aprendizagem convergente	Está fundamentalmente ligado à maior apetência para a conceptualização abstracta e para a experimentação activa. Daí a maior capacidade para resolução de problemas, tomada de decisão e aplicação prática de ideias (...) Existe uma tendência ou facilidade em lidar com problemas de ordem técnica, em detrimento de situações de ordem relacional ou interpessoal.
Aprendizagem divergente	Caracteriza-se pela capacidade de avaliar as situações de acordo com vários pontos de vista. Os indivíduos com este estilo de aprendizagem são criativos e prospectivos e dominam facilmente situações de ordem relacional.
Aprendizagem assimilativa	O indivíduo aprende fundamentalmente por indução, tem alguma facilidade em conceber ideias em planos teóricos, integrando no seu quadro simbólico a informação obtida através da observação. Encontra-se menos orientado para as relações interpessoais e mais para o mundo das ideias e dos conceitos abstractos.
Aprendizagem acomodativa	Dá relevo à experiência concreta e à experimentação activa. Denomina-se de acomodativo porque o indivíduo tem necessidade de se adaptar para alterar as circunstâncias. O indivíduo que desenvolve este estilo de aprendizagem tem tendência para resolver os problemas de uma forma intuitiva e por tentativa e erro.

**Quadro IV** – Estilos de Aprendizagem de Kolb (1984) – Adaptado de Abreu, 2001

O enquadramento dum indivíduo em determinado estilo de aprendizagem não pretende criar rótulos ou categorizar os indivíduos segundo classes standard, mas antes encontrar tendências de comportamentos. A abordagem dos estilos de aprendizagem de Kolb neste enquadramento teórico surge, contudo, não com essa perspectiva, mas com o intuito de realçar a importância da influência de algumas variáveis na produção de comportamentos em contexto organizacional. Segundo Kolb (1984) o comportamento individual em contexto de aprendizagem (e o seu conseqüente enquadramento nos vários estilos mencionados) deriva da influência de referenciais específicos: tipo de

personalidade, formação profissional, história pessoal, ocupação actual e competências adaptativas. (Abreu, 2001).

A aprendizagem é, então, um processo inerente ao funcionamento organizacional, onde falar de aprendizagem organizacional implica também descrever processos de aprendizagem individual. Simons relembra que a aprendizagem individual resulta das mudanças comportamentais individuais, decorrentes de mudanças de regras e procedimentos organizacionais ou de normas subjacentes (Marques & Cunha, 1996).

Da mesma forma que cada indivíduo aprende seguindo uma tendência mais ou menos estandardizada ou adoptando determinado estilo, ele pode também adoptar um conjunto de reacções individuais face à informação que lhe chega, através do processo de socialização. Schein (1990) e Porter e colaboradores (1987) descreveram as reacções individuais face às práticas de socialização organizacional segundo três tipos: rebeldia, individualismo criativo e conformismo (Caetano et al, 2002) (Quadro V).

REACÇÕES INDIVIDUAIS	CARACTERIZAÇÃO	CONSEQUÊNCIAS POSSÍVEIS
<b>Rebeldia</b>	O indivíduo rejeita todos os valores e normas da organização.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consegue mudar profundamente a organização;</li> <li>▪ É demitido;</li> <li>▪ Assume uma posição de responsabilidade que o transforma de atacante a defensor dos valores e normas da organização (ex. cargo de chefia).</li> </ul>
<b>Individualismo Criativo</b>	O indivíduo aceita alguns dos valores e normas básicos e vitais da organização mas rejeita outros menos relevantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consegue influenciar a organização;</li> <li>▪ A organização recebe novas ideias e novos modos de comportamento eventualmente mais eficazes.</li> </ul>
<b>Conformismo</b>	O indivíduo aceita todos os valores e normas da organização.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vantajoso a curto prazo para o indivíduo e para a organização;</li> <li>▪ Limitativo a longo prazo.</li> </ul>

**Quadro V – Reacções Individuais-Tipo Face à Socialização Organizacional (Caetano; Vala, 2002)**

As reacções individuais face à socialização organizacional propostas pelos autores referidos salientam numa forma muito clara a forma como o indivíduo gere as normas e valores emanados do clima organizacional. Estas reacções adoptadas pelos indivíduos levantam também a questão da mudança de julgamentos e atitudes quando cada um é exposto à opinião do grupo, ou seja, levantam a questão da influência social.

Lesne e Mynvielle (1990) esclarecem que o que designamos de *formação* não é mais do que «uma modalidade particular, e parcelar, de um processo continuado e

multiforme de socialização que coincide com a trajectória profissional de cada um» (Canário, 2003, p.143). Assim, qualquer situação de trabalho que se constitua elemento interveniente no processo de socialização organizacional / profissional pode ser transformado consciente ou inconscientemente, num processo formativo. Este processo formativo coincide com a produção de mudanças (Canário 2003).

Esta realidade culmina em novas responsabilidades para as organizações de trabalho, obrigando a uma renovação e actualização constante do saber adquirido.

É nesta perspectiva que uma organização de saúde, como é o hospital, é entendida como um lugar de formação, não porque no seu interior existam um somatório de acções de formação pontuais, mas porque da interacção entre os vários actores surgem oportunidades educativas (Canário, 2003). O hospital, assim como as demais organizações de saúde, assume, então, a responsabilidade social de formar «aqueles que, na sociedade, ocupam ou irão ocupar funções determinantes no que diz respeito à saúde da população» (Hesbeen, 1997, p.119). A formação dos enfermeiros surge, então, como um *continuum* que se inicia com o curso de base e se prolonga para o resto da vida. Esta não pode, contudo, ser confundida com a preparação de profissionais para realizarem um conjunto de actos, pois a «pessoa enfermeira» tem um perfil determinado tanto por conhecimentos como por aptidões e qualidades humanas (Hesbeen, 1997). A «pessoa enfermeiro» integra, desta forma, três níveis do saber (saber, saber-fazer e saber-ser), que dizem respeito aos domínios científico, técnico e relacional.

O contexto de trabalho assume, assim, uma importância fundamental na formação dos enfermeiros. Contudo, mesmo dotado de grande componente prática, o curso de enfermagem tem-se revelado insuficiente na formação de enfermeiros, havendo um desfasamento entre a formação inicial e as práticas profissionais observáveis. Canário (2003), a este respeito, justifica este desencontro entre a teoria e a prática pelo facto da aplicação da matriz conceptual de referência acontecer em contextos previsíveis. O mesmo autor acrescenta que a descontinuidade entre a situação de formação inicial e a situação de trabalho é susceptível de ser corrigida «com um acréscimo de uma racionalidade técnica e de cientificidade» (Canário, 2003, p.138), chamando a atenção para a necessidade de distinguir *qualificação de competência*.

É fundamental, portanto, que os estudantes de enfermagem, durante os estágios nos diversos serviços de saúde, «tenham oportunidade de contactarem com a realidade, de se aperceberem da necessidade de uma estreita interligação das diferentes matérias e

disciplinas, assim como de integrarem os conhecimentos teóricos adquiridos, nas actividades que desenvolvem durante os estágios» (Carvalho, 1996, p.47). O mesmo autor chama ainda a atenção para ser dado ênfase a indicadores de valores durante o período de estágio para «dar às coisas uma intencionalidade humana e pôr à prova a humanização dos cuidados» (Carvalho, 1996, p.48).

Mestrinho (1997) desenvolveu importantes trabalhos na área da inserção profissional dos enfermeiros recém formados. No estudo “Choque da realidade dos enfermeiros no início de carreira”, a subcategoria mais abordada pelos enfermeiros entrevistados é *Dificuldades perante a prática profissional*, o que, na opinião do autor, coloca a nu duas constatações fundamentais: «a de que existe desfasamento entre a formação inicial e a prática profissional e a de que a escola não reconhece aos enfermeiros da prática a legitimidade para colaborarem em pé de igualdade com os professores na orientação dos estudantes nos estágios» (Mestrinho, 1997, p.141).

A formação e, como consequência esperada, a aprendizagem são, então, elementos fundamentais no processo de socialização organizacional/profissional que vêm colmatar as lacunas deixadas pela formação de base dos enfermeiros.

A aprendizagem através da realização de praticas sociais, como é o caso do trabalho, deriva, segundo Vygotskian (1987), das teorias do desenvolvimento e da aprendizagem. A aprendizagem resulta, portanto, da interacção do indivíduo com o mundo social, colegas de trabalho, artefactos, símbolos e envolvimento físico (Billett, 2002), sendo o resultado da aprendizagem no local de trabalho entendido como a possessão de informação, o dominar habilidades e técnicas e a compreensão do desempenho numa actividade (Rismark & Sitter, 2003). Assim, a dimensão pedagógica do local de trabalho está inevitavelmente associada à realização continuada das actividades organizacionalmente determinadas a cada trabalhador.

Apesar de muitos autores defenderem que os locais de trabalho são meios de aprendizagem informal e não estruturada, as experiências de aprendizagem nos locais de trabalho podem ser consideradas formais e estruturadas (Billett, 2002). Embora não esteja reproduzida em manuais, a experiência e o desempenho de actividades nos locais de trabalho é muitas vezes ‘formalizada’ sob a forma de objectivos, normas e práticas comportamentais. O desempenho numa actividade profissional está, em grande parte dos casos, estruturado de forma a facilitar a aquisição de conhecimentos por parte dos vários indivíduos, para dar continuidade à sua prática (Billett, 2002). No caso da

enfermagem em contexto hospitalar, a forma como o trabalho está sequenciado ou organizado em 'rotinas de turno', protocolos de actuação ou normas, pode, então, constituir um meio facilitador da aprendizagem.

A participação dos trabalhadores na tomada de decisão no seu local de trabalho constitui um factor determinante na construção da referida estruturação do trabalho. A oportunidade de cada indivíduo participar depende dum conjunto de aspectos relacionados com a hierarquia organizacional, os sectores de trabalho que ocupa, as afinidades dentro do grupo a que pertence, as relações interpessoais estabelecidas, as práticas culturais, o género, a raça, a linguagem, as actividades desenvolvidas, o estatuto e as actividades desenvolvidas individualmente que revelam ajustamento/adaptação (Billett, 2002). Estes aspectos, tidos como critérios para *dar oportunidades*, podem conduzir a uma desigualdade de oportunidades entre os trabalhadores e, conseqüentemente, conduzir ao conflito. Lave & Wenger (1991) consideram que este conflito pode surgir mais facilmente entre os '*newcomers*' e os '*old-timers*', ou, como referem Hughes & Bernhardt (1999), entre os trabalhadores e tempo inteiro e os que trabalham a tempo parcial, ou mesmo, como defendem Daeeah (1996) e Hull (1997), entre equipas que trabalham no mesmo local, mas que estão sujeitas a regras diferentes (Billett, 2002).

A questão da participação dos trabalhadores no local de trabalho é central para entender a aprendizagem através do desempenho numa actividade profissional. Billett desenvolveu um modelo que estabelece a relação entre o indivíduo e o local de trabalho numa perspectiva de aprendizagem. Segundo este autor, a aprendizagem não resulta apenas dum mero processo de socialização ou de aculturação, determinados por factores históricos, culturais ou situacionais, mas também (e principalmente) do papel activo que o indivíduo desempenha em todo o processo (Billett, 2002). Assim, para além da esfera social que envolve todo o meio do trabalho (actividades, artefactos, objectivos, valores, normas, regras, procedimentos), este autor introduz a esfera individual como determinante na produção de momentos de aprendizagem (histórias individuais, crenças e valores, procedimentos, concepções, preferências).

A aprendizagem não resulta, portanto, dum processo unidireccional que conduz a uma mera aceitação do meio externo por parte do indivíduo; pelo contrário, as aprendizagens nos locais de trabalho resultam de julgamentos e de respostas individuais às situações vivenciadas. Duma forma recíproca e interdependente, indivíduos e

contexto de trabalho interagem no sentido de estabelecerem um compromisso. Por um lado, os indivíduos têm oportunidade de se comprometerem no sentido de desenvolverem um conjunto de aprendizagens e de se ajustarem ao seu local de trabalho, através das práticas de trabalho; Por outro lado, aos locais de trabalho é colocada a possibilidade de assumirem o compromisso de desenvolverem mecanismos que conduzam à participação daqueles na tomada de decisão. A este compromisso bidireccional Billett chamou de co-participação nos locais de trabalho (Billett, 2002) (Figura 4).

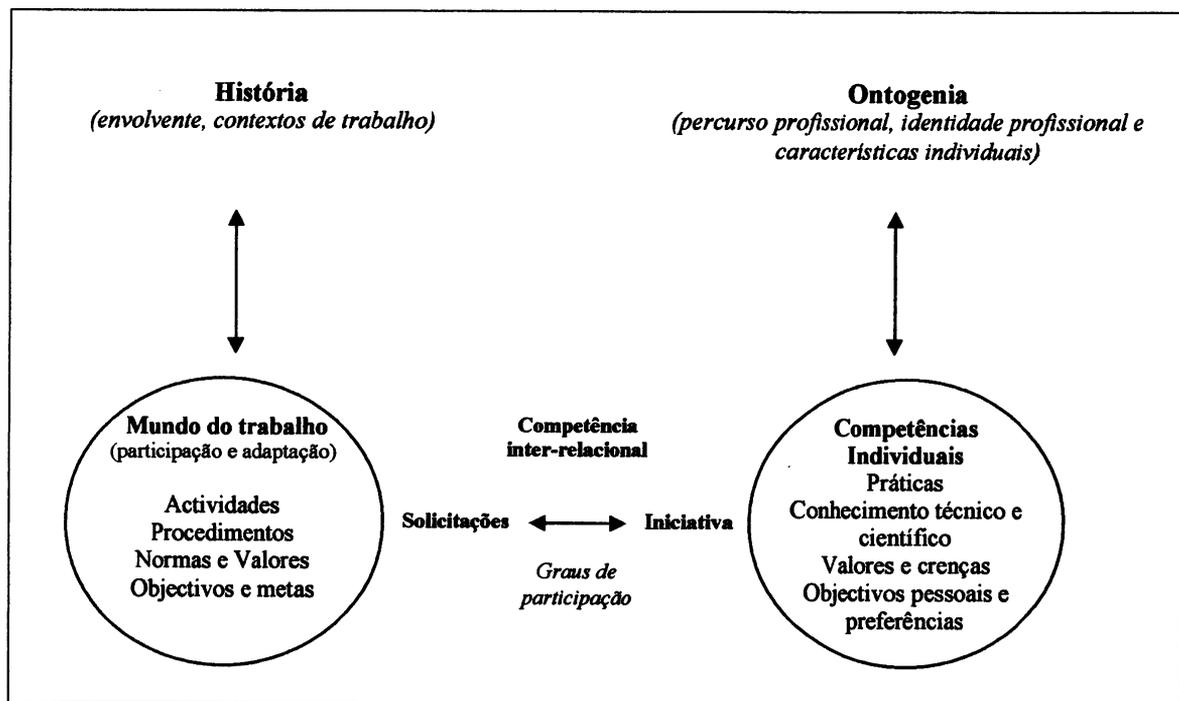


Figura 4 – Co-Participação no Trabalho (adaptado de Billett, 2001)

Desta forma, os enfermeiros são alvo dum fluxo permanente de mensagens (por vezes contraditórias) que, apesar de não se lhes reconhecer um objectivo formativo deliberado, contribuem decisivamente para a transformação das práticas sociais (Abreu, 2001). O tipo de resposta desenvolvido pelo sujeito depende da sua sensibilidade «a determinado aspecto da situação, em detrimento de outro, em função das suas preocupações, dos seus projectos, do seu sistema de valores, do seu grau de maturidade» (Berbaun, 1993, p.18). Ou seja, no sentido de se ajustar ao seu local de trabalho, o enfermeiro tem oportunidade de responder a um conjunto de estímulos e desenvolver um conjunto de práticas sociais e, assim, deliberadamente ou não, participar no processo formativo.

Da mesma forma, também à organização de trabalho é dada a oportunidade de responder a um conjunto de estímulos e participar na formação e desenvolvimento de competências quer dos seus trabalhadores, quer da própria organização.

Se Billett (2002) se refere à co-participação nos locais de trabalho como o diálogo constante ente o indivíduo e o mundo do trabalho, Abeu (2002) especifica essa co-participação e dá-lhe sentido através do processo formativo, pois tal como o autor refere «a formação e o trabalho articulam-se de forma contingente» (Abreu, 2001, p.57).

Kolb (1984) também se referiu à aprendizagem como um processo de adaptação a um contexto. Este autor construiu um modelo de aprendizagem pela experiência, representado por um ciclo de quatro etapas, que correspondem a modos adaptativos de aprendizagem: experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstracta e experimentação activa (Abreu, 2001). Este ciclo refere-se ao processo através do qual indivíduos, equipas ou organizações apreendem as suas experiências e, conseqüentemente, modificam o seu comportamento. Este autor enfatiza, igualmente, o papel do sujeito como determinante na transformação do seu conhecimento e na construção e de momentos de aprendizagem, utilizando processos mentais concretos ou abstractas, participando duma forma activa ou recorrendo à reflexão (Figura 5).

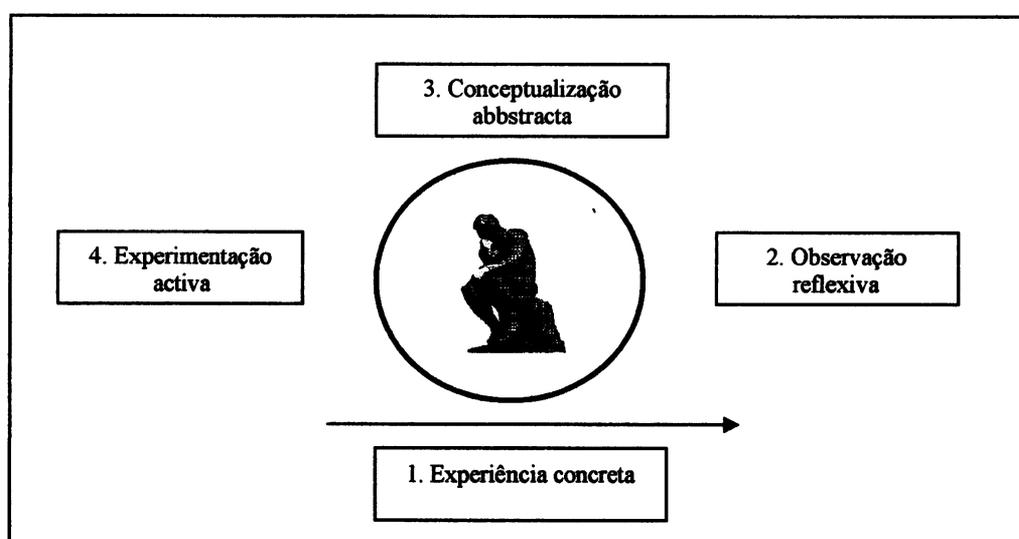


Figura 5 – Ciclo da Aprendizagem de Kolb

A experiência concreta constitui a primeira fase deste ciclo e refere-se à simples realização duma tarefa, ao ‘fazer’ não reflectido ou sem intenção. Está, portanto, relacionado com a experiência tangível e imediata (Abreu, 2001).

Já na fase da observação reflexiva o sujeito (indivíduo, equipa ou organização) revê o que foi experimentado recorrendo essencialmente a processos de comparação. São postas em campo as referências anteriores de cada sujeito sob a forma de valores, atitudes ou crenças. O vocabulário aqui assume uma importância extrema uma vez que sem palavras é difícil discutir as suas próprias percepções. No caso do objecto deste estudo, esta é uma questão que assume particular interesse, uma vez que a linguagem vai constituir-se o principal veículo da formalização desta etapa. Sem entender a língua portuguesa, o enfermeiro de nacionalidade espanhola terá dificuldade em elaborar uma reflexão sobre a sua prática, uma vez que apenas pode recorrer ao que observa e às suas referências, desconhecendo a fundamentação, a justificação ou até mesmo a contextualização de determinada prática ou procedimento. Por outro lado, mesmo que cada enfermeiro espanhol consiga entender a língua portuguesa e adquira uma correcta percepção da realidade que o rodeia, a capacidade de expressar o que pensa e de discutir as suas percepções é fundamental neste momento de aprendizagem, uma vez que sem interacção com os outros não podemos falar de aprendizagem (Kolb, 1984).

A terceira etapa do ciclo de aprendizagem de Kolb refere-se à conceptualização abstracta e envolve a interpretação dos acontecimentos observados ou apreendidos na interacção com os outros, recorrendo a um quadro conceptual e a representações simbólicas.

A experimentação activa corresponde à etapa que encerra o ciclo. Nesta etapa o indivíduo está preparado mobilizar o que foi apreendido para novas situações e prevê-se que tenha um papel activo sobre o meio envolvente até ao ponto de o modificar.

A aprendizagem permite, então, uma adaptação dinâmica ao contexto de trabalho, no sentido da transformação quer do meio envolvente quer do próprio indivíduo (Abreu, 2001).

Quer o modelo de Billett, quer o modelo de Kolb propõem a análise da integração profissional como momento de aprendizagem e desenvolvimento de competências a partir da interacção que o indivíduo estabelece com o que o rodeia.

O desenvolvimento de competências acontece no decorrer do processo de socialização profissional, também ele facilitador duma série de referenciais identitários. Embora o curso de base assuma especial importância na iniciação de todo este processo

é essencialmente durante o exercício duma profissão que o desenvolvimento de competências é mais marcante. Em enfermagem,

a generalidade dos estudos sublinha que a constelação de competências que o exercício do trabalho evoca não é um adquirido intrínseco ao sujeito e muito menos uma entidade estática. O enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e afectivo (Abreu, 2001, p.105).

As noções de competência, auscultadas no âmbito das ciências da educação e da sociologia do trabalho, têm-se demonstrado, ora demasiado restritivas, ora muito abrangentes, o que tem dificultado a sua aplicação. Pode considerar-se que a noção de competência deve englobar um conjunto de elementos fundamentais. O primeiro diz respeito à necessidade de reflectir a prática, tendo por base uma teoria para a acção, não sendo, contudo, suficiente a existência duma teoria para se obter uma prática de qualidade (Schön, 1983). A articulação e integração da teoria no contexto das práticas é uma noção importante quando se faz referência a *competências*.

O segundo aspecto a considerar quando se fala em aquisição ou desenvolvimento de competências é o de que a definição de competência, tal como refere Milligan (1998), deve ser contextualizada à situação onde ela é mobilizada, ou seja, «o saber agir pressupõe um conjunto de atitudes e de acções cuja concretização não é segmentada ou separada uma das outras mas interdependente do todo ou de um conjunto desse universo» (Abreu, 2001, p.106).

O último elemento a considerar diz respeito à noção de competência enquanto construto social. Tal como Le Boterf (1995) defende a competência pressupõe, então, um processo de validação e reconhecimento de práticas e saberes por parte dos actores sociais (Abreu, 2001).

Desta forma, a formação e transformação de competências ocorre em todas as vertentes da vida humana, mesmo em situações cujo objectivo não seja formar. Da mesma forma, a constituição e desenvolvimento de competências ao nível da enfermagem ocorre em situações de formação ‘formal’ e ‘informal’, sempre que o enfermeiro se insira no contexto de forma dinâmica.

Num trabalho de investigação desenvolvido por Potra (1997), com enfermeiros portugueses a trabalhar em instituições de saúde portuguesas, acerca da proactividade na socialização organizacional, conclui-se que os enfermeiros recém-formados

desempenham um papel activo e proactivo no seu processo de socialização organizacional. O mesmo estudo revela que os inquiridos procuravam informações «em relação aos comportamentos e atitudes valorizados, ao papel esperado, ao modo como deve ser executado o trabalho e ao modo como os outros avaliam o seu comportamento e desempenho» (Potra, 1997, p.154). Salientou-se ainda que «a entrada e adaptação ao mundo do trabalho é em grande parte facilitada pelo ambiente de apoio que existe nos serviços» (Potra, 1997, p.161).

Também num estudo-caso realizado por Rismark & Sitter (2003) é valorizado o ambiente de trabalho como factor facilitador da aprendizagem/integração. O estudo foi realizado a três imigrantes na Noruega, distribuídos por três diferentes sectores de actividade económica (comércio, saúde e sector automóvel), durante três meses, e procurou reconhecer a existência de reciprocidade entre as contribuições para a aprendizagem fornecidas pelo local de trabalho e a forma como os indivíduos interpretavam essas solicitações e desenvolviam uma acção como resposta. Os resultados encontrados sugerem que o sucesso da integração dos imigrantes nos locais de trabalho passa pela construção e manutenção de relações com os outros e pela qualidade das interacções estabelecidas (numa óptica de participação) (Rismark & Sitter, 2003).

Omeri e Atkins (2002) estudaram as vivências de cinco enfermeiras imigradas na Austrália, durante a sua integração profissional. Também os resultados deste trabalho apontam para a aprendizagem como principal meio para a integração profissional. Os autores salientam o esforço das enfermeiras imigradas no sentido dum ajustamento constante às práticas e saberes ligados à profissão, dando especial ênfase ao domínio da competência multicultural durante a interacção com os profissionais de saúde e com os pacientes. Omeri e Atkins identificaram ainda várias categorias relacionadas com dificuldades sentidas pelas enfermeiras: discriminação, problemas de linguagem, dificuldades nos registos, diferenças nas práticas profissionais, serem vistos como ameaça. (Omeri & Atkins, 2002).

### 3.4 – O Papel do Grupo

Para compreender o comportamento das pessoas nas organizações, não se pode ignorar a sua integração em grupos. Rita Cunha considera que «as organizações não são meras colecções de indivíduos, mas sim um conjunto de grupos e subgrupos, que influenciam a forma como as pessoas agem, interagem e sentem» (Marques et al., 1996, p.205).

Os trabalhos desenvolvidos por Elton Mayo (1933) constituíram um marco no que respeita ao estudo dos fenómenos grupais em contexto organizacional. Este autor desenvolveu um conjunto de trabalhos em Hawthorne que vieram evidenciar a existência de significado social e psicológico nos grupos constituídos informalmente em contexto organizacional (Ferreira et al., 2001).

O desenvolvimento de conhecimento acerca dos grupos a partir desta data foi notável e actualmente o reconhecimento da existência dos grupos e a sua utilização para resolver problemas ou tomar decisões é uma realidade no seio das organizações.

Por grupo entende-se o «conjunto de pessoas que interagem partilhando uma determinada finalidade e que em resultado disso desenvolvem um conjunto de normas e valores partilhados que estruturam a sua acção colectiva e adquirem consciência de si próprios como membros do grupo» (Ferreira et al., 1996, p.153). Desta forma, mais do que fazer parte dum simples agregado de pessoas, pertencer a um grupo implica ter um objectivo comum a atingir, impossível de alcançar individualmente. Simultaneamente, num grupo os indivíduos estabelecem interacções (grande parte delas estruturadas por um conjunto de regras e normas), são interdependentes e percebem-se como pertencendo ao grupo. Cattell (1951) e Bass (1960) são exemplos de autores que introduzem a questão da motivação como um outro elemento que pode ser acrescentado à definição de grupo, um vez que consideram que num grupo os indivíduos procuram satisfazer as suas necessidades pessoais em conjunto com os outros membros (Ferreira et al., 2001). A agregação dum indivíduo a um grupo pode estar associada a um conjunto de razões que podem corroborar na sua própria definição: segurança, status, auto-estima, afiliação, poder e alcançar de objectivos (Bilhim, João, 1996).

Moreland (1987) distingue quatro aspectos independentes na integração social de grupos: integração ambiental, integração comportamental, integração afectiva e integração cognitiva. (Ferreira et al., 1996). Segundo este autor, os grupos constituem-

se segundo um padrão-tipo de evolução, onde inicialmente ocorrerá a integração ambiental que cria condições para a integração comportamental. Esta, por sua vez, leva à integração afectiva e à integração cognitiva.

Um grupo pode desenvolver-se segundo quatro fases, num processo dinâmico, flexível e intemporal:

*1. Fase de constituição do grupo – Forming – durante a qual ocorre a definição de papéis e o estabelecimento dos objectivos formais do grupo.*

*2. Fase de conflito – Storming – onde os diferentes estilos individuais se confrontam levando à exposição de divergências pela disputa de poder que são acomodadas e resolvidas pelo grupo que faz emergir um líder.*

*3. Fase de coesão – Norming – onde se estabelecem as normas necessárias ao funcionamento do grupo que ao serem interiorizadas pelos sujeitos produzem o desenvolvimento da coesão grupal.*

*4. Fase de execução – Performing – em que o grupo está apto a focar toda a sua atenção na resolução dos problemas inerentes à sua actividade, dado que as questões relacionadas com o seu funcionamento, ou seja, todas as questões relativas às relações interpessoais, ao estatuto dos membros do grupo e à divisão de tarefas encontram-se ultrapassadas. (Ferreira et al. 1996, p.164)*

A mudança, característica das organizações da actualidade, pode constituir um factor inibidor na resolução de cada fase. Assim, sempre que se redefinam objectivos ou se admitam novos elementos num grupo, poderá ocorrer um retrocesso nas várias fases.

Não obstante a importância das duas primeiras fases no período de integração profissional, quer a fase de coesão, quer a fase de execução constituem-se fundamentais na determinação do processo de integração dum novo elemento num grupo organizacional. A fase de coesão marca o período em que o grupo começa a funcionar como unidade coordenadora (Marques et al.; Cunha, 1996) e, por isso, o momento em que o (s) novo (s) elemento (s) começa (m) a agir de forma a produzir algum equilíbrio no funcionamento do grupo. Já na fase de execução os elementos deixam de se distinguir entre “novos” e “veteranos”, pois todos funcionam em grupo numa forma madura e organizada. Um grupo nesta fase de desenvolvimento traduz uma integração completa de todos os seus membros, onde todos os membros trabalham bem em conjunto, e, tal como Rita Cunha refere, «percebem as suas responsabilidades individuais e colectivas e são capazes de se adaptar às oportunidades e exigências que mudam com o tempo» (Marques et al., 1996, p.216)

O funcionamento dos grupos está dependente dum conjunto de variáveis que se articulam num sistema *input-process-output* (Mitchell, 1982) (Figura 6).

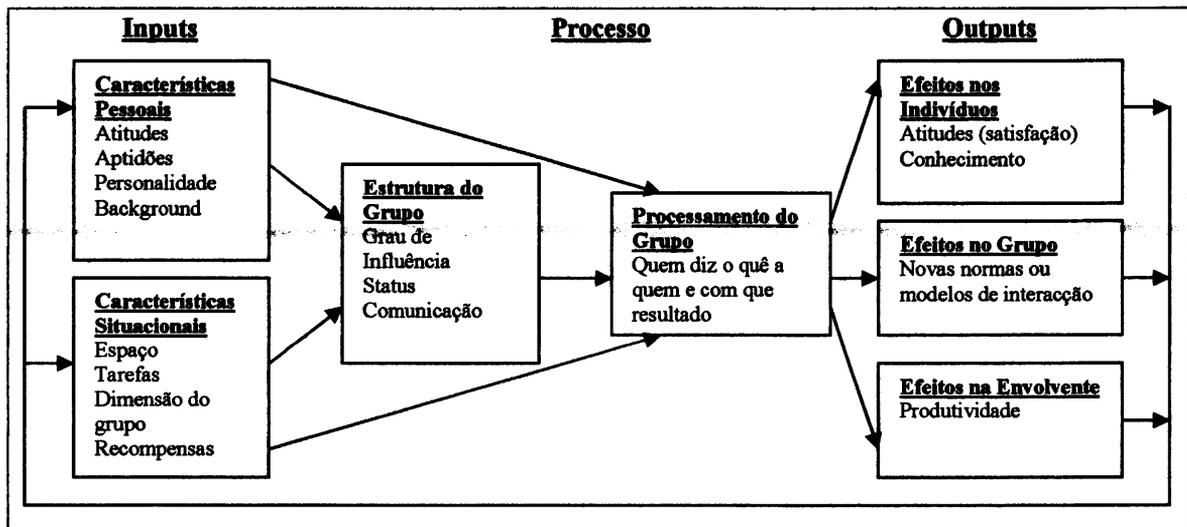


Figura 6 – Sistema Input-Processos-Output num Grupo Organizacional (Adaptado de Mitchell, 1982)

Existem três grandes variáveis que constituem os *inputs* do comportamento do grupo e que produzem efeitos nos indivíduos, no grupo ou no envolvimento organizacional. Estes inputs incluem as características individuais de cada membro do grupo, as características da situação actual ou do meio envolvente e a estrutura do grupo (Mitchell, 1982).

E se as características pessoais constituem os *inputs* do domínio exclusivo do indivíduo, as características da situação actual ou do meio envolvente estão controladas pela organização, afectando quer a estrutura do grupo, quer o seu comportamento ou mesmo os *outputs*. A estrutura do grupo desenvolve-se no sentido de regular o comportamento no seio do grupo e traduz algumas expectativas através da formulação de normas, da criação de estatuto ou papeis e da influência social ou comunicação no grupo (Mitchell, 1982).

Também Joseph McGrath (1984) desenvolveu um modelo semelhante que veio reforçar a ideia de que o comportamento do grupo não é independente do contexto em que ocorre, nem da interacção das características pessoais de cada elemento do grupo. Acrescenta, porém, que a acção do grupo influencia quer as características individuais dos seus membros, pela mudança de atitudes, de quadros de referência, de valores, quer a natureza da sua estrutura ou das características da situação actual, pela mudança das relações de poder dentro e fora do grupo, respectivamente (Ferreira et al. 1996).

Os processos de interacção de grupo podem, então, incluir as diferentes formas de influência social, a coesão do grupo e a polarização do mesmo. O contexto comportamental é, por isso, o resultado não só dos processos de interacção de grupo, mas também da acção combinada das características individuais, da estrutura do grupo, da tarefa/situação e das características ambientais (Ferreira et al. 1996). Esta visão sistémica permite olhar o grupo numa forma dinâmica, entendendo as interacções que nele ocorrem como reciprocamente influenciadoras.

A maneira como se processa esta socialização dentro duma organização é determinante na forma como o grupo se constitui e se torna coeso. A coesão pode ser entendida como «o grau em que os membros de um grupo se identificam com o mesmo e partilham o seu empenho face ao grupo e seus objectivos» (Ferreira et al. 1996, p.160). A coesão dum grupo é facilmente afectada por vários factores:

1. Grau de concordância face aos objectivos do grupo.
2. Frequência e tipo de interacções que se estabelecem no grupo.
3. Existência de conflitos ou antagonismos intergrupais.
4. Grau de proximidade ou semelhança cultural entre os membros e a existência de interesses comuns.
5. A história de sucessos anteriores por parte do grupo.
6. A acessibilidade de admissão ao grupo. (Ferreira et al. 1996)

Homans (1950) na sua investigação sobre grupos conclui que «um grupo de alta coesão tem uma tensão e uma ansiedade baixas, assim como uma grande aptidão a novas situações» (Bilhim, 1996, p.313).

A integração dum novo elemento num grupo pressupõe a interacção com outras pessoas. Barr (1998), Engel (1994), Hornby e Atkins (2000) definiram uma série de intervenções/competências necessárias para trabalhar e colaborar com outros profissionais:

- . conhecimento do seu papel e responsabilidades;
- . reconhecimento e respeito pelo papel, responsabilidades e competência dos outros profissionais;
- . participação e promoção de encontros interprofissionais;
- . manejo de situações de conflito com outros profissionais;
- . trabalhar com outros profissionais para aceder, planear e providenciar os cuidados de saúde (Freeth & Reeves, 2004).

Freeth & Reeves (2004) alertam para o facto do desenvolvimento destas qualidades, conhecimentos e atitudes só poder ocorrer mediante reflexão e por tentativa e erro, o que vem evidenciar a aprendizagem como processo fundamental no percurso de desenvolvimento profissional.

Inerente a todo este processo está uma complexa teia comunicacional, onde o indivíduo ocupa um papel de destaque, uma vez que tem a «capacidade de produzir e transmitir símbolos, sendo isto possível graças à sua aptidão para manipular e comunicar apreciáveis quantidades de informação acumulada» (Dias, 2004, p.23). A comunicação é, por isso, o processo que resulta da necessidade do indivíduo se relacionar com os outros e que condiciona (facilitando ou delimitando) a interacção social. Curren & Chambel entendem que a comunicação eficaz é aquela que permite que a mensagem seja interpretada pelo receptor em consonância com a intenção do emissor (Ferreira et al., 2001).

Porém, esta eficácia pode ser perturbada por vários factores de carácter manifesto ou latente, tal como descreve Dias (2004):

- Os factores de ordem pessoal compreendem a aparência do sujeito, a postura e o movimento corporal, o contacto visual, a expressão facial, fluência do discurso e o nível e a profundidade de conhecimentos que o indivíduo tem ou que lhe são reconhecidos podem conferir a uma maior ou menor credibilidade ao emissor e atribuir-lhe um estatuto que pode marcar o desempenho enquanto comunicador;

- Os factores sociais, fortemente condicionados pela educação, a cultura, as crenças, as normas sociais, a religião e os valores de cada um, estão influenciados pela flexibilidade ou pela rigidez dos sistemas de conhecimento que interferem na forma como os indivíduos agem e pensam o mundo;

- Os factores fisiológicos que constituem barreiras à comunicação prendem-se com *handicaps* que o emissor tem e que geram dificuldades comunicacionais ao próprio emissor e/ou aos que o rodeiam;

- Os factores relacionados com a personalidade de cada um podem igualmente bloquear a comunicação;

- Os factores de linguagem podem também constituir dificuldades no relacionamento humano (p. e., a ausência de feedback e as distrações podem constituir factores de ruído, os problemas semânticos ocorrem sempre que as palavras seleccionadas pelo emissor não podem ser interpretadas pelo receptor);

• Os factores psicológicos podem interferir na eficácia da comunicação quando se verificam o efeito halo (generalização de uma característica duma pessoa a todo o seu ser), o efeito lógico (associação causal linear de duas características dum indivíduo), o efeito tendência central (colocação dos sujeitos em valores escalares semelhantes em determinada característica) ou o efeito de polarização (avaliação do outro e sua colocação no campo extremo da escala de apreciação).

No que se refere à comunicação dentro dos grupos, Currell & Chamberlain acrescentam alguns factores que interferem numa comunicação eficaz: coesão, familiaridade, diversidade, estatuto dos membros do grupo e tipo de tarefa (Ferreira et al., 2001).

Maznevski (1994) sustenta que a comunicação efectiva funciona como mecanismo integrativo em grupos diversos (Drelichlin et al., 2000). A comunicação efectiva é, assim, fundamental para o funcionamento dos grupos organizacionais, funcionando como pré-requisito essencial em grupos culturalmente diversos.

Miller et al. (1999) relembram que a educação em meio uniprofissional deve preparar os indivíduos para o trabalho em cooperação com os outros. Isto passa por explorar e desafiar estereótipos, desenvolver estratégias de trabalho em equipa, treinar a assertividade, assim como desenvolver a capacidade para aprender com os outros (Freeth & Reeves, 2004). Assim, para além de ser importante considerar a enfermagem enquanto profissão que diariamente se movimenta num contexto uniprofissional, é preciso entendê-la num contexto multiprofissional, onde a comunicação efectiva entre os diversos elementos, de vários grupos profissionais, é imperativa.

Laidler (1994), Finlay (2000) e Ovretveit (1997) definem trabalho multiprofissional em saúde como aquele que ocorre quando diferentes profissionais trabalham perseguindo o mesmo objectivo em relação ao mesmo cliente (Pethybridge, 2004), o que pode ocorrer numa equipa<sup>2</sup> exclusiva de enfermeiros, por exemplo.

Já Laidler (1994) e Ovretveit (1997) descrevem o trabalho interprofissional como o trabalho que resulta da acção conjunta de diferentes profissionais (Pethybridge, 2004). Estes autores sugerem que a experiência e a competência de cada profissional

---

<sup>2</sup> Grupo e equipa são termos que muitas vezes se confundem ou aparecem associados como sinónimos. Mucchielli (1980), quando fez uma revisão da literatura, verificou que existem vários aspectos comuns às várias definições de equipa encontradas, alguns deles que se sobrepõem à definição de grupo:

originam novas competências que tornam a equipa<sup>3</sup> capaz de agir como um todo, partilhando responsabilidades e originando novos recursos, podendo o utente fazer parte dessa equipa e participar na tomada de decisão. Isto significa que, numa equipa interprofissional, o todo acaba por ser superior à soma das partes, o que permite um melhor aproveitamento dos recursos disponíveis, assim como uma abordagem mais completa (holística) do utente.

Pritchard (1995) e Rubin e Bechard (1974) descrevem quatro características essenciais numa equipa de trabalho (teamwork): partilha de objectivos comuns; aceitação das funções uns dos outros; existência dum corpo de conhecimentos, habilidades, recursos e responsabilidades conhecidos; reconhecimento da equipa enquanto grupo independente de pessoas (Pethybridge, 2004).

Assim, tendo por base o quadro conceptual descrito, parti para o trabalho de campo com o intuito de analisar / caracterizar o processo de integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português e dar resposta às duas grandes questões de investigação a que me propus: *Como se processa a integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português?* e *Que medidas implementar no sentido de melhorar a integração destes profissionais nas organizações de saúde?*

- 
- Uma equipa é constituída por um número reduzido de membros, imposta pela 'exigência de eficácia';
  - A equipa é uma 'rede de vínculos vivos', onde a qualidade desse vínculo interpessoal é fundamental para o membro da equipa se sentir integrado e exercer uma acção;
  - A equipa resulta do envolvimento pessoal de cada membro e da partilha de competências, técnicas e saberes científicos;
  - Uma equipa deve ser olhada como um todo, uma unidade social que se altera quando um elemento ou uma relação se modificam;
  - Uma equipa partilha a intencionalidade de alcançar um objectivo colectivo aceite e desejado por todos os elementos, numa perspectiva de co-responsabilidade e cooperação;
  - Toda a equipa tem inerente ao seu funcionamento um conjunto de obrigações a que estão sujeitos todos os seus membros;
  - Cada equipa resulta duma certa organização, onde cada elemento tem o seu papel, segundo a distribuição de tarefas, e a estrutura é variável conforme o tipo de acção e o contexto dos seus objectivos;
- O mesmo autor conclui que a equipa é uma variação original dos grupos primários, pois assume as suas características (coesão sócio-afectiva e relações interpessoais face-a-face) e acrescenta uma característica suplementar: a «convergência de esforços para a execução de uma tarefa que será a obra comum» (Mucchielli, 1980, p. 17).

## CAPÍTULO II

### CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTUDO

#### 1 – O CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS

O presente estudo desenvolveu-se no Centro Hospitalar de Torres Vedras (CHTV). Este Centro Hospitalar integra dois pólos, um situado na cidade de Torres Vedras e outro a cerca de 4 Km, no lugar do Barro. O CHTV dá apoio aos concelhos de Torres Vedras, Lourinhã, Cadaval, Mafra e Sobral de Monte Agraço, num total de 172 743 habitantes (INE, 2001).

Trata-se duma população essencialmente envelhecida, com um índice de envelhecimento, na sua maioria, superior à média nacional, com excepção para o Concelho de Mafra que apresenta um índice de envelhecimento ligeiramente inferior (Quadro VI).

	Portugal	C. Torres Vedras	C. Lourinhã	C. Mafra	C. Sobral M. Agraço	C. Cadaval
<b>População Residente 2001</b>	10 356 117	72 250	23 265	54 358	8 927	13 943
<b>Densidade Populacional 2001 (hab/km<sup>2</sup>)</b>	112,2	177,5	158,1	186,4	171,7	80,0
<b>Taxa Geral Actividade 2001 (Pop. Activa / Pop. Residente x100) %</b>	48,2	47,8	45,0	51,3	48,1	42,1
<b>Índice de Envelhecimento 2002 (Pop. 65 ou mais anos / Pop. 0-14 anos x100) %</b>	103,6	113,1	109,3	100,2	122	177,4
<b>Taxa de Desemprego 2001 %</b>	6,8	5,3	5,5	4,5	4,7	5,8

Quadro VI – Indicadores Socio-Económicos

Fonte: INE

É também excepção o Concelho do Cadaval, no que se diz respeito à densidade populacional, em relação às referências nacionais. A taxa geral de actividade apresenta valores díspares nos vários concelhos, contudo apenas no Concelho de Mafra são

superiores à média nacional. A taxa de desemprego, por seu turno, em 2001 era inferior à média nacional em todos os concelhos aqui referidos.

Os indicadores de saúde dos concelhos pertencentes à área de abrangência do CHTV (Quadro VII) apresentam índices próximos da tendência nacional. É excepção o concelho do Cadaval que apresenta uma taxa de natalidade com valores inferiores à referência nacional e, pelo contrário, uma taxa de mortalidade com valores consideravelmente superiores. Apenas os conselhos de Torres Vedras e de Mafra apresentam um número de médicos por cada 1000 habitantes inferior à referência nacional, os restantes concelhos pertencentes à área de abrangência do CHTV têm 4 ou mais médicos por cada 1000 habitantes.

	Portugal	C. Torres Vedras	C. Lourinhã	C. Mafra	C. Sobral M. Agraço	C. Cadaval
Taxa de Natalidade ‰	11,0	11,3	10,8	13,0	9,7	8,1
Taxa de Mortalidade ‰	10,2	10,8	12,3	10,4	12,4	16,6
Médicos por 1000 habitantes	3,2	1,3	8	1,2	9,0	4,0

Quadro VII – Indicadores de Saúde 2002

Fonte: INE

O CHTV tem uma lotação de 277 camas e dispõe actualmente de três tipos de serviços fundamentais, subjugados à acção do conselho de administração: serviços assistenciais, serviços de acção médica e serviços de apoio geral (Anexo I). Dos serviços de acção médica, destacam-se as várias valências: o hospital de dia, o bloco operatório, a urgência (geral e pediátrica), a consulta externa e os serviços de internamento (medicina interna, cirurgia geral/urologia/ORL, obstetria/ginecologia, ortopedia, pediatria e pneumologia).

De acordo com o serviço de estatística do CHTV, em 2004, ocorreram 84 951 episódios de urgência. De certo que este número representará também situações de reincidência nalguns doentes, contudo ele é muito expressivo quando comparado com o total de residentes na área de influência do CHTV, ou seja, o total de episódios de urgência atendidos pelo serviço de urgência desta instituição no ano 2004 corresponde a 49% da população da área de influência. Diariamente deslocam-se, em média, 169 pessoas à consulta externa do CHTV. No ano 2004, realizaram-se uma média de 25 intervenções no bloco operatório por dia. Diariamente também se deram, em média, 25 altas clínicas e efectuaram-se cerca de 3 partos (Quadro VIII).

	<b>2004</b>	<b>Média/ dia</b>
Urgências	84 951	232,7
Altas	9106	24,9
Interv. Cirúrgicas + Proced. (Bloco Operatório)	9 265	25,4
Consultas Externas	61 839	169,4
Partos	1 195	3,27

**Quadro VIII – Estatísticas Gerais 2004 do CHTV.**  
 Fonte: Serviço de Estatística do CHTV

### **1.1 – Breve Resenha Histórica**

O CHTV tem a sua origem na Misericórdia de Torres Vedras, criada por alvará do rei D. Manuel I a 26 de Junho de 1520, por iniciativa da rainha D. Leonor.

A Santa Casa da Misericórdia de Torres Vedras nasceu com apenas duas salas e com um corpo clínico e de enfermagem próprios. Rapidamente a falta de espaço e de equipamento passaram a ser problemas que vieram a ser resolvidos, nos anos que se seguiram à criação desta instituição, com sucessivas ampliações e recepção de bens de várias instituições, confrarias e albergarias da região (Silva, 2000).

De acordo com Silva (2000) em 1907, depois de vários acordos estabelecidos com a Misericórdia local, a Câmara Municipal disponibilizou um espaço, contíguo às instalações já existentes, que se destinava a internar doentes em situações infecto-contagiosas. A partir desta altura, para além dos fundos estatais, esta instituição passa a sobreviver também com fundos municipais. Em 1910 este espaço foi também ampliado, dadas as necessidades da população, passando a existir duas enfermarias de dez camas cada, destinadas aos casos de doenças infecto-contagiosas.

Em 1926, após um grande esforço da população na realização de actividades destinadas à angariação de fundos, foi lançada a primeira pedra na construção do Hospital da Misericórdia de Torres Vedras.

Os acontecimentos de Abril de 1974 conduziram a alterações significativas no sistema de saúde português. O Hospital da Misericórdia de Torres Vedras não escapa a estas alterações e passa a ser tutelado pelo Estado, adquirindo a designação de Hospital Distrital de Torres Vedras.

Em 1981, a Direcção Geral das Construções Hospitalares, do Ministério das Obras Públicas, aprova o projecto de remodelação e ampliação do Hospital, iniciando-se as obras no ano seguinte.

Paralelamente, a 4 km do Hospital Distrital de Torres Vedras, no lugar do Barro, existia uma outra instituição de saúde. Fundado em 1570, o Convento dos religiosos Arrábidos, mais tarde destinado a acolher monges com problemas pulmonares, viria a transformar-se, em 1956, num Sanatório, cujo director clínico e administrativo foi o Dr. José Maria Antunes Júnior. Em 1993 esta instituição deixou de ser um sanatório e passou constituir-se como instituição hospitalar, designada por Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior (Lopes, 1999).

Com o objectivo de «dotar todas as instituições do Serviço Nacional de Saúde das condições técnicas necessárias ao cabal desempenho das respectivas vocações assistenciais», pela Portaria 1295/2001, o Ministério da Saúde cria o Centro Hospitalar de Torres Vedras, que integra o Hospital Distrital de Torres Vedras e o Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior.

## **1.2 – Recursos Humanos**

De acordo com o Departamento de Recursos Humanos do CHTV, em Dezembro de 2004, esta instituição contava com 945 funcionários, 639 dos quais em situação efectiva (Quadro IX).

No que diz respeito à enfermagem, existiam, em Dezembro de 2004, um total de 304 enfermeiros, o que representa um rácio de 1, 8 enfermeiros para cada mil habitantes, um valor significativamente inferior à média nacional e da União Europeia, que é de 4,2 e 5,9 enfermeiros para cada mil habitantes, respectivamente.

Cerca de 82% dos enfermeiros a desempenhar funções no CHTV são do sexo feminino. Dos 304 enfermeiros existentes, apenas 182 estavam no quadro da instituição. Cerca de 31 enfermeiros estavam a acumular funções no CHTV e os restantes encontravam-se contratados.

<b>Categoria</b>	<b>Total</b>
Dirigente	7
Técnico Superior	14
Técnico	2
Técnico Profissional	3
Administrativo	64
Auxiliar	10
Operário	16
Médico	178
Técnico Superior de Saúde	7
Informático	2
Docente / Investigação	0
<i><b>Enfermeiro</b></i>	<i><b>304</b></i>
Técnico Diag. Terapêutica	53
Religioso	2
Chefia	7
Serviços Gerais	273
<b>TOTAL</b>	<b>945</b>

**Quadro IX – Balanço Social de Dezembro de 2004 do CHTV**

Fonte: Departamento de Recursos Humanos do CHTV

Também de acordo com o Departamento de Recursos Humanos do CHTV, em Dezembro de 2004, existiam 22 enfermeiros de nacionalidade espanhola, o que corresponde a cerca de 7,6% dos enfermeiros a trabalhar nesta instituição. A mesma fonte revela que 7 destes elementos são do sexo masculino e os restantes 16 do sexo feminino.

O total de enfermeiros espanhóis varia ao longo dos meses, de acordo com várias condicionantes, ainda não estudadas. Nos primeiros meses do ano 2005 o número de enfermeiros espanhóis baixou significativamente e em Junho de 2005, altura em que iniciei o trabalho de campo, existiam apenas 16 enfermeiros espanhóis no CHTV, 4 (25%) do sexo masculino e 12 (75%) do sexo feminino.

Segundo informações da direcção de enfermagem, não existe qualquer política orientadora dos programas de integração dos enfermeiros recém-chegados, ficando estes sujeitos à responsabilidade de cada chefe de serviço. O Centro de Formação actualmente tem demonstrado, contudo, preocupação com esta problemática, pelo que tem promovido uma acção de formação a todos os recém-admitidos. Com o objectivo de dar a conhecer a orgânica do CHTV, esta sessão é constituída por vários prelectores,

responsáveis de alguns departamentos do CHTV, e divulgada pelos chefes de enfermagem dos serviços em folheto desdobrável (Anexo II). Esta formação é promovida para grupos, pelo que não acontece num dia específico da integração do novo elemento, mas sim numa data em que é possível reunir um grupo (de vários elementos) de novos enfermeiros. Durante a formação é distribuído aos formandos uma brochura que caracteriza o CHTV histórica, local e juridicamente. Esta brochura dá também a conhecer a área de influência desta organização, assim como a sua estrutura interna.

Em relação à integração dos enfermeiros espanhóis, foi referido, pelo enfermeiro director, já ter existido um curso de língua portuguesa custeado pelo hospital para os enfermeiros espanhóis admitidos no CHTV, entretanto abandonado dada a elevada rotatividade destes profissionais e também a sua fraca adesão.

## **CAPÍTULO III**

### **OPÇÕES METODOLÓGICAS**

#### **1. METODOLOGIA**

O presente trabalho procura conhecer a forma como se processa a integração profissional dum grupo de indivíduos num determinado ambiente, complexo e possivelmente adverso à própria integração, através dum estudo de caso. O termo ‘caso’, assim como os vários termos ligados à ideia de análise de caso, não está bem definido na ciência social, embora muitos investigadores considerem que a análise do caso é fundamental em ciência social (Ragin & Becker, 1992). Becker considera que a resposta à pergunta ‘*o que é um caso?*’ surge gradualmente durante o processo de investigação em resultado da interacção entre os dados obtidos e o quadro conceptual (Ragin & Becker, 1992). Segundo esta perspectiva, esta questão coloca-se a cada momento da investigação e as respostas a ela nunca são definitivas ou imutáveis.

Adoptando uma posição marcadamente realista (e não nominalista), este estudo encara o ‘caso’ como algo que já existe, um facto que foi empiricamente descoberto e não um construto teórico que existe, em primeiro lugar, para servir os interesses dos investigadores. Adoptou-se, então, a perspectiva de Yin que entende o estudo de caso como “um inquérito empírico que estuda um fenómeno contemporâneo no seu contexto de vida real, onde os limites entre o fenómeno e o contexto não são completamente evidentes” (Yin 1984, p.23).

Zonabend alerta para os problemas de representatividade e objectividade que advém dos estudos dos casos e Ramognino refere-se a esta falta de objectividade durante o processo de investigação quando questiona a relação observador-observado, os

postulados ontológicos imprimidos pelo sociólogo e as formas epistemológicas presentes na observação (Hamel, 1992). Hamel, contudo, provocatoriamente, atribui à sociologia um status singular quando refere que qualquer estudo sociológico é constituído ao nível do caso (nível local) para se poder chegar ao nível global da sociedade (Hamel, 1992).

Ciente dos problemas referidos por Zonabend, considero que os dados daqui resultantes, embora constituam novas formas de conhecimento sobre o tema, não são representativos de toda a problemática num contexto mais alargado, dizem respeito ao caso em estudo no seu contexto próprio. O estudo de caso ultrapassa toda e qualquer forma de história ou descrição de acontecimentos ou circunstâncias, uma vez que «os dados são recolhidos sistematicamente, a relação entre as variáveis é estudada e o estudo é planeado metodicamente» (Bell 2002, p.23). Este instrumento de investigação coloca em evidência interações e acontecimentos num determinado caso real e permite a identificação desses mesmos processos interactivos, o que poderia passar despercebido num estudo de maiores dimensões.

A exploração duma situação real num determinado contexto permite desenvolver, esclarecer ou modificar noções e ideias acerca do fenómeno estudado. Os resultados deste estudo servirão para a definição mais concreta da problemática ou para a formulação de hipóteses pesquisáveis em estudos posteriores. Assim, as pesquisas exploratórias podem constituir a primeira etapa de pesquisas mais amplas (Gil, 1994).

A produção de conhecimentos resultante das definições dos actores, tendo em conta a sua subjectividade e a sua experiência individual, remete para um estudo de carácter qualitativo. Betioliel (1984) caracteriza a pesquisa qualitativa como «modos de inquirição sistemática preocupados com a compreensão dos seres humanos e da natureza das suas transacções consigo mesmos e com os seus arredores» (Polit 1995, p.269). Estes autores consideram que a pesquisa conhecimentos sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela vivida e relatada pelos próprios intervenientes.

Realizou-se, portanto, um estudo caso, que se objectivou num estudo exploratório de carácter qualitativo.

## 1.1 – Técnicas de Recolha de Dados

A consulta de material já elaborado, como foi o caso de livros e artigos científicos, assumiu especial importância neste estudo (de carácter exploratório). «A principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no facto de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenómenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar directamente» (Gil 1994, p.71).

A qualidade da pesquisa bibliográfica pode, contudo, ficar comprometida se os dados forem processados de forma errada. António Gil chama a atenção que para reduzir esta possibilidade «convém aos pesquisadores assegurarem-se das condições em que os dados foram obtidos, analisar em profundidade cada informação para descobrir possíveis incoerências ou contradições e utilizar fontes diversas, cotejando-as cuidadosamente» (Gil 1994, p.72). É portanto necessária uma selecção criteriosa quer da fonte, quer do conteúdo do material consultado.

Verma e Berard (1981) são de opinião que «o investigador tem de produzir um conceito ou construir uma estrutura teórica que possa explicar os factos e as relações entre eles» (Bell 2002, p.52). A pesquisa bibliográfica constituiu uma forma de situar a investigação tendo em conta os dados já existentes acerca do objecto do estudo, ou seja, permitiu perceber o que é conhecido acerca do tema da integração profissional, nomeadamente em indivíduos estrangeiros. Sempre que possível, esta temática foi contextualizada na Enfermagem. A contextualização desta problemática no local onde se desenvolveu o estudo só foi possível através da consulta de documentos internos da instituição.

Uma outra técnica utilizada para a recolha de informação durante o desenvolvimento deste trabalho foi a entrevista. A entrevista pode ser definida como a «técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objectivo de obtenção de dados que interessem à investigação» (Gil 1994, p.109). Daqui resulta necessariamente um momento de interacção entre o investigador e os interlocutores, onde cada interlocutor

exprime as suas percepções de um acontecimento ou de uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências, ao passo que, através das suas perguntas abertas e das suas reacções, o investigador facilita essa expressão, evita que ela se afaste dos objectivos da investigação e permite que o interlocutor aceda a um grau máximo de autenticidade e de profundidade (Quivy et al. 2003, p.192).

É esta autenticidade e profundidade, descritas por Quivy e Campenhoudt, que se pretende alcançar com os resultados deste estudo. Só dando voz aos protagonistas desta problemática foi possível extrair da riqueza das suas expressões e agrupar informações sobre o que os indivíduos pensam, conhecem, sentem, percebem... só ouvindo os interlocutores foi possível chegar aos dados que traduzem a realidade. Quivy & Campenhoudt (2003) consideram que a entrevista está adequada sempre que se pretende conhecer o sentido que os outros dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais são confrontados, colocando em jogo sistema de valores, referências normativas, interpretações de situações, ou mesmo as leituras que fazem das próprias experiências.

Como técnica de colheita de dados, a entrevista pode apresentar várias vantagens:

- a) a entrevista possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspectos da vida social;
- b) a entrevista é uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano;
- c) os dados obtidos são susceptíveis de classificação e de quantificação. (Gil 1994, p.114).

Contudo, Judith Bell chama a atenção para o perigo do factor parcialidade poder interferir na realização e análise das entrevistas e lembra que «é mais fácil reconhecer que os nossos pontos de vista podem imiscuir-se numa análise de dados do que evitar que tal aconteça» (Bell 2002, p.123). O facto do investigador ser um *ser humano* pode justificar a influência que tem ou poderá vir a ter sobre os entrevistados e sobre a interpretação das suas respostas.

Bell (2002) refere-se aos tipos de entrevistas disponíveis sob a forma de continuum de formalidade, encontrando-se num extremo a entrevista completamente formalizada e no outro extremo a entrevista completamente informal. Dos vários tipos de entrevista existentes, considerou-se que para este trabalho a mais adequada seria a entrevista semi-dirigida. Nesta «o investigador dispõe de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado» (Quivy et al. 2002, p.192). As perguntas guia servirão para orientar o investigador durante a realização da entrevista. Cada vez que o entrevistado se afastar dos objectivos da entrevista, o investigador faz uso do guia da entrevista.

Desta forma, durante a entrevista tive o cuidado de utilizar as perguntas guias sempre que o entrevistado não desenvolvia livremente a pergunta inicial, o que aconteceu na maioria dos casos.

Numa primeira fase construiu-se um guião da entrevista, aplicado a três enfermeiros espanhóis do CHTV, que não fizeram parte da amostra final do estudo. Após esta primeira aplicação, o guião da entrevista foi reformulado no sentido de conseguir obter respostas que fossem de encontro aos objectivos propostos. Foi necessário acrescentar mais algumas perguntas-guia e reformular o português de algumas perguntas já existentes, para que se tornassem mais acessíveis ao indivíduo espanhol. Também considerei pertinente segmentar as perguntas-guia em quatro grandes dimensões de análise: enfermeiros de nacionalidade espanhola, processo de integração, práticas organizacionais decorrentes do processo de integração, e práticas sociais (Anexo III).

As entrevistas foram realizadas em gabinetes arejados e privados do CHTV e foram sujeitas a gravação áudio e registos manuais, após consentimento informado do entrevistado. Foi também assegurada a confidencialidade das informações recebidas. Todos os enfermeiros tinham conhecimento, através dos contactos preliminares, que a entrevista poderia ter uma duração que variava entre meia a uma hora.

### ***1.1.1 – Os Entrevistados e Critérios de Selecção***

A selecção dos entrevistados obedeceu a alguns “critérios de escolha”:

- . **Actividade profissional:** Enfermeiro
- . **Local de trabalho:** CHTV
- . **Nacionalidade:** Espanhola
- . **Estatuto / Papel:** Integrante (no passado)

Estes aspectos foram fundamentais na delimitação da minha unidade de análise. Uma vez definida a unidade de análise, ficaram garantidos os mesmos ‘critérios de escolha’ para todos os entrevistados. Só assegurando que todos os entrevistados estão sujeitos a um conjunto de critérios semelhantes, posso adquirir um conjunto de

documentos pertinentes, que se constituam como fonte de informação propícia a dar resposta aos objectivos deste estudo.

Neste estudo são, então, entrevistados dez enfermeiros espanhóis que se encontravam, no momento do estudo, a desempenharem funções no CHTV. Os sujeitos entrevistados faziam parte duma lista onde constavam todos os enfermeiros espanhóis a desempenhar funções nos vários serviços do CHTV no mês de Junho de 2005 (perfaziam um total de dezasseis). Esta lista foi fornecida pelo departamento de recursos humanos da referida instituição, depois de ter sido dada autorização para a realização do estudo pelo Conselho de Administração e Direcção de Enfermagem do CHTV (Anexo IV).

No início do mês de Junho foi feita tentativa de contacto pessoal a todos os enfermeiros que constavam na referida lista, assim como os seus enfermeiros-chefes. Dos dezasseis enfermeiros espanhóis existentes, apenas dez foram efectivamente contactados nesta altura, uma vez que os outros seis se encontravam de férias, no seu país de origem (incluindo os três enfermeiros que tinham participado na experiência de realizar o pré teste da primeira entrevista).

Durante este contactado explicou-se sumariamente os objectivos do estudo, duração aproximada da entrevista, assim como o grau de participação pretendido por parte dos enfermeiros espanhóis, e agendou-se uma data e um local para a realização da entrevista.

Aos enfermeiros-chefes também foi explicitado os objectivos do estudo e foi pedida autorização para proceder à recolha de dados junto dos elementos espanhóis do seu serviço, mediante apresentação da autorização da realização do estudo, emitida pelo Conselho de Administração do CHTV. A autorização dos enfermeiros chefes também foi concedida.

Os dez enfermeiros contactados responderam pronta e afirmativamente à proposta de participação no estudo e vieram a constituir-se a amostra deste estudo, pois, uma vez realizadas as dez entrevistas, verificou-se que a informação começava a ser muito repetida. António Firmino da Costa refere-se a este facto com a expressão “efeito de saturação” e explica-o referindo que ele acontece sempre que a informação empírica recolhida a partir de observações, entrevistas ou outros procedimentos começa a «não trazer nada de significativamente novo acerca dum determinado tema ou acerca de um elemento estrutural ... a que se pretende aceder» (Silva, A.; Pinto, J. 2003, p.142).

Colocou-se, então, de lado a intenção de realizar as restantes seis entrevistas aos enfermeiros que se encontravam de férias.

## 1.2 – Técnicas de Análise e Tratamento de Dados

Mediante um estudo de carácter qualitativo, como é o caso, impõem-se que os dados recolhidos sejam organizados no sentido de chegar a conclusões. Assim, optei por analisar os dados obtidos de acordo com a *análise de conteúdo* de Laurence Bardin.

Bardin (1977) e Vala (1986) referem-se à análise de conteúdo como a técnica de investigação que, por descrição do conteúdo de diferentes mensagens, permite inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens, cujas características foram inventariadas e sistematizadas. A análise de conteúdo trata, portanto, da «desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização-atribuição de traços de significação» (Silva, A.; Pinto, J. 2003, p.104).

Terminadas as entrevistas, estas foram ouvidas e transcritas em suporte informático / papel, que vieram a constituir-se num *corpus* de análise. Durante a transcrição, sempre que foram mencionados nomes próprios, estes foram substituídos por um nome fictício, para garantir a confidencialidade, assegurada no início da entrevista.

O *corpus* de análise foi posteriormente submetido a procedimentos analíticos, tendo em conta as regras da exaustividade, homogeneidade e pertinência, tal como prevê Bardin (1977).

A cada entrevistado foi atribuído um código constituído por uma letra e um número. A letra **E** significa *entrevistado* e o número varia consoante o enfermeiro objecto de estudo. Obteve-se, assim, as designações E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10. Seleccionou-se uma entrevista (Anexo V) e o corpus de análise da mesma entrevista, segmentado em unidades de registo (Anexo VI), que exemplificam a forma como o tratamento de dados foi feito em todas as entrevistas.

Numa fase já de exploração, o *corpus* foi codificado, no sentido de atingir uma representação dos dados brutos. Holsti (1969) refere-se à codificação como o «processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo» (Bardin 1977, p.103). Em análise qualitativa, a organização da codificação compreende o *recorte* (escolha das unidades de análise), a *enumeração* (selecção da regras de contagem) e a *classificação* e a *agregação* (escolha das categorias).

Desta forma, durante a codificação procurei definir unidades de registo e unidades de contexto no decorrer do recorte. Uma unidade de registo pode ser entendida como o segmento determinado de conteúdo a considerar como unidade base e que ganha significado quando inserida numa dada categoria, a que vai corresponder uma dada frequência (Silva, A.; Pinto, J. 2003; Bardin 1977). A unidade de contexto «serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores à unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo» (Bardin 1977, p.107).

Optei por enumerar as unidades de registo através das suas frequências de aparição. A frequência foi a medida usada para contar as unidades de registo, com intuito de pôr em prática o postulado de que «a aparição de um item de sentido ou de expressão, será tanto mais significativa (...) quanto mais esta frequência se repetir» (Bardin, 1977, p.109). Isto pressupõe que todos os itens têm o mesmo valor.

Na última fase da codificação aparece a categorização que é uma operação de classificação de elementos que constituem um conjunto, por diferenciação ou por (re)agrupamento (Bardin, 1977). Uma categorização é composta por um termo chave que indica a «significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito» (Vala 2003, p.111). Assim, as categorias que resultaram das entrevistas realizadas constituirão termos-chave / rubricas que reúnem unidades de registo. Vala (2003) considera que o processo de categorização pode ser realizado antes, depois ou em simultâneo à recolha de dados. Neste estudo, embora as dimensões de análise, previamente determinadas no guião da entrevista, se constituíssem uma grande ajuda, a análise do *corpus* da entrevista propriamente dito é que permitiu definir as reais categorias da entrevista. Estas foram

sendo definidas à medida que as entrevistas foram surgindo, havendo necessidade de fazer uma reformulação no final do tratamento da última entrevista (Anexo VII).

O Quadro X resume os temas e as categorias definidas neste estudo, assim como a frequência absoluta das unidades de registo em cada categoria:

TEMA	CATEGORIA	FR
<b>MOTIVAÇÕES DOS ENFERMEIROS ESPANHÓIS PARA TRABALHAR EM PORTUGAL</b>	Ausência de trabalho em Espanha	9
	Enriquecimento do currículo profissional	7
	Procura de melhores condições de trabalho	6
	Existência de Integração nos Serviços de Saúde Portugueses	5
	Colegas	3
	Conhecer Portugal/Divertimento	2
	Proximidade de Espanha	1
	<b>SUB-TOTAL</b>	<b>33</b>
<b>PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS</b>	Práticas de Integração Estrutural	59
	Práticas de Integração Instrumental	105
	<b>SUB-TOTAL</b>	<b>164</b>
<b>ASPECTOS QUE INTERFEREM NA INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPANHÓIS</b>	Aspectos facilitadores da integração	61
	Aspectos inibidores da integração	140
	<b>SUB-TOTAL</b>	<b>201</b>
<b>ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA ULTRAPASSAR AS DIFICULDADES SENTIDAS PELOS ENFERMEIROS ESPANHÓIS DURANTE OS PERÍODO DE INTEGRAÇÃO</b>	Relacionados com a barreira linguística	15
	Relacionadas com falta de conhecimentos / experiência	12
	<b>SUB-TOTAL</b>	<b>27</b>
<b>SUGESTÕES PARA UMA MELHOR INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ESPANHÓIS</b>	Em relação à organização do período de integração	17
	Em relação ao Orientador	5
	Em relação à admissão de enfermeiros espanhóis	3
	<b>SUB-TOTAL</b>	<b>25</b>
<b>TOTAL</b>		<b>450</b>

Quadro X – Distribuição dos Temas e Categorias Identificadas

A partir destes procedimentos, realizou-se a análise e interpretação dos dados das entrevistas e discussão dos resultados.

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS OBTIDOS**

#### **1- SER ESTRANGEIRO A EXERCER ENFERMAGEM NO CHTV**

##### **1.1 – Caracterização Sócio-Demográfica dos Entrevistados**

###### **Idade**

A análise das entrevistas revelou que a variável idade assumia um máximo e um mínimo muito próximos (31 e 22, respectivamente), o que se traduz numa população muito jovem, cuja média de idades é 25,8 anos. Este valor segue a tendência dos dados publicados pela Ordem dos enfermeiros, referentes a Dezembro de 2003, onde a distribuição etária de enfermeiros estrangeiros a trabalhar em Portugal incidia maioritariamente na classe entre os 26 e os 30 anos.

###### **Sexo**

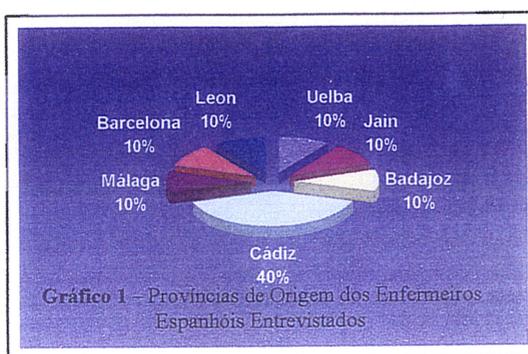
Os dez enfermeiros entrevistados são maioritariamente do sexo feminino, existindo apenas dois elementos do sexo masculino, o que corresponde a 20% da amostra. Esta frequência relativa acompanha a tendência verificada no CHTV, onde 25% dos enfermeiros espanhóis são do sexo masculino. A integração profissional de espanhóis no sector da saúde «poderá ter contribuído para uma diferenciação sexual, a favor das mulheres na totalidade da comunidade» (Ribeiro 2001, p.18).

## Estado Civil

No momento da entrevista, 70% dos entrevistados eram solteiros. Contudo, todos os entrevistados referem serem solteiros quando iniciaram funções no CHTV.

## Província de Origem

A análise dos dados da entrevista mostra que os enfermeiros são originários de várias províncias espanholas (Gráfico 1). Cádiz, contudo, destaca-se das restantes províncias com 60% de frequência relativa, contra 10% de todas as outras províncias referidas. Apenas dois enfermeiros referiram



ter tido conhecimento que estavam a precisar de enfermeiros no CHTV através do seu sindicato em Espanha, os restantes tiveram conhecimento através de colegas que já trabalhavam na instituição, o que pode justificar a elevada frequência de oriundos de Cádiz.

É prática relativamente comum, no grupo entrevistado, vir para Portugal em grupo. Apenas três entrevistados referiram ter vindo para Portugal sozinhos.

## 1.2 – Situação Profissional dos Entrevistados

### Experiência Profissional

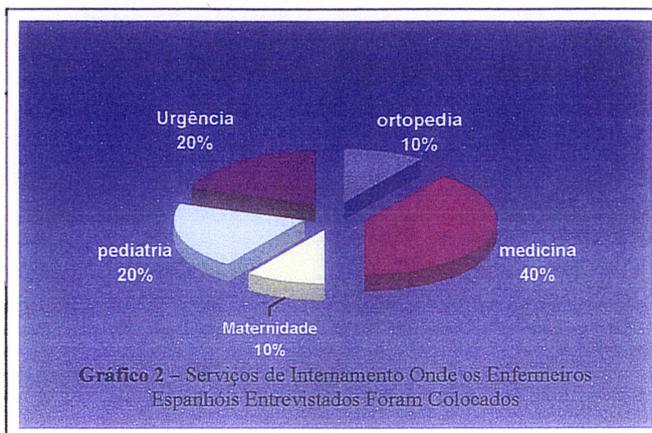
A maioria dos enfermeiros espanhóis entrevistados (sete) não tinha qualquer experiência profissional na área da enfermagem, eram recém-formados, quando foram admitidos no CHTV. Três destes enfermeiros, contudo, tinham tido experiências profissionais noutras áreas: restauração, venda imobiliária e serviço militar. Sete dos entrevistados referem nunca ter frequentado cursos de língua portuguesa, ao contrário dos restantes três elementos, dois dos quais custeados pelo próprio CHTV.

Todos os enfermeiros entrevistados têm mais de um ano de experiência profissional no CHTV. Cerca de 50% dos entrevistados têm entre um e dois anos de experiência, enquanto que 40% estão nesta instituição há mais de seis anos. Seis dos

entrevistados têm um vínculo precário com o CHTV (contrato de trabalho a termo certo), os restantes fazem parte do quadro da função pública.

### Primeiro Serviço do CHTV onde os Entrevistados Trabalharam

Os enfermeiros entrevistados, após a admissão no CHTV, foram distribuídos por serviços de internamento com diferentes especialidades (Gráfico 2), sendo a medicina a especialidade com maior percentagem de enfermeiros espanhóis (40%). Segue-se a pediatria e a urgência com 20% cada



e, por fim, surgem as especialidades de maternidade e ortopedia, com 10% cada. Sete dos entrevistados escolheram o serviço onde ficaram a trabalhar, os restantes foram colocados no serviço que foi indicado pela Direcção de Enfermagem. Apenas dois elementos referem não ter tido colegas espanhóis no seu serviço durante o período de integração. Estes elementos são também aqueles com mais anos de experiência no CHTV, dentro do grupo entrevistado.

### Tempo de Permanência em Portugal

À excepção de um, todos os enfermeiros entrevistados pretendiam ficar a trabalhar em Portugal temporariamente. Contudo, volvidos alguns anos, três dos que tinham intenção de voltar a viver em Espanha, referem que pretendem ficar a viver em Portugal. É de realçar que estes três elementos alteraram o seu estado civil (casaram) depois de estarem em Portugal, os restantes permanecem solteiros.

Segundo dados referentes ao registo de pagamento de quotas, publicados pela Ordem dos Enfermeiros, num período de cinco anos mais de 60% dos enfermeiros espanhóis permaneceram em Portugal (Ordem dos Enfermeiros, 2004). Contudo, importa salientar que o país de origem é, para os imigrantes que exploram oportunidades específicas no mercado de emprego português (como é o caso da enfermagem), «um ponto de apoio fundamental, funcionando sempre como alternativa,

caso se verifique um deteriorar de qualidade de vida em Portugal» (Baganha et al., 2002, p.133).

### 1.3– Motivações dos Entrevistados para Trabalhar em Portugal

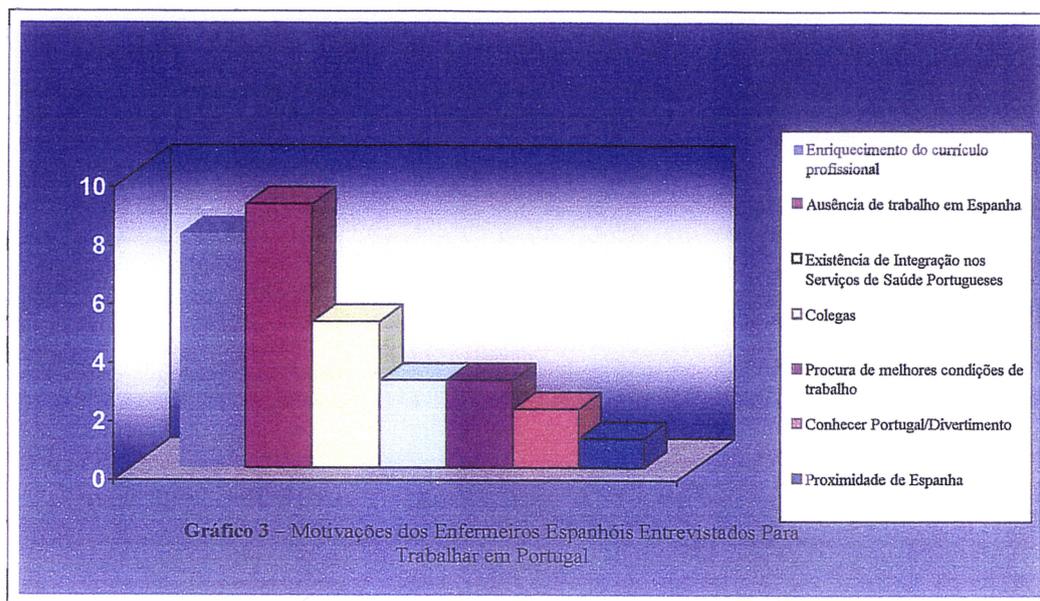
A análise das entrevistas revela que no tema *Motivações dos Entrevistados para Trabalhar em Portugal* emergem um conjunto de categorias: *Ausência de trabalho em Espanha; Enriquecimento do currículo profissional; Procura de melhores condições de trabalho; Existência de Integração nos Serviços de Saúde Portugueses; Colegas; Conhecer Portugal/Divertimento; Proximidade de Espanha* (Quadro XI).

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FR
<b>Motivações dos Entrevistados para Trabalhar em Portugal</b>	Ausência de trabalho em Espanha		9
	Enriquecimento do currículo profissional	Ganhar pontos	4
		Ganhar Experiência	3
	Procura de melhores condições de trabalho	Contrato mais prolongado	4
		Possibilidade de trabalhar no sector público	2
	Existência de Integração nos Serviços de Saúde Portugueses		5
	Colegas		3
	Conhecer Portugal/Divertimento		2
Proximidade de Espanha		1	
<b>TOTAL</b>			<b>33</b>

**Quadro XI** – Distribuição das Motivações dos Entrevistados para Trabalhar em Portugal

As quatro primeiras categorias são aquelas que contabilizam mais unidades de registo e dizem respeito à situação profissional do entrevistado, o que leva a concluir que as principais motivações para a vinda dos entrevistados para Portugal prendem-se com a questão laboral (Gráfico 3). Num estudo realizado acerca da imigração de médicos e enfermeiros em Portugal comenta-se que «32,1% dos contratados em

Espanha são temporários, um valor superior ao verificado em Portugal (20,4%) que, mesmo assim, ultrapassa a média da União Europeia, 13,4%» (Ribeiro, 2001, p.17). Apesar deste cenário de precarização laboral em Portugal (acima de tudo, melhor do que em Espanha), descrito no referido estudo, «a maioria dos médicos espanhóis entrevistados com alguma experiência no sector da saúde espanhol, escolheram Portugal devido à maior segurança contratual e às oportunidades de inserção laboral em serviços hospitalares de ponta» (Ribeiro, 2001, p.17).



De acordo com Baganha et al. (2002), o recurso a amigos ou conhecidos portugueses para obtenção de emprego é revelador duma integração eficiente ao nível das comunidades, facto que foi mencionado como motivação para a vinda para Portugal de três entrevistados.

Também num estudo realizado em dois hospitais centrais públicos do distrito de Lisboa, em 2004, após aplicação dum questionário a todos os enfermeiros espanhóis dessas instituições, identificou-se que as forças promotoras da migração dos enfermeiros espanhóis consistiam na escassez de oportunidade de trabalho em Espanha, aquisição de experiência profissional (para obtenção de pontos para a candidatura às bolsas de trabalho em Espanha), na vontade de conhecer outro país e na proximidade de Portugal com Espanha (Leal, 2005). Estas e outras *'forças promotoras da migração'* foram também identificadas no grupo de entrevistados neste trabalho, subordinadas ao tema *motivações para trabalhar em Portugal*, como, aliás, se pode confirmar nalgumas categorias já descritas.

### ***1.3.1 – Ausência de Trabalho em Espanha***

A *ausência de trabalho em Espanha* é uma razão apontada pelos entrevistados para justificar a vinda para Portugal. A oportunidade de trabalho (em Espanha) dada a alguns entrevistados foi apenas durante o período de férias.

A maioria dos entrevistados referem que não tinham encontrado trabalho na área da enfermagem no momento em que resolveram vir para o CHTV (são excepção E3 e E10). Esta escassez é expressa em todas as entrevistas em unidades de registo como: “lá [em Espanha] é impossível encontrar emprego” E9.

### ***1.3.2 - Enriquecimento do Currículo Profissional***

A categoria *enriquecimento do currículo profissional* contabiliza duas subcategorias, ganhar pontos e ganhar experiência. Alguns dos enfermeiros entrevistados referem que o motivo que os levou a virem trabalhar para Portugal prende-se com o enriquecimento do currículo profissional. As duas subcategorias incluídas nesta categoria indicam que este enriquecimento curricular se traduz sob a forma de dois tipos de ganhos: mais experiência e mais pontos. A análise das unidades de contexto, em que se inserem as unidades de registo, que cabem em cada uma das subcategorias, mostra que estes ganhos só se constituem como tal numa situação de procura de trabalho no mercado espanhol. Exemplo disso são as unidades de registo “é preciso pontos (...) para trabalhar em Espanha” E1 e “em Espanha para trabalhar precisas de ter já trabalhado [em Portugal obtém-se experiência para trabalhar em Espanha]”E7.

### ***1.3.3 – Procura de Melhores Condições de Trabalho***

Também a categoria *procura de melhores condições de trabalho* tem subcategorias: contrato mais prolongado e possibilidade de trabalhar no sector público. Alguns dos entrevistados procuram em Portugal melhores condições de trabalho, nomeadamente ao nível contratual e do trabalho no sector público. As unidades de

registo da subcategoria *contrato mais prolongado* ilustram bem a vontade dos entrevistados E3 e E8 experimentar algo de forma continuada: “queria saber (...) como é que era ser enfermeiro continuamente, não ser enfermeiro durante um mês, parar, ser enfermeiro durante outro mês, parar, que era o que acontecia em Espanha...” E3; “já estava farta de só trabalhar nos verões”E8.

Já a subcategoria *possibilidade de trabalhar no sector público* vem manifestar o interesse de E3 e E4 em desempenhar funções de enfermagem em unidades de saúde públicas: “não gostei da experiência de trabalhar na privada [em Espanha]”E3; “tudo [trabalho disponível em Espanha] era privado e não me convém” E4. Enquanto que E3 manifesta vontade de estar a trabalhar no sector público, por não gostar da experiência de trabalhar no sector privado, E4 reafirma o seu interesse no sector público para obtenção de pontuação, necessária às candidaturas das bolsas de trabalho em Espanha.

#### ***1.3.4 – Existência de Integração nos Serviços de Saúde Portugueses***

A existência de integração profissional nas unidades de saúde portuguesas constitui outro motivo apontado por 50% dos entrevistados para a sua vinda para Portugal. Como explicam alguns entrevistados, “em Espanha (...) tu não tens o período de integração” E4, “em Espanha entras a trabalhar e não tens integração” E7.

#### ***1.3.5 – Colegas***

O facto de E2, E3 e E4 terem colegas que lhes transmitiam a sua experiência de trabalhar em Portugal, mais precisamente no CHTV, foi determinante. Três dos enfermeiros espanhóis entrevistados justificam a sua vinda com a presença de colegas no CHTV: “como as minhas colegas vinham trabalhar aqui eu também vim” E4, “ uma colega minha disse-me que estava bem [a trabalhar em Portugal] e eu vim”E2.

### ***1.3.6 – Conhecer Portugal/Divertimento***

A categoria Conhecer Portugal/Divertimento é preenchida por duas unidades de registo, dos entrevistados E3 e E10, que justificam a sua vinda para Portugal com a vontade de conhecer Portugal e com o gosto pelo divertimento: “queria saber como é que isto [Portugal] era”E3; “vim mais por causa da festa”E10.

### ***1.3.7 – Proximidade de Espanha***

A proximidade de Espanha foi referida apenas por um entrevistado como factor que motivou a sua vinda para Portugal: “Portugal fica mais próximo de Espanha” E3.

## **2 – INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS ESPANHÓIS NO CHTV**

Este trabalho tomou como pressupostos teóricos os que têm vindo a ser discutidos nos capítulos anteriores em relação com a problemática do estudo. Do quadro conceptual estabelecido e dessa problemática decorrem vários eixos de análise, que foram identificados como temas: Práticas Organizacionais de Integração Profissional; Aspectos que Interferem na Integração dos Enfermeiros Espanhóis; Estratégias Utilizadas Para Ultrapassar as Dificuldades Sentidas Pelos Enfermeiros Espanhóis Durante o Período de Integração; e Sugestões Para uma Melhor Integração Profissional dos Enfermeiros Espanhóis.

### **2.1 – Práticas Organizacionais de Integração Profissional**

Em termos globais, de acordo com a Direcção de Enfermagem do CHTV, não existe qualquer política orientadora do processo de integração de novos elementos no CHTV. A opção por uma integração formal ou informal, mais ou menos estruturada, é

deixada ao critério dos chefes dos vários serviços. Contudo, o presente estudo permitiu identificar um conjunto de práticas organizacionais de integração profissional decorrentes da admissão dum enfermeiro de nacionalidade espanhola nesta organização.

As práticas organizacionais correspondem aos processos que englobam a definição de objectivos, a avaliação, o feedback, as recompensas e os aspectos comportamentais da estruturação do trabalho (Cunha, 1999).

Para um melhor entendimento do conjunto de práticas identificadas, durante a análise de conteúdo, optou-se por separá-las em duas grandes categorias co-relacionadas e interdependentes, tendo em conta o objecto a que se dirigem. Assim, surgem as categorias *Práticas de Integração Estrutural* e *Práticas de Integração Instrumental*, cada uma com várias subcategorias (Quadro XII).

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FR
<b>Práticas Organizacionais de Integração Profissional</b>	<b>Práticas de Integração Estrutural</b>	Conhecimento dos órgãos de gestão	22
		Conhecimento do espaço físico	16
		Conhecimento de normas	13
		Conhecimento do núcleo operacional	8
	<b>SUB TOTAL</b>		<b>59</b>
	<b>Práticas de Integração Instrumental</b>	Coordenação do processo de integração	27
		Período de integração	28
		Exercício de enfermagem	36
		Documentação	14
	<b>SUB TOTAL</b>		<b>105</b>
<b>TOTAL</b>		<b>164</b>	

**Quadro XII – Distribuição das Práticas Organizacionais de Integração Profissional**

### **2.1.1 - Práticas de Integração Estrutural**

As Práticas de Integração Estrutural dizem respeito ao conjunto de actividades desenvolvidas pelo CHTV no sentido de dar a conhecer, ao novo elemento, a estrutura organizacional. Segundo Mintzberg as principais componentes da estrutura

organizacional são a gestão de topo, a gestão intermédia, os analistas da tecnoestrutura, o pessoal de apoio e os operadores (Mintzberg, 1995a). As práticas de integração estrutural resultam do diálogo/encontro do novo elemento com estes elementos e constituem-se nas acções desenvolvidas pela organização para dar a conhecer a estrutura organizacional, assim como as relações de interdependência existentes entre as suas componentes e as regras básicas de funcionamento da componente que o novo elemento vai integrar.

As práticas de integração estrutural ocorrem ao longo de todo o período de integração, mas são descritas pelos entrevistados, numa forma mais evidente, quando relatam o seu primeiro dia na instituição.

Nesta categoria incluem-se as subcategorias *Conhecimento dos órgãos de gestão*, *Conhecimento do espaço físico*, *Conhecimento de normas* e *Conhecimento do núcleo operacional*, por ordem decrescente de frequência das unidades de registo.

### **Conhecimento dos órgãos de gestão**

Todos os entrevistados referem ter tido uma reunião com o enfermeiro director e uma reunião com a enfermeira chefe do serviço onde ficaram a trabalhar, antes de iniciarem funções. A sub-categoria *conhecimento dos órgãos de gestão* engloba todas as unidades de registo que descrevem esse encontro com a gestão de topo e com a gestão intermédia. A referida reunião ocorre no primeiro e/ou no segundo dia em que o novo elemento chega à instituição: “no primeiro dia fui à Direcção de Enfermagem” E4; “no segundo dia conheci a chefe” E7.

Sempre que alguém ingressa numa organização leva, não só os seus conhecimentos técnico-científicos, mas também um conjunto de valores, motivações e expectativas face à organização. Wanous (1977) e Young e Lundberg (1996) consideram que as expectativas dos indivíduos, enquanto elementos externos da organização estão, na maioria das vezes, ampliadas. Este facto origina, na maioria das vezes, um choque decorrente da socialização do novo elemento, como o resultado das discrepâncias encontradas. Young e Lundberg (1996) alertam ainda que, no primeiro dia, o recém-chegado atinge o seu ponto máximo de ansiedade e que isso deve ser tido

em conta por quem o recebe: o novo elemento deve sentir-se «bem recebido e apoiado do ponto de vista emocional» (Caetano & Vala, 2002, p.313).

Assim, o *encontro* do enfermeiro espanhol com a organização assume particular importância, não só pela carga de ansiedade que envolve (provavelmente acrescida pelo facto de ser estrangeiro), mas também pelas expectativas que o novo elemento traz. A reunião com o enfermeiro director e a reunião com a enfermeira chefe do serviço onde o enfermeiro espanhol fica a trabalhar representam o início das relações com os seus superiores hierárquicos e pode constituir-se como determinante do sucesso de todo o processo de integração. Caetano & Vala (2002) definem a fase de encontro como aquela que se inicia no momento da admissão do trabalhador e que se prolonga até ao fim do período experimental. Segundo estes autores, um dos factores que mais afecta a adaptação dos indivíduos à organização é o ambiente que rodeia o trabalho, sendo, assim, desejável que a organização defina um plano de integração que se coadune também com as necessidades do novo elemento (Caetano & Vala, 2002).

### **Conhecimento do espaço físico**

A subcategoria *conhecimento do espaço físico* diz respeito a outra actividade identificada como prática organizacional que permite a integração na estrutura da organização. Esta categoria engloba todas as unidades de registo que referenciam o conhecimento do CHTV, enquanto estrutura física.

A análise do conteúdo das entrevistas revelou que o espaço onde está inserido o CHTV foi dado a conhecer aos entrevistados através de várias modalidades: através duma visita guiada, acompanhados pelo enfermeiro director /enfermeiro-chefe (ou substituto); diariamente por necessidade própria do integrante; ou através de outros colegas. E1 e E4 tomaram contacto com a estrutura física do CHTV através dos colegas: “o resto do hospital fui conhecendo aos poucos com os colegas” E1; “foram as minhas colegas que me foram mostrando o hospital” E4. E2, E3, E6, E7, E8 e E10 verbalizaram ter conhecido o hospital através duma visita guiada, conduzida por um dos seus superiores hierárquicos.

Apenas E1 refere que ficou a conhecer o serviço através de colegas (“foi ela [colega espanhola] quem me trouxe a conhecer o serviço” E1), os restantes

entrevistados onde se identificaram unidades de registo pertencentes a esta subcategoria (seis) referem que o seu serviço lhes foi apresentado por o director de enfermagem, pelo seu chefe de serviço ou alguém que o substituíria na altura da sua admissão.

A apresentação do espaço físico do local de trabalho é referida por Caetano & Vala (2002) nas propostas de planos de acolhimento. Segundo estes autores, «para além da visita ao futuro local de trabalho, deverá ser efectuada uma visita aos restantes departamentos a fim de que o novo colaborador tenha uma visão global da organização, conheça e seja conhecido pelos membros desses departamentos e, assim, se estimule, desde o início, a comunicação interdepartamental» (Caetano & Vala, 2002, p.314). Os mesmos autores reforçam a importância das primeiras impressões retiradas desta visita para o sucesso da integração e acrescentam que deve existir um cuidado especial se o recém-chegado estiver numa situação de primeiro emprego, o que acontece na maioria dos casos dos enfermeiros entrevistados (70%).

### **Conhecimento de normas**

A configuração da estrutura organizacional é complexa, contudo «à medida que a dimensão e a complexidade aumentam, as organizações tendem a adoptar métodos mais estandardizados para lidar com um maior número de questões» (Clegg, 1998, p.105). Esta estandardização dos processos de trabalho pressupõe necessariamente a formalização do comportamento (Mintzberg, 1995b), que começa logo no primeiro contacto do indivíduo com a organização. A transmissão de informações relativas às obrigações dos trabalhadores é também uma forma de integrar o indivíduo na estrutura organizacional. Assim, a admissão dum enfermeiro de nacionalidade espanhola no CHTV, instituição diferente das que conhecia como estudante de enfermagem em Espanha, foi necessariamente acompanhada da aquisição dum conjunto de conhecimentos relativos à forma como era esperado que ele se comportasse como trabalhador. Os enfermeiros espanhóis entrevistados referiram que as principais questões abordadas nos primeiros dias acerca das normas da organização estavam relacionadas com o horário de trabalho, as condições para efectuar trocas de turnos e o gozo de feriados e férias. Este tipo de informação foi transmitido ora pelo enfermeiro director (“foi a enfermeira directora que me explicou como funcionavam os turnos

extraordinários” E5), ora pela enfermeira chefe (“foi a chefe quem me explicou o horário” E1), ora por colegas (“foi mais pelos colegas é que fiquei a saber o horário de trabalho, folgas, turnos” E9), existido casos em que o próprio entrevistado refere ter sido ele a aperceber-se destas questões (“fui-me apercebendo como funcionava em termos de horário e de folgas” E6).

### **Conhecimento do núcleo operacional**

Durante o período de integração o novo elemento inicia as suas relações não só com os seus superiores hierárquicos, mas também com os seus colegas de trabalho, situados ao nível do núcleo operacional da estrutura organizacional. Uma vez que o exercício da enfermagem obriga a um constante trabalho de equipa, a participação dos colegas no processo de integração do novo elemento assume um papel significativo. É de realçar que «um dos factores que mais afecta a adaptação dos indivíduos à organização é o ambiente que rodeia o trabalho, nomeadamente, a receptividade dos colegas» (Caetano & Vala, 2002, p.311). Assim, a apresentação e o favorecimento das relações entre o novo elemento e a restante equipa de enfermagem é fundamental, sendo desejável que seja esclarecido entre o recém-chegado e os seus futuros colegas qual o nível de participação requerido de cada um em todo o processo de integração. Só desta forma será possível construir relações profissionais (e até de amizade) de verdadeira entreajuda, facilitadoras da adaptação ao contexto de trabalho. As unidades de registo desta subcategoria descrevem uma simples apresentação de pessoas desconhecidas, não sendo mencionada em nenhuma delas qualquer tipo de ‘contacto’ estabelecido entre o novo elemento e os colegas de trabalho.

No CHTV, a apresentação dos enfermeiros espanhóis aos colegas de trabalho foi feita pelo chefe de serviço ou por um enfermeiro que o substituíra: “foi a chefe que me apresentou aos colegas” E1; “foi a Ana [enfermeira coordenadora] que me apresentou aos colegas nas passagens de turno” E2; “fui apresentada aos colegas de trabalho pela chefe e pela enfermeira Ana [enfermeira coordenadora]” E6; “foi a chefe que me apresentou aos colegas” E10. O E3 acrescenta, para além do chefe de serviço, o papel dos seus conterrâneos e o seu desempenho pessoal foi fundamental na apresentação aos

colegas: “a chefe, alguns colegas espanhóis e eu é que me apresentava aos novos colegas” E3.

### **2.1.2 – Práticas de Integração Instrumental**

De acordo com o desenho da estrutura organizacional de Mintzberg, na base da organização está o “centro operacional”, os trabalhadores ou operadores, que «fabricam coisas ou fornecem os serviços básicos da organização» (Clegg, 1998, p.105). A categoria *Práticas de Integração Instrumental* engloba todas as práticas desenvolvidas pelo CHTV no sentido duma adaptação do novo elemento ao posto de trabalho, numa perspectiva mais operacional.

O exercício da enfermagem é complexo, difícil de desagregar, sem desvirtuar o sentido e o conteúdo dos cuidados de enfermagem. Estes, mais do que se vincularem unicamente ao “fazer”, inscrevem-se numa acção interpessoal e correspondem à atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa ou aos seus familiares com vista a ajudá-los na sua situação. Engloba tudo o que os profissionais fazem dentro das suas competências (Hesbeen, 1997).

As práticas de integração instrumental são tão complexas quanto os cuidados de enfermagem de que elas são objecto. De igual forma, o processo de categorização foi sujeito a um longo percurso. Numa primeira fase optou-se por criar duas grandes subcategorias, integração formal e integração informal.

Nas estratégias de *integração formal*, tal como Van Maanen (1989) define, é explicitado ao novo elemento o seu papel e aquele é integrado num programa de orientação estruturado (Caetano & Vala, 2002). Incluía-se, assim, nesta subcategoria os dados recolhidos das entrevistas, cujos entrevistados afirmaram terem feito parte dum programa de orientação estruturado durante a integração (E3 e E8).

Na subcategoria referente às estratégias de *integração informal*, incluía-se os dados recolhidos dos entrevistados que referiram não ter integrado qualquer programa de orientação estruturado, durante a integração (E1, E2, E4, E5, E6, E7, E9 e E10).

Cada subcategoria remetia o assunto para as áreas abordadas durante cada uma das modalidades de integração. Curiosamente, a subcategoria *integração formal*

englobava seis áreas temáticas: Conhecimento do funcionamento do serviço, Figura do Orientador, Documentação, Momentos de aprendizagem, Período de integração e Avaliação; Enquanto que a subcategoria integração informal acrescentava mais três áreas temáticas: Estabelecimento de objectivos, Registos de Enfermagem e Passagem de turno.

Esta primeira tentativa de classificação dos dados veio mostrar que em duas subcategorias distintas, existia a repetição de seis áreas temáticas, havendo mais três áreas temáticas na *integração informal*. Ao mesmo tempo, nas seis áreas temáticas que se repetiam nas duas subcategorias – formal e informal – não existiam unidades de registo com informação distinta ou antagónica. Estes factos vêm, de certa forma, reforçar a tese de Billett (2002) de que a aprendizagem no local de trabalho, dita habitualmente informal, pode ser considerada formal e estruturada, independentemente de estar ou não descrita em manuais (Billett, 2002). O próprio desempenho de actividades profissionais está ‘formalizado’ sob a forma de objectivos, normas e práticas comportamentais. Por outro lado, estes dados também podem querer dizer que os entrevistados que assumiram ter feito parte dum programa de integração estruturado, efectivamente não fizeram.

Assim, correndo o risco de criar subcategorias demasiado redutoras, optou-se por definir um conjunto de subcategorias que definissem a integração instrumental como um processo alheado dum programa de integração. Foram encontradas quatro subcategorias: *Coordenação do processo de integração*, *Período de integração*, *Exercício de enfermagem* e *Documentação*.

### **Coordenação do processo de integração**

Segundo a análise dos dados obtidos, a partir do momento que o indivíduo é inserido num serviço, cabe ao chefe de enfermagem a coordenação do processo de integração. Esta coordenação passa pela definição dum elemento que o recém-chegado acompanha durante a sua integração. Dos dez enfermeiros entrevistados, oito referem que o chefe de enfermagem lhes atribuiu um orientador, que os acompanhou durante o período de integração; os restantes (E1 e E5) referem que o chefe definia diariamente a quem o novo elemento se dirigia para pedir ajuda. A coordenação do processo de

integração passou também pela avaliação e consequente determinação do período de integração.

A análise das entrevistas permite perceber que a avaliação do processo de integração é feita essencialmente pelo enfermeiro chefe, existindo três entrevistados que referem sentir que essa avaliação terá sido partilhada com o seu orientador: “suponho que a chefe e a Ana [integradora] conversavam sobre a minha avaliação”E1; “acho que elas [enfermeira chefe e orientador] conversavam sobre mim” E3; “o chefe falava com ela [integradora] para saber se eu estava preparada ou não” E8.

Existem entrevistados que descrevem que esta avaliação era feita frequentemente em reuniões: “tive várias reuniões com a chefe para ver como corria a integração” E1, “ao fim de três semanas a fazer manhãs tive uma nova reunião com a enfermeira chefe onde foram avaliadas as minhas dificuldades e onde ela me disse o que ela acha que eu necessitava de melhorar.” E3; “tive reuniões [de avaliação] com a chefe, várias vezes”E4. O E4 referiu que se sentia avaliado em vários momentos: “na passagem de turno a chefe sempre via as notas que eu registava para ver se eu percebia” E4.

Duma maneira menos formalizada, E8 e E9 revelam que os seus chefes faziam uma ‘abordagem de corredor’ – “o chefe ia-me perguntando como estava a correr tudo” E8; “o enfermeiro chefe perguntava se estava tudo bem” E9 –, não existindo qualquer outra conversa que sugerisse um momento de avaliação do período de integração. Também para E2, E5, E6, E7 e E10 não existiram momentos específicos de avaliação: “nunca me lembro de ter sido avaliada”E2; “nunca tive nenhuma reunião de avaliação”E5; “foi a chefe que decidiu por mim o tempo de integração” E6; “não houve reuniões de avaliação da integração” E7; “não houve reuniões de avaliação da minha integração” E10.

Os dados retirados das entrevistas realizadas permitem perceber que todos os enfermeiros espanhóis recém-chegados estiveram sob a supervisão directa de alguém com a mesma categoria profissional, mas mais experiente. Esta figura, que passa a designar-se de orientador, permaneceu inalterável ao longo de todo o processo de integração ou assumiu várias personalidades do serviço em questão. A figura do tutor (orientador) está fortemente associada ao sucesso do novo membro, sendo àquele que compete acompanhar o recém-admitido durante o seu período de integração, fornecendo

informações sobre a organização e sobre o papel específico que nela irá desempenhar o seu *protégé* (integrando) (Caetano & Vala, 2002).

E1 descreve que a sua integração foi sempre supervisionada por colegas de trabalho (determinados pelo enfermeiro chefe) mas a orientação propriamente dita coube ao enfermeiro chefe: “a chefe está sempre por perto” E1. Este entrevistado refere-se ao seu chefe como pessoa de referência na organização para a orientação das suas actividades diárias, a execução das mesmas era feita com o acompanhamento e supervisão das suas colegas de serviço: “tinha sempre uma colega comigo, mas não ficava sempre com a mesma” E1.

A análise de algumas entrevistas permitiu constatar que, embora existisse um enfermeiro destinado a orientar a integração dos entrevistados, esse facto era facilmente deturpado pela situação de horário rotativo: “fiquei com a Ana [enfermeira espanhola, com vários anos de serviço] e, sempre que ela não estava, ficava com a Ilda [enfermeira portuguesa, com vários anos de serviço]” E2; “como fiz só manhãs na integração e o meu orientador estava de *rolemant*, tive mais do que um orientador durante a integração” E7. A alternância de orientador leva a que não sejam conseguidos os benefícios duma integração com orientador, pois esta figura, na realidade, deixa de existir passando a constituir-se num mero colega que supervisiona o turno do recém-chegado. Greenberg e Baron (1995) caracterizam o decurso do processo de integração, com supervisão dum orientador, segundo quatro fases: iniciação, desenvolvimento, separação e redefinição (Caetano & Vala, 2002). Esta rotatividade de orientadores durante o processo de integração origina situações de descontinuidade, que quebram a evolução da relação orientador-orientando, obrigando a que ambos se reposicionem constantemente, quer ao nível da relação, quer ao nível do estadio de aprendizagem/integração. Esta situação torna-se ainda mais complexa, quando se trata duma integração que não é estruturada, onde o planeamento do dia e o estabelecimento dos objectivos de aprendizagem é deixado ao critério do orientador.

E8, contudo, refere que manteve sempre o mesmo orientador: “a Ana [enfermeira portuguesa com experiência] é que ficou sempre comigo”E8.

Constatou-se também que existiram integrações bietápicas, ou seja, integrações que se fizeram numa primeira fase com um orientador espanhol e numa segunda fase com um orientador português, ou vice-versa.

E4 refere-se ao seu orientador, dizendo: “eu comecei por fazer turnos com ela [colega espanhola] durante um mês. O outro mês fiz só manhãs com outra enfermeira portuguesa.” E4. Esta opção prende-se essencialmente com a barreira linguística. Segundo este entrevistado esta modalidade (que considerou adequada) permitiu que, numa primeira fase, entendesse a dinâmica do serviço na sua língua, aprendendo logo alguns termos em português, e só depois se preocupou efectivamente em compreender e fazer-se ser entendido pelos outros.

Os entrevistados E6 e E9 tiveram experiências diferentes, que também consideraram serem as mais adequadas: “estive primeiro com uma colega portuguesa e depois com uma colega espanhola” E6; “a Teodora [enfermeira portuguesa] foi quem começou a fazer a minha integração durante duas semanas (...) ao fim de duas semanas comecei a trabalhar [integração] com a Maria [enfermeira espanhola]” E9. Ambos os entrevistados consideram que o facto de terem estado com um orientador português lhes obrigou a procurar e a estudar mais, no sentido de melhorar o desempenho em termos linguísticos.

Os entrevistados E5 e E10 tiveram experiências de integração diferentes das mencionadas anteriormente, pois não lhes foi atribuído nenhum orientador, nem existia nenhuma pessoa de referência a quem se podiam dirigir. Embora todos os outros entrevistados tenham referenciado os colegas de trabalho como participantes no seu processo de integração, não foi dado tanto ênfase como no caso de E5 e E10. À pergunta *‘Alguém ficou responsável por integra-lo? Como?’*, as respostas surgem dirigidas ao colegas: “ia ficando com o pessoal da manhã” E10; “eu vinha fazer o turno e quem cá estava explicava-me as coisas” E5. Estes entrevistados demonstram, nas suas unidades de registo, uma ausência de direcção e até mesmo de conteúdo das respostas dadas em relação ao período de integração, elucidativas de que, efectivamente, para eles, não existiu orientação durante o período experimental de integração.

É inegável que nestes casos o percurso foi essencialmente pessoal, havendo necessariamente a participação de alguns colegas, que vieram a funcionar como modelos.

Neste estudo verificou-se que, em todos os entrevistados, existiu uma certa inconstância no orientador. Esta situação vem deturpar a verdadeira função dum

orientador durante o período de integração, que é explicada pelos entrevistados, quando centram as suas respostas nas razões dessa inconstância.

### Período de integração

Todos os entrevistados referem-se ao período de integração como um período em que encontravam numa fase experimental e, por isso, eram sempre acompanhados por alguém mais experiente na realização das várias tarefas. Daqui resulta, necessariamente, que cada enfermeiro recém-chegado surja escalado em horário como elemento supranumerário. No final da integração, ou seja, no final deste período experimental, tal como Poter et al (1987) descreveram, a organização passa a considerar o recém-chegado como um membro efectivo (Caetano & Vala, 2002).

A análise das entrevistas revelou também que o período de integração é variável, sendo sempre determinado pelo enfermeiro chefe do serviço, em consonância, ou não, com o integrante: “só tive três semanas de integração por causa do serviço” E8.

Apenas um entrevistado refere não saber o tempo que demorou a sua integração, três referem ter tido menos de três semanas e um diz que a sua integração foi de cinco meses. Os restantes cinco entrevistados dizem ter tido uma integração de aproximadamente dois meses. O Gráfico 4 mostra a distribuição do tempo de integração por serviço. O serviço de urgência e a maternidade são os serviços que dedicaram menos tempo de integração aos enfermeiros espanhóis entrevistados. O serviço de pediatria atinge um máximo de 20 semanas para o tempo de integração, sendo os serviços de ortopedia e Medicina aqueles que apresentam uma maior concordância em relação ao período de integração (oito semanas).

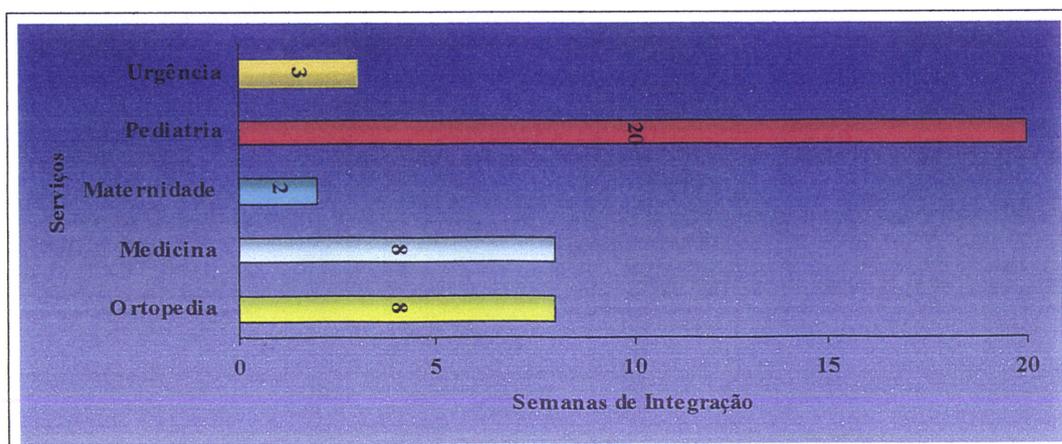


Gráfico 4 – Distribuição do Tempo de Integração dos Enfermeiros Espanhóis Entrevistados por Serviço

O entrevistado que não sabia o tempo que tinha durado a sua integração (E10) não fez obviamente parte deste gráfico, contudo, segundo a sua explicação, ele segue a tendência do gráfico. Como elemento do serviço de pediatria, E10 explica: “não me lembro quanto tempo estive de integração porque havia pessoal a mais e então a chefe deixou-me a fazer manhãs durante sete meses (...) só depois é que entrei em *rolemant*”E10.

Todos os entrevistados referem que começaram por fazer o turno da manhã e que o fizeram de forma repetida e em maior quantidade do que os turnos da tarde e noite, durante o período de integração.

Dois dos entrevistados que tiveram menos tempo de integração consideram que o tempo foi insuficiente: “eu não me sentia minimamente preparada”E5; “eu gostava de ter ficado mais tempo acompanhada” E8. Estas afirmações traduzem, de certa forma, uma crítica à instituição de acolhimento, que não respeitou os seus ritmos de desenvolvimento pessoal, nem garantiu a estes recém formados o apoio que precisavam.

O terceiro entrevistado que também teve três semanas de integração, porém, considerou que “ao fim desse tempo [três semanas] estava preparado”E9. Também dois dos enfermeiros espanhóis com dois meses de integração referem que consideram o período suficiente: “Acho que o tempo de integração foi suficiente (...) se não acontecesse nada de especial podíamos fazer as coisas e também tinha ajuda dos colegas”E2; “[no fim da integração] eu já me sentia preparada”E4. Estas unidades de registo confrontam-nos com as diferenças que existem entre cada entrevistado e vêm reafirmar a necessidade de personalizar cada processo de integração, tendo em conta cada integrante. Diferentes motivações, diferentes expectativas, diferentes perspectivas da realidade, diferentes experiências de vida, diferente *know-how*, fazem, necessariamente, um processo e integração diferente. Ressalta, assim, a necessidade de estar atento às necessidades do recém-chegado e não apenas às da organização.

Por outro lado, outros dos entrevistados que dizem ter estado aproximadamente dois meses de integração referem: “acho que ainda não estou completamente integrada mas estou mais segura.”E1; “ as necessidades do serviço eram muitas e eu tinha que começar a trabalhar, o que não quer dizer que eu estivesse perfeitamente integrado (...) porque ainda não estava muito seguro de mim e tinha dúvidas”E3; “acho que sim [o

tempo de integração foi suficiente] o que eu tinha era medo, mas acho que era o mesmo se estivesse em Espanha”E6. Estas unidades de registo remetem para o sentimento de *segurança* que aparece associado, por E1, E3 e E6, ao fim do período de integração. Para estes entrevistados estar integrado no seu serviço passa por se sentir seguro, não ter dúvidas, não ter medo de actuar. Também Caetano & Vala (2002) sustentam a ideia de que o fim da integração corresponde a uma fase de mudança e aquisição duma nova auto-imagem, novos relacionamentos, novos valores e novas formas de comportamento (Caetano & Vala, 2002). Desta aquisição resultará, necessariamente, mais segurança, a resolução de problemas, o esclarecimento de dúvidas e o ultrapassar de receios para o indivíduo recém-chegado.

### **Exercício da Enfermagem**

Para a conquista de autonomia profissional, a formação em contexto de trabalho ocupa um lugar de relevo, uma vez que permite a compreensão e a reflexão sobre as práticas profissionais (Abreu, 2001). Também a interacção com o outro assume uma importância extrema (Billett, 2002). Assim, foi necessário que cada elemento recém-chegado interagisse com o seu contexto de trabalho, para que daí extraísse um conjunto de aprendizagens importantes para o seu desenvolvimento profissional. Para a concretização destas aprendizagens contribui indubitavelmente o desempenho do orientador. Cabe ao orientador «organizar o meio em que o sujeito em formação desenvolve a sua acção de modo a que os novos comportamentos esperados se manifestem e venham a fazer parte do seu reportório comportamental» (Berbaum, 1993, p. 19).

Uma vez que esta *'organização do meio'* não estava estruturada em nenhum plano de integração formalizado, ela foi deixada ao critério de cada orientador. Alguns entrevistados confirmam que o planeamento da integração é algo que acontece, segundo cada orientador: “a chefe sempre dizia: esta semana é para olhar os protocolos (...) nesta semana tu não fazes nada e ficas a ver...” E1; “era a Ana [orientadora] quem decidia cada dia, consoante as coisas iam acontecendo E2; “cada dia a colega que me orientava dava uma prioridade [tendo em conta as necessidades do integrando] (...) ela [orientadora] tinha na cabeça dela um plano para a minha integração (...) sempre me

perguntava como eu me estava a sentir e o que eu queria fazer” E8; “a pessoa que estava comigo tentava combinar o que eu fazia” E4.

O orientador assume, então, o importante papel de «orientar as opções do formando em ordem a proporcionar uma maior eficácia» (Berbaum, 1993, p. 19). É no dia-a-dia que, enquanto desempenha a sua actividade, o enfermeiro que assume o papel de orientador vai solicitando a participação do o novo elemento nas várias actividades inerentes à prática de enfermagem: “eu ao princípio ia com outra enfermeira fazer as coisas” E4; “ela [integradora] dizia mais ou menos o que eu tinha de escrever” E9; “no primeiro dia ficámos logo a ver as higiènes até ao fim do turno (...) quando iam [colegas] fazer alguma técnica estavam sempre a chamar” E2. Estas solicitações ‘obrigam’ o novo elemento a fazer parte do contexto de trabalho e a contactarem com a experiência. É o grau de participação que determina o nível de envolvimento do novo elemento no processo de aprendizagem (Billett, 2002), pois a aprendizagem não é mais do que um processo que resulta da transformação da experiência (Kolb, 1984).

E2, E4 e E9 descrevem, assim, práticas de integração que se prendem com a observação de modelos e com a acção orientada. No que se refere à aprendizagem através de modelos, Berbaum (1993) utiliza a teoria da aprendizagem social para explicar que o conhecimento dos efeitos de determinado comportamento pode funcionar como motivação ou até mesmo como reforço. Assim, o resultado observado de determinado comportamento permite ao sujeito, numa situação de aprendizagem, aperceber-se do interesse que representa para si a repetição desse comportamento. Também E4 se refere a uma aprendizagem por modelagem quando diz “ao princípio olhava para as notas anteriores e procurava parecido para explicar o que tinha de dizer” E4. Já E8 realça a sua participação activa na decisão do processo de integração como prática organizacional: “o orientador sempre me perguntava com eu me estava a sentir e o que eu queria fazer” E8.

Algumas unidades de registos permitem inferir que houve uma grande participação dos pares no processo de aprendizagem dos enfermeiros espanhóis entrevistados. A demonstração de disponibilidade por parte dos enfermeiros mais antigos, assim como dos auxiliares de acção médica, é referida por alguns entrevistados como um factor importante para o seu processo de aprendizagem: “aprendi muito [com os auxiliares de acção médica] e ainda continuo a aprender (...) davam-me dicas” E3; “todos os enfermeiros têm grande disponibilidade para explicar qualquer coisa (...)

estavam sempre a dizer que se precisasse de alguma coisa podia perguntar (...)” E2; “acho se preocupam comigo porque estão sempre a perguntar se percebo tudo ou se preciso de alguma coisa” E4; “o chefe, os colegas e os orientadores ajudaram a que eu percebesse como tudo isto funcionava” E7.

A aprendizagem em contexto de trabalho é descrita como um processo, que ocorre de forma gradual: “quando a chefe viu mais ou menos via que eu soltava-me mais, que ia fazendo as coisas ela ia-me deixando numa sala sozinha, depois um bocadinho mais (..) ia-me [orientadora] explicando as coisas com as situações que apareciam” E4; “fui-me apercebendo da minhas tarefas e responsabilidades no dia-a-dia” E7; “as coisas iam acontecendo e eu ia aprendendo” E9. E6 demonstra a forma progressiva como foi adquirindo autonomia na realização de algumas intervenções quando se refere ao registo de ocorrências de enfermagem e à passagem de turno “comecei a escrever notas ao fim duma semana ... só passei o turno ao fim de duas semanas” E6.

Assim, à medida que o recém-chegado vai respondendo às solicitações do meio, vai desenvolvendo autonomia para aumentar o seu nível de participação. Esta iniciativa para a acção está muito dependente da competência inter-relacional (Billett, 2002) e do determinismo imposto pela própria organização (Miller, 1996).

A existência dum período de integração em que o novo elemento é acompanhado por um orientador visa a modificação do comportamento do recém-chegado no sentido duma adaptação ao seu contexto do trabalho. Esta adaptação poderá ocorrer nos domínios dos saberes, dos saberes-fazer e dos saberes-estar do sujeito. A fragmentação das intervenções de enfermagem em rotinas parece ser a opção de eleição da integração ao nível dos saberes-fazer: “a pessoa que estava comigo tentava combinar o que eu fazia: ou preparava a medicação ou ia preparar os soros” E4; “ajudava a minha integradora nas higienes ou a preparar medicação” E6; “as pessoas que me acompanhavam diariamente é que me explicavam as rotinas e diziam o que tinha de fazer” E10; Também E8 descreve um processo gradual na aquisição de conhecimento das várias tarefas a desempenhar: “ao princípio ela [integradora] dava mais importância que eu fosse tomando contacto com as coisas, com a língua... depois pouco a pouco é que me foi falando das minhas tarefas” E8.

A aprendizagem através das rotinas resulta no que Miller (1996) designou de aprendizagem estrutural. Esta pressupõe a existência dum conjunto de rotinas, reguladoras do comportamento e do processamento da informação (Cunha, 1999). Esta abordagem rígida e mecanicista das relações humanas, muito ao jeito das teorias clássicas da gestão de recursos humanos, traz vantagens no que se refere à adaptação do novo elemento ao contexto de trabalho e à manutenção do equilíbrio na organização. Se por um lado, as rotinas corroboram numa estruturação e organização dos estímulos externos intervenientes no processamento de informação e na aprendizagem; por outro lado essas rotinas permitem a resistência da organização ao *turnover* e ao tempo (Cunha, 1999).

A aprendizagem do saber-ser é evocada por um entrevistado: “Ela [integradora] também me ensinou a forma de ter um boa relação com os doentes” E3. Embora o conceito de socialização organizacional seja um conceito muito abrangente, para o qual concorrem muitos factores, a participação do orientador dos recém-chegados é fundamental. E3 enuncia a importância do seu orientador na percepção dos valores e comportamentos organizacionalmente aceites: “deu para perceber muito bem o que se deve ou não fazer num serviço [com a ajuda do orientador] (...) terminei por aprender determinadas condutas que não devia ter junto dos outros” E3.

A aquisição de competências linguísticas atravessa grande parte das unidades de registo desta subcategoria, fazendo prever que ela é uma preocupação que está presente nas várias intervenções que compõem o exercício da enfermagem. E6 especifica em relação aos registos de enfermagem: “os registos foi só com a Maria [orientadora espanhola] que me explicava em espanhol como era” E6.

### **Documentação**

Apenas um enfermeiro espanhol, pertencente ao serviço de pediatria, refere que teve acesso a informação relativa ao CHTV, enquanto organização: “o enfermeiro coordenador mostrou-me documentos que falavam sobre o hospital” E10. Também E7, do mesmo serviço, diz que lhe foram dados documentos relativos à sua integração no serviço: “deram-me [enfermeiro chefe] umas folhas com tudo programado: de dia tal a tal, tens de saber isto” E7.

Os outros entrevistados (E4, E5, E6, e E9) negam o fornecimento de qualquer documentação relativa ao processo de integração profissional e ao CHTV como organização. A necessidade de informação em suporte escrito é referenciada por dois dos entrevistados: “ [relativo à informação dada nos primeiros dias] não fixei praticamente nada... porque não deram nenhum papel, nenhum documento para fixar mais a pormenor em casa” E3; “informaram-me que havia uma exposição na entrada com informação sobre o hospital, mas não me deram nada escrito para poder estudar” E8.

As publicações sobre a organização, sejam elas livros, brochuras, relatório de contas, jornal interno, ou o simples organigrama, devem ser postas à disposição dos recém-chegados no sentido de complementar a informação fornecida oralmente pelos vários intervenientes na integração (Caetano & Vala, 2002).

Todos os entrevistados negam ter sido convidados a participar ou participado em acções de formação desenvolvidas pelo CHTV no âmbito da integração profissional.

## **2.2 – Aspectos que Interferem na Integração dos Enfermeiros Espanhóis**

A análise dos dados recolhidos nas entrevistas permite identificar o tema *Aspectos que Interferem na Integração dos Enfermeiros Espanhóis* e neste definir duas grandes categorias: *Aspectos facilitadores da integração* e *Aspectos inibidores da integração*. Este é o tema que contabilizou mais unidades de registo, com particular ênfase na última categoria, também ela a mais frequentada de todo o estudo. Neste tema incluem-se os factores que influenciam positiva ou negativamente o processo de integração dos enfermeiros espanhóis (Quadro XIII).

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FR
<b>Aspectos que Interferem na Integração dos Enfermeiros Espanhóis</b>	Aspectos facilitadores da integração	Relativamente à interacção estabelecida com os outros	37
		Sentimentos de satisfação	16
		Relativamente ao orientador	8
	<b>SUB TOTAL</b>		<b>61</b>
	Aspectos inibidores da integração	Comunicação ineficaz	36
		Diferenças profissionais	26
		Nova Cultura	25
		Sentimentos negativos	25
		Relativamente à interacção estabelecida com os outros	15
		Falta de segurança profissional	12
		Relativamente ao orientador	1
	<b>SUB TOTAL</b>		<b>140</b>
	<b>TOTAL</b>		<b>201</b>

**Quadro XIII – Distribuição dos Aspectos que Interferem na Integração dos Enfermeiros Espanhóis**

### ***2.2.1 - Aspectos facilitadores da integração***

Esta categoria engloba um conjunto de três subcategorias: *Relativamente à interacção estabelecida com os outros*; *Sentimentos de satisfação*; *Relativamente ao orientador*.

#### **Relativamente à interacção estabelecida com os outros**

É através da interacção estabelecida com os outros, no desempenho duma actividade profissional, que recém-chegado adquire aceitação social e profissional. Assim, a interacção com os outros é fundamental e até decisiva para a aceitação dum estrangeiro no local de trabalho (Rismark & Sitter, 2003).

A aprendizagem nos locais de trabalho resulta da interacção do indivíduo com os colegas de trabalho, artefactos, símbolos, objectivos, normas, valores... (Billett, 2002). Desta forma, tal como Billett (2001) defende, são as próprias tarefas, as normas e as regras, que caracterizam a prática de determinada profissão, que criam condições para que se estabeleçam interacções entre os vários intervenientes e para que estes tenham acesso ao contexto de trabalho. Assim, o enfermeiro recém-admitido só pode ter acesso ao contexto de trabalho quando participa nele e esta participação só pode ocorrer quando se estabelece uma relação entre os vários intervenientes (Rismark & Sitter, 2003).

As entrevistas realizadas vêm confirmar a perspectiva defendida por Billett. Alguns entrevistados realçam a importância da relação que construíram com os colegas de trabalho para aquilo que consideram ter sido o sucesso da integração. E1 e E9 associam o início da relação que construiu com os outros com o início duma integração mais facilitada: “a partir do momento que comecei a construir relação com os outros foi muito mais fácil a minha integração” E1; “a minha integração evoluiu muito quando comecei a conhecer gente “ E9. Também E3, E6, E8 e E10 destacam este aspecto nas suas unidades de registo: “ com os colegas criei uma relação bastante boa e isto foi um ponto fundamental para eu ficar aqui” E3; “a relação com os colegas foi muito importante na minha integração” E6; “o pessoal foi o mais importante na minha integração (...) para mim a relação que estabeleci com a minha integradora foi muito importante” E8; “a relação que construí com os outros foi muito importante para que me integrasse no serviço” E10.

A forma como os enfermeiros espanhóis se sentiram recebidos, quer pela equipa de saúde ou orientador, quer pelos doentes, parece ter sido importante na criação de laços afectivos para com a organização: “fui bem recebida” E2; “sinto que fui bem recebido pelos doentes”E3; “acho que se preocupam comigo porque estão sempre a perguntar (...) se preciso de alguma coisa” E4; “a equipa ajudou na integração porque nos aceitou” E6; “fui muito bem recebido (...) aqui trataram-me muito bem” E9. O entrevistado 4 chega a comparar o sistema português com o espanhol: “a forma como és recebida em Portugal é muito melhor do que em Espanha” E4.

Alguns enfermeiros entrevistados parecem entender que durante a sua integração se estabelece uma relação de ajuda com aqueles que os rodeiam, sendo a palavra *ajuda*, ou suas derivadas, uma constante em várias unidades de registo: “as auxiliares ajudam-

me muito” E1; “os auxiliares também nos ajudaram na integração” E2; “a maior parte dos colegas sempre me ajudaram (...) os auxiliares tiveram um papel fundamental na integração E3; “a gente era muito simpática e ajudavam muito em tudo” E4; “os colegas sempre me ajudaram (...) a equipa ajudou muito porque nos aceitou (...) as auxiliares sempre nos ajudaram muito” E6; “os auxiliares ajudaram na minha integração” E 8. Estas unidades de registo também evidenciam o trabalho em equipa e a necessidade duma envolvência interdisciplinar no processo de integração.

Desta forma, a integração profissional passa também por uma integração social num grupo. Moreland (1987), ao descrever a integração social num grupo, distinguiu a integração afectiva, caracterizando-a pela existência de partilha de sentimentos pelo grupo (Ferreira et al, 2001). Assim, um dos critérios que pode servir para avaliar se existe integração afectiva dos enfermeiros espanhóis entrevistados ao nível dos grupos de que fazem parte é a existência de partilha de sentimentos com os membros do grupo. A fase de aquisição e mudança é, portanto, pautada pela «criação de novas amizades que definem quando é que o novo elemento adquiriu o papel social adequado» (Caetano & Vala, 2002, p.322).

Alguns entrevistados fizeram alusão a sentimentos positivos, decorrentes da relação que estabeleceram com os colegas de trabalho, chegando, por vezes, a reconhecê-los como uma família: “acho que nunca me senti só porque estou a conviver com gente que gosto” E2; “a relação que estabeleci com os outros foi muito importante porque é tão importante gostar do trabalho como da gente que trabalha contigo” E4; “eu sentia-me tão bem que acho que isso contribuiu para que ficasse bem integrada” E8; “para mim isto aqui é uma mini-família (...) ajudou este ambiente de família” E10. E3 refere-se também à criação duma mini-família, fora do hospital, como determinantes para a sua permanência no CHTV durante o período de integração: “fora do hospital a relação com o meu colega, a minha mulher e com a que é hoje minha sogra, foi fundamental [para ficar no serviço durante o período de integração], porque eu terminei por criar uma mini-família aqui e não ter tanta nostalgia e tantas saudades da parte familiar” E3. Existem relações de amizade descritas, quando os entrevistados desenvolvem a importância de se estabelecer boas relações para o sucesso do processo de integração: “houve colegas que nunca me deixaram sozinha em casa quando as minhas colegas iam para Espanha” E6; “é das melhores colegas e amigas que tenho aqui

[enfermeira integradora]” E8; “alguns elementos da minha equipa são também meus amigos” E8.

O acompanhamento em actividades extra-laborias é também mencionado: “saio frequentemente com os colegas do serviço” E2; “saio várias vezes com os colegas” E10. Também foi mencionado como vantajoso por E2 o facto de ter no seu serviço uma colega espanhola, admitida na mesma altura, com quem partilhava experiências: “foi bom ter uma colega que entrou ao mesmo tempo que eu e era também espanhola... se ela percebia qualquer coisa mais do que eu, ela explicava ou o contrário... trocávamos experiências” E2.

### **Sentimentos de satisfação**

Durante as entrevistas foram apuradas algumas afirmações que permitem concluir acerca da presença de sentimentos positivos em relação a alguns aspectos organizacionais, que podem, de alguma forma, ter constituído aspectos facilitadores da integração profissional. De acordo com Alcobia, a satisfação no trabalho pode influenciar o funcionamento da organização e contribuir para o incremento da produtividade (Ferreira et al, 2001).

Alguns entrevistados referem gostar, na generalidade, do serviço onde estão integrados: “gosto de tudo no serviço” E1; “gosto do meu serviço (...) porque é muito completo” E6; “é um serviço que me agrada em tudo” E7. O E2 acrescenta que gosta do seu serviço pela especialidade que ele tem e pela experiência que ele proporciona: “sempre gostei de medicina interna porque é onde se vê mais coisas” E2. E6 e E8 também mencionam situações de aprendizagem inerentes à satisfação que sentem em relação ao serviço: “gosto do meu serviço (...) porque se aprende muito” E6; “o serviço (...) é uma fonte incrível de experiência” E8. As pessoas que trabalham ou são atendidas no serviço onde os entrevistados desempenham funções de enfermeiro são também motivo de satisfação: “o que eu gosto mais é a relação com os doentes” E3; “a equipa de enfermagem funciona bem” E7; “gosto muito da equipa” E10; “aqui [no meu serviço] a gente é parecida com a gente de Espanha” E9.

A motivação e a dinâmica de serviço são também aspectos referidos: “é um serviço que me motiva para continuar a trabalhar” E7; “o trabalho deste serviço é muito

dinâmico” E9. Tal como Neves afirma, «o comportamento humano é motivado por um conjunto de necessidades (...), extremamente variáveis e em permanente evolução» (Ferreira et al, 2001, p.260). Torna-se, pois, importante conhecer as necessidades e os anseios dos recém admitidos e desenvolver estratégias no sentido de compensá-las para que da integração resulte um melhor empenho individual e conseqüentemente melhores índices de produtividade.

### **Relativamente ao orientador**

Os benefícios de ter um orientador foram referidos por vários enfermeiros espanhóis entrevistados. E8 realça que a relação que estabeleceu com o seu orientador e a disponibilidade demonstrada por este foi muito importante durante o período de integração: “a relação que estabeleci com a minha integradora foi muito importante (...) eu sentia que havia muita disponibilidade da parte dela” E8. Greenberg e Baron (1995) entendem que existem benefícios psico-sociais para o *protégé* durante o período de integração/orientação, nomeadamente que o suporte afectivo e social são facilitadores da integração da cultura organizacional (Caetano & Vala, 2002).

A aprendizagem é descrita por Billett (2002) como um processo activo, que resulta de respostas individuais às situações vivenciadas e não apenas a uma mera aceitação do meio externo. A menção a momentos de aprendizagem significativos fruto do acompanhamento por orientadores é referida por alguns entrevistados. A figura do orientador foi associada à estruturação e organização do trabalho e à transmissão de sentimentos de segurança: "ter uma pessoa sempre comigo ajudou-me a não estar tão perdida e a ser organizada" E1; “o meu integrador também me dava segurança” E3; “ter uma colega sempre comigo facilitou porque transmitiu segurança” E10; “ajudou ter alguém perto com vários anos de experiência” E6; “ela [a integradora] ajudou-me a tirar a ansiedade e o medo iniciais” E10. Também E2 se refere a sentimentos de insegurança, decorrentes da barreira linguística, colmatados pela presença dum orientador quando verbaliza: “ter a Ana [integradora espanhola] sempre comigo ajudou muito porque ela também falava espanhol” E2.

Uma situação de integração profissional representa para o indivíduo uma nova função, o desempenho dum novo papel social. Duma forma ou de outra, como a

novidade está sempre presente, ainda mais numa situação de integração dum profissional estrangeiro, é inevitável que surja a incerteza e sentimentos de insegurança em relação a determinados procedimentos, determinadas atitudes, determinadas intervenções. Ora, o orientador assume um papel fundamental na securização, através do reforço e do ensino *in locus*. Tal como Le Boterf (1995) concebe «mobilizar os saberes ou os saberes-fzer pertinentes em determinada situação não é somente uma questão de recursos cognitivos, de conhecimentos ou de saber-fazer (...) supõe confiança em si próprio, nas suas capacidades e no potencial de evolução» (Abreu 2001, p.108).

### ***2.2.2 - Aspectos inibidores da integração***

Esta categoria engloba um conjunto de sete subcategorias: *Comunicação ineficaz; Diferenças profissionais; Nova cultura; Sentimentos negativos; Relativamente à interação estabelecida com os outros; Falta de segurança profissional; Relativamente ao orientador.*

#### **Comunicação ineficaz**

Durante os primeiros dias de integração, os enfermeiros espanhóis entrevistados descrevem dias carregados de angústia por não conseguirem comunicar com os outros: “foi um horror porque não percebia nada” E1, E7; “eu não conhecia ninguém” E2; “era muito difícil [comunicar] porque não percebia nada” E2; “não percebia nada” E1, E4, E5, E7; “nos primeiros dia foi um bocado baralhado porque não percebia nada (...) tinham que falar muito devagar” E8; “no primeiro dia fiquei no serviço com os colegas a tentar perceber o que eles falavam e eles a tentar perceber o que eu falava” E10.

A linguagem e o vocabulário assumem uma importância extrema no processo de aprendizagem, principalmente quando o indivíduo reflecte a sua acção. Kolb (1984) descreve a observação reflexiva como uma fase do processo de aprendizagem onde o indivíduo expõe as suas percepções, tendo em conta o seu quadro de referência, e

discute-as com os seus semelhantes (Abreu, 2001). Sem palmilhar bem esta fase os enfermeiros espanhóis não podem transitar para a fase seguinte, pois tal como Kolb (1984) e Billett (2001) sustentam não existe aprendizagem sem interacção com os outros e, neste caso, a interacção tem de acontecer com uma comunicação verbal eficaz.

A comunicação verbal é essencial durante um processo de integração profissional, pois a fala é um importante veículo de transmissão de informações, conhecimentos e percepções. Vários entrevistados referem a adaptação ao idioma como uma preocupação / dificuldade durante o período de integração: “o que mais me preocupava era o português” E1, E7; “preocupava-me com o idioma” E2, E3, E4, E6, E10; “sou uma pessoa extrovertida e tento falar com todos só que no início era mais difícil por causa da língua” E8.

Alguns entrevistados referem situações do dia-a-dia para explicarem as dificuldades sentidas quanto à percepção das mensagens que lhes eram transmitidas: “não percebia o que o doente estava a dizer (...) quando atendia o telefone” E2; “a minha principal preocupação era não perceber o doente (...) não saber o que ele [médico] me estava a dizer naquela situação [de urgência]” E6; “preocupava-me (...) não perceber os outros” E4. Esta preocupação mantém-se quando o enfermeiro espanhol se torna emissor no processo de comunicação: “esclarecer uma dúvida ao doente (...) falar com os médicos (...) falar por telefone” E1; “ter que estar a chatear as pessoas para perguntar” E3; “comunicar com as pessoas” E5; “eu no início não dizia nada ao doente (...) porque não tinha vocabulário” E5.

E8 e E9 revelam que “no início não comunicava muito porque era preciso um esforço muito grande para nos entendermos” E8; “com a barreira da língua era muito complicado relacionar-me com a minha integradora” E9. Os entrevistados E3 e E9 partilharam a preocupação que sentiam com o doente: “eu acho que com o doente no início a relação ficou prejudicada pela falta de comunicação verbal,” E3; “com o doente era complicado (...) por causa do idioma ninguém percebia ninguém” E9.

Mais uma vez a questão da semântica parece ser o principal problema que afectou a comunicação dos entrevistados durante o período de integração. Currel e Chambel relembram que sempre que o código é desconhecido pelo receptor, a mensagem não é entendida, logo não existe comunicação (Ferreira et al, 2001). Assim,

sem comunicação verbal torna-se difícil prosseguir no processo de integração, pelo que orientador e orientando tiveram que procurar respostas para ultrapassar este problema.

Tal como Billett e Kolb defendem, não pode existir aprendizagem sem que haja interação com os outros, portanto, não basta apenas enviar mensagens, é preciso que estas sejam recebidas e compreendidas para que se possa falar de comunicação efectiva. Ora, a integração profissional só começa a ser possível quando se consegue uma comunicação sem ruído. Existem vários factores que podem perturbar o sucesso da comunicação, contudo, nesta situação os problemas semânticos parecem ser aqueles que assumem uma maior importância, pois, tal como alertam Curral e Chambel, se existem diferenças culturais entre os interlocutores, necessariamente existe uma maior dificuldade no conhecimento mútuo dos códigos verbais e não verbais (Ferreira et al, 2001).

### **Diferenças profissionais**

Os enfermeiros espanhóis entrevistados referiram existir várias diferenças entre o que é ser enfermeiro em Portugal e o que é ser enfermeiro em Espanha. Estas diferenças prendem-se essencialmente com as competências profissionais e com a estruturação do trabalho nas organizações de saúde.

E1 refere-se ao poder de decisão dos enfermeiros portugueses: “aqui os enfermeiros têm mais decisão”E1. Segundo este entrevistado, os enfermeiros Portugueses têm mais autonomia para realizar alguns procedimentos de enfermagem (algaliar ou fazer uma entubação nasogástrica).

E3 identifica uma diferença fundamental, que interfere com todo o trabalho de enfermagem: “a diferença está na forma de olhar o doente”E3. Segundo este entrevistado, “a visão que se tem do doente em Espanha não é uma visão holística (...) lá tudo está orientado para a tarefa (...) porque o enfermeiro lá está encarregue de fazer ECG, ver se os RX estão ou não, é ele que está encarregue de ver se os exames de diagnóstico estão feitos ou não, as gasimetrias (...) embora lá os enfermeiros façam determinadas técnicas que aqui não se fazem... não dão banho aos doentes, os banhos são dados pelas auxiliares, quando o enfermeiro chega ao pé do doente o banho está dado e o doente está posicionado para o enfermeiro fazer determinada actividade

terapêutica, que só ele pode fazer... enquanto que aqui não é assim... e isso [existência de diferenças] dificultou a minha integração cá”E3.

Também E2 descreve um conjunto de tarefas que desempenhava em Espanha (enquanto aluna) e nelas estão incluídas algumas que não cabem aos enfermeiros em Portugal: “nós íamos com os médicos pelos quartos, eles falavam com os doentes e faziam revisões de terapêutica e nós escrevíamos logo no processo (...) depois íamos tirar sangue, [fazer] ECG, fazer gasimetrias”E2. De acordo com E2, o enfermeiro assume-se um pouco como ‘secretária’ do médico, enquanto este observa os doentes. Também a colheita de sangue e a realização do EletroCardioGramma cabem aos técnicos de diagnóstico e terapêutica no CTHV, assim como na maior parte das organizações portuguesas. A punção arterial para a realização de gasimetria, em Portugal, é feita habitualmente por médicos e não por enfermeiros. A existência duma multiplicidade de técnicos para realizar procedimentos ou técnicas que poderiam ser realizadas exclusivamente por enfermeiros origina, na opinião de E7, situações de maior complexidade e demora, pela burocracia que lhes está subjacente: “aqui é tudo muito mais complicado porque há muita papelada” E7.

Tendo em conta o que E3 e E4 transmitem, esta multiplicidade de técnicos encontrada em Portugal contrasta com a realidade espanhola. Existem menos enfermeiros e mais auxiliares em diferentes contextos e com funções que os enfermeiros portugueses assumem cá: “há mais pessoal: existem dois zeladores por serviço, que são as pessoas que fazem a força, cinco auxiliares..., às vezes são seis enfermeiros de manhã” E4; “o rácio lá é de um enfermeiro para quinze doentes (...) e eu tenho aqui seis ou sete doentes” E3. A realização dos cuidados de higiene ao doente é uma competência do auxiliar em Espanha e não do enfermeiro, como em Portugal: “Em Espanha não damos banhos aos doentes”E2; “lá não damos banhos”E4; “a higiene lá é feita pelas auxiliares” E5, E6. E4 conclui, em relação ao trabalho de enfermagem, que “cá trabalha-se muito mais” E4.

### **Nova cultura**

A análise das entrevistas permite perceber que, no contexto em questão, o sucesso da integração profissional passa também por uma adequada integração na

comunidade onde o novo elemento e a organização estão inseridos. Rismark & Sitter (2003) corroboram desta perspectiva quando afirmam que o local de trabalho é a principal área responsável pela adaptação dos imigrantes ao país de acolhimento. Assim, no contexto analisado, existe uma inter-relação entre a integração profissional e a adaptação à sociedade em geral, não podendo acontecer uma sem que ocorra simultaneamente a outra. As unidades que compõem esta categoria vêm de encontro a esta análise, pois salientam as dificuldades de adaptação a uma cultura diferente do país de origem, sentidas pelos enfermeiros espanhóis, durante o período de integração profissional.

E1 ilustra, na unidade de registo “não é a minha terra, estou longe dos meus pais, dos meus amigos” E1, a falta de referências como causas inerentes às dificuldades sentidas durante o processo de integração. Alguns entrevistados (E1, E3, E6, E7 e E8) referem-se aos horários e/ou à composição das refeições em Portugal como algo que exigiu uma reformulação dos seus hábitos de vida: “mudaram (...) os horários de comer” E1; “adaptei-me à comida portuguesa [e] a novos horários” E3; “cá as pessoas fazem as refeições muito cedo” E6; “os horários das refeições também mudaram [e] a minha alimentação também [composição]” E7; “os horários das refeições (...) são mais cedo” E8.

Dois dos entrevistados mencionam a questão do horário de trabalho como uma diferença entre Portugal e Espanha que obrigou a uma adaptação: “o horário [de trabalho] que é muito mais longo” E4; “estávamos habituados a um horário [de trabalho] diferente (...) saíamos mais cedo” E2. Estas diferenças no horário de trabalho aparecem também associadas a formas de estar fora do trabalho: “nós aqui trabalhamos das oito às cinco, depois vamos para casa, vamos tomar um café ou qualquer coisa ou ficamos em casa e não saímos mais, a não ser para comprar comida ou qualquer coisa... Quando estava lá ia com a minha mãe pela manhã fazer qualquer coisa, depois combino com uma amiga para tomar café, ir às lojas, dar uma volta... saio com amigos e namorado e volto a casa à meia noite ou 1 da manhã” E2. E3 conclui: “acho que as pessoas aqui em Portugal são mais centradas no trabalho (...) em Espanha para as pessoas a relação social é mais importante... aqui a relação social está um bocado de lado, não quero dizer que as pessoas não tenham amigos mas não têm uma relação tão próxima (...) em Espanha convivemos todos um bocado depois do trabalho, só depois desse convívio é que íamos para casa... aqui em Portugal não é tão frequente” E3

Também E5 e E7 se referem ao ambiente social como algo menos dinâmico em Portugal do que em Espanha: “em Espanha eu saio para a rua e vejo muita gente, vou a um parque e está sempre cheio de meninos ou vou para as cafetarias e está cheio de gente... aqui é tudo mais calmo” E5; “lá nós vamos tomar tapas durante a noite e aqui está tudo fechado às sete da tarde” E7.

A mudança de país, ainda que temporária, afasta o indivíduo das suas referências (“não é a minha terra, estou longe dos meus pais, dos meus amigos” E1). Sem o seu país de origem, a sua cultura, as suas tradições, as normas a que está habituado, a sua história, o indivíduo perde o seu ‘*nível macro*’ e entra em desequilíbrio (Al-Baldawi, 2002), necessitando de encontrar mecanismos para restabelecer o seu ‘*nível meso*’ e o seu ‘*nível micro*’, *então* afectados.

### **Sentimentos negativos**

Existe um leque de sentimentos negativos verbalizados pelos enfermeiros espanhóis entrevistados, decorrentes do período e do processo de integração. E1 descreve sentimentos de rejeição e discriminação: “eu ao princípio (...) não gostava de ninguém e pensava que ninguém gostava de mim” E1. Este entrevistado, assim como E3, chegam a auto desvalorizarem-se em termos profissionais e até pessoais: “eu sempre penso que eles são enfermeiros e eu sou uma idiota... não me sinto igual” E1; “considerava-me um bom aluno em Espanha e cá eu sentia-me completamente estúpido, pensava que não sabia nada (...) estive com as malas feitas para ir embora... não fui porque pensei que tinha que ultrapassar esta situação” E3. E6 posiciona-se inferiormente em relação aos colegas portugueses quando compara os enfermeiros espanhóis com os portugueses em termos de preparação técnico-científica: “eu acho que nós [enfermeiros espanhóis] estamos menos preparados do que vocês [enfermeiros portugueses] (...) não temos tantos conhecimentos” E6.

E4 e E5 referem que se sentiram um estorvo, alguém que não é desejado: “somos um bocadinho um estorvo (...) dificultamos o trabalho [do integrador] (...) vão devagar por nossa culpa” E4; “acho que não era nada desejada” E5.

Enquanto que E2 refere que se sentia perdida (“nos primeiros dias sentia-me perdida” E2), E5 e E7 manifestam sentimentos de frustração (“ficava muito frustrada por

não conseguir perceber e ser entendida” E5; “nos primeiros dias pensei: ‘o que estou a fazer aqui? Porque não fiquei na minha casa?!’” E7).

O afastamento da família e amigos, assim como do país de origem, da cultura de referência, das tradições, da história... podem originar situações de stress e depressão, uma vez que o nível micro do indivíduo fica exposto e este mais sensível às agressões do meio (Al-Baldawi, 2002).

Vários enfermeiros espanhóis referiram terem experimentado sentimentos de solidão: “sentiu-me muitas vezes sozinha e chorava” E4; “houve muitos momentos que me senti só” E3; “muitas vezes senti-me sozinha (...) chegava sempre a chorar a casa, a pensar que não me adaptava” E5; “o meu primeiro dia no hospital foi horrível (...) sentia-me isolada” E7.

Perante estes sentimentos, alguns entrevistados referem que pensaram voltar a Espanha: “estive com as malas feitas para ir embora... não fui porque pensei que tinha que ultrapassar esta situação” E3; “tive muitas vezes vontade de ir embora para casa” E4; “cheguei a pensar em voltar para Espanha” E5.

E1 e E4 verbalizaram sentimentos de vergonha (“na passagem de turno fico muito nervosa porque acho que ninguém percebe nada” E1; “na passagem de turno tinha muita vergonha porque ninguém percebia” E4) e E6 referiu sentir-se observada (“toda a gente olhava para nós e pensavam ‘quem são?’” E6).

Num trabalho realizado por Omeri & Atkins (2002), onde é estudada a experiência vivida durante a integração profissional de cinco enfermeiras imigrantes na Austrália, verificou-se que ser enfermeira imigrante na Austrália requer um ajustamento constante a práticas e saberes de enfermagem diferentes e uma interacção com profissionais de saúde e pacientes, próprias da enfermagem, que exigem competência multicultural. Também neste estudo observou-se que a solidão foi um tema constante descrito pelos participantes, por estarem num novo país, longe da família e das pessoas de referência, assim como o sentimento de ser uma pessoa marginal, aparte do grupo principal (Omeri & Atkins, 2002)

### **Relativamente à interacção estabelecida com os outros**

A interacção estabelecida com os pares pode criar também situações que se venham a revelar inibidoras do processo de integração. E5 não deixa de realçar que a relação que se estabelece com os outros é um factor importante durante o processo de integração, quando relata a sua experiência negativa após a admissão no CHTV. De acordo com este entrevistado, o facto de não se identificar com as colegas de trabalho criou uma situação de não empatia que não foi benéfica: “as colegas (...) não tinham nada a ver comigo por isso a relação que tinha com elas era basicamente profissional (...) isso não ajudou nada”E5.

Também E1 teve uma primeira impressão negativa dos colegas: “não gostei muito dos colegas (...) a minha impressão dos colegas ao princípio foi muito má (...) era um grupo muito fechado”E1. A recepção do novo elemento não se esgota apenas nos seus orientadores e nas estruturas hierárquicas, ela cabe também ao colegas de trabalho (Caetano& Vala, 2002).

Da interacção estabelecida resultou também um conjunto de impressões, que se prendiam com a nacionalidade dos entrevistados, que podem, de alguma forma, ter interferido na forma como os vários elementos se relacionavam: “havia determinados elementos que eram um bocado renitentes à chegada dos espanhóis ” E3; “os auxiliares pensam que por sermos espanhóis somos de categoria inferior” E5; “eu acho que há gente que não gosta dos espanhóis ” E7; “há gente que faz diferença entre os espanhóis e os portugueses” E7; “era como se uma enfermeira espanhola fosse tirar o posto duma enfermeira portuguesa” E10; “alguns médicos aceitaram-nos bem outros não” E1, “os médicos no início preferiam a enfermeira portuguesa” E2; “parecia que por seres espanhola não olhavam [os médicos] para ti” E6; “senti da parte deles [médicos] alguma hostilidade” E8.

Da interacção com o recém-chegado podem resultar sentimentos e/ou reacções que inibam a sua aproximação / integração no serviço. É, portanto, fundamental que os vários elementos que compõem a organização sejam também eles preparados para receber o novo elemento, pois uma boa recepção e um bom ambiente de trabalho são fundamentais para o sucesso da integração (Caetano & Vala, 2002).

### **Falta de Segurança Profissional**

A subcategoria *Falta de Segurança Profissional* põe a nu a questão do choque sofrido por recém-formados, quando são colocados frente a situações reais. Perante tais situações, nem sempre os enfermeiros entrevistados conseguiram mobilizar conhecimentos adquiridos, havendo necessidade de recorrer a modelos (orientadores ou colegas de serviço) para aprender novas intervenções ou para perceber se as intervenções que conheciam eram as aceites na organização em questão. Num estudo-caso, realizado a seis enfermeiros recém-formados, acerca do choque da realidade dos enfermeiros no início de carreira, Mestrinho (1997) constata que os entrevistados

ao serem confrontados com a prática profissional . . . têm grandes dificuldades em se integrarem numa prática que desconhecem e a alternativa que têm parece ser a de aderirem às dinâmicas próprias da prática, afastando-se naturalmente da orientação da escola, o que é gerador de mal-estar profissional (Mestrinho, 1997, p.141).

Esta problemática ganha ainda um maior sentido quando o novo elemento é estrangeiro, muitas vezes com dificuldade em perceber ou emitir mensagens, no sentido de comunicar verbalmente.

As unidades de registo que preenchem esta categoria sugerem que existe falta de segurança no desempenho da actividade profissional de enfermagem, não só porque os enfermeiros em questão são, na sua maioria, recém-formados, mas também porque são oriundos dum país estrangeiro.

A falta de segurança, associada à ausência ou fraca experiência profissional, é mencionada por E3, E4, E5, E8 e E10: “as minhas dificuldades eram (...) a falta de segurança em determinadas coisas” E3; “era a primeira vez que estava a trabalhar... e estás a tratar de pessoas, não é?! Imagina se faço qualquer coisa mal, qualquer coisa de medicação... por exemplo, uma coisa directa que não deva ser [entenda-se por via endovenosa sem diluição adicional à embalagem], ou qualquer coisa assim!” E4; “medo de errar como sempre que faço coisas pela primeira vez” E5; “eu tinha medo de tudo (...) quando chegava uma urgência me dava um pânico!” E8; “tinha medo de me enganar na medicação (...) se te equivocas?! Estás a lidar com a vida dum bebé (...) eu saí da escola e vim para cá (...) era tudo novo” E10.

Os entrevistados E1 e E4 especificam algumas das suas dificuldades na realização de determinadas técnicas ou na consolidação de alguns conhecimentos: “tive muita dificuldade em picar soro (...) [tinha poucos] conhecimentos de ortopedia” E1;

“tinha dúvidas na forma de fazer os pensos (...) não sabia que pensos tinha que pôr numa úlcera” E4.

### **Relativamente ao orientador**

Apenas um dos entrevistados refere claramente haver desvantagem no facto do orientador não se manter constante: “não ficava sempre com a mesma colega, um dia com um outro com outro... e isso era muito confuso”E1.

## **2.3 – Estratégias Utilizadas para Ultrapassar as Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros Espanhóis Durante o Período de Integração**

Foram encontradas duas grandes categorias no tema *Estratégias Utilizadas para Ultrapassar as Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros Espanhóis Durante o Período de Integração*: *Relacionadas com a barreira linguística e Relacionadas com falta de conhecimentos / experiência* (Quadro XIV).

<b>TEMA</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>FR</b>
<b>Estratégias Utilizadas para Ultrapassar as Dificuldades Sentidas pelos Enfermeiros Espanhóis Durante o Período de Integração</b>	Relacionadas com a barreira linguística	15
	Relacionadas com falta de conhecimentos / experiência	12
<b>TOTAL</b>		<b>27</b>

**Quadro XIV – Distribuição das Estratégias Utilizadas para Ultrapassar as Dificuldades Sentidas Pelos Enfermeiros Espanhóis Durante o Período de Integração**

### **2.3.1 – Relacionadas com a barreira linguística**

Foi mencionado um conjunto de estratégias utilizadas pelos enfermeiros espanhóis entrevistados no sentido de melhorar o seu desempenho durante o período de integração. Alguns entrevistados revelam que viam televisão ou recorreram frequentemente a dicionários, gramáticas de língua portuguesa ou outros livros de ficção comuns escritos em português: “ver filmes com legendas em português” E6; “estudo português (...) leio os livros do filho da chefe, que tem oito anos (...) uso o dicionário” E1; “comprei um dicionário [e] tinha um livro da gramática” E2; “li muito em português” E3; “fomos à biblioteca e tiramos livros em português para ir aprendendo os verbos (...) utilizámos o dicionário e livros de leitura para adquirir vocabulário” E6

E3 referiu ter feito uma formação específica para adquirir competências linguísticas: “fiz uma formação de 35h de português para estrangeiros” E3.

Para escrever os registos de evolução diários de enfermagem, os enfermeiros espanhóis utilizaram diferentes estratégias que revelam também diferentes níveis de empenhamento: “ao princípio olhava para as notas anteriores e procurava parecido para explicar o que tinha de dizer [ou] perguntava e a colega soletrava as palavras” E4; “era só copiar o registo do turno anterior e depois pedia para corrigir” E6; “eu tinha uma *livreta* pequenita com as várias opções que tinha para escrever nas notas” E8.

### **2.3.2 – Relacionadas com falta de conhecimentos / experiência**

Para colmatar a falta de conhecimentos / experiência, os enfermeiros espanhóis entrevistados referiram recorrer a livros científicos da especialidade onde operavam ou frequentar acções de formação (“leio livros de ortopedia “ E1; “fiz muita formação na área da enfermagem” E3) e pedir ajuda a colegas de trabalho (“pedia ajuda a uma colega” E2; “recorria aos colegas” E3; “quando tenho dúvidas vou a qualquer colega minha ou à chefe e pergunto” E4; “perguntava aos colegas” E6).

E9 para além de recorrer aos colegas de trabalho, menciona a observação como forma de aprendizagem: “quando não sei alguma coisa chamo outro colega ou fico a observar” E9. O mesmo acontece com E8, que procura assistir aos procedimentos e

intervenções para os quais não sente tanta segurança: “para ultrapassar o medo eu ia ver as coisas que me assustavam” E8.

E3 refere uma forma original (em relação ao resto do grupo entrevistado) de colmatar os seus deficits de conhecimento: “tinha um caderno onde apontava as minhas dúvidas e onde apontava os conteúdos para poder consultar” E3.

## 2.4 – Sugestões Para uma Melhor Integração Profissional dos Enfermeiros de Nacionalidade Espanhola

No tema *Sugestões Para uma Melhor Integração Profissional dos Enfermeiros espanhóis* incluem-se as categorias: *Em relação à organização do período de integração*, *Em relação ao Orientador*, *Em relação à admissão de enfermeiros espanhóis* (Quadro V).

TEMA	CATEGORIAS	FR
<b>Sugestões Para uma Melhor Integração Profissional dos Enfermeiros de Nacionalidade Espanhola</b>	Em relação à organização do período de integração	17
	Em relação ao Orientador,	5
	Em relação à admissão de enfermeiros espanhóis	3
<b>TOTAL</b>		<b>25</b>

**Quadro XV – Distribuição das Sugestões Para uma Melhor Integração Profissional dos Enfermeiros de Nacionalidade Espanhola**

### 2.4.1 – *Em relação à organização do período de integração*

Os entrevistados E1 e E2 referiram sentir necessidade dum integração mais estruturada, sugerindo que esta seja mais coerente e organizada (“acho que a integração podia ser mais organizada, mais arrumada (...) a chefe ou enfermeiro coordenador

podiam pensar num plano (...) e cumprir para não ser tanto tempo” E1), definida por um conjunto de objectivos, a atingir de forma gradual (“a integração deveria ser por metas: quando tiveres feito, por exemplo, cinco altas, ou assim, tocando em todas as coisas que se fazem” E2).

O tempo de integração, assim como a forma como é distribuído esse tempo, é desajustado daquilo que alguns enfermeiros espanhóis esperavam: “deveria ser duas ou três semanas de manhãs e depois tarde e noite” E1; “a integração devia ser mais curta, porque se estás sempre a depender de outro acabas por não te esforçar tanto” E7; “o tempo de integração devia ser maior” E8. Estas unidades de registo vêm reforçar a necessidade de reuniões periódicas de avaliação da integração e sugerir que elas aconteçam tendo em conta, não só as necessidades da organização, mas também as necessidades do recém-chegado.

Vários entrevistados são de opinião que a primeira abordagem, em termos de integração, deve ser feita por um colega espanhol: “ao princípio para te integrares nestas coisas de papeletas é melhor uma espanhola” E4; “numa primeira fase era bom que fossemos integrados por um colega espanhol com experiência para explicar as coisas, só depois deviam passar para um português para aprender a língua (...) acho que a integração devia ser um bocadinho mista” E5; “a primeira pessoa a integrar um espanhol devia ser um espanhol para aprender a língua” E8; “[sugiro] que a integração comece com um enfermeiro espanhol [como integrador]” E9.

E6 tem uma opinião um pouco contraditória e, reportando-se à sua experiência durante a integração, refere: “é desnecessário os registos serem explicados por uma enfermeira espanhola” E6.

O entrevistado E9 sugere a existência dum suporte escrito da informação transmitida: “acho muito importante haver um guia escrito com os protocolos de actuação” E8.

#### ***2.4.2 – Em relação ao Orientador***

Em relação ao orientador, quer E1, quer E6 salientam a necessidade que existe do orientador se manter sempre a mesma pessoa: “devia ser só uma pessoa a estar

comigo” E1; “ajuda ter sempre a mesma pessoa a orientar (...) porque segues umas pautas e ganhas rotinas” E6.

O E5, que não teve qualquer orientador, apenas colegas que a supervisionavam, explica que “teria ajudado se tivesse alguém sempre comigo” E5, porque, para este enfermeiro, “é importante ter uma referência certa de alguém” E5.

#### ***2.4.3 – Em relação à admissão de enfermeiros espanhóis***

Os entrevistados E3 e E5 concordam quanto ao facto de que um dos requisitos para a admissão de enfermeiros espanhóis nas unidades de saúde portuguesas deve ser o domínio da língua portuguesa: “acho que nenhum enfermeiro espanhol devia ser admitido sem receber uma formação em língua portuguesa” E3; “não acho bem que Portugal receba pessoas que não saibam falar português” E5. o entrevistado E3 chega mesmo a sugerir que “devia ser previamente paga [formação em língua portuguesa] pelo hospital, mesmo que fosse logo descontado no primeiro ordenado”E3.

# **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES**

## **1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES**

Os resultados encontrados fornecem a evidência clara de que o processo de integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português, no caso particular, no CHTV, resulta numa adaptação mútua. Não foi só o recém-chegado que desenvolveu estratégias no sentido da sua integração, também a própria organização incrementou um conjunto de práticas no sentido de se adaptar à admissão dos enfermeiros espanhóis. Este resultado vem de encontro ao descrito por Teixeira (1998) onde a organização é entendida como um sistema aberto, em que cada elemento que compõe o sistema interage de forma complementar e interdependente no sentido de procurar o equilíbrio. Também vem de encontro aos resultados dos trabalhos de Billett (2002) que realçam a existência numa co-participação nos locais de trabalho quer dos trabalhadores, quer das organizações de trabalho. Esta co-participação objectiva-se sob a forma de aprendizagem organizacional (Huber, 1991; Miller, 1996).

Nesta perspectiva torna-se pertinente adoptar a abordagem de Weick (1995) que encara a aprendizagem como um resultado da alteração da performance quando os estímulos permanecem os mesmos, ou seja, a aprendizagem é tida como o processo de desenvolvimento de respostas para determinados estímulos externos ou internos à organização (Cunha, 1999). O estudo do processo de integração dos enfermeiros espanhóis no CHTV permitiu, assim, descortinar algumas das respostas desenvolvidas perante um estímulo que, apesar de recente, já conta no mínimo seis anos naquela instituição: admissão dum profissional de saúde estrangeiro (enfermeiro espanhol).

O facto de se tratar dum estudo de carácter qualitativo, que deu voz essencialmente aos enfermeiros espanhóis, trouxe importantes contributos para o entendimento da problemática em questão, na perspectiva daqueles que foram objecto

da integração profissional e que não tiveram uma participação directa na decisão das práticas organizacionais de integração. Consciente de que o processo de integração profissional envolve vários intervenientes (novo elemento, colegas, chefes de enfermagem, orientadores de integração, auxiliares, médicos, administrativos...) e que reduzir este estudo a apenas um desses intervenientes constitui uma limitação, considero que a exclusividade de entrevistados de nacionalidade espanhola levou a que as respostas identificadas (para fazer face à problemática da integração profissional dos enfermeiros espanhóis) surjam na perspectiva do recém-chegado, o que permite aferir acerca da adequação das práticas organizacionais, dar ênfase aos aspectos que interferem no processo de integração destes profissionais e perspectivar respostas eventualmente mais adequadas.

Também o facto (não planeado) dos entrevistados já terem completado o seu período experimental e estarem, no momento da entrevista, a funcionar como elementos duma equipa de enfermagem, permitiu que falassem do seu período de integração com um certo distanciamento emocional e com um conhecimento da dinâmica do local de trabalho. Embora o processo de integração não assuma as mesmas características em todos os indivíduos, uma vez que o conceito de processamento interno da informação dá ênfase ao papel das escolhas individuais e das experiências anteriores (Kolb, 1984), o facto dos entrevistados estarem inseridos no seu local de trabalho como elementos praticamente autónomos permitiu conhecer a percepção dos mesmos acerca eficácia e da eficiência do seu processo de integração e, assim, identificar os pontos fortes e os pontos fracos de todo o processo.

O processo de integração profissional deve resultar dum conjunto de medidas, definidas pela gestão de recursos humanos, uma vez que a sua aplicação deve ser reflectir a missão e a visão da organização e um ajustamento à cultura organizacional (Chiavenato, 1999). Neste estudo verificou-se que a ideia de política comum orientadora da acção é colocada de parte, uma vez que a acção de gestão do processo de integração profissional é iluminada pelos valores e pelos princípios de cada chefe de enfermagem de cada serviço, em função das características do mesmo. Não existindo uma política orientadora comum, não se verificou a existência de acções estruturadas comuns aos vários serviços, antes um conjunto de práticas não estruturadas comuns.

O tema *Práticas Organizacionais* de integração profissional é o segundo a contabilizar mais unidades de registo em toda a análise de conteúdo, o que vem

evidenciar quer a importância que os entrevistados lhe atribuem para o sucesso da integração, quer o papel da própria organização na adaptação a um contexto de mudança. Moreira parafraseia Stacey (1998) para explicar que «o sucesso organizacional passa essencialmente pela capacidade de criar organizações mutáveis» (Cunha, 1999, p.284). Assim, a admissão dum profissional estrangeiro numa organização de saúde obriga a um período de adaptação organizacional. Esta concretiza-se através dum processo de aprendizagem cujo principal objectivo é reequilibrar o sistema organizacional, perturbado por um cenário incerto, de mudança.

Identificaram-se duas grandes categorias de práticas organizacionais – as práticas de integração estrutural e as práticas de integração instrumental, que vieram dar resposta ao primeiro objectivo específico, inicialmente proposto (*Identificar as práticas organizacionais que componham o processo de integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português*). Os resultados demonstram que a integração instrumental é mais valorizada pelos entrevistados do que a integração estrutural, havendo uma menor adesão, em termos de frequência de unidades de registo, nesta última categoria. Isto sugere que os recém-chegados entrevistados valorizam essencialmente a operacionalidade do processo de integração, numa perspectiva de adaptação ao seu local de trabalho, deixando para um plano secundário a integração na estrutura organizacional. Esta valorização pode resultar também duma exigência do meio em que os novos elementos se inserem, uma vez que vários elementos referiram que o seu tempo de integração teria sido determinado pelas necessidades de pessoal do seu serviço.

Bolívar cita Argyris e Schön (1978) para clarificar que a aprendizagem organizacional é produto da influência dum construto social que resulta num conjunto de mudanças cognitivas ou das práticas dos indivíduos que fazem parte duma organização. Assim, «os indivíduos aprendem com parte das suas actividades diárias, especialmente quando entram em interacção com os outros e com o meio exterior. Os grupos aprendem quando os seus membros cooperam para atingir objectivos comuns. O sistema, na sua globalidade, aprende ao obter retroalimentação do ambiente e antecipa mudanças posteriores» (Canário, 2003, p.83).

A adaptação ao contexto de trabalho resulta, portanto, dum processo de aprendizagem para o qual concorrem vários factores que se influenciam de forma recíproca. A análise dos dados obtidos reflecte que os entrevistados consideram existir

aspectos que facilitaram o processo de integração, outros que o dificultaram. O tema *aspectos que interferem na integração dos enfermeiros espanhóis* foi aquele que contabilizou mais unidades de registo – 201 –, ou seja, cerca de 45% das unidades de registo identificadas em todo o estudo. Este total resulta duma forte influência da categoria aspectos inibidores da integração, que contabiliza 140 unidades de registo, tornando-se, assim, na categoria mais frequentada em todo o trabalho. A identificação deste tema contribuiu de forma significativa para dar resposta ao segundo objectivo específico proposto (*Conhecer os aspectos que interferem na integração dos enfermeiros espanhóis durante o período de integração profissional no sistema de saúde português*).

Os resultados demonstram que os aspectos relacionados com a mudança de país são aqueles que mais interferem negativamente no processo de integração dos entrevistados. Assim, a comunicação ineficaz, a existência duma nova cultura e as diferenças profissionais foram identificados como os principais aspectos que inibem a integração dos entrevistados. O processo de integração profissional dos entrevistados passou, assim, por uma adaptação à língua portuguesa (escrita e falada) e aos hábitos e costumes dum novo país e por um reajustamento das competências profissionais, uma vez que se verificou existir algumas diferenças em termos de poder de intervenção/decisão entre o enfermeiro espanhol e o enfermeiro português.

Também os sentimentos negativos e a falta de segurança profissional são aspectos referidos como inibidores do processo de integração, que se constituíram em subcategorias menos frequentadas. Abrams e Hogg (1988) são de opinião que «uma imagem positiva de si constitui um pré-requisito para a construção de práticas organizacionais adaptadas aos problemas a resolver ou aos projectos a realizar» (Abreu, 2001, p.108). Quer os sentimentos negativos, quer a falta de segurança profissional podem interferir negativamente na construção duma ‘imagem positiva’ do integrante e, assim, inibir, dificultar ou retardar todo o processo de integração. A saída do sistema escolar e a procura do primeiro emprego representam, por si só, um momento difícil no percurso biográfico do indivíduo, uma vez que as vivências resultantes da confrontação com a realidade dos contextos de trabalho são determinantes na construção da identidade profissional de base (Abreu, 2001). Os resultados demonstram que os enfermeiros espanhóis entrevistados se enquadram nesta realidade, `a qual acresce o facto de serem indivíduos estrangeiros em Portugal, deslocados do seu país. Todos estes

factores constituem necessariamente ‘agressões’ aos esquemas internos do indivíduo (Al-Baldawi, 2002) e originam situações de stress, sentimentos negativos ou insegurança. Esta realidade sugere que, numa situação de integração profissional com características semelhantes às descritas neste estudo, o enfermeiro estrangeiro fica sujeito a um conjunto de dificuldades acrescidas em relação ao profissional que é integrado num contexto de trabalho no seu país de origem.

*A interacção estabelecida com os outros* foi identificada como o factor que mais interferiu positivamente na integração profissional. A competência inter-relacional é fundamental para que se verifique aprendizagem e adaptação nos locais de trabalho. Se por um lado a competência inter-relacional permite o indivíduo interagir com o mundo do trabalho e participar, por outro lado espera-se que a própria organização desenvolva estratégias que facilitam essa inter-relação na tomada de decisão (Billett, 2002). Caetano et al. (2002) defendem que uma dessas estratégias passa por «fazer com que o novo elemento, logo nos primeiros dias, se sinta parte de uma família ou equipa [uma vez que isso é] fundamental para o seu ulterior desenvolvimento profissional na organização» (p. 315).

Este estudo, permite, no entanto, verificar que a interacção estabelecida com os outros é também identificada como um factor inibidor da integração profissional dos entrevistados, quando a ela surgem associadas experiências negativas. A percepção por parte dos entrevistados de que não estavam a ser bem recebidos ou de que não eram bem-vindos pelo facto de serem espanhóis, contribuiu para que a interacção que se estabeleceu no período de integração nem sempre fosse facilitadora do processo de integração.

Os resultados também permitiram concluir que, quer os sentimentos de satisfação por parte dos entrevistados, quer a presença dum orientador contribuíram de forma positiva para o sucesso da integração.

Apesar de não constituir objectivo específico deste trabalho conhecer as estratégias utilizadas para ultrapassar as dificuldades sentidas pelos integrantes, considerou-se pertinente subordinar-lhes um tema, dada a riqueza das respostas encontradas e a frequência com que elas surgiram. Assim, a criação deste tema permitiu verificar que os sujeitos deste estudo desenvolveram estratégias adaptativas

essencialmente no que diz respeito à barreira linguística e à falta de conhecimentos/experiência.

Desta forma, considerando que um dos elementos essenciais da enfermagem é a interação (Abreu, 2001), o enfermeiro espanhol recém-admitido numa organização de saúde portuguesa só tem acesso ao conhecimento que nela impera através da participação nas interações estabelecidas durante a prática da enfermagem. Também a organização de saúde só se apercebe dos constrangimentos gerados por esta inter-acção quando permite que essa interacção ocorra. Uma vez que o conhecimento se encontra nas práticas sociais, junto dos que nela participam, das normas e procedimentos que são postos em prática e das regras que são seguidas (Rismark & Sitter, 2003), os resultados deste trabalho evidenciam que só fazendo parte das práticas sociais é que se desenvolvem processos de aprendizagem organizacional. Esta participação ocorre em diferentes graus, tendo em conta a iniciativa do enfermeiro espanhol e as solicitações que o meio onde opera lhe faz. A Figura 7 esquematiza essa co-participação e pretende traduzir o processo de integração profissional dos dez enfermeiros espanhóis no CHTV, entrevistados neste estudo.

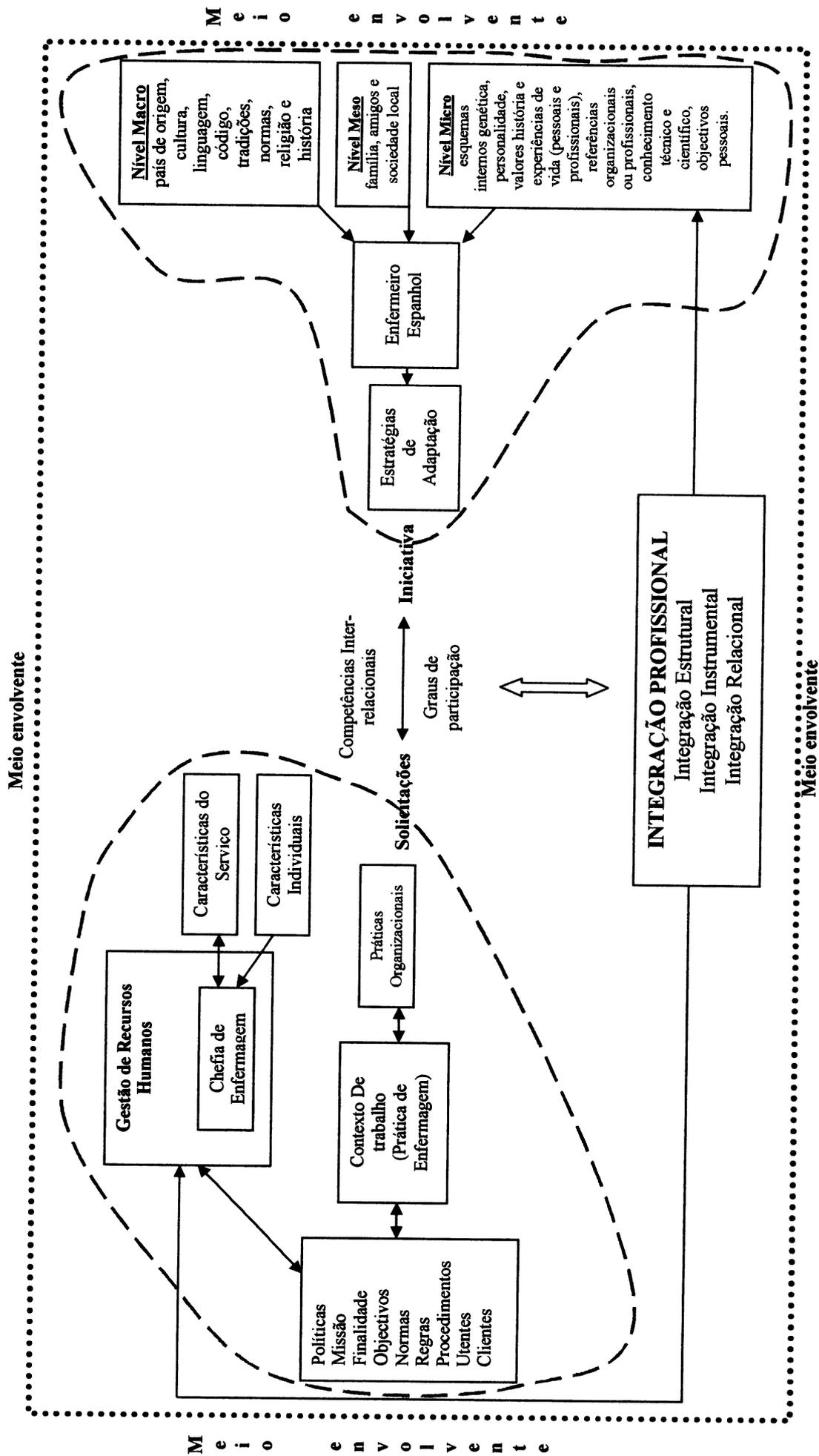


Figura 7 – Co-participação nos Locais de Trabalho (Adaptado de Billett, 2002)

A iniciativa do enfermeiro espanhol para intervir e participar no contexto de acção está fortemente relacionada com a esfera individual. A sua consistência depende da interrelação de vários factores que se podem considerar segundo três níveis: nível macro, nível meso, nível micro. O nível macro abrange o seu país de origem, a sua cultura, a linguagem e o código que utiliza, as suas tradições, as normas, a sua religião e história do seu povo. A um nível meso encontra-se a família, os amigos e a sociedade local. Já a um nível micro encontram-se os esquemas internos, a genética, a personalidade, os valores, a história e as experiências de vida (pessoais e profissionais), as referências organizacionais ou profissionais, o conhecimento técnico e científico e os objectivos pessoais.

No período de integração valoriza-se de forma marcada a competência interrelacional, uma vez que só através dela é que o indivíduo tem acesso ao conhecimento e a partir daí, inicia ou desenvolve um processo de aprendizagem.

Na organização de saúde, ou seja, na esfera do contexto de trabalho existe uma cultura organizacional fortemente determinada pela missão e finalidade da organização, pelas políticas e objectivos organizacionais, pelas normas e regras, pelos utentes que a organização serve e pelos seus clientes. É este conjunto que vai determinar as solicitações ao novo elemento, condicionadas essencialmente por práticas organizacionais de integração profissional.

É desta interacção entre a esfera individual e a esfera organizacional que resulta a integração profissional. Os resultados sugerem que a integração profissional é um processo dinâmico que ocorre em três eixos principais: integração estrutural, integração instrumental e a integração relacional.

Assim como qualquer objecto necessita das coordenadas X, Y e Z para ser definido no espaço, a integração profissional também necessita do eixo estrutural, do eixo instrumental e do eixo relacional para se concretizar. O eixo estrutural diz respeito à integração na estrutura organizacional, o eixo instrumental refere-se à adaptação numa perspectiva mais operacional e o eixo relacional refere-se a uma adaptação no sentido de explicitar as relações entre os vários intervenientes no processo de integração.

Quer a esfera individual, que a esfera do contexto de trabalho estão em permanente mutação, fruto das constantes transformações do meio envolvente, verificando-se uma influência mútua. A seta bidireccional que aponta as duas 'esferas'

pretende representar a influência mútua que existe entre o contexto de trabalho e o indivíduo que nele opera. Se o enfermeiro espanhol se adapta a um contexto novo e desconhecido, socorrendo-se dos seus recursos individuais, também a organização de saúde tem interesse em reagir a este estímulo desenvolvendo práticas organizacionais que permitem uma melhor gestão dos seus recursos no sentido duma melhor integração profissional do novo elemento. Também as setas de retroalimentação que saem da integração profissional no sentido da gestão de recursos humanos e no sentido do nível micro do indivíduo sugerem a existência duma dinâmica que conduz à mudança quer organizacional, quer individual. A forma como decorreu a integração profissional de determinado indivíduo e os resultados obtidos são determinantes, por um lado, na manutenção de práticas já existentes ou na definição de novas formas de intervenção organizacional, por outro lado, na recomposição de saberes individuais.

Também foram dadas sugestões no sentido duma melhor integração profissional dos enfermeiros espanhóis. Verificou-se que a categoria que mais unidades de registo pontuou neste tema foi a que se refere à organização do período de integração, o que reflecte, de certa forma, a necessidade dos entrevistados terem experimentado integrações planeadas e mais estruturadas. Foram também dadas sugestões em relação ao papel do orientador da integração e em relação aos critérios de admissão dos enfermeiros espanhóis em Portugal.

## **2 - RECOMENDAÇÕES**

O trabalho desenvolvido respondeu aos objectivos e trouxe algumas respostas às questões de investigação colocadas. Contudo, impõe-se conhecer as respostas a estas questões em contextos diferentes e até em profissões diferentes, para assim, encontrar diferentes formas de abordagem da integração profissional de estrangeiros no sistema de saúde português, realidade cada vez mais evidente. Esta necessidade remete-nos para a realização de novos estudos, com vista à comparação e verificação dos dados obtidos e à angariação de novos dados relacionados com esta temática.

De qualquer forma, mediante as conclusões encontradas, é chegada a altura de perspectivar algumas propostas (que julgo) facilitadoras do processo de integração profissional dos enfermeiros espanhóis em organizações de saúde portuguesas e, assim, dar resposta ao último objectivo específico deste estudo. Optei por construir um esboço dum plano de intervenção sócio-organizacional que pretende servir a realidade estudada neste trabalho.

## **2.1 – Plano de Intervenção Sócio-Organizacional**

### ***2.1.1 – Problemática***

A globalização trouxe consigo vários novos acontecimentos, evidenciando-se de forma muito clara o choque entre culturas, com reflexos nos vários domínios da vida do homem. Estas transacções colocam desafios interessantes à gestão das organizações. Portugal não foge a esta tendência mundial e depara-se actualmente com várias situações em que a correcta gestão da diversidade cultural é fundamental para a obtenção de bons níveis de produtividade. A integração de enfermeiros espanhóis nas organizações de saúde portuguesas constitui uma situação que desafia a gestão de recursos humanos a implementar medidas no sentido de facilitar o processo de integração, aumentar a produtividade e reduzir o *turnover*.

### ***2.1.2 - A Política Orientadora***

As conclusões deste trabalho sustentam a ideia de que inerente ao processo de integração profissional deve existir uma política de base, que pode ser emanada da organização em questão ou integrar os Programas Operacionais da Saúde em Portugal, que servem grande parte das organizações de saúde portuguesas. Mediante o cenário actual é inevitável que esta política assente em critérios de multiculturalidade, ou seja, que permita a expressão das culturas existentes no contexto de trabalho e a partilha e discussão das experiências de cada um. Os resultados deste estudo indicam ainda que

esta política de integração deve abranger três grandes vertentes: a vertente estrutural, a vertente operacional e a vertente relacional.

A nível macro, ou seja, a nível estrutural a política orientadora deve concretizar-se num conjunto de directrizes que foquem as principais estratégias organizacionais a adoptar no sentido de dar a conhecer a estrutura organizacional. Simultaneamente, essas directrizes devem fornecer elementos indicativos do papel esperado por parte do novo elemento. A política de integração estrutural ocupa-se da organização numa macroperspectiva, uma vez que tem apenas em conta a estrutura organizacional e as relações entre os vários elementos que a compõem.

A vertente operacional da política de integração deve ser entendida numa perspectiva micro, pois resulta num conjunto de directrizes vocacionadas para o nível instrumental. Uma vez que as organizações de saúde se encontram departamentalizadas e cada serviço tem especificidades próprias, a operacionalidade de cada função (neste caso a enfermagem) surge com diferentes *nuances*, consoante o serviço. Esta especificidade obriga, então, a que a política que ilumina a dimensão operacional seja suficientemente flexível para que, assim, sejam criadas intervenções adequadas às realidades.

A vertente relacional está inerente a todo o processo de integração e dela dependente o sucesso da integração estrutural e da integração instrumental. Assim, o aspecto comunicacional assume grande importância, principalmente quando se fala da integração profissional de estrangeiros.

### ***2.1.3 – Processo de Implementação***

A necessidade de dar importância e, simultaneamente, consistência a esta problemática organizacional aponta, na minha opinião, para a criação dum grupo de trabalho que seja constituído por enfermeiros integrados na organização. Estes poderiam perfazer um total de cinco, uma vez que este é o número que totaliza as especialidades que compõem a organização em questão (medicina, cirurgia, pediatria, ortopedia e urgência). Pelo menos dois destes enfermeiros deveriam obrigatoriamente ter nacionalidade estrangeira (espanhola), no caso, para garantir a representatividade de todas as culturas. Considero também pertinente que sejam facilitados os canais de

comunicação com a direcção de enfermagem no sentido de que as medidas tomadas pelo grupo possam rapidamente ser postas em prática.

Este grupo de trabalho deve reunir-se periodicamente (de acordo com as necessidades) e integrar os enfermeiros formadores afectos ao centro de formação, uma vez que já existe trabalho desenvolvido nesta área por aquela instância. O tempo gasto por cada elemento nestes trabalhos deverá ser devidamente certificado como horas de formação e, sempre que possível, compensado em tempo de serviço.

#### ***2.1.4 – Estratégias de Implementação***

##### ***Integração Estrutural (Nível Macro)***

Os resultados do estudo mostram que a integração estrutural foi mais valorizada nos primeiros dias na organização, pelo que as políticas orientadoras deste nível de integração devem incidir, em termos temporais, essencialmente durante a primeira semana de integração. Isto não invalida que a integração estrutural se estenda durante todo o período em que o indivíduo está ao serviço da organização, uma vez que sempre que é admitido um novo elemento ou se implementa uma mudança, a forma como se está integrado (ou não) tem de ser reformulada.

Nunca perdendo de vista a ideia de que o primeiro dia na instituição é muito importante para o recém-chegado, considero que a recepção do novo elemento deve ser feita pelo enfermeiro director (como actualmente) e por um enfermeiro espanhol (integrado no grupo de trabalho) que sirva de intérprete.

Por outro lado, uma vez que na organização em questão existe a preocupação do centro de formação em desenvolver acções de formação de recepção aos recém-chegados, considero importante que estas se mantenham e que seja dada hipótese ao grupo de trabalho de participar na sua concretização. Desta forma é dada a possibilidade dos enfermeiros espanhóis estarem representados no centro de formação e, assim, participarem, de alguma forma, na decisão dos conteúdos das acções de formação e na transmissão dos mesmos em espanhol aos formandos.

Preferencialmente esta acção de formação deve ser feita no mesmo dia em que o novo elemento chega ao hospital, após reunião com enfermeiro director. O enfermeiro

espanhol formador pode ser o mesmo ou não que é intérprete do enfermeiro director. Na minha opinião são suficientes os conteúdos da acção de formação que está actualmente programada e adequada a metodologia utilizada. Após a formação considero pertinente facultar a informação transmitida oralmente em suporte de papel em português e espanhol ou remeter a sua consulta em on-line, também acessível em várias línguas (espanhol, português e inglês).

Após esta formação sugere-se uma visita às instalações do CHTV, acompanhado pelo enfermeiro director e intérprete, seguida de apresentação ao superior hierárquico directo, com quem agenda uma reunião para o dia seguinte (como habitualmente já acontece). A partir desta fase sugere-se que cada serviço disponibilize um guia de integração (língua portuguesa e espanhola) ou remeta para consulta on-line. Este guia deve utilizar uma linguagem simples, clara e objectiva e desenvolver os seguintes itens:

- 0 – Introdução (breve apresentação do serviço e objectivo do guia)
- 1 – Apresentação do Serviço
  - 1.1 – Localização, acesso e posicionamento na estrutura organizacional
  - 1.2 – Espaço físico e recursos materiais
  - 1.3 – Objectivos do serviço
  - 1.4 – Caracterização dos utentes e regulamento das visitas
  - 1.5 – Recursos humanos e seu papel na equipa multidisciplinar
- 2 – A Equipa de Enfermagem
  - 2.1 – Regulamento do Exercício da Enfermagem (resumo ou referencia aos artigos)
  - 2.2 – Método de distribuição de trabalho utilizado em enfermagem
  - 2.3 – Instrumentos de registo em enfermagem
  - 2.4 – Passagem de turno
  - 2.5 – Horário de trabalho, horas extraordinárias
  - 2.6 – Gozo de folgas, férias e feriados
  - 2.7 – Registo de Assiduidade
  - 2.8 – Manual de Enfermagem (manual que compila o quadro de referência, protocolos, procedimentos, normas...)
- 3 – Conclusão (deixar o documento como algo inacabado, onde a opinião do recém chegado é fundamental para o desenvolvimento deste documento)

Parte do desenvolvimento destes itens deve constituir assunto do encontro do enfermeiro-chefe com o novo elemento, seguindo-se a visita pelas instalações do serviço e, se possível a apresentação ao enfermeiro orientador.

A percepção do contexto de trabalho e a adaptação a cada aspecto mencionado no guia de acolhimento não acontece logo no primeiro e segundo dias do novo elemento na organização, são necessários vários dias até que a integração estrutural ocorra. Este não é, contudo, unicamente um trabalho individual, ele depende também do envolvimento de toda equipa de trabalho e, de forma especial, do orientador da integração. Isto obriga a que, quer a equipa, quer o orientador, recebam indicações acerca da forma desejada de receber o novo elemento e da forma adequada de acompanhamento no seu percurso profissional.

Considero que a integração estrutural ocorre quando o novo elemento conhece, descreve e se reconhece como parte da estrutura duma organização. Para que tal ocorra considero importante que a representatividade do novo elemento na organização seja uma realidade (Quadro XVII):

DIMENSÃO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
Representatividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participar na tomada de decisão</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Possibilidade de tomar responsabilidade e de tomar decisões nas matérias que lhe dizem respeito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Envolvimento na concepção/execução de normas e procedimentos /intervenções de enfermagem/plano de cuidados aos utentes..</li> <li>▪ Envolvimento na concepção/execução das políticas</li> </ul>

Quadro XVII – Intervenções Planeadas no Sentido da Representatividade

### **Integração Instrumental (Nível Micro)**

Na minha opinião a integração instrumental passa essencialmente pela aquisição dum conjunto de competências que se prendem com a autonomia profissional (Quadro XVIII):

DIMENSÃO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
Autonomia	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Desempenhar intervenções com segurança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Respeitar o ritmo e o <i>Know-how</i> do recém-chegado</li> <li>▪ Fomentar sentimentos de autoconfiança</li> <li>▪ Promover a expressão de sentimentos</li> <li>▪ Acesso a oportunidades de formação técnica, científica, linguística...</li> <li>▪ Possibilitar a oportunidade de aprender com colegas que sirvam de modelos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconhecimento de qualificações e experiência pré-existentes.</li> <li>▪ Facilitar integração estrutural, instrumental e relacional.</li> </ul>

Quadro XVIII – Intervenções Planeadas no Sentido da Autonomia

Os resultados deste estudo sugerem que a prática de integração com acompanhamento dum orientador, já integrado e com experiência profissional, deve ser mantida, uma vez que foi mencionada como vantajosa na maioria das situações. Não ficou claro se a melhor opção seria ter um integrador espanhol ou português, pelo que, até prova em contrário, tal facto parece ser irrelevante.

O orientador deve, contudo, permanecer o mesmo ao longo de todo o período de integração (sendo deixada em aberto a hipótese de trocar de orientador caso se verifiquem situações de incompatibilidade).

O estudo também realça que, a este nível, as rotinas assumem um papel importante na estruturação do pensamento e do comportamento do novo elemento, pelo que, a política de integração instrumental deve salientar a necessidade de integração do novo elemento nas rotinas existentes no serviço.

O período de integração deve ser variável, consoante as características do novo elemento e do serviço em questão e determinado/ajustado em reuniões periódicas de avaliação, onde recém-chegado, orientador e chefe de enfermagem devem participar. Contudo, apesar de variável, considero que no período de integração o recém-chegado

deve preencher uma série de requisitos, em diferentes fases (dinâmicas e não estanques), tendo em conta o conteúdo funcional da sua prática e sempre sob a supervisão do orientador:

Primeira fase – o enfermeiro espanhol dedica a sua integração ao conhecimento do pessoal, à leitura do guia de integração e do manual de enfermagem, ao contacto com o processo do doente, ao conhecimento da localização dos recursos materiais, ao conhecimento dos materiais (e forma de utilização) existentes no serviço e à utilização do carro de urgência.

Segunda fase – o enfermeiro espanhol colabora na prestação de cuidados que exijam menor complexidade, ensaia registos e participa na passagem de turno e, paralelamente, observa a intervenção do enfermeiro na realização de técnicas mais complexas (a discriminar, consoante o serviço). Nesta fase o recém-chegado deve dedicar-se também a familiarizar-se com o equipamento do serviço.

Terceira fase – o enfermeiro espanhol desenvolve competências no sentido de concretizar as diligências necessárias para admitir, transferir ou dar alta aos doentes. Prepara e colabora na realização de técnicas invasivas. Presta cuidados a doentes de maior complexidade.

Cada fase é especificada consoante as características de cada serviço. Essa especificação deve ser do conhecimento dos intervenientes logo no dia em que o novo elemento toma contacto com o serviço. Para facilitar quer o chefe de serviço, quer o orientador, quer o integrante seria importante que houvesse um registo das competências adquiridas. Sugere-se a título de exemplo:

<b>2ª Fase</b>				
<b>CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO</b>	<b>CORRECTA EXECUÇÃO (✓)</b>			<b>COMENTÁRIOS</b>
Colabora na prestação de cuidados de doentes que exijam menor complexidade.				
Manipula correctamente o monitor de avaliação de sinais vitais (não invasivo)				
...				

Assim que as três fases se completam o novo elemento estará apto a actuar com mais autonomia, sem a supervisão directa do orientador. Contudo, uma vez que o

processo de integração não termina com o período experimental, antes se prolonga ao longo de todo o percurso profissional, considero que o envolvimento do enfermeiro espanhol (assim como todos os outros enfermeiros) em actividades inerentes ao contexto de trabalho é fundamental para o sucesso do processo de integração. Entenda-se este envolvimento associado a uma atitude de pesquisa e reflexão da prática permanentes.

### **Integração Relacional**

Tendo por base o pressuposto de que a dimensão relacional está inerente a todo o processo de integração e de que o seu sucesso dela depende, sugere-se que seja dada especial atenção ao aspecto comunicacional, uma vez que este foi o principal aspecto que dificultou a integração dos entrevistados (Quadro XIX).

Também o acto de apresentar o novo elemento a outros indivíduos pertencentes à organização deve ser uma prática a manter, uma vez que facilita a introdução do recém-chegado nos grupos organizacionais e fomenta o estabelecimento de interacção entre os vários elementos organizacionais.

DIMENSÃO	OBJECTIVOS	INTERVENÇÕES	JUSTIFICAÇÃO
Língua estrangeira	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Liberdade de usar a língua minoritária</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilizar interpretes (outros enfermeiros espanhóis já integrados)</li> <li>▪ Disponibilizar Informação traduzida para a língua espanhola (a documentação existente deve estar em duas línguas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facilitar a integração relacional com outros elementos da organização.</li> <li>▪ Favorecer o conhecimento de conterrâneos, anteriormente importantes na integração na organização e na comunidade.</li> <li>▪ Reduzir os efeitos negativos do primeiro impacto com a instituição.</li> <li>▪ Facilitar a adaptação ao contexto de trabalho e à língua do país de acolhimento.</li> </ul>
Língua nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acesso à aprendizagem da língua nacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Distribuir pelos serviços dicionários português/espanhol ou glossário de termos técnicos</li> <li>▪ Fornecer informação sobre cursos de língua portuguesa (preços, locais, número de participantes).</li> <li>▪ Fornecer informação sobre outros recursos disponíveis para a aprendizagem da língua portuguesa (ex.: Biblioteca Municipal).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Facilitar a compreensão e a expressão da língua portuguesa</li> </ul>

**Quadro XIX - Intervenções Planeadas no Sentido duma Comunicação Eficaz**

### **Integração na Comunidade**

Pode constituir também uma acção do grupo de trabalho a criação dum banco de informação que facilite a integração do novo elemento no meio que envolve a organização em questão. Este banco de informação pode materializar-se sob a forma de jornal de parede e/ou folheto informativo, onde são desenvolvidos os temas como: Apresentação da Cidade e sua integração no Concelho; Acessibilidade e Localização da Organização; Localização de Instituições Financeiras, Correios, Supermercados, Restaurantes, Centro de saúde... Contacto de habitações a alugar.

Seria igualmente importante a divulgação da existência deste plano de acção junto da sociedade local (no jornal e rádios locais, por exemplo) no sentido de facilitar a angariação de informação útil a constar no referido jornal de parede e/ou folheto informativo.

#### ***2.1.5 – Avaliação do Plano de Intervenção Sócio-Organizacional***

Considero que a avaliação deste plano de intervenção pode ser conseguida através da aplicação dum instrumento de colheita de dados (questionário) ao enfermeiro chefe de serviço e ao novo elemento. Este questionário deve ser aplicado só depois de ter terminado o período experimental e deve incidir sobre as impressões de eficiência e eficácia do plano que cada novo elemento integrou. Os dados podem ser trabalhados pelo grupo anualmente e os resultados devem ser dados a conhecer à população organizacional através duma circular, dum jornal de parede ou on-line. Estes resultados podem também servir para reformular intervenções ou reestruturar o plano de acção.

## **BIBLIOGRAFIA**

ABREU, Wilson Correia (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Lisboa: Formasau e Educa.

AL-BALDAWI, Riyadh (2002). “Migration-Related Stress and Psychosomatic Consequences”. *International Congress Series 1241*. Roma, Sweden.

AZEVEDO, Mário (2004). *Teses, Relatórios e Trabalhos Escolares: Sugestões para a Estruturação da Escrita* (4ª Edição). Lisboa: Universidade Católica Editora.

BAGANHA, Maria Ioannis; FERRÃO, João; MALHEIROS, Jorge (2002). “Imigração para Portugal”. *Os Movimentos Migratórios Externos e a sua Incidência no Mercado de Trabalho em Portugal*. Lisboa: Observatório do Emprego e Formação Profissional, p. 71-147.

BAGANHA, Maria Ioannis; RIBEIRO, Joana Sousa; PIRES, Sónia, (s.d.). “O Sector da Saúde em Portugal: Funcionamento do Sistema e Caracterização Sócio-Profissional”. *Projecto The Political Economy of Migration in a Integrating Europe*. Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Centro de Estudos Sociais.

BARDIN, Laurence (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BELL, Judith (2002) *Como Realizar um Projecto de Investigação* (2ª Edição). Lisboa: Editora Gradiva,.

BERBAUM, Jean (1993) *Aprendizagem e Formação*. Porto: Porto Editora.

BILLETT, Stephen (2002). “Co-Participation at Work: Understanding Learning Through Work”. *Workplace Learning as Co-Participation*. New Orleans: Comunicação apresentada no congresso anual da American Education Research Association, Versão electrónica.

BILHIM, João Abreu de Faria (1996) *Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas*. Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

CAETANO, António; VALA, Jorge (Ed.) (2002). *Gestão de Recursos Humanos: Contextos, Processos e Técnicas* (2ª Edição). Lisboa: RH Editora.

GIL, António Carlos (1994) *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social* (4ª Edição). S. Paulo: Editora Atlas.

GRAÇA, Luís (2000). *Evolução do Sistema. Hospitalar: Uma Perspectiva Sociológica (VIII Parte), Portugal: O Sistema Técnico (Desde 1971).*, Lisboa, Versão electrónica. Recuperado em 2005, Agosto, 3 de <<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos91.html>>

HAMEL, Jacques (1992) "Introduction: New Theoretical and Methodological Issues". *Current Sociology*, v. 40, n.º 1, London (Tradução Livre).

HESBEEN, Walter (1997) *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.

HOFSTEDÉ, Geert (1990) "Measuring organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study across Twenty Cases". *Administrative Science Quarterly*, 35, Cornell University, p. 286-316.

INE (2001). *Censos. Resultados Definitivos. XIV Recenseamento Geral da População*, Lisboa.

KURCGANT, Paulina (Ed.) (1991) *Administração em Enfermagem* (4ª Edição). S. Paulo: Editora Pedagógica Universitária.

LEAL, Sofia (2005). "Migração de Enfermeiros Espanhóis. Que Implicações?" *Ordem dos Enfermeiros*, n.º 16, Março. Lisboa, p. 61-65.

LESNE, Marcel (1997) *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos – Elementos de Análise*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

LOPES, Maria Fernanda (1999) *Memórias do Hospital Dr. José Maria Antunes Júnior*. Torres Vedras (Documento Interno).

MARQUES, Carlos Alves; CUNHA, Miguel Pina (Ed.) (1996) *Comportamento Organizacional e Gestão de Empresas*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

MARQUES, Rui M. P. (2003) "Políticas de Gestão da Diversidade Étnico-Cultural: Da Assimilação ao Multiculturalismo". *Observatório da Imigração*, Versão electrónica.

MESTRINHO, Maria Guadalupe (1997) *O Choque da Realidade dos Enfermeiros no Início de Carreira*, Dissertação de Mestrado. Lisboa: Universidade de Lisboa.

MITCHELL, Terence R. (1982). *People in Organizations: An Introduction to Organizational Behaviour* (2ª Edição), Auckland: McGraw-Hill Book Company.

MINTZBERG, Henry (1995a) *Criando Organizações Eficazes. Estruturas em Cinco Configurações*, S. Paulo: Atlas.

MINTZBERG, Henry (1995b) *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1ª Edição.

MUCCHIELLI, Roger (1980). *O Trabalho em Equipe*. São Paulo: Martins Fontes Editora.

NEVES, José Gonçalves (2000). *Clima Organizacional, Cultura Organizacional e Gestão de Recursos Humanos*. Lisboa: Editora RH.

NUNES, Lucília (2003). *Um Olhar Sobre o Ombro, Enfermagem em Portugal (1981-1998)*. Loures: Lusociência.

OMERI, Akram; ATKINS, Kerry (2002). "Lived Experiences of Immigrant Nurses in New South Wales, Australia: Searching for Meaning". *International Journal of Nursing Studies* 39, p. 495-505.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) *Divulgar: Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004) *Enfermeiros Estrangeiros em Portugal*. Lisboa, Versão electrónica. Recuperado em 2005, Maio, 24, de <<http://www.ordemenfermeiros.pt/>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) *Enfermeiros: Um Panorama Crítico a Nível Mundial*. Lisboa, Versão electrónica. Recuperado em 2005, Maio, 24 de <<http://www.ordemenfermeiros.pt/>>

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. (1995) *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª Edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

POTRA, Teresa M. F. Santos (1997) *Proactividade na Socialização Organizacional – O Comportamento de Procura de Informação do Enfermeiro Recém-Chegado*, Dissertação de Mestrado. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

QUIVY, Raymond; CHAMPENHOUDT, Luc Van (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3ª Edição). Lisboa: Editora Gradiva.

RAGIN, Charles C.; BECKER, Howard S. (Ed.) (1992). “Introduction: Cases of ‘What is a case?’”. *What is a Case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*. Cambridge, United Kingdom, p 1-17 (tradução livre).

RIBEIRO, Joana Sousa (2001). *Imigração Independente em Portugal: o Caso dos Profissionais Qualificados no Sector da Saúde*, Parte Integrante duma Dissertação de Mestrado (?). Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Versão electrónica. Recuperado em 2005, Agosto, 20.

RISMARK, Marit; SITTER, Silje (2003). “Workplaces as Learning Environments: Interaction Between Newcomer and Work Community”. *Scandinavian Journal of Educational Research*, Vol. 47, No. 5, November, p. 495-509.

SCHÖN, Donald A (1983) *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, USA: BasicBooks Editora.

SILVA, Andreia dos Santos (2000). *O Desafio da Qualidade no Hospital Distrital de Torres Vedras. A Melhoria Contínua da qualidade e o Projecto Team Learning e Inovação*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (Ed.) (2003). *Metodologia das Ciências Sociais* (12ª Edição). Porto: Edições Afrontamento.

SILVA, Carlos Alberto (1997) *Lógica da Visão Plural da Cultura. Centros de Saúde: a Cultura Organizacional na Encruzilhada da Cultura e da Identidade Profissional. Estudo do Caso de Três Centros do Distrito de Beja*. Évora: Universidade de Évora (Dissertação de Mestrado).

SILVA, Carlos Alberto (2002). “(Re)criar a Ideia de Habitus e Campo Social na Encruzilhada das Identidades Profissionais na Saúde”. *Economia e Sociologia*, p. 74: 98-103.

SOARES, Maria Isabel (1997) *Da Blusa de Brim à Touca Branca: Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa: Editora Educa.

TEIXEIRA, Sebastião (1998). *Gestão das Organizações*. Lisboa: Editora Macgraw-Hill.

THÉVENET, Maurice (1990) *Cultura de Empresa – Auditoria e Mudança* (2º Edição). Monitor – Projectos e Edições Lda.

TURNER, Charles Hampden (1993). *Cultura de Empresa – Do Círculo Vicioso ao Círculo Virtuoso* (1ª Edição). Lisboa: Editorial Presença.

YIN, R. K. (1984). *Case Study Research, Design and Methods*. London: Sage Publications.

### **Legislação**

Decreto-Lei n.º104/98, de 21 de Abril (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros)

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros)

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde)

Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro (Estatuto do Serviço Nacional de Saúde)

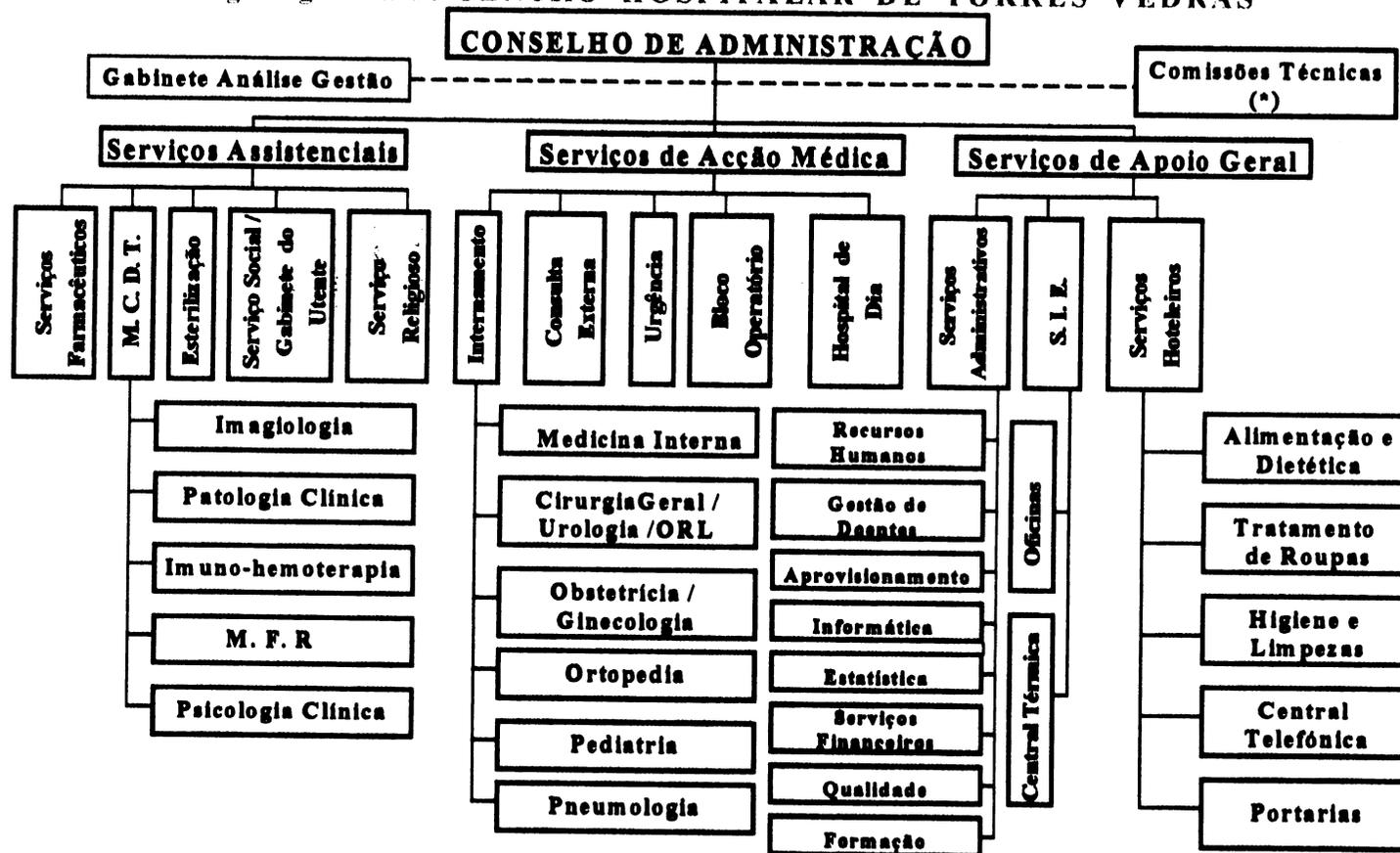
# ANEXOS

# ANEXO I

1. Apresentação e Organização

1.1.4. Organização:

Organograma do CENTRO HOSPITALAR DE TORRES VEDRAS



Documento Interno

Elaborado:

Verificado:

Aprovado:

## ANEXO II



## Organização

Centro de Formação

Telf. 261 310 824

Local: Auditório do Núcleo do Barro

## Integração de Enfermeiros



Centro Hospitalar  
de Torres Vedras

14 de Outubro 2005  
das 09h30 às 12h30

## **OBJECTIVOS**

- Dar a conhecer a orgânica do Centro Hospitalar de Torres Vedras

## **PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO**

**9h30m** - Sessão de Boas vindas

**10h**- Responsável pelo Serviço Social

Dr<sup>a</sup> Fernanda Lopes

**10h15m**- Responsável pelo Gabinete de

Psicologia

Dr<sup>a</sup> Alexandra Seabra

**10h30m**- Administrador da Área

Hoteleira, Formação e Qualidade

Dr Celestino Pereira

Dietista Isabel Nunes

Dr<sup>a</sup> Clara Silva

Dr<sup>a</sup> Andreia Silva

**10h45m**- Representante pelo

Aprovisionamento

Chefe Repartição – Sr João Lobo

**11h**- Representante dos Serviços

Farmacêuticos

Téc. António Gomes

**11h15m**- Responsável pelos S.I.E.

Engenheiro Pires

**11h30m**- Representante da Radiologia

Téc. Ricardina Marques

**11h45m**- Representante do Laboratório

Téc. Emília Osório

**12h**- Chefe dos Serviços Gerais

D. Fátima Amorim

**12h15m**- Representantes do Conselho de

Administração

Recursos Humanos e Gestão de

Doentes Dr Ferrão

Projectos na área de enfermagem

Enf. Director Mário Vilela

## ANEXO III

## GUIÃO DA ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS ESPANHÓIS

---

OBJECTIVO GERAL: Analisar o processo de integração profissional dos enfermeiros de nacionalidade espanhola no sistema de saúde português;

<b>Dimensão a Analisar</b>	<b>Objectivos Específicos</b>	<b>Questão Principal</b>	<b>Questões de Apoio</b>
Enfermeiros de nacionalidade espanhola	· Caracterizar a amostra		<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Idade / Sexo/ Estado civil / Província de origem</li><li>▪ Em que circunstâncias veio para Portugal?</li><li>▪ Que expectativas tinha?</li><li>▪ Esperava ficar quanto tempo?</li><li>▪ Como soube que estavam a admitir enfermeiros no CHTV?</li><li>▪ Veio para Portugal sozinho ou acompanhado?</li><li>▪ Experiência Profissional na admissão do CHTV?</li><li>▪ Primeiro serviço onde desempenhou funções no CHTV? Foi o serviço que escolheu?</li><li>▪ Tempo de actividade profissional como enfermeiro no CHTV?</li><li>▪ Tinha colegas de nacionalidade espanhola no teu serviço no período de integração? E agora?</li></ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vínculo à instituição</li> <li>▪ Fez algum curso de língua portuguesa?</li> <li>▪ Pretende voltar a Espanha?</li> </ul>
--	--	--	--

<b>Práticas organizacionais</b>	<p>• Identificar as intervenções implementadas relacionadas com a integração profissional</p>	<p>Como se processou a sua integração profissional nesta instituição, mais especificamente no seu serviço?</p> <p><b>Ou</b></p> <p>Fale-me acerca da sua integração profissional nesta instituição, mais especificamente no seu serviço?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Como foi o primeiro dia na instituição? E os seguintes? (supranumerário?; horário fixo?; escrita das notas de evolução?; passagem do turno?...)</li> <li>▪ Integrou algum programa de orientação estruturado?</li> <li>▪ Teve acesso a algum manual de acolhimento?</li> <li>▪ Foram fornecidos alguns elementos ou documentos que permitem um melhor conhecimento da organização (<i>missão e os objectivos globais, políticas e directrizes, estrutura organizacional, produtos e serviços oferecidos pela organização, regras e procedimentos internos, procedimentos de segurança no trabalho, instalações</i>)? Quem forneceu?</li> <li>▪ Foi-lhe explicado o seu horário de trabalho e de descanso, remuneração e dias de pagamento, programa de benefícios sociais oferecidos pela organização? Quem explicou?</li> <li>▪ Foi apresentado a colegas de trabalho e superiores? Quem apresentou?</li> <li>▪ Foram-lhe transmitidas as suas responsabilidades como novo elemento, tarefas e objectivos a alcançar? Quem transmitiu?</li> <li>▪ Alguém ficou responsável por integra-lo? Como? Foi facilitador?</li> </ul>
---------------------------------	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sentiu que o orientador planeava cada dia da sua integração? Explique.</li> <li>▪ Durante o período de integração, sentiu que houve uma preocupação especial com a sua integração pelo facto de ser espanhol? Que aspectos considera terem sido tomados em consideração?</li> <li>▪ Participou em reuniões / sessões de avaliação do seu processo de integração?</li> <li>▪ Quanto tempo demorou o período em que esteve acompanhada por um orientador? Achou suficiente?</li> <li>▪ O que determinou esse tempo?</li> <li>▪ Considera-se integrado (a)?</li> </ul>
--	--	--	--

<p><b>Processo de Integração</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar aspectos facilitadores/inibidores do processo de integração</li> </ul>	<p>Fale-me acerca da forma como decorreu a integração. Facilidades? Dificuldades?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Considera que existem muitas diferenças no que respeita à responsabilidade profissional do enfermeiro entre Portugal e Espanha?</li> <li>▪ Reportando-se à sua experiência como aluno de enfermagem / profissional em Espanha, indique diferenças organizacionais e/ou relacionadas com a competência do enfermeiro (relativamente a Portugal) que tenham impedido uma melhor integração numa organização de saúde portuguesa (horário de trabalho, funções, cuidados prestados, rácio enfermeiro/doentes);</li> <li>▪ Ao nível do desempenho da sua profissão, houve mudanças no que diz respeito às suas competências profissionais? Em que aspectos?</li> <li>▪ Os primeiros tempos que começou a contar como elemento da equipa sentiu algum tipo de dificuldades? Quais? Como fazia para ultrapassá-las?</li> </ul>
--------------------------------------	---	---	---

	<p>• <i>Conhecer a opinião dos enfermeiros de nacionalidade espanhola acerca do contexto de trabalho.</i></p>	<p>Qual a sua opinião sobre a Equipa de Saúde? E o Serviço?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ O que considera ter facilitado a sua integração?</li> <li>▪ Gosta do serviço onde trabalha? Porquê?</li> <li>▪ O que gosta mais no serviço?</li> <li>▪ O que gosta menos no serviço?</li> <li>▪ O trabalho que desenvolve no serviço permite aplicar os conhecimentos adquiridos na formação inicial?</li> <li>▪ Considera que no serviço onde trabalha os profissionais são incentivados ao desenvolvimento profissional (aprofundar conhecimentos, realização de trabalhos de investigação, responsabilização individual pela qualidade de cuidados, trabalho em equipa, participação na organização do trabalho)?</li> <li>▪ Frequentou acções de formação neste último ano? (se não, porquê?)</li> <li>▪ Como caracteriza em termos relacionais e de funcionamento a equipa que integra?</li> <li>▪ Qual o contributo da equipa de enfermagem para o seu processo de integração?</li> <li>▪ E dos outros profissionais de saúde? E dos doentes?</li> <li>▪ Estabelece relações extra-laborais com os vários elementos da equipa de trabalho?</li> </ul>
<p>Práticas sociais e culturais</p>	<p>• Conhecer a forma de inserção social dos enfermeiros de espanhóis em Portugal</p>	<p>Fale-me um pouco acerca do seu dia-a-dia como enfermeiro e pessoa em Portugal?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quem ajudou no processo de integração social (casa, banco, supermercado, igreja, finanças, ordem dos enfermeiros, correios, locais de diversão...)</li> <li>▪ Considera que a sua integração profissional num país diferente do de origem contribuiu para a mudança dos seus hábitos de vida? Quais?</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consegue identificar algumas diferenças entre um dia normal em Espanha e um dia comum em Portugal?</li> <li>▪ Como ocupa os tempos livres?</li> <li>▪ A interação que estabeleceu com os outros foi importante para o sucesso da sua integração profissional? Porquê?</li> <li>▪ Considera que o facto de ter vindo para Portugal a fez mudar como pessoa? A que nível?</li> <li>▪ Em algum momento se sentiu só?</li> </ul>
--	--	--	---

<p><b>Processo de Integração</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perspectivar propostas facilitadoras do processo de integração profissional dos enfermeiros de nacionalidade espanhola.</li> </ul>	<p>Quais as medidas a implementar no sentido de melhorar a integração profissional?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mudava alguma coisa na forma como se processa a integração profissional?</li> <li>▪ Que estratégias sugere para uma melhor integração profissional dos enfermeiros de nacionalidade espanhola?</li> </ul>
--------------------------------------	---	---	--

## ANEXO IV

sigla em  
2/03 em  
susce

autorizado em reunião  
de CA de 2005/03/10 e medida  
a efeito do reconhecimento  
do nome da instituição.

**Helga Marília da Silva Rafael Henriques**  
Enfermeira  
TLM 96 568 33 25

2005/03/10  
Nº 410/05-CA

2005/03/10 (entre Dir.  
Y. J. L. L.

**À Direcção de Enfermagem**

Exmos Srs.

**ASSUNTO:** Pedido de autorização / colaboração do Centro Hospitalar de Torres Vedras na realização duma tese de mestrado.

Helga Marília da Silva Rafael Henriques, enfermeira a exercer funções no Serviço de Medicina B dessa instituição, a frequentar o I Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Especialização em Políticas de Administração e Gestão dos Serviços de Saúde, vem por este meio solicitar a autorização/colaboração do Centro Hospitalar de Torres Vedras na realização da sua tese de mestrado.

A proposta de tese deste mestrado trata o tema da integração profissional dos enfermeiros de nacionalidade espanhola no sistema de saúde português através da procura de resposta a duas questões de partida:

1. Como se processa a integração profissional dos enfermeiros de nacionalidade espanhola no sistema de saúde português?
2. Que medidas a implementar no sentido de melhorar a integração destes profissionais na organização?

Estabeleceu-se um conjunto de objectivos:

**Objectivo Geral:**

Analisar / Caracterizar o processo de integração profissional do enfermeiros de nacionalidade espanhola no sistema de saúde português.

**Objectivos Específicos:**

- . Contribuir para a interpretação cultural e das práticas sociais dos enfermeiros de nacionalidade espanhola, num contexto de integração profissional, no sistema de saúde português;

- . Identificar comportamentos e práticas que compoñam o processo de integração profissional dos enfermeiros de nacionalidade espanhola no sistema de saúde português;
- . Identificar os processos de acolhimento implementados para a integração profissional dos enfermeiros de nacionalidade espanhola;
- . Perspectivar propostas facilitadoras do processo de integração profissional dos enfermeiros de nacionalidade espanhola.

A resposta a estes objectivos passará pelo o estudo dum conjunto de enfermeiros de nacionalidade espanhola num determinado contexto. Assim, solicita-se a Vossas Exas. que seja permitida a realização do referido estudo no Centro Hospitalar de Torres Vedras e que os enfermeiros de nacionalidade espanhola aí a desempenhar funções constituam a respectiva unidade de análise (assim como as pessoas-chave com informações importantes para dar resposta aos objectivos em questão).

O Instrumento de Colheita de Dados a aplicar será a entrevista semi-dirigida.

Caso seja autorizado a realização do estudo, pede-se a colaboração nas seguintes matérias:

- Caracterização da organização *Centro Hospitalar de Torres Vedras*
- Caracterização de todos os indivíduos que compõem a unidade de análise
- Encaminhamento / Divulgação de *peçoas-chave*

Solicita-se ainda que na resposta a este requerimento seja mencionado se o Centro Hospitalar de Torres Vedras pretende ser reconhecido pelo seu nome ou se pretende ter um nome fictício neste estudo.

Sem outro assunto, despeço-me agradecendo, desde já a atenção dispensada.

Torres Vedras, 23 de Fevereiro de 2005

Pede Deferimento

*[Handwritten signature]*

# ANEXO V

### ENTREVISTA 3

(Investigador – I; Entrevistado – E)

*I – Bom dia! Em primeiro lugar gostava de agradecer a sua disponibilidade para participar neste estudo. Relembro que este estudo trata a integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português e tem como objectivo geral:*

*• Analisar / Caracterizar o processo de integração profissional do enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português*

*E como objectivos específicos:*

*• Identificar as práticas organizacionais que compondam o processo de integração profissional dos enfermeiros espanhóis no sistema de saúde português;*

*• Conhecer os aspectos que interferem na integração dos enfermeiros espanhóis durante o período de integração profissional no sistema de saúde português;*

*• Perspectivar propostas facilitadoras do processo de integração profissional dos enfermeiros espanhóis em organizações de saúde portuguesas.*

*Vou fazer-lhe algumas perguntas que gostava que respondesse da forma mais desenvolvida que conseguir. Se me permitir que grave a entrevista...*

E - Sim

*I - ...as gravações serão destruídas e as respostas ficam sujeitas ao anonimato. Se existir alguma questão que não queira responder basta dizer-me e passaremos a outro assunto.*

E – OK.

*I – Idade?*

E – 26 Anos (Sexo: Masculino)

*I – Estado Civil*

E – Casado (casou em Portugal)

*I – Província de Origem*

E – Badajoz

*I – Em que circunstâncias veio para Portugal?*

E – Trabalhei dois meses em Espanha, mas não gostei da experiência de trabalhar na privada. Trabalhei na privada e, para além de ganhar pouco, estava a fazer um trabalho que não gostava... foi com o intuito de encontrar contrato melhor...

*I – E porquê que escolheu Portugal e não outro país?*

E – porque Portugal fica mais próximo de Espanha...e também porque tinha colegas que já trabalhavam cá.

*I – Que expectativas tinha?*

E – Era uma experiência... Queria saber como é que isto era e saber como é que era ser enfermeiro continuamente, não ser enfermeiro durante um mês, parar, ser enfermeiro durante outro mês, parar, que era o que acontecia em Espanha...

*I – Esperava ficar quanto tempo?*

E – Um período curto, não sei exactamente quanto tempo.

*I – Veio para Portugal sozinho ou acompanhado?*

E – Vim de Espanha sozinho.

*I – Qual a sua experiência profissional antes da admissão no CHTV?*

E – Trabalhei dois meses como enfermeiro na privada.

*I – Qual o primeiro serviço onde desempenhou funções no CHTV?*

E – Medicina. Escolhi medicina porque para iniciar era melhor.

*I – Qual o tempo de actividade profissional como enfermeiro no CHTV?*

E – Quatro anos.

*I – Tinha colegas de nacionalidade espanhola no seu serviço, no período de integração?*

E – Tinha colegas que tiraram o curso comigo e isso sempre foi muito facilitador e agora tenho outros.

*I – Qual o seu vínculo à instituição?*

E – Estive dois anos em horário completo com contrato de trabalho a termo certo e estou aproximadamente há dois anos em acumulação funções.

*I – Fez algum curso de língua portuguesa?*

E – Quando me ofereceram um contrato aqui no hospital eu tive quinze dias onde tentei estudar português. Havia uma escola oficial de idiomas em Badajoz, onde comprei um livro de iniciados em português... e estudei em casa.

*I – Pretende voltar a Espanha?*

E – Não.

*I – Fale-me acerca da sua integração profissional nesta instituição, mais especificamente no seu serviço?*

E – Huum...

*I – Lembra-se como foi o primeiro dia aqui?*

E – Foi um bocado complicado. Fui à direcção de enfermagem... lembro-me que a enfermeira directora mostrou-me como é que eram os serviços do hospital, qual a composição do hospital, qual era população... não fixei praticamente nada... porque não deram nenhum papel, nenhum documento para fixar mais a pormenor em casa. Percebi onde eram os vários serviços

*I – Teve acesso a algum manual de acolhimento?*

E – Não.

*I – Foram fornecidos alguns elementos ou documentos que permitem um melhor conhecimento da organização (missão e os objectivos globais, políticas e directrizes, estrutura organizacional, produtos e serviços oferecidos pela organização, regras e procedimentos internos, procedimentos de segurança no trabalho, instalações)?*

E – Não.

*I – Foi-lhe explicado o seu horário de trabalho e de descanso?*

E – Sim, foi a chefe que me explicou do horário e das trocas.

*I – Foi apresentado a colegas de trabalho e superiores? Quem apresentou?*

E – A chefe é que me apresentava aos novos colegas, e também alguns colegas espanhóis e eu é que também me apresentava.

*I – Integrou algum programa de orientação estruturado?*

E – Havia um programa estruturado pelo serviço. Tive uma reunião inicial com a chefe, onde ela me disse que ia ficar com um elemento para me integrar melhor... ao fim de três semanas a fazer manhãs tive uma nova reunião com a enfermeira chefe onde foram avaliadas as minhas dificuldades e onde ela me disse o que ela acha que eu necessitava de melhorar. Eu também falei das minhas dificuldades, inclusivamente em termos de integrador... e foi muito bom porque a partir daquela altura mudei de orientadora, comecei a fazer tardes e noites acompanhado mais um horário, a minha integração começou a ser mais produtiva...

*I – Portanto, fez um período de manhãs...*

E – Sim, tive três semanas a fazer manhãs... e ao fim dessas três semanas tive a reunião.

*I – E nessa reunião esteve só o enfermeiro e a chefe ou a pessoa que esteve a orientar também esteve presente?*

E – Não esteve a pessoa que esteve a orientar porque tivemos um problema... a minha integradora fez queixa de mim, a dizer que não conseguia trabalhar comigo (eu reconheço que perguntava muito)...mas acho que elas conversavam sobre mim... Então para se sentir incomoda ela e eu, decidimos mudar de integrador... e resultou!

*I – E nessa altura o horário passou a ser rotativo?*

E – Comecei a fazer tardes acompanhado durante uma semana...foi introduzida uma ou duas noites e depois comecei sozinho.

*I – O tempo de integração foi de...?*

E – ... Aproximadamente sete ou oito semanas... dois horários.

*I – O que considera ter determinado esse tempo?*

E – As necessidades do serviço eram muitas e eu tinha que começar a trabalhar, o que não quer dizer que estivesse perfeitamente integrado...ainda não estava muito seguro de mim, tinha dúvidas, como qualquer recém-formado... mas havia também a preocupação de colocar comigo um elemento mais experiente ... o meu integrador também me dava segurança.

*I – Considera-se integrado?*

E – Sim, agora sim.

*I – Foram-lhe transmitidas as suas responsabilidades como novo elemento, tarefas e objectivos a alcançar? Quem transmitiu?*

E – Todos participaram, mas, como já disse, tive dois integradores e foram eles que assumiram essa responsabilidade.

*I – Os seus orientadores eram portugueses?*

E – Tive dois orientadores portugueses... e eu preferi que fossem portugueses, porque na altura haviam muitos espanhóis e queriam que mudasse para um espanhol mas eu achava que com uma pessoa portuguesa eu tinha que fazer um esforço maior para falar português e conseguia ver melhor como é que se trabalha aqui em Portugal ... porque os espanhóis têm eventualmente pormenores das escolas espanholas e eu queria aprender como se trabalhava aqui... foi por escolha minha que os meus orientadores foram os dois portugueses.

*I – Esses orientadores tinham experiência profissional no serviço?*

E – Sim, um tinha três anos de serviço e o outro mais de quatro anos.

*I – Ajudou-o ter um orientador durante esse período?*

E – Ter um orientador facilitou e dificultou a minha integração. Mesmo eu não tendo nenhuma empatia com aquela pessoa e mesmo que ela me achasse uma sobrecarga para ela, eu consegui perceber que ela era uma excelente profissional, aprendi muito com ela. Deu para perceber muito bem o que se deve ou não fazer num serviço. Ela também me ensinou a forma de ter um boa relação com os doentes. Pela negativa também aprendi porque eu vi que ela não tinha uma relação adequada com muitos enfermeiros... e terminei por aprender determinadas condutas que não devia ter junto dos outros.

*I – Fale-me acerca da forma como decorreu a integração. Facilidades? Dificuldades?*

E – Preocupava-me muito com o idioma! Depois o que também me preocupava era perceber como é que funcionava o sistema nacional de saúde em Portugal e perceber como funcionava aqui a enfermagem, porque eu considerava-me um bom aluno em Espanha e cá eu sentia-me completamente estúpido, pensava que não sabia nada...

*I – Considera que existem muitas diferenças no que respeita à responsabilidade profissional do enfermeiro entre Portugal e Espanha?*

E – Isto dava para falar horas!... Basicamente vejo várias. A visão que se tem do doente em Espanha não é uma visão holística como cá. Lá tudo está orientado para a tarefa. Apesar das pessoas pensarem que é mais evoluída, a visão que se tem... são puramente tarefas. Porque o enfermeiro lá [Espanha] está encarregue de fazer ECG, ver se os RX estão ou não... é ele que está encarregue de ver se os exames de diagnóstico estão feitos ou não... as gasimetrias... Embora lá os enfermeiros façam determinadas técnicas que aqui não se fazem... lá os enfermeiros não dão banho aos doentes, os banhos são dados pelas auxiliares, quando o enfermeiro chega ao pé do doente o banho está dado e o doente está posicionado para o enfermeiro fazer determinada actividade terapêutica, que só ele pode fazer. .. enquanto que aqui não é assim... eu acho que a higiene do doente é um momento único para ver as necessidades que o doente tem e intervir na altura ou posteriormente.

Em Espanha não é bem assim! Nós até podemos ver que a ferida está a melhorar mas não sabemos muito bem porquê.

*I – Tem a ver com a forma como se olha o doente...*

E – Exactamente! A diferença está na forma de olhar o doente... o meu pai é enfermeiro em Espanha e o rácio lá é de um enfermeiro para quinze doentes e ele não compreende como é que eu tenho aqui seis ou sete doentes... não compreende porque tem uma visão diferente, não tem esta visão holística que nós temos...

*I – Acha que existem muitas diferenças entre as organizações de saúde portuguesas e as espanholas?*

E – Existem algumas diferenças, tudo está orientado para a tarefa... e isso dificultou a minha integração, porque tive que adoptar um sistema parcialmente diferente.

*I – Durante o período de integração, sentiu que houve uma preocupação especial com a sua integração pelo facto de ser espanhol?*

E – Eu vim num momento um bocado mau porque havia muitos espanhóis e a relação com os espanhóis não era a mais adequada... haviam determinados elementos que eram um bocado renitentes à chegada dos espanhóis... mas a maior parte dos colegas sempre me ajudaram e nunca tive problemas...

*I – Sentiu que a planificação da integração foi diferente pelo facto de ser espanhol?*

E – A integração demorou mais um bocado, mas a planificação foi a mesma.

*I – Os primeiros tempos que começou a contar como elemento da equipa sentiu algum tipo de dificuldades?*

E – Sim... a falta de segurança em determinadas coisas, ter que estar a chatear as pessoas para perguntar e eu não compreender muito bem como é que funcionava tudo.

*I – Como fazia para ultrapassá-las?*

E – Para ultrapassar essas dificuldades recorria aos colegas e li muito em português, fiz muita formação na aérea da enfermagem desde o início e fiz uma formação de trinta e cinco horas de português para estrangeiros... Tinha também um caderno onde apontava as minhas dúvidas e onde apontava os conteúdos para poder consultar... ter aquilo para mim era uma segurança, queria dizer que não tinha que ter na cabeça tantos conhecimentos... era só consultar...

*I – Qual a sua opinião sobre a Equipa de Saúde?*

E – É uma equipa jovem, dinâmica, que se consegue relacionar bastante bem, que se preocupa muito com o doente.

*I – O que gosta mais no serviço?*

E – O que eu gosto mais é a relação com os doentes, embora muitas vezes não tenhamos tempo pelas actividades terapêuticas que temos que realizar.

*I – O que gosta menos no serviço?*

E – O que gosto menos é termos pouco tempo para estabelecermos com o doente uma relação adequada...

*I – O trabalho que desenvolve no serviço permite aplicar os conhecimentos adquiridos na formação inicial?*

E – Sim.

*I – Considera que no serviço onde trabalha os profissionais são incentivados ao desenvolvimento profissional?*

E – São mais agora do que quando eu vim para cá. A chefe sempre motivou só que as pessoas estavam desmotivadas, a equipa eram pessoas que estavam aqui já há muitos anos e a mudança, a informação... era escassa... agora as pessoas são mais novas, mais motivadas.

*I – Frequentou acções de formação neste último ano?*

E – Sim, fui a três acções de formação na área do alcoolismo e estou a frequentar o complemento de formação.

*I – Qual o contributo dos outros profissionais de saúde?*

E – Os auxiliares também tiveram um papel fundamental na integração... porque há auxiliares que têm muita experiência, com os quais aprendi muito e ainda continuo a aprender... davam-me dicas.

*I – E dos médicos?*

E – Os médicos não tiveram um papel muito importante... só ao fim de um ano é que tinha já uma relação mais próxima com os médicos...

*I – E dos doentes?*

E – Eu acho que com o doente, no início, a relação ficou prejudicada pela falta de comunicação verbal, a comunicação não verbal não é suficiente ... sinto que fui bem recebido pelos doentes porque sempre me preocupei muito com eles...

*I – Estabelece relações extra-laborais com os vários elementos da equipa de trabalho?*

E – Não.

*I – Fale-me um pouco acerca do seu dia-a-dia como enfermeiro e pessoa em Portugal?*

E – A que nível?!

*I – Quem ajudou na procura de casa, do banco, do supermercado...?*

E – Um colega que tirou comigo o curso, que era com quem eu morava e também a minha actual mulher, que conheci na altura, também me ajudou muito na integração.

*I – Considera que a sua integração profissional num país diferente do de origem contribuiu para a mudança dos seus hábitos de vida?*

E – Mudaram muito. Basicamente a nível do desporto, porque eu fazia muito desporto e agora não tenho tempo para isso... também ao ser casado a vida evidentemente muda... Adaptei-me à comida portuguesa, que é muito melhor do que a espanhola, a elaboração é melhor e há maior diversidade... adaptei-me a novos horários... o almoço lá é às três da tarde e aqui é ao meio dia... mas adaptei-me.

*I – Consegue identificar algumas diferenças entre um dia normal em Espanha e um dia comum em Portugal?*

E – Já tenho dificuldade em reconhecê-las... acho que as pessoas aqui em Portugal são mais centradas no trabalho... Em Espanha a relação social é mais importante... aqui a relação social está um bocado de lado, não quero dizer que as pessoas não tenham amigos mas não têm uma relação tão próxima... Em Espanha convivemos todos um bocado depois do trabalho, só depois desse convívio é que íamos para casa... aqui em Portugal não é tão frequente...

*I – Como ocupa os tempos livres?*

E – Com a minha mulher. Gosto muito de passear e ver coisas diferentes... conhecer Portugal, viajar. Faço ginástica e o Complemento.

*I – A interacção que estabeleceu com os outros foi importante para o sucesso da sua integração profissional?*

E – Dentro ou fora do trabalho?

*I – Ambos.*

E – Foi muito importante! Fora do hospital a relação com o meu colega, a minha mulher e com a que é hoje minha sogra, foi fundamental, porque eu terminei por criar uma mini-família aqui e não ter tanta nostalgia e tantas saudades da parte familiar. Com os colegas aqui do trabalho também criei uma relação bastante boa... e isto foi um ponto fundamental para eu ficar aqui...

*I – Considera que o facto de ter vindo para Portugal o fez mudar como pessoa? A que nível?*

E – Mudei muito. Era uma pessoa muito mais impulsiva, mais insegura, com mais receios, com mais medos... com medo da mudança... hoje tou muito melhor nesse aspecto.

*I – Em algum momento se sentiu só?*

E - Houve muitos momentos que me senti só... mesmo estando sempre rodeado de pessoas houve dois momentos que estive com as malas feitas para ir embora... não fui porque pensei que tinha que ultrapassar esta situação.

*I – Quais as medidas a implementar no sentido de melhorar a integração profissional?*

E – Em primeiro lugar, eu acho que nenhum enfermeiro espanhol devia ser admitido sem receber uma formação em língua portuguesa, que devia ser previamente paga pelo hospital, mesmo que fosse logo descontado no primeiro ordenado ou qualquer coisa do estilo... uma formação de língua portuguesa mínima de trinta ou sessenta horas... depois as pessoas começariam normalmente a sua integração no serviço e teriam um acompanhamento semelhante ao que eu tive.

## ANEXO VI

### ENTREVISTA 3

#### *Corpus de análise, segmentado em unidades de registo*

26 Anos / Casado / Badajoz / Trabalhei dois meses em Espanha / não gostei da experiência de trabalhar na privada / Trabalhei na privada / ganhar pouco / estava a fazer um trabalho que não gostava / foi com o intuito de encontrar contrato melhor / Portugal fica mais próximo de Espanha / tinha colegas que já trabalhavam cá / Era uma experiência / Queria saber como é que isto era / saber como é que era ser enfermeiro continuamente / não ser enfermeiro durante um mês, parar, ser enfermeiro durante outro mês, parar / Um período curto / Vim de Espanha sozinho / Trabalhei dois meses como enfermeiro na privada / Medicina / Escolhi medicina porque para iniciar era melhor / Quatro anos / Tinha colegas que tiraram o curso comigo / isso sempre foi muito facilitador / agora tenho outros / Estive dois anos em horário completo com contrato de trabalho a termo certo / estou aproximadamente há dois anos em acumulação funções / tive quinze dias onde tentei estudar português / Havia uma escola oficial de idiomas em Badajoz, onde comprei um livro de iniciados em português e estudei em casa / Não / Huum / Foi um bocado complicado / Fui à direcção de enfermagem / a enfermeira directora mostrou-me como é que eram os serviços do hospital / qual a composição do hospital / qual era população / não fixei praticamente nada / porque não deram nenhum papel, nenhum documento para fixar mais a pormenor em casa / Percebi onde eram os vários serviços / Não / Não / Sim / foi a chefe que me explicou do horário e das trocas / A chefe é que me apresentava aos novos colegas / alguns colegas espanhóis / eu é que também me apresentava / Havia um programa estruturado pelo serviço / Tive uma reunião inicial com a chefe / ela disse que ia ficar com um elemento para me integrar melhor / ao fim de três semanas a fazer manhãs tive uma nova reunião com a enfermeira chefe onde foram avaliadas as minhas dificuldades e onde ela me disse o que ela acha que eu necessitava de melhorar / Eu também falei das minhas dificuldades / a partir daquela altura mudei de orientadora / comecei a fazer tardes e noites acompanhado mais um horário / a minha integração começou a ser mais produtiva / Sim / tive três semanas a fazer manhãs / ao fim dessas três semanas tive a reunião / Não esteve a pessoa que esteve a orientar porque tivemos um problema / a minha integradora fez queixa de mim, a dizer que não conseguia trabalhar comigo / eu reconheço que perguntava muito / acho que elas conversavam sobre mim / decidimos mudar de integrador / resultou / Comecei a fazer tardes acompanhado durante uma semana / foi introduzida uma ou duas noites / depois comecei sozinho / Aproximadamente sete ou oito semanas / dois horários / As necessidades do serviço eram muitas e eu tinha que começar a trabalhar / o que não quer dizer que estivesse perfeitamente integrado / ainda não estava muito seguro de mim / tinha dúvidas / havia também a preocupação de colocar comigo um elemento mais experiente / o meu integrador também me dava segurança / Sim / Todos participaram / foram eles que assumiram essa responsabilidade / Tive dois orientadores portugueses / eu preferi que fossem portugueses / eu achava que com uma pessoa portuguesa eu tinha que fazer um esforço maior para falar português e conseguia ver melhor como é que se trabalha aqui em Portugal / porque os espanhóis têm eventualmente pormenores das escolas espanholas / eu queria aprender como se trabalhava aqui / foi por escolha minha que os meus orientadores foram os dois portugueses / Sim / um tinha três anos de serviço e o outro mais de quatro anos / Ter um orientador facilitou / dificultou a minha integração / eu consegui perceber que ela era uma excelente profissional / aprendi muito com ela / Deu para perceber muito bem o que se deve ou não fazer num serviço / Ela também me ensinou a forma de ter um boa relação com os doentes / Pela negativa também aprendi porque eu vi que ela não tinha uma relação adequada com muitos enfermeiros / terminei por aprender determinadas condutas que não devia ter junto dos outros / Preocupava-me muito com o idioma / o que também me preocupava era perceber como é que funcionava o sistema nacional de saúde em Portugal / perceber como funcionava aqui a enfermagem / eu considerava-me um bom aluno em Espanha e cá eu sentia-me completamente estúpido, pensava que não sabia nada / Basicamente vejo várias / A visão que se tem do doente em Espanha não é uma visão holística como cá / Lá tudo está orientado para a tarefa / Apesar das pessoas pensarem que é mais evoluída, a visão que se tem /

são puramente tarefas / Porque o enfermeiro lá [Espanha] está encarregue de fazer ECG / ver se os RX estão ou não / é ele que está encarregue de ver se os exames de diagnóstico estão feitos ou não / as gasimetrias / Embora lá os enfermeiros façam determinadas técnicas que aqui não se fazem / lá os enfermeiros não dão banho aos doentes / os banhos são dados pelas auxiliares / quando o enfermeiro chega ao pé do doente o banho está dado e o doente está posicionado para o enfermeiro fazer determinada actividade terapêutica / aqui não é assim / eu acho que a higiene do doente é um momento único para ver as necessidades que o doente tem e intervir na altura ou posteriormente / Em Espanha não é bem assim / Nós até podemos ver que a ferida está a melhorar mas não sabemos muito bem porquê / A diferença está na forma de olhar o doente / o meu pai é enfermeiro em Espanha / o rácio lá é de um enfermeiro para quinze doentes / eu tenho aqui seis ou sete doentes / tem uma visão diferente, não tem esta visão holística que nós temos / Existem algumas diferenças / tudo está orientado para a tarefa / isso dificultou a minha integração / tive que adoptar um sistema parcialmente diferente / Eu vim num momento um bocado mau / havia muitos espanhóis / a relação com os espanhóis não era a mais adequada / haviam determinados elementos que eram um bocado renitentes à chegada dos espanhóis / a maior parte dos colegas sempre me ajudaram / nunca tive problemas / A integração demorou mais um bocado / a planificação foi a mesma / Sim / a falta de segurança em determinadas coisas / ter que estar a chatear as pessoas para perguntar / não compreender muito bem como é que funcionava tudo / Para ultrapassar essas dificuldades recorria aos colegas / li muito em português / fiz muita formação na aérea da enfermagem / fiz uma formação de trinta e cinco horas de português para estrangeiros / Tinha também um caderno onde apontava as minhas dúvidas / onde apontava os conteúdos para poder consultar / ter aquilo para mim era uma segurança / queria dizer que não tinha que ter na cabeça tantos conhecimentos / era só consultar / E uma equipa jovem / dinâmica que se consegue relacionar bastante bem / que se preocupa muito com o doente / O que eu gosto mais é a relação com os doentes / muitas vezes não tenhamos tempo pelas actividades terapêuticas que temos que realizar / O que gosto menos é termos pouco tempo para estabelecermos com o doente uma relação adequada / Sim / São mais agora do que quando eu vim para cá / A chefe sempre motivou só que as pessoas estavam desmotivadas / a equipa eram pessoas que estavam aqui já há muitos anos / a mudança / a informação era escassa / agora as pessoas são mais novas / mais motivadas / Sim / fui a três acções de formação na área do alcoolismo / estou a frequentar o complemento de formação / Os auxiliares também tiveram um papel fundamental na integração / há auxiliares que têm muita experiência / com os quais aprendi muito e ainda continuo a aprender / davam-me dicas / Os médicos não tiveram um papel muito importante / só ao fim de um ano é que tinha já uma relação mais próxima com os médicos / Eu acho que com o doente, no início, a relação ficou prejudicada pela falta de comunicação verbal / a comunicação não verbal não é suficiente / sinto que fui bem recebido pelos doentes / sempre me preocupei muito com eles / Não / Um colega que tirou comigo o curso, que era com quem eu morava / a minha actual mulher / também me ajudou muito na integração / Mudaram muito / Basicamente a nível do desporto / eu fazia muito desporto e agora não tenho tempo para isso / ao ser casado a vida evidentemente muda / Adaptei-me à comida portuguesa / é muito melhor do que a espanhola / a elaboração é melhor / há maior diversidade / adaptei-me a novos horários / o almoço lá é às três da tarde e aqui é ao meio dia / adaptei-me / acho que as pessoas aqui em Portugal são mais centradas no trabalho / Em Espanha a relação social é mais importante / aqui a relação social está um bocado de lado / não quero dizer que as pessoas não tenham amigos / não têm uma relação tão próxima / Em Espanha convivemos todos um bocado depois do trabalho / depois desse convívio é que íamos para casa / aqui em Portugal não é tão frequente / Com a minha mulher / Gosto muito de passear e ver coisas diferentes / conhecer Portugal / viajar / Faço ginástica / o Complemento / Fora do hospital a relação com o meu colega, a minha mulher e com a que é hoje minha sogra, foi fundamental, porque eu terminei por criar uma mini-família aqui e não ter tanta nostalgia e tantas saudades da parte familiar / Com os colegas aqui do trabalho também criei uma relação bastante boa... e isto foi um ponto fundamental para eu ficar aqui / Mudei muito / Era uma pessoa muito mais impulsiva / mais insegura / com mais receios, com mais medos / com medo da mudança / hoje tou muito melhor nesse aspecto / Houve muitos momentos que me senti só / estive com as malas feitas para ir embora... não fui porque pensei que tinha que ultrapassar esta

situação / acho que nenhum enfermeiro espanhol devia ser admitido sem receber uma formação em língua portuguesa / devia ser previamente paga pelo hospital, mesmo que fosse logo descontado no primeiro ordenado ou qualquer coisa do estilo / uma formação de língua portuguesa mínima de trinta ou sessenta horas / depois as pessoas começariam normalmente a sua integração no serviço e teriam um acompanhamento semelhante ao que eu tive.

## ANEXO VII

## TRATAMENTO DOS DADOS DAS ENTREVISTAS

### 1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

#### 1.1. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS E DE SITUAÇÃO PROFISSIONAL

*Entrevistas realizadas em Junho de 2005*

	<b>E1</b>	<b>E2</b>	<b>E3</b>	<b>E4</b>	<b>E5</b>	<b>E6</b>	<b>E7</b>	<b>E8</b>	<b>E9</b>	<b>E10</b>
Idade	23	22	26	26	29	22	25	29	25	31
Género	F	F	M	F	F	F	F	F	M	F
Estado civil	S	S	C	S	C	S	S	S	S	C
Provincia de origem	Uelba	Jain	Badajoz	Cádiz	Malaga	Cádiz	Cádiz	Barcelona	Cádiz	Leon
Como soube que estavam a precisar de enfermeiros no CHTV?	Colegas que trabalhavam cá	Colegas que trabalhavam cá	Colegas que trabalhavam cá	Colegas que trabalhavam cá	Sindicato espanhol	Colegas que trabalhavam cá	Colegas que trabalhavam cá	Sindicato espanhol	Colegas que trabalhavam cá	Colegas que trabalhavam cá
Com quem veio	sozinha	colegas	colegas	sozinha	colegas	colegas	colegas	Sozinha	colegas	colegas
1º Serviço	ortopedia	medicina	medicina	Medicina	Maternidade	medicina	pediatria	Urgência	Urgência	Pediatria
Colegas espanhóis durante a integração	sim	sim	sim	sim	não	sim	sim	sim	sim	não
Pode escolher serviço?	não	sim	sim	sim	sim "	não	sim	não	sim	sim
Vinculo	CTTC	CTTC	AcF	CTTC	Quadro	CTTC	CTTC	Quadro	CTTC	Quadro
Experiência profissional na área da enfermagem antes de ingressar no CHTV	"8 meses num lar e depois mais ou menos dois, três meses	não	"trabalhei dois meses como enfermeiro na privada"	não	não	não	não	Trabalhava periodicamente nas férias; pequena exp.	não	não

	entre hospital e centro de saúde"							Num lar e outra no Senegal		
Tempo de actividade profissional	3 anos	1 ano e 3 meses	4 anos e 3 meses	1 ano e 2 meses	6 anos	1 ano e 2 meses	1 ano e seis meses	9 anos	1 ano e 7 meses	6 anos
Tempo de actividade profissional no CHTV	2 anos (desde jun 03)	1 ano e 3 meses	4 anos e 1 mês	1 ano e 2 meses	6 anos	1 ano e 2 meses	1 ano e seis meses	4 anos e 6 meses	1 ano e 7 meses	6 anos
Outras profissões	não	não	eu jogava voleibol, na primeira divisão, era profissional e estudava"	não	tive na área de vendas durante uns meses lá	Empregada de mesa	não	Dava explicações enquanto estudava	Militar durante 2 anos antes de começar o curso	Não
Curso de língua portuguesa	não	não	não	não	sim, dado pelo hospital... 40 horas mais ou menos	Não	não	Sim, 2x/sem durante um ano	não	Sim, dado pelo hospital
Tempo que esperava ficar	3 anos	3 meses	3 anos	4 anos	3 anos	1 ano	3 anos	Definitivo	3 anos	3 meses
voltar	sim	sim	não	sim	não	sim	sim	não	sim	não

## **2 – TEMA: MOTIVAÇÕES DOS ENFERMEIROS ESPANHÓIS PARA TRABALHAR EM PORTUGAL**

<b>Categorias</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Ausência de trabalho em Espanha		<p>“não estava a trabalhar agora [em Espanha]”E1</p> <p>“como terminei o curso em Setembro... não tinha trabalho [em Espanha]”E2</p> <p>“lá em Espanha não há trabalho”E4</p>

		<p>“não consegui trabalho na área da enfermagem”E5</p> <p>“lá não havia trabalho”E6</p> <p>“já sabia que não ia trabalhar em Espanha [porque não havia trabalho]” E7</p> <p>“já estava farta de não trabalhar” E8</p> <p>“lá [em Espanha] é impossível encontrar emprego” E9</p> <p>“não havia trabalho”E9</p>
Enriquecimento do currículo profissional	Ganhar pontos	<p>“é preciso pontos (...) para trabalhar em Espanha” E1</p> <p>“[vim para Portugal] para ter mais pontos”E2</p> <p>"ganhar pontos para trabalhar em Espanha" E4</p> <p>“eu vinha cá (...) para tirar pontos”E6</p>
	Ganhar experiência	<p>“[vim para Portugal] para poder aprender outras coisas”E2</p> <p>“esperava estar cá um tempo a ganhar experiência”E5</p> <p>“em Espanha para trabalhar precisas de ter já trabalhado [em Portugal obtém-se experiência para trabalhar em Espanha]”E6</p>
Procura de melhores condições de trabalho	Contrato mais prolongado	<p>“[vim para Portugal] com intuito de encontrar um contrato melhor” E3</p> <p>“queria saber (...) como é que era ser enfermeiro continuamente”E3</p> <p>“[não queria] ser enfermeiro durante um mês, parar, ser enfermeiro durante outro mês, parar, que era o que acontecia em Espanha...” E3</p> <p>“já estava farta de só trabalhar nos verões”E8</p>
	Possibilidade de trabalhar no sector público	<p>“não gostei da experiência de trabalhar na privada [em Espanha]”E3</p> <p>“tudo [trabalho disponível] era privado e não me convém” E4</p>
Existência de Integração nos Serviços de Saúde Portugueses		<p>“eu vim (...) porque sabia que cá havia integração” E2</p> <p>“em Espanha (...) tu não tens o período de integração” E4</p>

		<p>“diziam que cá faziam integração”E6</p> <p>“em Espanha entras a trabalhar e não tens integração” E7</p> <p>“uma das razões pelo qual fiquei cá é pelo medo de ir trabalhar em Espanha (...) porque lá não há integração” E10</p>
Colegas		<p>“ uma colega minha disse-me que estava bem [a trabalhar em Portugal] e eu vim”E2</p> <p>“tinha colegas que já trabalhavam cá [no CHTV]” E3</p> <p>“como as minhas colegas vinham trabalhar aqui eu também vim” E4</p>
Conhecer Portugal/Divertimento		<p>“queria saber como é que isto [Portugal] era”E3</p> <p>“vim mais por causa da festa”E10</p>
Proximidade de Espanha		<p>“Portugal fica mais próximo de Espanha” E3</p>

### **3 – TEMA: PRÁTICAS ORGANIZACIONAIS DE INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL**

<b>Categorias</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Práticas de Integração Estrutural	Conhecimento dos órgãos de gestão	<p>"nesse dia [primeiro dia] fui à direcção com a Maria [enf. espanhola]" E1</p> <p>"no dia que comecei a trabalhar (...) estive a falar com a chefe" E1</p> <p>“ no primeiro dia (...) ficámos aqui à espera da chefe até [para ter uma reunião]" E2</p> <p>“tive a falar com o director antes de vir para aqui [serviço]" E2</p> <p>“[no primeiro dia ] fui à direcção de enfermagem” E3</p> <p>“tive uma reunião inicial com a chefe” E3</p> <p>“No primeiro dia (...) fiquei a falar com a chefe” E4</p> <p>“no primeiro dia fui à Direcção de Enfermagem” E4, E9</p> <p>“no primeiro dia fomos falar com o director” E5</p>

		<p>“fiquei a falar com a chefe” E5</p> <p>“no primeiro dia falámos com o director “E6</p> <p>“ele [director ] apresentou-nos à enfermeira chefe” E6</p> <p>“combinámos com a chefe às 8h” E6</p> <p>“no segundo dia conheci a chefe”E7</p> <p>“fiquei a falar com ela [chefe]” E7</p> <p>“no primeiro dia vim falar com a enfermeira directora” E7, E8</p> <p>“no segundo dia reuni-me com a chefe” E8</p> <p>“no primeiro dia tinha combinado com o chefe uma reunião” E9</p> <p>“tive uma reunião com a directora de enfermagem”E10</p> <p>“vim falar com a chefe antes de começar a trabalhar”E10</p>
	<p>Conhecimento do espaço físico</p>	<p>“o resto do hospital eu fui conhecendo aos poucos com os colegas” E1</p> <p>“foi ela [colega espanhola] quem me trouxe a conhecer o serviço” E1</p> <p>“[a enfermeira chefe] mostrou-nos o hospital” E2</p> <p>“a enfermeira directora mostrou-me como é que eram os serviços do hospital”E3</p> <p>“a enfermeira directora mostrou-me (...) qual a composição do hospital”E3</p> <p>“a enfermeira directora mostrou-me (...) qual era população” E3</p> <p>“o director mostrou-me o serviço” E4</p> <p>“foram as minhas colegas que me foram mostrando o hospital” E4</p> <p>“ a Joana [enfermeira coordenadora] foi quem nos mostrou o hospital” E6</p> <p>“a chefe mostrou-nos o serviço” E6</p>

		<p>“o enfermeiro director mostrou-me o hospital” E7</p> <p>“o enfermeiro director mostrou-me o serviço” E7</p> <p>“fomos [entrevistado e enfermeiro chefe] dar uma visita pelo hospital” E8</p> <p>“a directora trouxe-me ao serviço e apresentou-me ao chefe” E8</p> <p>“primeiro fiz um passeio no serviço com o chefe” E8</p> <p>“foi ele [enfermeiro coordenador] que se encarregou de me mostrar o hospital” E10</p> <p>“foi ele [enfermeiro coordenador] que se encarregou de me mostrar (...) todos os aparelhos do serviço” E10</p>
	Conhecimento de normas	<p>“foi a chefe quem me explicou o horário” E1</p> <p>“já havia cá espanhóis que me tinham explicado como tudo isso funcionava [horário de trabalho, folgas, gozo de férias e feriados, trocas]” E2</p> <p>“foi a chefe que me explicou do horário e das trocas” E3, E4</p> <p>“foi a enfermeira directora que me explicou como funcionavam os turnos extraordinários” E5</p> <p>“fui-me apercebendo como funcionava em termos de horário” E6</p> <p>“fui-me apercebendo como funcionava em termos de (...) de folgas” E6</p> <p>“a chefe é que me explicou o horário de trabalho e dias de folga” E7</p> <p>“demorei tempo a perceber que a noite do horário começava no dia anterior” E8</p> <p>“foi mais pelos colegas é que fiquei a saber o horário de trabalho” E9</p> <p>“foi mais pelos colegas é que fiquei a saber as folgas” E9</p> <p>“foi mais pelos colegas é que fiquei a saber os turnos” E9</p> <p>“foi a chefe que me explicou os horários” E10</p>
	Conhecimento do núcleo	<p>“foi a chefe que me apresentou aos colegas” E1</p>

	operacional	<p>“foi a Ana [enfermeira coordenadora] que me apresentou aos colegas nas passagens de turno” E2</p> <p>“a chefe (...)é que me apresentava aos novos colegas” E3</p> <p>”alguns colegas espanhóis (...)é que me apresentava aos novos colegas” E3</p> <p>“eu é que me apresentava aos novos colegas” E3</p> <p>“fui apresentada aos colegas de trabalho pela chefe”E6</p> <p>“fui apresentada aos colegas de trabalho (...) pela enfermeira Ana [enfermeira coordenadora]” E6</p> <p>“foi a chefe que me apresentou aos colegas” E10</p>
Práticas de Integração Instrumental	Coordenação do Processo de Integração	<p>“suponho que a chefe e a Ana [orientadora] conversavam sobre a minha avaliação”E1</p> <p>“”tive várias reuniões com a chefe para ver como corria a integração” E1</p> <p>”tinha sempre uma colega comigo, mas não ficava sempre com a mesma” E1</p> <p>“suponho que a chefe e a Ana [integradora] conversavam sobre a minha avaliação”E1; “acho que elas [enfermeira chefe e</p> <p>“a chefe está sempre por perto” E1</p> <p>”fiquei com a Ana [enfermeira espanhola, com vários anos de serviço] e, sempre que ela não estava, ficava com a Ilda [enfermeira portuguesa, com vários anos de serviço]” E2</p> <p>nunca me lembro de ter sido avaliada”E2</p> <p>“[Na reunião com a chefe] ela disse que ia ficar com um elemento para me integrar melhor”E3</p> <p>“ao fim de três semanas a fazer manhãs tive uma nova reunião com a enfermeira chefe onde foram avaliadas as minhas dificuldades e onde ela me disse o que ela acha que eu necessitava de melhorar.” E3</p> <p>“acho que elas [enfermeira chefe e orientador] conversavam sobre mim” E3;</p> <p>“Havia também a preocupação de colocar comigo um elemento mais experiente” E3</p>

		<p>“tive reuniões [de avaliação] com a chefe, várias vezes”E4.</p> <p>“na passagem de turno a chefe sempre via as notas que eu registava para ver se eu percebia” E4</p> <p>“tive reuniões [de avaliação] com a chefe, várias vezes”E4.</p> <p>“eu comecei por fazer turnos com ela [colega espanhola] durante um mês”E4</p> <p>“O outro mês fiz só manhãs com outra enfermeira portuguesa”E4</p> <p>“nunca me lembro de ter sido avaliada”E2; “nunca tive nenhuma reunião de avaliação”E5</p> <p>“eu vinha fazer o turno e quem cá estava explicava-me as coisas” E5</p> <p>“nunca tive nenhuma reunião de avaliação”E5</p> <p>“estive primeiro com uma colega portuguesa e depois com uma colega espanhola” E6</p> <p>“foi a chefe que decidiu por mim o tempo de integração” E6</p> <p>“como fiz só manhãs na integração e o meu orientador estava de <i>rolemant</i>, tive mais do que um orientador durante a integração” E7</p> <p>“não houve reuniões de avaliação da integração” E7</p> <p>“o chefe ia-me perguntando como estava a correr tudo” E8</p> <p>“o chefe falava com ela [orientadora] para saber se eu estava preparada ou não” E8</p> <p>“a Ana [enfermeira portuguesa com experiência] é que ficou sempre comigo” E8</p> <p>“o enfermeiro chefe perguntava se estava tudo bem” E9</p> <p>“a Teodora [enfermeira portuguesa] foi quem começou a fazer a minha integração durante duas semanas, só de manhãs”E9</p> <p>“Ao fim de duas semanas comecei a trabalhar com a Maria [enfermeira espanhola]” E9</p> <p>“ia ficando com o pessoal da manhã” E10</p> <p>“não houve reuniões de avaliação da minha integração” E10</p>
	<p>Período de Integração</p>	<p>“tive em integração só de manhãs dois meses, depois comecei a fazer tardes e noites só mais tarde” E1</p> <p>“acho que ainda não estou completamente integrada mas estou mais segura...”E1</p>

		<p>“tive dois meses de manhãs e depois comecei as contar como elemento” E2</p> <p>“eu comecei a contar como elemento no dia em que a minha orientadora faltou”E2</p> <p>“Acho que o tempo de integração foi suficiente”E2</p> <p>“se não acontecesse nada de especial podíamos fazer as coisas”E2</p> <p>“tive três semanas a fazer manhãs (...) e comecei a fazer tardes e noites acompanhado mais um horário [quatro semanas]”E3</p> <p>“as necessidades do serviço eram muitas e eu tinha que começar a trabalhar”E3</p> <p>“[comecei a trabalhar] o que não quer dizer que eu estivesse perfeitamente integrado”E3</p> <p>“ainda não estava muito seguro de mim”E3</p> <p>“tinha dúvidas”E3</p> <p>“[no fim da integração] eu já me sentia preparada”E4</p> <p>“a minha integração foi mais ou menos duas semanas de manhãs” E5</p> <p>“foram duas semanas [de integração] porque o serviço estava a precisar de pessoal”E5</p> <p>“eu não me sentia minimamente preparada”E5</p> <p>“eu tive um mês de manhãs (...) e outro horário [quatro semanas] em que nas tardes e noites estava acompanhada e depois já fiquei sozinha” E6</p> <p>“acho que sim [o tempo de integração foi suficiente]”E6</p> <p>“o que eu tinha era medo, mas acho que era o mesmo se estivesse em Espanha”E6</p> <p>“estive cerca de cinco meses de integração acompanhada” E7</p> <p>“ao fim de dois meses comecei a fazer tardes e a partir do quarto mês comecei a fazer noites” E7</p> <p>“fiz um total de três semanas de integração” E8</p> <p>“só tive três semanas de integração por causa do serviço”E8</p>
--	--	--

		<p>“eu gostava de ter ficado mais tempo acompanhada” E8</p> <p>“a minha integração durou mais ou menos três semanas” E9</p> <p>“ao fim desse tempo[três semanas] acho que estava preparado”E9</p> <p>“não me lembro quanto tempo estive de integração”E10</p> <p>“havia pessoal a mais, então a chefe deixou-me a fazer manhãs durante sete meses (...) só depois é que entrei em <i>rolemanf</i>”E10</p> <p>“[o tempo de integração] foi suficiente”E10</p>
	<p><b>Exercício da Enfermagem</b></p>	<p>“a chefe sempre dizia: esta semana é para olhar os protocolos”E1</p> <p>“nesta semana tu não fazes nada e ficas a ver... ” E1</p> <p>" era a Ana [orientadora] quem decidia cada dia, consoante as coisas iam acontecendo E2</p> <p>“Quando [colegas] iam fazer alguma técnica estavam sempre a chamar” E2</p> <p>“no primeiro dia ficámos logo a ver as higiènes até ao fim do turno” E2</p> <p>“todos os enfermeiros têm grande disponibilidade para explicar qualquer coisa” E2</p> <p>“eles [enfermeiros] estavam sempre a dizer que se precisasse de alguma coisa podia perguntar” E2</p> <p>“deu para perceber muito bem o que se deve ou não fazer num serviço [com a ajuda do orientador]”E3</p> <p>“terminei por aprender determinadas condutas que não devia ter junto dos outros” E3.</p> <p>“aprendi muito [com os auxiliares de acção médica] e ainda continuo a aprender” E3</p> <p>“os auxiliares (...) davam-me dicas” E3</p> <p>“Ela [orientadora] também me ensinou a forma de ter um boa relação com os doentes” E3</p> <p>“ia-me [orientadora] explicando as coisas com as situações que apareciam” E4</p> <p>“quando a chefe viu mais ou menos via que eu soltava-me mais, que ia fazendo as coisas ela ia-me deixando numa sala sozinha, depois um bocadinho mais” E4</p> <p>“ [enfermeiros] estão sempre a perguntar se percebo tudo” E4</p>

		<p>“ [enfermeiros] estão sempre a perguntar se (...) preciso de alguma coisa” E4</p> <p>“eu ao princípio ia com outra enfermeira fazer as coisas” E4</p> <p>“a pessoa que estava comigo tentava combinar o que eu fazia” E4</p> <p>“ao princípio olhava para as notas anteriores e procurava parecido para explicar o que tinha de dizer” E4</p> <p>“ou preparava a medicação ou ia preparar os soros” E4</p> <p>“só passei o turno ao fim de duas semanas” E6</p> <p>“comecei a escrever notas ao fim duma semana” E6</p> <p>“os registos foi só com a Maria [orientadora espanhola] que me explicava em espanhol como era” E6</p> <p>“ajudava a minha orientadora nas higiènes ou a preparar medicação” E6</p> <p>“fui-me apercebendo da minhas tarefas (...) no dia-a-dia” E7</p> <p>“fui-me apercebendo da minhas responsabilidades (...) no dia-a-dia” E7</p> <p>“o chefe, os colegas e os orientadores ajudaram a que eu percebesse como tudo isto funcionava” E7</p> <p>“cada dia a colega que me orientava dava uma prioridade” E8</p> <p>“ela [orientadora] tinha na cabeça dela um plano para a minha integração” E8</p> <p>“o orientador sempre me perguntava como eu me estava a sentir e o que eu queria fazer” E8</p> <p>“ao princípio ela [orientadora] dava mais importância que eu fosse tomando contacto com as coisas” E8</p> <p>“ao princípio ela [orientadora] dava mais importância que eu fosse tomando contacto com (...) a língua” E8</p> <p>“depois pouco a pouco é que me foi falando das minhas tarefas” E8</p> <p>“ela [orientadora] dizia mais ou menos o que eu tinha de escrever” E9</p> <p>“as coisas iam acontecendo e eu ia aprendendo” E9</p> <p>“as pessoas que me acompanhavam diariamente é que me explicavam as rotinas e diziam o que tinha de fazer” E10</p>
	<b>Documentação</b>	“[relativo à informação dada nos primeiros dias] não fixei praticamente nada... porque não deram nenhum papel, nenhum documento

		<p>para fixar mais a pormenor em casa” E3</p> <p>“não me deram nenhuns documentos” E1, E2, E4, E5, E6</p> <p>“deram-me [enfermeiro chefe] umas folhas com tudo programado: de dia tal a tal, tens de saber isto” E7</p> <p>“não me forneceram dados em relação à instituição” E7</p> <p>“informaram-me que havia uma exposição na entrada com informação sobre o hospital”E8</p> <p>“mas não me deram nada escrito para poder estudar” E8</p> <p>“nunca me deram nada escrito sobre a integração” E9</p> <p>“o enfermeiro coordenador mostrou-me documentos que falavam sobre o hospital,” E10</p>
--	--	--

#### **4- TEMA: ASPECTOS QUE INTERFEREM NA INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS ESPANHÓIS**

<b>Categorias</b>	<b>Sub-Categorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Aspectos facilitadores da integração	Relativamente à interação estabelecida com os outros	<p>“as auxiliares ajudam-me muito” E1</p> <p>a partir do momento que comecei a construir relação com os outros foi muito mais fácil a minha integração” E1</p> <p>“acho que nunca me senti só porque estou a conviver com gente que gosto” E2</p> <p>“foi bom ter uma colega que entrou ao mesmo tempo que eu e era também espanhola... se ela percebia qualquer coisa mais do que eu, ela explicava ou o contrário”E2</p> <p>“trocávamos experiências [as duas enfermeiras espanholas em integração]” E2</p> <p>“os auxiliares também nos ajudaram na integração” E2</p> <p>“fui bem recebida” E2</p> <p>“saio frequentemente com os colegas do serviço” E2</p> <p>“fora do hospital a relação com o meu colega, a minha mulher e com a que é hoje minha sogra foram fundamentais [para ficar no serviço durante o período de integração] porque eu terminei por criar uma mini-família aqui e não ter tanta nostalgia</p>

		<p>e tantas saudades da parte familiar" E3</p> <p>"a maior parte dos colegas sempre me ajudaram" E3</p> <p>"sinto que fui bem recebido pelos doentes"E3</p> <p>"os auxiliares tiveram um papel fundamental na integração" E3</p> <p>" Com os colegas criei uma relação bastante boa"E3</p> <p>"isto foi um ponto fundamental para eu ficar aqui" E3</p> <p>"a relação que estabeleci com os outros foi muito importante porque é tão importante gostar do trabalho como da gente que trabalha contigo" E4</p> <p>"a gente era muito simpática e ajudavam muito em tudo" E4</p> <p>"a forma como és recebida em Portugal é muito melhor do que em Espanha" E4</p> <p>"acho que se preocupam comigo porque estão sempre a perguntar (...) se preciso de alguma coisa" E4</p> <p>"a relação com os colegas foi muito importante na minha integração" E6</p> <p>"houve colegas que nunca me deixaram sozinha em casa quando as minhas colegas iam para Espanha" E6</p> <p>"a equipa ajudou na integração porque nos aceitou" E6</p> <p>"os colegas sempre me ajudaram" E6</p> <p>"a equipa ajudou muito porque nos aceitou" E6</p> <p>"as auxiliares sempre nos ajudaram muito" E6</p> <p>"eu sentia-me tão bem que acho que isso contribuiu para que ficasse bem integrada" E8</p> <p>"o pessoal foi o mais importante na minha integração" E8</p> <p>"para mim a relação que estabeleci com a minha orientadora foi muito importante" E8</p> <p>"é das melhores colegas e amigas que tenho aqui [enfermeira orientadora]" E8</p>
--	--	--

		<p>“alguns elementos da minha equipa são também meus amigos” E8</p> <p>“os auxiliares ajudaram na minha integração” E 8</p> <p>“aqui trataram-me muito bem” E9</p> <p>“fui muito bem recebido” E9</p> <p>“a minha integração evoluiu muito quando comecei a conhecer gente “ E9</p> <p>“ajudou este ambiente de família” E10</p> <p>“a relação que construí com os outros foi muito importante para que me integrasse no serviço” E10</p> <p>“para mim isto aqui é uma mini-família” E10</p> <p>“saio várias vezes com os colegas” E10</p>
	<p>Sentimentos de satisfação</p>	<p>“gosto de tudo no serviço” E1</p> <p>“sempre gostei de medicina interna porque é onde se vê mais coisas” E2</p> <p>“o que eu gosto mais é a relação com os doentes” E3</p> <p>“é uma equipa jovem”E3</p> <p>“é uma equipa dinâmica”E3</p> <p>“é uma equipa (...) que se consegue relacionar bastante bem”E3</p> <p>“é uma equipa (...) que se preocupa muito com o doente”E3</p> <p>“gosto do meu serviço (...) porque é muito completo” E6</p> <p>“gosto do meu serviço (...) porque se aprende muito” E6</p> <p>“é um serviço que me agrada em tudo” E7</p> <p>“é um serviço que me motiva para continuar a trabalhar” E7</p> <p>“a equipa de enfermagem funciona bem” E7</p>

		<p>“o serviço (...) é uma fonte incrível de experiência” E8</p> <p>“o trabalho deste serviço é muito dinâmico” E9</p> <p>“aqui [no meu serviço] a gente é parecida com a gente de Espanha” E9</p> <p>“gosto muito da equipa”10</p>
	Relativamente ao orientador	<p>“ter uma pessoa sempre comigo ajudou-me a não estar tão perdida e a ser organizada” E1</p> <p>“ter a Ana [orientadora espanhola] sempre comigo ajudou muito porque ela também falava espanhol” E2</p> <p>“o meu integrador também me dava segurança” E3</p> <p>“ela [orientadora] explicava-me como ia tudo” E6</p> <p>“ajudou ter alguém perto com vários anos de experiência” E6</p> <p>“eu sentia que havia muita disponibilidade da parte dela [enfermeira orientadora] E8</p> <p>“ter uma colega sempre comigo facilitou porque transmitiu segurança” E10</p> <p>“ela [a orientadora] ajudou-me a tirar a ansiedade e o medo iniciais” E10</p>
Aspectos inibidores da integração	Comunicação ineficaz	<p>“falar por telefone” E1</p> <p>“falar com os médicos” E1</p> <p>“esclarecer uma dúvida ao doente” E1</p> <p>“o que mais me preocupava era o português” E1, E7</p> <p>“foi um horror porque não percebia nada”E1, E7</p> <p>“não percebia nada” E1, E4, E5, E7,</p> <p>“eu não conhecia ninguém” E2</p> <p>“era muito difícil [comunicar] porque não percebia nada” E2</p> <p>“não percebia o que o doente estava a dizer” E2</p>

		<p>“quando atendia o telefone e não percebia” E2</p> <p>“preocupava-me com o idioma” E2, E3, E4, E6, E10</p> <p>“eu acho que com o doente no início a relação ficou prejudicada pela falta de comunicação verbal,” E3</p> <p>“ter que estar a chatear as pessoas para perguntar” E3</p> <p>“preocupava-me (...) não perceber os outros” E4</p> <p>“eu no início não dizia nada ao doente (...) porque não tinha vocabulário” E5</p> <p>“a minha principal preocupação era não perceber o doente” E6</p> <p>“comunicar com as pessoas” E5</p> <p>“preocupava-me (...) não saber o que ele [médico] me estava a dizer naquela situação [de urgência]” E6</p> <p>“as maiores dificuldades foram na linguagem” E7</p> <p>“sou uma pessoa extrovertida e tento falar com todos só que no início era mais difícil por causa da língua” E8</p> <p>“nos primeiros dia foi um bocado baralhado porque não percebia nada” E8</p> <p>“tinham [os outros] que falar muito devagar” E8</p> <p>“no início não comunicava muito porque era preciso um esforço muito grande para nos entendermos” E8</p> <p>“com o doente era complicado (...) por causa do idioma ninguém percebia ninguém” E9</p> <p>“com a barreira da língua era muita complicado relacionar-me com a minha orientadora” E9</p> <p>“no primeiro dia fiquei no serviço com os colegas a tentar perceber o que eles falavam e eles a tentar perceber o que eu falava” E10</p> <p>“a principal dificuldade foi o idioma” E10</p>
	Diferenças profissionais	<p>“aqui os enfermeiros têm mais decisão “ E1</p> <p>“nós íamos com os médicos pelos quartos”E2</p>

		<p>“eles [médicos] falavam com os doentes e faziam revisões de terapêutica e nós escrevíamos logo no processo”E2</p> <p>“tirar sangue”E2</p> <p>“[fazer] ECG”E2</p> <p>“Em Espanha não damos banhos aos doentes”E2;</p> <p>“fazer gasimetrias”E2</p> <p>“a diferença está na forma de olhar o doente”E3</p> <p>“a visão que se tem do doente em Espanha não é uma visão holística como cá” E3</p> <p>“lá tudo está orientado para a tarefa”E3</p> <p>“isso [diferença de visão] dificultou a minha integração cá” E3</p> <p>“o enfermeiro lá está encarregue de (...) fazer ECG” E3</p> <p>“o enfermeiro lá está encarregue de (...) ver se os RX estão ou não”E3</p> <p>“ele [enfermeiro]está encarregue de ver se os exames de diagnóstico estão feitos ou não”E3</p> <p>“o enfermeiro lá está encarregue de (...) gasimetrias”E3</p> <p>“lá os enfermeiros (...) não dão banho aos doentes”E3</p> <p>“os banhos são dados pelas auxiliares”E3</p> <p>“quando o enfermeiro chega ao pé do doente o banho está dado”E3</p> <p>“quando o enfermeiro chega ao pé do doente (...)o doente está posicionado para o enfermeiro fazer determinada actividade terapêutica”E3</p> <p>“o rácio lá é de 1 enfermeiro para 15 doentes (...)e eu tenho aqui 6 ou 7 doentes” E3</p> <p>“há mais pessoal: existem 2 zeladores por serviço, que são as pessoas que fazem a força, 5 auxiliares..., às vezes são 6 enfermeiros de manhã” E4</p>
--	--	--

		<p>“cá trabalha-se muito mais” E4</p> <p>“lá não damos banhos”E4;</p> <p>“a higiene lá é feita pelas auxiliares” E5, E6</p> <p>“aqui é tudo muito mais complicado porque há muita papelada” E7</p>
	<p>Nova cultura</p>	<p>“não é a minha terra, estou longe dos meus pais, dos meus amigos” E1</p> <p>“mudaram (...) os horários de comer” E1</p> <p>” nós aqui [enfermeiros espanhóis] trabalhamos das oito às cinco, depois vamos para casa, vamos tomar um café ou qualquer coisa ou ficamos em casa e não saímos mais, a não ser para comprar comida ou qualquer coisa... Quando estava lá ia com a minha mãe pela manhã fazer qualquer coisa, depois combino com uma amiga para tomar café, ir às lojas, dar uma volta... saio com amigos e namorado e volto a casa à meia noite ou 1 da manhã” E2</p> <p>“estávamos habituados a um horário[de trabalho] diferente” E2</p> <p>“saíamos mais cedo” E2.”</p> <p>“adaptei-me à comida portuguesa” E3</p> <p>“adaptei-me a novos horários” E3</p> <p>“acho que as pessoas aqui em Portugal são mais centradas no trabalho”E3</p> <p>“em Espanha para as pessoas a relação social é mais importante”E3</p> <p>“aqui a relação social está um bocado de lado”E3</p> <p>“ as pessoas [portuguesas] não têm uma relação tão próxima [como os espanhóis]”E3</p> <p>“em Espanha convivemos todos um bocado depois do trabalho”E3</p> <p>“depois desse convívio é que iamos para casa”E3</p> <p>“aqui em Portugal não é tão frequente [o convívio]” E3</p>

		<p>“o horário [de trabalho em Portugal] é muito mais longo” E4</p> <p>“em Espanha eu saio para a rua e vejo muita gente”E5</p> <p>“vou a um parque e está sempre cheio de meninos”E5</p> <p>“vou para as cafetarias e está cheio de gente”E5</p> <p>“aqui é tudo mais calmo” E5</p> <p>“cá as pessoas fazem as refeições muito cedo” E6</p> <p>“lá nós vamos tomar tapas durante a noite”E7</p> <p>“aqui está tudo fechado às sete da tarde” E7</p> <p>“os horários das refeições também mudaram” E7</p> <p>“a minha alimentação também mudou [composição]” E7</p> <p>“os horários das refeições (...) são mais cedo” E8</p>
	Sentimentos negativos	<p>“na passagem de turno fico muito nervosa porque acho que ninguém percebe nada” E1</p> <p>“eu ao principio (...) não gostava de ninguém e pensava que ninguém gostava de mim. E1</p> <p>“eu sempre penso que eles são enfermeiros e eu sou uma idiota... não me sinto igual” E1</p> <p>“nos primeiros dias sentia-me perdida”E2</p> <p>“houve muitos momentos que me senti só” E3</p> <p>“considerava-me um bom aluno em Espanha e cá eu sentia-me completamente estúpido, pensava que não sabia nada” E3</p> <p>“estive com as malas feitas para ir embora... não fui porque pensei que tinha que ultrapassar esta situação”E3</p> <p>“tive muitas vezes vontade de ir embora para casa”E4;</p> <p>“somos um bocadinho um estorvo” E4</p>

		<p>“dificultamos o trabalho [do integrador]” E4</p> <p>“vão [os integradores] devagar por nossa culpa” E4</p> <p>“na passagem de turno tinha muita vergonha porque ninguém percebia” E4</p> <p>“sentiu-me muitas vezes sozinha e chorava” E4</p> <p>“acho que não era nada desejada” E5</p> <p>“chegava sempre a chorar a casa, a pensar que não me adaptava” E5</p> <p>“muitas vezes senti-me sozinha” E5</p> <p>“ficava muito frustrada por não conseguir perceber” E5</p> <p>“ficava muito frustrada por não (...) ser entendida” E5</p> <p>“toda a gente olhava para nós e pensavam ‘quem são?’” E6</p> <p>“eu acho que nós [enfermeiros espanhóis] estamos menos preparados do que vocês [enfermeiros portugueses]” E6</p> <p>“não temos [enfermeiros espanhóis] tantos conhecimentos” E6</p> <p>“o meu primeiro dia no hospital foi horrível” E7</p> <p>“sentia-me isolada” E7</p> <p>“nos primeiros dias pensei: ‘o que estou a fazer aqui? Porque não fiquei na minha casa?!’” E7</p>
	<p>Relativamente à interação estabelecida com os outros</p>	<p>“não gostei muito dos colegas” E1</p> <p>“a minha impressão dos colegas ao princípio foi muito má” E1</p> <p>“era um grupo [colegas] muito fechado” E1</p> <p>“alguns médicos aceitaram-nos bem outros não” E1</p> <p>“os médicos no início preferiam a enfermeira portuguesa” E2</p> <p>“havia determinados elementos que eram um bocado renitentes à chegada dos espanhóis” E3</p>



		<p>“os auxiliares pensam que por sermos espanhóis somos de categoria inferior” E5</p> <p>“as colegas (...) não tinham nada a ver comigo por isso a relação que tinha com elas era basicamente profissional” E5</p> <p>“isso [fraca relação com as colegas] não ajudou nada” E5.</p> <p>“parecia que por seres espanhola não olhavam [os médicos] para ti” E6</p> <p>“eu acho que há gente que não gosta dos espanhóis” E7</p> <p>“há gente que faz diferença entre os espanhóis e os portugueses” E7</p> <p>“senti da parte deles [médicos] alguma hostilidade” E8</p> <p>“era como se uma enfermeira espanhola fosse tirar o posto duma enfermeira portuguesa” E10</p>
	<p>Falta de Segurança Profissional</p>	<p>“tive muita dificuldade em picar soro” E1</p> <p>“[poucos] conhecimentos de ortopedia” E1</p> <p>“as minhas dificuldades eram (...) a falta de segurança em determinadas coisas” E3</p> <p>“era a primeira vez que estava a trabalhar... e estás a tratar de pessoas, não é?! Imagina se faço qualquer coisa mal, qualquer coisa de medicação... por exemplo, uma coisa directa que não deva ser [entenda-se por via endovenosa sem diluição adicional à embalagem], ou qualquer coisa assim!” E4</p> <p>“tinha duvidas na forma de fazer os pensos” E4</p> <p>“ não sabia que pensos tinha que pôr numa úlcera” E4</p> <p>“medo de errar como sempre que faço coisas pela primeira vez” E5</p> <p>“eu tinha medo de tudo” E8</p> <p>“quando chegava uma urgência me dava um pânico!” E8</p> <p>“tinha medo de me enganar na medicação” E10</p> <p>“eu saí da escola e vim para cá (...) era tudo novo” E10</p> <p>“se te equivocas?! Estás a lidar com a vida dum bebé” E10</p>

**5- TEMA: ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA ULTRAPASSAR AS DIFICULDADES**

Categorias	Unidades de Registo
Relacionadas com a barreira linguística	<p>“estudo português” E1</p> <p>“leio os livros do filho da chefe, que tem oito anos” E1</p> <p>“uso o dicionário” E1</p> <p>“comprei um dicionário” E2</p> <p>“ tinha um livro da gramática” E2</p> <p>“li muito em português” E3</p> <p>“fiz uma formação de 35h de português para estrangeiros” E3</p> <p>“ao princípio olhava para as notas anteriores e procurava parecido para explicar o que tinha de dizer” E4</p> <p>“perguntava e a colega soletrava as palavras” E4</p> <p>“ver filmes com legendas em português” E6</p> <p>“fomos à biblioteca e tiramos livros em português para ir aprendendo os verbos” E6</p> <p>“utilizámos o dicionário” E6</p> <p>“utilizámos (...) livros de leitura para adquirir vocabulário” E6</p> <p>“era só copiar o registo do turno anterior e depois pedia para corrigir” E6</p> <p>“eu tinha uma livreta pequenita com as várias opções que tinha para escrever nas notas” E8</p>
Relacionadas com falta de conhecimentos / experiência	<p>“leio livros de ortopedia “ E1</p> <p>“pedia ajuda a uma colega” E2</p> <p>“recorria aos colegas” E3</p> <p>“fiz muita formação na área da enfermagem” E3</p>

	<p>“tinha um caderno onde apontava as minhas dúvidas”E3</p> <p>“apontava [num caderno] os conteúdos para poder consultar.” E3</p> <p>“quando tenho dúvidas vou a qualquer colega minha (...) e pergunto” E4</p> <p>“quando tenho dúvidas vou à chefe (...) e pergunto”E4</p> <p>“perguntava aos colegas” E6</p> <p>“para ultrapassar o medo eu ia ver as coisas que me assustavam” E8</p> <p>“quando não sei alguma coisa chamo outro colega”E9</p> <p>“quando não sei alguma coisa (...) fico a observar” E9</p>
--	---

#### **6- TEMA: SUGESTÕES PARA UMA MELHOR INTEGRAÇÃO PROFISSIONAL**

<b>Categorias</b>	<b>Unidades de Registo</b>
Em relação à organização do período de integração	<p>“acho que a integração podia ser mais organizada”E1</p> <p>“a integração podia ser mais (...) arrumada” E1</p> <p>“a chefe ou enfermeiro coordenador podiam pensar num plano”E1</p> <p>“podiam (...) cumprir [um plano de integração] para não ser tanto tempo” E1</p> <p>“deveria ser duas ou três semanas de manhãs e depois tarde e noite” E1</p> <p>“a integração deveria ser por metas... quando tiveres feito, por exemplo, cinco altas ou... assim tocando em todas as coisas que se fazem” E2</p> <p>“ao princípio para te integrares nestas coisas de papeletas é melhor uma espanhola” E4</p> <p>“numa primeira fase era bom que fossemos integrados por um colega espanhol com experiência para explicar as coisas”E5</p> <p>“só depois deviam passa para um português para aprender a língua”E5</p> <p>“acho que a integração devia ser um bocadinho mista” E5</p>

	<p>“a integração devia ser mais curta” E7</p> <p>“se estás sempre a depender de outro acabas por não te esforçar tanto [refere-se a integrações prolongadas]” E7</p> <p>“o tempo de integração devia ser maior” E8</p> <p>“a primeira pessoa a integrar um espanhol devia ser um espanhol para aprender a língua” E8</p> <p>“acho muito importante haver um guia escrito com os protocolos de actuação” E8</p> <p>“que a integração comesse com um enfermeiro espanhol [como integrador]” E9</p> <p>“é desnecessário os registos serem explicados por uma enfermeira espanhola” E6</p>
Em relação ao Orientador	<p>“devia ser só uma pessoa a estar comigo” E1</p> <p>“teria ajudado se tivesse alguém sempre comigo” E5</p> <p>“é importante ter uma referência certa de alguém” E5</p> <p>“ajuda ter sempre a mesma pessoa a orientar”(…) porque segues umas pautas”</p> <p>“ganhas rotinas [quando o orientador é sempre o mesmo]” E6</p>
Em relação à admissão de enfermeiros espanhóis	<p>“acho que nenhum enfermeiro espanhol devia ser admitido sem receber uma formação em língua portuguesa” E3</p> <p>“devia ser previamente paga [formação em língua portuguesa] pelo hospital, mesmo que fosse logo descontado no primeiro ordenado” E3</p> <p>“não acho bem que Portugal receba pessoas que não saibam falar português” E5</p>