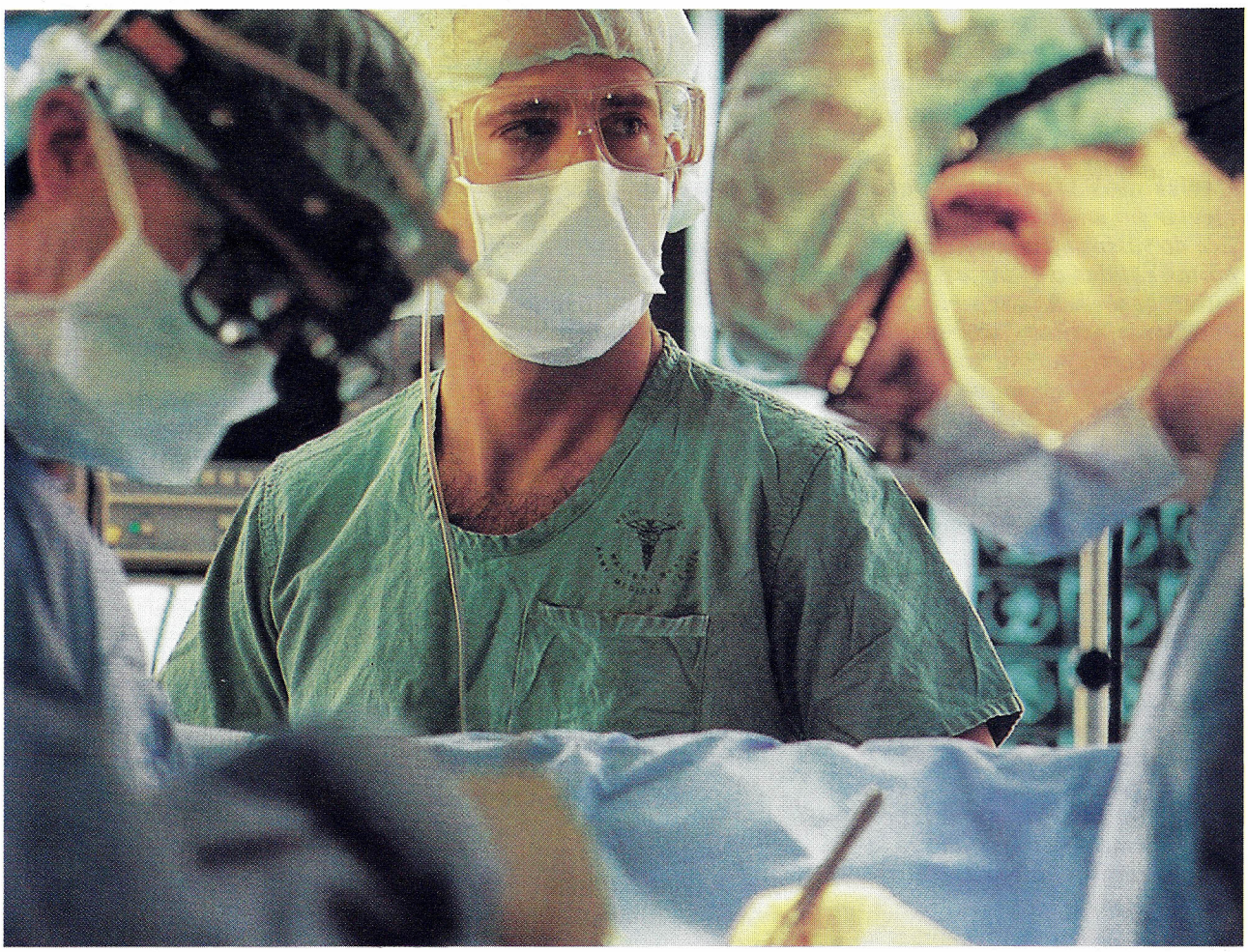
AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS E OS MODELOS DE ENFERMAGEM

JOÃO MANUEL GALHANAS MENDES
Prof. Adjunto na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus - Évora



RESUMO:

Neste artigo analisam-se as práticas profissionais no exercício de enfermagem e estabelece-se a sua ligação com o modelo biomédico e com os modelos de enfermagem. Recorremos a uma breve descrição da evolução do papel sócio-profissional da enfermeira no contexto prestação de cuidados, caracterizámos os modelos referidos estabelecendo a ligação com as práticas profissionais.

Tendo em consideração a actual tendência das práticas profissionais, torna-se importante incentivar a análise crítica dessas mesmas práticas pelos seus actores.

1. A EVOLUÇÃO DO PAPEL SÓCIO-PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA

A enfermagem continua a desempenhar uma função social de primordial importância na área da saúde, função que ao longo dos anos se veio consolidando e diferenciando como resultado de uma actividade que tem trazido grandes benefícios ao homem nos momentos mais difíceis da existência da humanidade. As grandes divergências de pensamento sobre aquilo que é a essência da prática profissional, são o resultado das circunstâncias que têm acompanhado a evolução desta profissão ao longo da história da humanidade. É uma actividade hereditária de um passado cheio de tradições, regras morais, deveres, representações e rituais que emerge hoje envolta num processo de simbiose da tradição e da modernidade, onde os seus actores viveram e continuam a viver experiências únicas de práticas profissionais. Este reencontro de tradição num contexto de modernidade, assim como o papel cognitivo das dinâmicas de recriação e de reconstrução das representações das práticas profissionais, originam concepções diferentes sobre o efectivo papel da enfermeira na sociedade actual.

A história da enfermagem faz parte integrante da história das sociedades ao longo dos tempos; contudo, foi com a formação em Escolas de Enfermagem desde 1878 que a enfermeira se tornou o pivot do movimento de profissionalização da profissão de *enfermeira* (COLLIÈRE, 1989).

Desde os primeiros tempos que a prática dos cuidados era totalmente exercida por mulheres, daí o peso da imagem feminina que sempre acompanhou e ainda hoje acompanha o exercício da enfermagem (COLLIÈRE 1989; SIMEÃO 1990).

É utilizado frequentemente nas produções escritas sobre esta área de conhecimentos o termo enfermeira quando se refere o profissional de enfermagem independentemente do sexo, por influência da história desta profissão e por tratar-se ainda hoje de um grupo profissional predominantemente feminino (RIBEIRO, 1995).

Para COLLIÈRE (1989) considera-se necessário interrogar a historia, e em particular a história das mulheres que prestam cuidados, para se compreender a prevalência do papel da enfermeira no acto de prestação de cuidados de enfermagem.

É a partir da história das práticas de cuidados, vividas e transmitidas pelas mulheres que se construiu o papel social de cuidar. Ao longo dos tempos encontramos três grandes modos de identificação do papel da mulher que presta cuidados e que constituem três grandes marcos para o estudo da evolução das práticas profissionais (COLLIÈRE, 1989):

- Identificação da prática de cuidados com a *mulher*, desde os tempos mais recuados da história da humanidade, até à idade média, na sociedade ocidental. O papel seria a expressão das práticas de cuidados elaboradas a partir da fecundidade e moldadas pela herança cultural da mulher que ajuda;

- Identificação da prática de cuidados com a *mulher consagrada*, desde a idade média até ao fim do séc. XIX. O papel era prescrito pelas regras conventuais, que ditam as condutas e os comportamentos da mulher consagrada;

- A identificação da prática de cuidados com a *mulher auxiliar do médico*, do princípio do séc. XX até aos anos sessenta. O papel de Enfermeira ao laicizar-se, influenciado pelo desenvolvimento da técnica reveste-se de dois aspectos: o papel moral e o papel técnico. Quer a formação, quer o reconhecimento jurídico da actividade centra na pessoa da enfermeira a definição da própria profissão.

Segundo COLLIÈRE (1989) os efeitos das descobertas do fim do séc. XIX, no domínio da física e da química, ao aplicarem-se à medicina permitem a evolução desta em processos mais complexos de diagnosticar e de tratar as doenças. Foi a partir daqui que a concepção dos cuidados se modificou radicalmente, dada a necessidade dos médicos passarem a delegar algumas tarefas que habitualmente executavam. A delegação dessas tarefas caiu na enfermeira que adquire a partir dessa altura o papel de auxiliar do médico.

Começou assim a despertar um novo modelo (COLLIÈRE, 1989), o de auxiliar de médico, preparando o material necessário à prática médica, assegurando os cuidados prescritos e as tarefas delegadas e assim foi a pouco e pouco entrando em contacto com o conhecimento médico.

Não se abandonou no entanto o modelo antigo, vindo da mulher consagrada, assistindo-se no entanto à coexistência dos dois modelos. A prática de enfermagem passa a emergir através de duas fontes que estão em interacção recíproca a que COLLIÈRE (1989) chama uma dupla filiação: a filiação conventual e a filiação médica.

Durante todo este percurso na prática da enfermagem, chegámos ao momento em que segundo COLLIÈRE (1989), emergem duas ideologias distintas que serviram de base às questões relacionadas com a identidade profissional;

- a ideologia que se inspira nas motivações profissionais, fortemente ligadas a uma concepção idealizada e baseada em valores tais como vocação, dever, dedicação, carinho, caridade. Num estudo de 1967 em que COLLIÈRE se baseou para diferenciar as ideologias refere-se que nesta época um terço das enfermeiras diz ter escolhido esta profissão por ideal. Atraída pela beleza moral desta actividade ou por uma vocação;
- a ideologia que deriva da tecnicidade, que se encontra ligada às circunstâncias do desempenho profissional e ao crescente interesse por contextos onde os cuidados assumem grande complexidade como por exemplo cuidados intensivos, urgências hospitalares e outros. A enfermeira assume-se neste campo como uma profissional que domina cada vez mais o corpo de conhecimentos próprios da medicina. "A ideologia que vem do aspecto técnico do ofício representa uma das mais importantes fontes de satisfação". Para a enfermeira não importa apenas o saber fazer, o que lhe agrada é também utilizar completamente os conhecimentos aprendidos na escola e acompanhar os doentes que necessitam de muitos cuidados e vigilância. Agrada-lhe acompanhar o médico na visita porque assim pode compreender melhor a afecção de que o doente sofre. A enfermeira "afirma-se assim como uma pessoa qualificada, que domina o seu trabalho e que é iniciada numa ciência complexa, a medicina, universo prestigioso que para o leigo conserva o seu mistério".

Foi neste contexto da história da enfermagem que surgiu a aderência das enfermeiras ao modelo bio-médico, dado que estas rapidamente começaram a desejar um modelo de identificação muito próximo do modelo médico.

Refere no entanto RIBEIRO (1995), que, de Nightingale a Henderson, a busca da especificidade do conteúdo da enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais, uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnicos próprios e a outra com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais: uma atitude de ajuda e substituição do utente.

Pensamos ser na junção destas duas componentes que se projecta uma prática profissional com autonomia para que o contributo social e económico dos cuidados de enfermagem seja relevante para a sociedade.

Defende COLLIÈRE (1989) que a chave da evolução da profissão parece ser a clarificação da identidade dos cuidados de enfermagem, não só pelo período do que o enfermeiro é, deve fazer ou se deve tornar, mas principalmente pela identificação da natureza, a razão de ser, a significação, a estimativa social e económica da prestação de cuidados oferecida aos utilizadores.

Vários autores de enfermagem como OREM (1971), HENDERSON (1969); ROPER (1987) entre outros, apontam para diferentes concepções sobre a enfermagem como formas diferentes de conceber um serviço específico que as enfermeiras prestam à sociedade.

Refere KÉROUAC (1994) que quando uma concepção deste tipo é completa e explícita é chamada de modelo conceptual. São os modelos conceptuais que nos dão indicações muito precisas sobre os conceitos que caracterizam a enfermagem (cuidados de enfermagem, pessoa, saúde e ambiente), assim como as relações que se estabelecem entre eles porque isolados não são suficientes para caracterizar e esclarecer a contribuição da enfermeira nos cuidados de saúde.

2. OS MODELOS CONCEPTUAIS DE ENFERMAGEM

Os modelos, segundo STEELE (1992) podem definir-se como esquemas estruturais compostos por conceitos organizados e relacionados; são "representações simbólicas que mostram os aspectos mais simplificados de um conceito ou de conceitos considerados relevantes para a medição dos resultados específicos de uma disciplina".

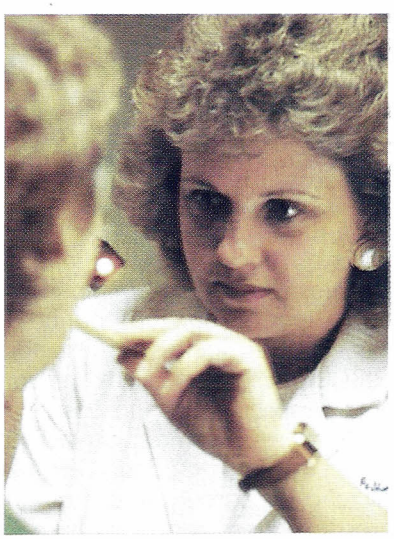
Para PEARSON e VAUGHAN (1992) um modelo de enfermagem é "uma imagem ou representação do que a enfermagem é na realidade, representa a verdadeira *mercadoria* que é fornecida ao cliente".

Nem todas as concepções são modelos conceptuais (KÉROUAC, (1994), porque pelo facto de qualquer enfermeira ter uma concepção mais ou menos clara do serviço que presta, não se pode afirmar que tenha constituído um modelo conceptual. Foi a necessidade de clarificar a especificidade dos desempenhos profissionais que levou algumas enfermeiras, sobretudo americanas, a elaborar modelos conceptuais para a profissão.

Estes modelos servem de guia à prática, à formação, à investigação e à gestão dos cuidados de enfermagem.

Segundo ADAM (1994), considera-se modelo con-

ceptual sempre que se verifique uma concepção de enfermagem *completa*, isto é, se engloba todos os elementos essenciais a um modelo conceptual e *explicita* se tudo estiver enunciado de modo formal, contudo qualquer modelo conceptual só é útil à disciplina para a qual foi concebido. Esta mesma autora citando JOHNSON a partir de (RIEHL e ROY, 1980), refere que as componentes essenciais de um modelo conceptual são: "Os postulados que sustentam o todo, os valores que justificam o todo, os elementos que são: o objectivo (ideal e delimitado), o utente, o papel profissional, a origem da dificuldade sentida pelo utente, a intervenção do profissional e as consequências da actividade profissional".



Existem vários modelos conceptuais descritos; no entanto, é nos postulados que se verifica alguma divergência nas diversas concepções existindo no entanto, uma concordância nos valores assim como na maior parte dos seus elementos (ADAM, 1994).

3. O MODELO BIO-MÉDICO

São vários os autores que se têm pronunciado sobre o modelo biomédico (COLLIÈRE, 1989; PEARSON e VAUGHAN 1992) como o modelo que tem guiado ao longo dos tempos o exercício da enfermagem, e como sendo tradicionalmente a base do exercício da medicina no mundo ocidental nos últimos cem anos. Neste modelo, o homem é considerado apenas um ser biológico composto por células que formam os tecidos e estes formam os órgãos que por sua vez vão formar os sistemas. Os sistemas devem comunicar e interagir de forma a existir harmonia e equilíbrio, um estado chamado homeostasia. A homeostasia biológica é considerada como sendo a saúde.

Apesar da profissão de enfermagem ter desde sempre os seus próprios valores a subordinação ao modelo bio-médico, em que a cura é a qualidade máxima, tem norteado não só a formação dos enfermeiros como a organização e a prestação de cuidados.

Segundo PEARSON e VAUGHAN (1992), alguns trabalhos de investigação em enfermagem relatam que nesta perspectiva as enfermeiras continuam a "considerar os doentes como seres físicos, com um papel passivo no processo de cuidados, dando pouca atenção às características mais latas da natureza humana. Sugerem ainda que os objectivos de enfermagem são frequentemente vistos como dirigidos para a cura".

Diversos autores (PEARSON e VAUGHAN, 1992; RIBEIRO, 1995) afirmam que o modelo bio-médico tem as seguintes características:

- o objectivo da actividade profissional centra-se no diagnóstico e no tratamento tentando atingir-se um objectivo final "a cura";
- o ser humano é um ser biológico constituído por partes;
- a pessoa é considerada como um sujeito passivo no processo de cuidar, não sendo de forma alguma estimulada a sua participação;
- a homeostasia biológica é igual a saúde, pelo que as alterações na homeostasia biológica são sinónimo de doença;
- A intervenção profissional está de acordo com o diagnóstico médico ou com rotinas e normas da instituição;
- o critério do sucesso dos cuidados é a cura, privilegiando-se o cumprimento das tarefas em detrimento da comunicação;
- a pessoa é como uma máquina, existindo a necessidade de diversos especialistas para reparar as partes da máquina.
- são valorizados os aspectos objectivos da situação dos utentes e são desvalorizados os aspectos subjectivos e os seus sentimentos face às situações que estes estão a viver.

Este modelo reducionista repercute-se no aparecimento de profissionais especializados no tratamento de diferentes partes do corpo doente. Quanto às repercussões deste modelo na prática profissional verifica-se, que é dado ênfase aos cuidados físicos, às prescrições médicas e à rotinização do trabalho, existindo quase sempre nas enfermeiras a preocupação de deixarem as rotinas de cada turno concluídas, e são muito valorizadas as enfermeiras que conseguem deixar as tarefas concluídas antes da passagem do turno. Neste modelo, a intervenção do profissional é norteada pelo diagnóstico e tratamento da doença sendo o papel principal da enfermeira a execução exacta da prescrição médica. Dado que este modelo se centra sobre

as pessoas como seres físicos, também as enfermeiras que o seguem centram a sua actividade nas necessidades físicas do doente.

Para PEARSON e VAUGHAN (1992) as enfermeiras que seguem as orientações deste modelo, valorizam acima de tudo a realização das tarefas visíveis associadas a cuidados físicos, às rotinas e pouco ou nenhum tempo é deixado para os aspectos personalizados dos cuidados. Todos os autores que se referem a este modelo (COLLIÈRE, 1989; WATSON, 1989; PEARSON e VAUGHAN, 1992) apontam como meta privilegiada a cura da doença e por isso as enfermeiras que nele se baseiam também procuram esse resultado. As enfermeiras que trabalham em unidades onde os doentes não podem recuperar ou restabelecer-se completamente como sejam as unidades de internamento de doentes do foro psiquiátrico, em unidades de deficientes físicos, ou com pessoas que se encontram perante as situações actuais de doença para a qual não se conhece a cura, confrontam-se permanentemente com a incapacidade de conseguirem obter resultados positivos a partir dos cuidados que julgam adequados para a cura.

A organização da prática dos cuidados nesta perspectiva reflecte o papel de auxiliar do médico, pois a actividade profissional assenta em cumprimento de prescrições, rotinas estandardizadas e relacionadas com o diagnóstico feito pelo médico, sendo a importância desta actividade profissional centrada no cumprimento das prescrições médicas. Os cuidados de enfermagem segundo STUSSI (1985) ficam reduzidos a uma série de actividades e de tarefas que "indiciam que os profissionais de enfermagem perderam a noção do seu papel como auxiliares da pessoa ou do grupo social e mesmo da concepção do homem como ser humano " .

A divisão do utente dos serviços de saúde em aparelhos e órgãos tem resultado num cada vez maior número de especializações (RIBEIRO, 1995) o que entre nós se tem reflectido nos sucessivos currículos dos Cursos de Enfermagem e continua a verificar-se nos actuais Cursos Superiores de Enfermagem, assim como nos Cursos de Especialização em Enfermagem, correndo o risco de se poder vir também a verificar nos Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, já que alguns continuam a adoptar o nome de especialidades médicas (Enfermagem médico-cirúrgica, Enfermagem obstétrica, Enfermagem pediátrica etc.).

O modelo bio-médico tem sido ultimamente alvo de críticas dos enfermeiros que têm reflectido sobre enfermagem (RIBEIRO, 1995; WATSON, 1989; COLLIÈRE, 1989) entre outros, propondo-se um abandono deste modelo na prática profissional e o encaminhamento para modelos próprios de enfermagem que valorizem a intervenção profissional orientada para o *cuidar*.

O aparecimento de novas doenças, como seja a SIDA, onde a cura ainda não é possível e uma nova estrutura da população imposta pelo aumento da esperança de vida, trouxeram novos problemas a que o modelo biomédico não responde (RIBEIRO, 1995). Afirma mesmo esta autora que nestas circunstâncias "o cuidar é um imperativo imposto pela falência do tratar devendo estar presente ao longo do tratamento".

4. OS MODELOS DE ENFERMAGEM

A análise das práticas profissionais na tentativa de clarificação do papel social da enfermeira e o sentimento de mal estar instalado na profissão, sobretudo a partir de meados do séc. XX e mais concretamente a partir dos anos 60, têm levado alguns autores (COLLIÈRE, 1989; ADAM, 1982; MARRINER, 1989; RIBEIRO, 1995, entre outros), a produzir reflexões sobre a enfermagem e sobre a necessidade de se seguirem modelos orientadores para a prática, formação e investigação.

Estes modelos, denominados modelos de enfermagem, apoiam-se em teorias sobretudo oriundas das ciências sociais e humanas (RIBEIRO, 1995) e têm em comum uma perspectiva de cuidados centrada na pessoa como sujeito activo desses mesmos cuidados e uma relação de parceria entre quem presta e quem recebe cuidados (COLLIÈRE, 1989).

Todos os modelos em qualquer disciplina têm a sua origem em teorias e conceitos. Três grandes teorias são reconhecidas como sendo relevantes para a enfermagem (PEARSON e VAUGHAN, 1992): a teoria dos sistemas, a teoria do desenvolvimento e a teoria da interacção. Alguns modelos centram-se principalmente sobre uma destas teorias, alguns associam duas delas ou todas as três, mas

todos os modelos incluem em si a essência de todas elas, de uma forma ou de outra.

Apesar de cada modelo de enfermagem estar mais ligado a esta ou àquela teoria, existe no entanto uma perspectiva mais ou menos uniforme que assenta na visão holística da pessoa, na visão humanista da pessoa, na autonomia de doentes e clientes e na necessidade de se estabelecer uma relação produtiva e terapêutica entre os que prestam cuidados de enfermagem e aqueles a quem são prestados (PEARSON e VAUGHAN, 1992). No entanto, são vários os autores que apontam para que os conceitos chave dos modelos sejam: os conceito de *pessoa*, de *saúde*, de *ambiente* e de *enfermagem*.

Alguns dos modelos podem classificar-se segundo o seu principal centro de referência teórico; a maioria deles em representação da complexidade da enfermagem, incluem elementos teóricos que predominam noutros. Em quase todos aparecem a interacção, o desenvolvimento, o auto-cuidado, o stress e a adaptação.

As duas correntes de pensamento que estão na base dos modelos de enfermagem são o holismo e o humanismo (PEARSON e VAUGHAN (1992): o holismo refere-se ao estudo do organismo como um todo, ou de sistemas completos. Subjacentes à visão holística da pessoa existem duas premissas ou crenças básicas: "O indivíduo reage sempre como um todo unificado; o indivíduo, como um todo, é diferente de, e mais do que a soma das partes".

PEARSON e VAUHGAN (1992) associam de forma particular o humanismo ao existencialismo, quando afirmam que "a corrente filosófica humanista assenta no valor do ser humano, na existência e na qualidade dessa existência". O existencialismo dá primazia ao ser humano individual e apresenta três características: "a unicidade do indivíduo, o significado e a finalidade das vidas humanas com prioridade sobre as verdades relativas a todo o universo e ao seu funcionamento, e a liberdade do indivíduo poder escolher". Para o existencialismo esta é a característica humana de maior valor, dado que ao indivíduo é reconhecida a liberdade para poder dirigir a sua própria vida, escolher os seus pontos de vista e comportamentos.

O existencialismo humanista é definido por BEVIS (1978) como a natural filosofia maturacional da enfermagem. De facto existem, dentro da filosofia do existencialismo humanista, muitas ideias que as enfermeiras debatem actualmente, tais como o valor do ser humano, a sua unicidade como indivíduo, a qualidade de vida e a liberdade de escolha.

Uma das características da maioria dos modelos de enfermagem é a crença de que os clientes ou doentes são indivíduos que têm o direito de ser envolvidos nas tomadas de decisão esclarecidas sobre si mesmo e sobre o seu futuro. Esta crença é frequentemente chamada de autonomia do indivíduo. É desta forma que os indivíduos têm um papel activo no processo de cuidados. Para isso é necessário que estejam informados sobre si e sobre o seu futuro e que sejam envolvidos efectivamente nas tomadas de decisão, dentro do limite das suas competências.

A crença na autonomia do doente/cliente, inerente a muitos modelos de enfermagem, baseia-se no facto de que, se a responsabilidade pela vida sã e pelos cuidados de saúde fôr dada ao indivíduo em questão e não ao profissional, a saúde e a recuperação têm maior probabilidade de ocorrer (PEARSON e VAUGHAN, 1992).

Do que foi exposto é lógico que uma conclusão terá que sobressair, conclusão que é referida por PEARSON e VAUGHAN (1992), quando defendem que "todos os doentes deviam possuir a liberdade de identificar as suas próprias necessidades e de decidir como estas deveriam ser satisfeitas".

O conceito de autonomia não pode no entanto ser interpretado de uma forma tão simplificada, dado que na prática da prestação de cuidados a falta de informação dos utentes, a situação de saúde ou a problemática contextual da situação que poderão estar a viver podem ser de tal forma complexas que o utente tem por vezes impedimentos para o exercício dessa mesma autonomia.

Relativamente à problemática da autonomia e da relação entre prestador e receptor de cuidados (PEARSON e VAUGHAN (1992) referem que a maior parte dos modelos de enfermagem preconizam que se deve dar aos utentes o poder de decidirem eles próprios como querem ser tratados, o que pode ter como consequência o utente escolher certas maneiras especiais de perfazer as actividades de vida diária ou de decidir dar a responsabilidade das tomadas de decisão à enfermeira, porque não se sente bem e está incapaz de decidir por si mesmo. Esta última ideia torna-se necessário e importante ser valorizada, porque dar autonomia ao doente não significa necessariamente que ele seja obrigado a tomar sempre decisões, mas significa apenas que tem o poder suficiente para escolher se quer decidir ele mesmo ou permitir que os outros decidam por ele.

Verificámos as caracteristicas principais dos modelos de enfermagem, vejamos então como se podem estes classificar.

Existem várias classificações que derivam essencialmente das teorias em que os modelos se apoiam para a explicitação dos seus conceitos chave (homem, saúde, ambiente e enfermagem) e das relações entre estes.

Segundo MARRINER (1989), em *Modelos y teorías de enfermería*, podemos referir a seguinte classificação, para as várias correntes de teorias ou modelos de enfermagem, assim como as autoras que as integram:

- Centradas na corrente humanista: Virgínia Henderson, Dorothea Orem, Evelyn Adam, Jean Watson, Rosemarie Parse entre outras;
- Centradas nas relações interpessoais: Hildegard Peplau, Ida Orlando, Imogene King entre outras;
- Centradas na teoria dos sistemas: Callista Roy, Dorothy Johnson e Betty Neuman;
- Centradas na teoria dos campos de energia: Myra Levine, Martha Rogers, Joyce Fitzpatrich e Margareth A. Newman.

PEARSON e VAUGHAN (1992) no seu livro *Modelos para o exercício da enfermagem*, referem uma classificação dos vários modelos segundo os seus autores:

- Modelo de enfermagem de actividades de vida (Roper, Logan e Tierney, 1980);
- Modelo de enfermagem de auto-cuidado (Dorothea Orem, 1980);
- Modelo de enfermagem de adaptação (Calista Roy, 1960);
- Modelo de enfermagem de sistema de cuidados de saúde (Betty Neuman, 1981);
- Modelo de enfermagem de interacção (King, 1971);
- Modelo de enfermagem de desenvolvimento (Peplau, 1969)

KÉROUAC (1994), em *La pensée infirmière*, refere as principais concepções actuais da disciplina de enfermagem segundo seis escolas:

- Escola das necessidades (Virginia Henderson, Dorothea Orem e Faye Abdellah);
- Escola da interacção (Hildegard Peplau, Ida Orlando, Josephine Paterson e Loretta Zderad, Ernestine Wiedenbach, Imogene King e Joyce Travelbee);
- Escola dos efeitos desejados (Callista Roy, Lydia Hall, Dorothy Johnson, Betty Neuman e Myra Levine);
- Escola da promoção da saúde (Moyra Allen);
- Escola do ser humano unitário (Martha Rogers; Rosemarie Parse e Margaret Newman);
- Escola do «caring» (Jean Watson, Madeleine Leininger).

Para RIBEIRO (1995), a proliferação de teorias e modelos de enfermagem são "um sintoma de uma fase pré-paradigmática em que se evidencia a vontade de criar escolas de pensamento no âmbito da disciplina de enfermagem, factor importante para a afirmação da enfermagem como profissão com um corpo próprio de conhecimentos".

Nas várias abordagens apresentadas pelos vários modelos de cuidar, a acção da enfermeira é orientada de modos ligeiramente diferentes, tendo em conta sobretudo as teorias de suporte dos próprios modelos, mas sempre tendo em conta as necessidades do utente e os problemas decorrentes do seu desequilíbrio ou instabilidade e as dificuldades da sua adaptação a situações de stress (RIBEIRO, 1995).

Todos os modelos apontam, no entanto, para intervenções individualizadas da enfermeira, centradas na pessoa que recebe cuidados e nas suas necessidades, em que o receptor de cuidados é visto numa perspectiva holística e como sujeito activo e em que as relações entre o sujeito dos cuidados e a enfermeira assumem uma primordial importância no contexto dos cuidados de enfermagem.

Referimos o que caracteriza essencialmente os modelos de enfermagem e sobretudo aqueles aspectos muito semelhantes que os torna modelos de cuidar.

5. AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS COMO OBJECTO DE ESTUDO

A análise das práticas profissionais por diferentes autores revela que, desde há alguns anos e na actualidade, o papel do enfermeiro não reune o consenso no interior da profissão, de tal forma que ADAM (1982), referindo-se à função social da enfermeira, aponta para uma divergência de opiniões sobre a enfermagem nos meios profissionais, onde esta é vista como uma *profissão autónoma* ou poeticamente descrita como *as mãos do médico*.

Porque esta nossa análise tem como orientação as práticas profissionais e os modelos de enfermagem, procurámos alguns estudos que identificaram formas diferentes de posicionamento dos enfermeiros perante a enfermagem.

As conclusões a que vários autores chegaram sobre as diversas perspectivas de visão da profissão (GÂNDARA e LOPES, 1992; ALBERDI CASTELL, 1988; BASTO, 1991 e FRADE, 1995), apontam para que a expectativa do que é ser enfermeira, do que são cuidados de enfermagem e do que são os contextos profissionais, não sejam vistos de uma forma uniforme no interior do grupo profissional e existam mesmo divergências significativas na concepção das práticas profissionais.

GÂNDARA e LOPES (1992) descrevem o posicionamento dos enfermeiros face à profissão em três categorias, pelo facto de não existir uma única visão da profissão:

- O enfermeiro que enfatiza o cuidar, pondo a tónica dos cuidados na interacção;
- O enfermeiro hipertecnicista ou tecnicista - aquele que valoriza os cuidados de enfermagem na técnica e numa grande perícia;
- O enfermeiro que se preocupa em desempenhar somente tarefas".

Emergem desta classificação formas distintas de conceber o papel da enfermeira na prática profissional: um papel relacional, um papel técnico ou instrumental e um outro indefinido centrado nas tarefas a realizar provavelmente num determinado espaço e num determinado tempo, dividido por turnos (manhã, tarde, noite).

Uma situação muito semelhante foi encontrada por BASTO (1991), quando numa referência à situação do nosso país, no que se refere ao modo como os enfermeiros estão na profissão, descreve três tipos de situações (quadro 1).

QUADRO 1 - Tipo de situações encontradas em alguns Serviços de Saúde que caracterizam a forma como os enfermeiros estão na profissão

TIPOS DE SERVIÇO DE SAÚDE E FUNÇÕES DOS ENFERMEIROS	ALGUMAS CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS DA SITUAÇÃO	RELAÇÃO DOS PROBLEMAS DOS ENFERMEIROS COM O CONTEXTO DA PRÁTICA	FORMA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DOS ENFERMEIROS	HIPÓTESES DE SOLUÇÃO A CONSIDERAR PELA AUTORA
Serviço onde as equipas são caracterizadas por enfermeiros para quem está claro que o seu trabalho consiste numa série de tarefas, da iniciativa e responsabilidade do médico.	O trabalho termina quando as tarefas estão completas. Os enfermeiros não discutem o que são cuidados de enfermagem	Os problemas dos enfermeiros relacionam-se com as condições de trabalho, com o cansaço e desprazer no que fazem e não com o que é e para o que estão a fazer.	Como desempenhar todas as tarefas, o mais correctamente possível, em tempo útil.	Melhorar as condições de trabalho e reflectir, a nível da equipa, sobre o que se acha que são cuidados de enfermagem.
Serviços onde as equipas seguem o modelo biomédico ou seja, centram os cuidados no tratamento da doença, no curar, numa parte co corpo e não na pessoa na sua totalidade, quaisquer que sejam as razões do seu mal estar.	Os enfermeiros sentem-se descontentes com os cuidados que prestam, pensam no que poderá ser feito para melhorar os cuidados, comparam o que fazem com o que sabem que se faz noutros serviços ou é ensinado nas escolas e querem demonstrar que é possível melhorar os cuidados de enfermagem	Neste tipo de condições os enfermeiros estão descontentes com o que fazem e querem mostrar que têm um papel importante na equipa de saúde.	Como demonstrar que o trabalho que o enfermeiro realiza é indispensável e diferente do trabalho dos outros técnicos.	Organizar o trabalho de forma a que cada enfermeiro esteja mais tempo junto do doente para, conhecendo-o bem, poder melhorar os cuidados que presta e transmitir e discutir com os médicos os cuidados de saúde de que a pessoa carece.
Serviços onde na equipe predominam enfermeiros que sabem que prestar cuidados de enfermagem é uma actividade criativa e científica própria dos enfermeiros, distinta de outros técnicos.	Os enfermeiros sabem: – que a sua actuação leva os utentes a sentirem-se melhor, a uma mais elevada qualidade de vida, a um maior bem-estar; – distinguir as suas actuações independentes das interdependentes, perante os problemas do cliente; – explicar o como e o porquê da sua actuação; – registar a sua actuação, valorizando a forma como comunicam com o cliente; – utilizar um raciocínio lógico	Estudam vários conceitos de enfermagem, o processo de enfermagem e modelos teóricos e apesar disso não relacionam o que fazem com os valores, premissas e teorias que estão na base da sua prática. Estão descontentes e têm dificuldade em explicar o como e o porquê da enfermagem.	Como identificar e valorizar o que é feito, em relação ao que os teóricos de enfermagem já clarificaram ou seja, será que se está a seguir um modelo teórico já existente ou um modelo próprio?	– Analisar os modelos teóricos já divulgados, para o que é indispensável aplicá-los, pelo menos a um número limitado de casos; – decidir adoptar um deles; – utilizar o processo de enfermagem de acordo com o modelo adoptado.

Adaptado de: BASTO, Marta Lima – *Cuidados de enfermagem em Portugal. O como e o porquê*. p. 77-78

O primeiro grupo de enfermeiros desempenha uma actividade profissional quase inteiramente dependente da actividade profissional do médico e as tarefas que não decorrem das prescrições médicas são consideradas tarefas menores (cuidados com a higiene, vestir, despir, alimentação etc.) a comunicação decorre das restantes tarefas, os registos são tarefas incómodas e desagradáveis.

O segundo grupo centra toda a sua prática numa perspectiva do modelo bio-médico e os enfermeiros consideram uma utopia orientar a actividade profissional segundo um modelo de enfermagem.

No grupo restante, os enfermeiros estão em condições de guiar a actividade profissional de acordo com um modelo de enfermagem, uma vez que entendem a natureza dos cuidados de enfermagem e provavelmente será mais por um contexto organizacional que não operacionalizam a enfermagem por essa via.

Parecem-nos emergir desta análise dos cuidados de enfermagem duas formas também diferentes de conceber a orientação da prática profissional: uma orientação para o tratar (na primeira e segunda situação) e uma orientação para o cuidar (na terceira situação).

Num estudo aprofundado (tese de doutoramento) sobre o processo de mudança dos comportamentos profissionais das enfermeiras, FRADE (1995) chegou à conclusão de que "as perspectivas das enfermeiras sobre o seu trabalho inclui um conflito de papéis, de *funcionária* e de *profissional*. Este último papel, simbolizado pelo discurso profissional utilizado por teóricas de enfermagem e por professoras. Como *funcionárias* as enfermeiras actuam essencialmente de acordo com os valores dos médicos".

Emergem destas conclusões duas orientações da prática profissional: uma mais de acordo com os pressupostos do modelo bio-médico e outra que se encaminha para uma futura prática profissional de acordo com os modelos de enfermagem, mas que é o resultado dos discursos das teóricas de enfermagem e dos professores e não resulta de uma experiência vivida e reflectida.

Uma outra autora que analisou as práticas profissionais das enfermeiras em Espanha, ALBERDI CASTELL (1988), distinguiu três formas diferentes de perceber a profissão em resultado da existência de perspectivas de exercício profissional muito distintas: «as enfermeiras cuidadoras; as enfermeiras tecnológicas e as enfermeiras ATS (auxiliares técnicas de saúde). Os dados estão agrupados num quadro que apresentamos a seguir, para que melhor se diferenciem as ideias da autora.

QUADRO 2 - As concepções de Enfermeira segundo Alberdi Castell

TAXINOMIA ELEMENTOS	ENFERMEIRAS CUIDADORAS	ENFERMEIRAS TECNOLÓGICAS	ENFERMEIRAS ATS
NÚCLEO DO TRABALHO	As necessidade do doente.	O diagnóstico e o tratamento da doença.	O trabalho médico.
OBJECTIVO DO TRABALHO	A satisfação das necessidades do doente	Conseguir o diagnóstico e o tratamento mais eficaz.	O maior rendimento do trabalho do médico.
ÁREA DE ACTUAÇÃO MAIS ADEQUADA	– Enfermarias gerais. – Serviços de saúde pública. – Enfermarias de doentes crónicos	– Cuidados intensivos. – Urgências. – Bloco operatório. – Serviço de queimados.	– Qualquer área onde o médico necessite de ajuda.
ÁREAS DE FORMAÇÃO PÓS-BÁSICA	Especializações baseadas nas necessidades do indivíduo ao longo do ciclo vital.	Especializações de acordo com as especializações médicas.	Modelo de formação que mais se assemelha ao modelo de formação médica.
FINALIDADE DO DISCURSO PROFISSIONAL	– Formular claramente uma identidade diferenciadora, redefinindo as áreas de responsabilidade actuais. – Demonstrar a necessidade do seu contributo específico para o sistema de saúde.	– Definir áreas de responsabilidade actuais. – Assumir as novas áreas de actuação que surgem à volta do diagnóstico e do tratamento, adaptando as funções da enfermeira a essas especialidades.	Nota: As enfermeiras ATS ao conceberem-se como ajudantes não necessitam definir o seu contributo específico nos cuidados de saúde.
DIFICULDADES NA CONSTRUÇÃO DO DISCURSO	Reverter a finalidade do sistema de saúde, contrariando o poder máximo atribuído ao médico na determinação das necessidades do indivíduo.	Devem conquistar um lugar dentro de uma estrutura já estabelecida em que as responsabilidades estão rigidamente delimitadas e as novas tendem a ser distribuídas a outras profissões.	Nota: Não têm dificuldades, porque não têm necessidade de construir um discurso profissional

Adaptado de: ALBERDI CASTELL, Rosa Maria – *Sobre las conceptiones de la enfermeria*. p. 25-30

As diferentes concepções propostas por ALBERDI CASTELL, apontam igualmente para duas formas de orientação das práticas profissionais: a prática profissional baseada no modelo bio-médico com orientação para tratar (pelas *enfermeiras tecnológicas* e pelas *enfermeiras ATS*, e uma prática profissional mais consentânea com modelos de enfermagem e orientada para o cuidar, assumida pelas *enfermeiras cuidadoras*.

Estas reflexões sobre as várias concepções do papel social da enfermeira apontam, em nosso entender, para que as enfermeiras tenham uma consciência diversificada (de grupos isolados) das funções profissionais mais do que para uma consciência colectiva do seu grupo profissional.

Podemos verificar que:

- Não há uma forma uniforme de conceber a enfermagem.
- De todas as produções escritas pelos diferentes autores, parece-nos predominar uma orientação para a prática profissional decorrente do modelo bio-médico onde parecem dominar a execução de tarefas decorrentes das prescrições médicas.
- Existe no entanto um grupo que pretende questionar uma forma diferente de conceber a enfermagem. Será o início de uma orientação para a autonomia profissional?
- Não se vislumbra em nenhum dos grupos a necessidade do questionar a experiência (reflectir e analisar as práticas profissionais), pela parte do conjunto do grupo profissional.

Em conclusão, podemos referir que seria importante começar por eliminar a actual e tendencialmente crescente barreira ideológica que existe entre os enfermeiros professores e os enfermeiros do exercício clínico e que se assegurasse nos contextos das práticas profissionais tempo e espaço para a análise crítica e para o pensamento reflexivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, Evelyn - *Ser enfermeira.* Lisboa, Instituto Piaget, 1994, 267 p.
- ALBERDI CASTELL, Rosa María - *Las enfermeras para el tercer milenio.* "Revista Rol de Enfermería", Barcelona, 16 (178) Jun. 1993, p. 43-50.
- ALBERDI CASTELL, Rosa María - *Sobre las conceptions de !a enfermería.* "Revista Rol de Enfermería", Barcelona, 11(115) Mar 1988, p. 25-30.
- BASTO, Marta Lima - *Cuidados de enfermagem em Portugal: o como e o porquê?* "Servir", Lisboa, 39 (2) Mar/Abr 1991, p. 75-80.
- CANALS, Josep - *La imagen femenina de la enfermería.* "Revista Rol de enfermería", Barcelona, 15 (172) Dic.1992, p. 29-33.
- COLLIÈRE, Marie Françoise - *Autonomia da profissão de enfermagem.* "Boletim Sindical: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses", Lisboa, 11 (3/4) Mai/Ag 1990, p. 43-90.
- COLLIÈRE, Marie Françoise - *Promover a vida.* Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989, 385 p.
- ESCOLA DE ENFERMAGEM PÓS-BÁSICA DE LISBOA - *Modelos teóricos de enfermagem.* Lisboa, s. ed., 1985, 87 f.
- GÂNDARA, M. M. e outros - *Os modelos teóricos e a crise de identidade da enfermagem portuguesa.* "Servir", Lisboa, 40 (3) Mai/Jun, 1992, p. 115-127.
- MARRINER, Ann - *Modelos y teorías de enfermería.* Barcelona, Ed. Rol, 1989, 345 p.
- MORDACQ, Catherine - *Pourquoi des infirmières?* Paris, Éditions du Centurion, 1972, 112 p.
- PARROT, Anny - *L'image de l'infirmière dans la societé.* Paris, Le Centurion, 1973. 120p + anexos
- PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara - *Modelos para o exercício de enfermagem.* Lisboa, ACEPS, 1992, 178 p.
- RIBEIRO, Lisete Fradique - *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral.* Lisboa, Educa, 1995, 109 p.
- RIEHL-SISCA, Joan - *Modelos conceptuales de enfermería.* Barcelona, Doyma, 1992, 407 p.
- ROPER, Nancy; LOGAN, Winifred W. ;TIERNEY, Alison J. - *The elements of nursing - a model for nursing based on a model of living,* 3rd. Edimburgh, Churchill, Living Stone, 1990, 361p.
- SIMEÃO, Maria José - *A ciência e a arte.* "Servir", Lisboa, 41 (3) Mai/Jun. 1993, p. 114-117.
- SIMEÃO, Maria José - *Processo de enfermagem. O que é e como aplicá-lo.* "Servir", Lisboa, 38 (2) Mar/Abr. 1990, p. 56-67.
- STUSSI, Elisabeth - *Enfermagem na Europa: seu desenvolvimento e perspectivas de futuro.* "Enfermagem", Lisboa, (1) Jan./Mar. 1985, p. 71 3.
- VALERIANO: M. J. - *Os enfermeiros e as representações de enfermagem: algumas ideias e factos.* "Servir", Lisboa, 41 (4) Jul./Ag 1993, p. 171-176.
- WATSON, Jean - *Nursing: human science and human care: a theory of nursing.* New York, National League for Nursing, 1998, 11 p.
- WENNER, Micheline - *Comment e pourquoi devient'on infirmière.* Paris, Lamarre, 1988, 215 p. S