

Revista Portuguesa de Enfermagem

Director

Augusto José de Jesus Duarte Jacinto

Conselho de redacção

Augusto José de Jesus Duarte Jacinto
Anabela da Conceição Soares Corco
João Álvaro Souto Gonçalves

Assessores

Ana Paula Tavares Dias
António de Jesus Couto
António Manuel Vieira Alves da Silva
Célia Samarina Vilaça Brito Santos
José Henrique Lima dos Santos
Laura Almeida Coutinho Loureiro Mendes
Manuel José Lopes
Maria João Barreira Rodrigues
Maria Laurinda Teixeira da Silva
Maria Manuela Barreiros de Sousa
Maria Margarida Soares Medeiros Álvares Cabral

Colaboradores neste número

João Manuel Galhanas Mendes
Paula Maria Alves de Mendonça Teixeira
Luís Gonzaga Martins Quental
Maria Leonor Figueira Monteiro

Redacção e propriedade

IFE - Instituto de Formação em Enfermagem, Lda.
Av. D. Nuno Álvares Pereira, 72, ed. corpo 2, esc. 2º B
2735 Aguilva-Cacém, telefone/fax: (01) 4326182

Composição

IFE - Instituto de Formação em Enfermagem, Lda.

Impressão

PRINTIPO - Indústrias Gráficas, Lda.

Tiragem - 1000 exemplares

Depósito Legal n.º 103 377/96

Registada no NROCS - Ministério da Justiça
com o n.º 120 053

ISSN 0873 - 1586

Assinatura anual

Preço - 18 000\$00

Número avulso

Assinantes - 4 500\$00

Não Assinantes - 6 500\$00

Índice Geral

Editorial

Augusto José de Jesus Duarte Jacinto

Ser enfermeira contributos para o estudo de uma representação social

João Manuel Galhanas Mendes

Representação social do enfermeiro

Paula Maria Alves de Mendonça Teixeira

Algumas alterações na actividade de vida expressar-se sexualmente em indivíduos maiores de 18 anos com traumatismo vertebro-medular dorso-lombar

Luís Gonzaga Martins Quental

Maria Leonor Figueira Monteiro

Editorial

Quém somos? O que fazemos? Para onde vamos? Estas interrogações não são recentes, mas parece que apenas um reduzido número de enfermeiros consegue ter disponibilidade para as colocar sistematicamente e aprofundar uma reflexão, individual e de equipa, sobre as mesmas.

Estas questões reconduzem-nos uma vez mais à problemática da autonomia e da identidade profissional. E sobre elas, muito se tem falado, exigido, reivindicado. E alguma coisa se conseguiu! A publicação do Regulamento do Exercício dos Profissionais de Enfermagem (estatuto profissional), no qual se prevê também a criação de uma associação profissional de direito público, tipo Ordem, constitui um instrumento de relevante importância e uma referência obrigatória para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem.

Contudo, é necessário dar um novo passo colectivo. O caminho para a autonomia, para construção de uma identidade profissional assente numa reflexão ética e deontológica, bem como em saberes próprios e no desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem, não se esgota com a publicação de um diploma legal, pelo contrário, apenas se inicia e facilita. Mas este caminho não se percorre apenas com acção. É também fundamental muita reflexão, de todos nós, em diferentes níveis de responsabilidade, nas instituições de saúde e no ensino.

Se é verdade que não é possível conceptualizar e teorizar sobre aquilo que não se praticou, também não é menos verdade que essa conceptualização e teorização se tornam impossíveis se apenas existir uma prática sem reflexão sobre a mesma, uma prática que nos preenche totalmente e sem nos deixar outro espaço que não seja o necessário para descansar ao fim de um dia de trabalho esgotante.

Todavia, não tenhamos ilusões, sem conceptualização e teorização sobre as práticas profissionais não pode existir desenvolvimento científico. Se não criarmos espaços de reflexão e análise das práticas quotidianas de enfermagem, daqui a algumas décadas poderemos ainda interrogar-nos sobre as mesmas questões, mas nessa altura pode ser demasiado tarde...

Vencer este desafio está nas mãos de todos nós. O êxito depende sobretudo da celeridade na tomada de decisão sobre estas iniciativas, a nível institucional, bem como no assumir do risco que as mesmas envolvem. Mas vale a pena fazer esse esforço. Os enfermeiros merecem-no. A profissão exige-o.

O Director



Enf.º Augusto José de Jesus Duarte Jacinto

Ser enfermeira Contributos para o estudo de uma representação social

João Manuel Galhanas Mendes.

Professor adjunto na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.

Dissertação apresentada no Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem, em 1995.

Prémio IFE de investigação em enfermagem - 1995.

RESUMO

A nossa preocupação como intervenientes na formação profissional inicial, o reconhecimento da influência determinante desta formação para uma prática de cuidados de qualidade e ainda a percepção de que actualmente a escola ensina a "ser enfermeira" numa linha de orientação que mais tarde não coincide com a prática profissional efectiva, foram os motivos que nos levaram a realizar um estudo que permitiu conhecer a representação que os alunos da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus têm construída, acerca do que é "ser enfermeira".

Vários autores reconhecem que as representações como que antecipam as condutas, criando no caso da relação educativa um quadro modelador da apreensão do estudante e no caso da própria situação educativa no seu conjunto, um quadro cuja compreensão permite clarificar mais aquilo que efectivamente ocorre.

Utilizou-se o conceito de representação social como conceito mediador em todo o estudo, uma vez que nos propusemos identificar e analisar os elementos constituintes da representação de enfermeira, partindo do pressuposto que esta representação recebe a influência das duas concepções dominantes na orientação da prática profissional: a orientação para o tratar cujo modelo de suporte é o modelo bio-médico e a orientação para o cuidar, cujos modelos de suporte são os modelos de enfermagem

Fez-se uma abordagem da teoria das representações sociais e das perspectivas dos dois modelos que dominam a prática profissional (bio-médico e de enfermagem), para a construção de um quadro teórico de suporte ao estudo.

Trata-se de um estudo exploratório de natureza qualitativa, em que se recorreu numa primeira parte à análise temática e categorial e à análise avaliativa dos discursos. No estudo e análise da representação social foi utilizada a análise de classificação hierárquica no tratamento das respostas individuais.

O estudo permitiu concluir que os elementos da representação de enfermeira, eram essencialmente elementos caracterizadores do modelo bio-médico sendo o "papel de enfermeira auxiliar do médico" o elemento de maior peso na estrutura representacional.

As conclusões a que chegámos apontam para uma reflexão sobre os contributos da escola na construção da representação de enfermeira, sugerindo-se para a formação profissional inicial, a adopção de um modelo de formação baseado em modelos teóricos de enfermagem com orientação para "cuidar".

O - INTRODUÇÃO

Ao longo de vários anos de docência tem sido nossa preocupação incentivar os estudantes a desenvolverem competências técnicas e relacionais que lhes sirvam de base para o exercício de uma actividade profissional consciente, responsável e revestida de qualidade em função dos reais beneficiários desse exercício.

Estamos conscientes que o processo de formação profissional inicial, se exerce num contexto multifacetado que proporciona a estudantes e professores a possibilidade de descobertas, tomadas de consciência, aperfeiçoamentos de novas competências sócio-profissionais, que lhes permitam adquirir a consciência da própria identidade profissional à medida que interagem permanentemente com o mundo que os rodeia.

Cada enfermeiro tem o seu posicionamento perante o que é a enfermagem e o que é ser enfermeiro, resultante da sua experiência como pessoa, da sua formação, da forma como vive o dia a dia, isto é do processo de socialização. Esta noção é construída desde muito cedo e fruto de interacções sociais a que todos estamos sujeitos.

As exigências da sociedade actual relativamente aos serviços de saúde obrigam a que os intervenientes no sistema de saúde reflectam os seus próprios desempenhos e muito concretamente que os enfermeiros definam ou passem a definir com algum rigor o seu próprio papel.

Mas a definição de papéis implica acima de tudo questionar a prática profissional vigente, o que segundo WATSON (1988), é concretizado através de uma atitude reflexiva e investigativa constantes.

A partir dos anos 60 nos Estados Unidos a Comissão Nacional para o Estudo da Enfermagem e da Educação em Enfermagem emanou directivas que influenciaram significativamente o avanço da investigação em enfermagem estando uma delas directamente ligada com o ensino desta área, ao

considerar-se a necessidade de desenvolver os sistemas educacionais e os currículos baseados nos resultados da investigação.

O quinto relatório da Organização Mundial de Saúde sobre cuidados de enfermagem apontou igualmente para a importância da investigação em enfermagem como produção de saberes que de algum modo dessem consistência à sua especificidade.

A investigação em enfermagem em Portugal é hoje uma realidade presente e absolutamente necessária e estamos a verificar a realização de alguns estudos que muito irão contribuir para o desenvolvimento da enfermagem no nosso país, quer a nível da formação quer a nível do exercício efectivo da profissão.

De salientar os recentes e importantes contributos dos estudos de RIBEIRO (1995) *"Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral"* - onde se evidencia a necessidade de reflectir sobre a formação inicial em enfermagem relativamente às concepções de enfermagem e aos problemas éticos - e de FRADE (1995) na sua tese de doutoramento, *"Implementing change in nurses' professional behaviours"* onde identifica o sentido dado pelas enfermeiras ao trabalho diário e às suas percepções da situação de mudança de comportamentos profissionais.

Na nossa actividade profissional, parecia-nos muito claro que ensinávamos aos nossos estudantes uma determinada forma de ser enfermeira. Contudo verificamos com muita frequência, que logo após a conclusão do curso se altera nas enfermeiras recém-formadas, a forma como desempenham as funções profissionais.

Com muita frequência se colocam algumas questões:

- Será que se verifica um processo rápido de adaptação às exigências dos novos grupos de pertença, com perspectivas de enfermagem diferentes das que lhes foram proporcionadas na escola?
- Será que a concepção do que é ser enfermeira se altera no início da vida profissional?
- Será que é a escola que efectivamente define o que é ser enfermeira? ou será que é o hospital que determina a construção da realidade do que é ser enfermeira?
- Será que a identidade profissional no contexto da formação não está em concordância com a identidade profissional nos contextos do trabalho?

São perguntas que se colocam a um observador de uma realidade actual onde também somos actores responsáveis pela construção dessa mesma realidade, com um comportamento sustentado por intenções, ideologias,

interesses, ambições e estratégias mais ou menos conscientes. Estas questões se foram importantes para a nossa reflexão inicial, orientaram-nos para uma questão que nos parece por agora mais pertinente e que serviu de guia orientador à nossa pesquisa.

A pergunta que nos motivou para esta pesquisa foi efectivamente: qual será a representação de enfermeira que os alunos da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus construíram acerca do que é ser enfermeira. Em síntese: o que é ser enfermeira?

Esta é uma das questões que segundo RIBEIRO (1995) atravessa a história da enfermagem e que se mantém actual.

O conhecimento de toda esta realidade, que é em grande parte norteadada a partir de referenciais inerentes à cultura organizacional (Escola, Hospital, Centro de Saúde etc.) com influências fortes dos mecanismos locais de regulação, determinantes de um contexto de acção dinâmico e estratégico, é impossível estudar de uma só vez, nem é nosso propósito fazê-lo com este estudo.

Porque nos consideramos actores dinâmicos de um processo de formação e de socialização por consequência, e mais ainda de socialização profissional por opção de vida, vamos tentar perceber com este nosso trabalho, a dimensão contributiva para a possível explicação da problemática das representações do que é ser enfermeira, por uma das partes, a dos estudantes.

São estes actores que se encontram no seu processo global de formação e a quem ajudamos, durante um período de tempo, a construir ou (re)construir, uma visão do que é efectivamente a profissão.

Consideramos este aspecto com muita seriedade dado que acreditamos na teoria tripolar de PINEAU (1989): o homem forma-se por si, no contacto com os pares e com os objectos que o rodeiam, e porque o curso onde lecionamos é detentor de uma forte componente prática, atendendo ao que nos diz ABREU (1994): *"é o contacto com a comunidade que insere o enfermeiro numa cultura profissional única, onde se cruzam diferentes representações sobre a profissão, diversas ideologias profissionais e estratégias de negociação com o poder médico"*, mais nos preocupam os contornos de toda esta problemática que decorre em diferentes espaços organizacionais.

Esperamos com este nosso trabalho obter uma possível resposta à pergunta inicial e ao mesmo tempo contribuir para que, efectivamente se possam tomar decisões fundamentadas em próximas revisões do plano de estudos na escola a que pertencemos.

Nesta perspectiva elaboramos um trabalho de pesquisa, com os seguintes objectivos:

- Identificar os elementos da representação social, que os alunos do Curso Superior de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, construíram acerca do que é ser enfermeira;
- Identificar as razões da opção profissional e a sua interferência na representação social;
- Identificar os elementos da actividade profissional caracterizadores desta representação social;
- Analisar a representação social de enfermeira.

Começaremos por enquadrar o tema que nos propomos tratar num conjunto de conceitos e teorias subjacentes que nos permitem de alguma forma compreender esse mesmo tema com a ajuda dos autores a que recorreremos para o efeito.

A pouca literatura existente sobre o tema central do trabalho, *representação de enfermeira*, não nos deu a possibilidade de seguir predominantemente determinado autor. Contudo no campo das representações sociais a orientação foi sobretudo de Moscovici e de Abric e nos aspectos relacionados com a enfermagem recorreremos predominantemente à produção literária de Collière neste domínio.

Numa segunda parte faremos a análise dos dados recolhidos através de entrevistas com ajuda de um modelo de análise por nós construído, que teve por base em grande parte, as concepções de ADAM (1994) e de COLLIÈRE (1989) sobre a natureza dos cuidados de enfermagem. Utilizámos no tratamento de dados uma metodologia qualitativa com a ajuda da técnica de análise de conteúdo temática, descrita por BARDIN (1991).

Numa terceira parte a que chamamos de conclusões tentamos juntar e dar novo sentido aos dados que recolhemos e analisámos.

A representação de enfermeira tem ligação directa com a história, evolução e estado actual da profissão de enfermagem. MATEGSKI, citando Lavinia Dock (1980), apresenta a seguinte imagem da enfermeira: *"A enfermeira é um soldado. A ideia fundamental do sistema militar é a obediência absoluta e inquestionável. O cumprimento rigoroso e uma disciplina rígida produzem melhores enfermeiras"*. CANALS (1992) refere também que, *"a imagem predominante continua a ser feminina e dependente, para além de que os postos de trabalho reservados maioritariamente à mulher caracterizam-se por uma menor remuneração e uma clara dependência de qualquer outra categoria"*.

Pensamos que no estado actual da arte, esta imagem está ultrapassada, mas a pergunta que efectivamente nos levou a emprender este estudo foi:

Ser enfermeira(o) para os estudantes da nossa escola o que será?

Pensamos que a análise desta problemática nos poderá também proporcionar futuramente, uma reflexão muito útil sobre o nosso próprio papel de enfermeiros e sobretudo de docentes de enfermagem.

1 - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Tornou-se necessário a elaboração de um quadro conceptual que nos permitisse uma linha de orientação para a nossa pesquisa. Embora se estejam a realizar ultimamente alguns estudos relacionados com a formação em enfermagem ou com a prática da enfermagem, poucas pesquisas têm inscrito expressamente esse estudo no quadro do paradigma das representações sociais, quadro em que nos propomos situar.

A teoria das representações sociais segundo CARITA (1993) reforça a orientação da psicologia social de filiação cognitiva, que apesar de reconhecer a interferência de factores sociais, vem sublinhar o valor causal do simbólico como determinante dos comportamentos. Isto é, convida-nos a entender e prever estes, à luz da compreensão daquele factor.

Existem no entanto alguns investigadores (GILLY, 1980; ABRIC, 1988; JODELET, 1989) que no quadro do paradigma das representações sociais, se têm debruçado sobre o estudo do impacto das representações nos comportamentos de interacção e, porque reconhecem a necessidade de se desenvolverem investigações nesta área, recomendam o prosseguimento deste tipo de pesquisas.

Foi sobretudo Michel Gilly com a sua pesquisa que conduziu à publicação do livro *"Maitre-Elève. Rôles institutionnels et représentations"* que fillou um estudo das representações sociais no campo educacional.

O termo *representação social* deve-se ao psicólogo social francês Serge Moscovici (SOUSA, 1991; VALA, 1993; ABRIC, 1994) e designa tanto um conjunto de fenómenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para os explicar no vasto campo da psicologia social, propondo um conceito para esta temática em 1961 no seu livro *"La psychanalyse, son image et son public"*, a propósito da apropriação de uma teoria pelos diferentes grupos sociais. Foram os primeiros contributos para uma psicologia social, socialmente orientada, onde seria importante considerar tanto os comportamentos individuais, quanto os factos sociais (instituições e práticas) (ALLPORT, 1968; MOSCOVICI, 1984), para fazer frente à perspectiva individualista que se instalara na psicologia social (MOSCOVICI, 1972).

Contudo para fundamentar esta nova perspectiva de análise dos processos de interacção social, Moscovici recorreu-se de uma primeira contrapartida

conceptual numa tradição sociológica como a de Durkheim (JODELET, 1989), para quem qualquer tentativa de explicação psicológica dos factos sociais constituiria um erro grosseiro. Segundo VALA e MONTEIRO (1993) existe no conceito de representação social um duplo alcance, trata-se de um conceito particular e universal, o que torna problemática a sua utilização.

Apesar disso, surgem exemplos paradigmáticos da investigação das representações sociais numa perspectiva universal como são as pesquisas de HERZLICH (1969) sobre saúde e a doença e as de JODELET (1989) sobre a doença mental.

Emerge assim o campo da saúde, como um campo privilegiado do estudo das representações sociais, sendo no entanto o hospital segundo CARAPINHEIRO (1993) um terreno armadilhado de evidências, de lugares comuns, isto é de representações sociais sobre a saúde, a doença e a medicina. O estudo mais recente que conhecemos nesta área foi publicado em 1994, sob a direcção de Jean-Claude Abric, elaborado por Christian Guimelli e denominado *"La fonction d'infirmière. Pratiques et représentations sociales"* (1).

O conceito de representação social

Segundo os diferentes autores que se têm dedicado ao estudo das representações sociais, a ideia de representação social enquanto conteúdo e processo, (VALA e MONTEIRO, 1993) remete para um fenómeno complexo, *"cuja riqueza torna difícil a produção de um conceito que o delimite e simultaneamente não esbata a sua multidimensionalidade"* (2).

É relativamente aceite uma dificuldade operatória da conceptualização de representação social de tal forma que VALA (1993) citando MOSCOVICI, refere mesmo que *"é difícil dar-mos conta da realidade das representações sociais, não sendo fácil defini-las conceptualmente"* (3).

São apontadas algumas razões para que assim seja: *"há razões históricas, de que se deverão ocupar os historiadores e há razões não históricas que finalmente se reduzem a uma só, a sua posição mista, na confluência de conceitos sociológicos e psicológicos"* (4).

Uma representação social é segundo MOSCOVICI (1961), HERZLICH (1969) e VALA (1986) um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos sociais, permitindo a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos que *"constitui um instrumento de orientação da percepção e de colaboração das respostas, contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade"* (5).

Referindo-se aos conceitos de representação social, VALA (1986) diz que, de uma ou outra forma as representações sociais *"são teorias implícitas"*

acerca de objectos sociais relevantes e como tal constituem uma modalidade de conhecimento que serve a apreensão, avaliação e explicação da realidade” (6).

Relativamente à origem do conceito, aspecto já referido na parte introdutória deste capítulo, os autores citados MOSCOVICI (1961) e HERZLICH (1969), referem que foi DURKHEIM quem inicialmente usou o conceito de “*representação colectiva*” querendo assinalar a especificidade do pensamento colectivo relativamente ao pensamento individual.

A representação individual segundo HERZLICK (1969) deve ser considerada como um fenómeno puramente psíquico, não redutível à actividade cerebral que o constrói, assim como a representação colectiva (MOSCOVICI, 1961; 1972) não se reduz à representação dos indivíduos que compõem a sociedade, mas é um dos meios através dos quais se afirma a primazia do social sobre individual.

Os diversos autores estudados apontam para a primazia do social sobre o individual, o que quer dizer que é no contexto social que são emitidos todos os elementos que dão forma aos conteúdos representacionais.

Toda esta problemática das representações sociais como um fenómeno colectivo foi anteriormente descrita por DURKHEIM em 1898, no seu artigo “*Représentations individuelles et représentations collectives*”, onde aponta para a necessidade do estudo das produções mentais colectivas, ao mesmo tempo que enfatiza a irredutibilidade do pensamento colectivo e dos processos que o regem ao pensamento individual, propondo a ligação dos conteúdos e da estrutura do pensamento colectivo às formas de organização social.

Esta ideia foi também desenvolvida pela sociologia do conhecimento (BERGER e LUCKMANN, 1976), onde se admite a proposição de Marx, segundo a qual a consciência do homem é determinada pelo seu ser social.

Aceitam hoje pacificamente os psicólogos sociais e os sociólogos que, no âmbito da psicologia social ou no âmbito da sociologia do conhecimento e através de diferentes percursos, é possível conhecer o pensamento social, as suas condições de produção e de transformação.

Relativamente à influência social na formação das representações, MOSCOVICI (1961;1976) e SOUSA (1991) apontam para a ideia de que os indivíduos e os grupos produzem sobre si próprios, sobre os outros e sobre o que os rodeia, interpretações que lhes permitem adequar os comportamentos nas diferentes situações.

A estes modelos avaliativos que articulam informações a que os indivíduos têm acesso, bem como as atitudes em relação aos objectos, convencionou chamar-se, representações sociais.

Dada a pertinência da análise dos modos de pensamento e das formas variadas de elaboração da realidade em articulação com práticas sociais, encontram-se hoje referências implícitas ou explícitas ao conceito de representação social em quase todas as ciências sociais.

Decidimos referir não só o conceito mas também as suas dimensões, seguindo de perto aquilo que foi citado por Moscovici, autor de maior relevo nesta temática. Referira-se também que qualquer autor que se pronuncie sobre as representações sociais, como os referidos no nosso estudo, se apoia sempre em Moscovici, para desenvolver as suas construções teóricas.

O conceito universalmente aceite como conceito de representação social é o conceito de MOSCOVICI (1961;1969;1984), que define a representação social como um universo de opiniões, organizado à volta de uma significação central. A representação social constitui um sistema cognitivo de significações e de interpretações da realidade. Este aspecto da construção social da realidade reflectindo as relações sociais, contribui para as consolidar elaborando os comportamentos, influenciando a comunicação e a conduta de cada um dos membros da sociedade.

As representações sociais compreendem um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos sociais, (MOSCOVICI, 1961,1969,1984; VALA, 1993; JODELET, 1989; ABRIC, 1994). São teorias implícitas acerca de objectos sociais relevantes e como tal constituem uma modalidade de conhecimento que serve a apreensão, avaliação e explicitação da realidade.

A representação social é exprimida e comunicada por sistemas de referência da linguagem que nos permite interpretar, categorizar e ordenar os acontecimentos na tentativa de interpretar e dominar a realidade. É uma forma de pensamento social, cujo conteúdo manifesta valores socialmente marcados. Como processo dinâmico, a representação social é o resultado da dupla influência do psicológico e do social (VALA, 1993; HERZLICH, 1969), em que estão presentes a experiência vivida nas relações sociais, com as quais se recolhem informações, se interiorizam valores, normas, modelos e saberes transmitidos pela educação e tradição.

JODELET (1989) aponta como elementos fundamentais de uma representação: o seu conteúdo (informações, imagens, opiniões, atitudes, etc.), o objecto (trabalho a fazer, um acontecimento, uma personagem social) e o sujeito (indivíduo, família, grupo, classe), em relação a um outro sujeito. Na estrutura de cada representação é inseparável o aspecto figurativo do aspecto simbólico e significativo. A cada figura corresponde um sentido e a cada sentido uma figura.

Caracterizando ainda as representações sociais no que se refere à sua estrutura e na sua relação com o sujeito e com o objecto, RAMOS (1992) e JODELET (1989) admitem que a representação social não é uma simples

reprodução do real, não é um puro reflexo do mundo exterior ou de um traço que é mecanicamente imprimido e recolhido no espírito; comporta uma parte de autonomia e criatividade individual ou colectiva, mantendo os processos simbólicos e de conduta em relação, colocando os processos cognitivos e simbólicos na orientação dos comportamentos. A representação social refere-se “a categorias que a estruturam e a exprimem no âmbito de uma linguagem comum e é tributária das posições que os sujeitos ocupam na sociedade” (7).

A representação social como problema social e objecto de investigação

Desde há alguns anos que a problemática das representações sociais tem interessado um vasto número de investigadores nomeadamente, psicólogos sociais, sociólogos, antropólogos e ultimamente enfermeiros.

Conhecem-se agora alguns estudos e artigos relacionados com a enfermagem onde o objecto de investigação recai sobre esta problemática. Contudo estão largamente difundidos outros estudos que utilizam este conceito como orientador em interacção com teorias de natureza social de onde sobressaem objectos de estudo claramente definidos.

VALA e MONTEIRO (1993), apontam uma lista relativamente exaustiva de autores e objectos ou problemas para a compreensão dos quais o conceito de representação social foi julgado útil, visando mostrar como se está em presença de um campo de investigação vivo e orientado para a interrogação das interrogações do nosso tempo.

Dos exemplos citados pelos autores referidos sobressaem alguns temas que nos ajudam a verificar que o campo das representações permite uma pluralidade metodológica, temática e conceptual.

Vejamos apenas alguns títulos e seus autores, já que a pluralidade metodológica só é possível de identificar, com a leitura das obras indicadas ou dos artigos que com elas se relacionam: “Saúde/doença” (HERZLICH, 1969); “A doença mental” (AYESTARAN, 1985; DE ROSA, 1987; JODELET, 1989); “A violência” (VALA, 1981); “O grupo e a amizade” (FLAMENT, 1982; KAES, 1976); “O desemprego” (MARQUES, 1983); “Os conflitos sociais e as relações intergrupais” (DIGIACOMO, 1980; LITTON e POTTER, 1985); “A mulher” (AEBISHER, 1985; AMÂNCIO e SOCZKA, 1986); “Os psicólogos e a psicologia” (SOCZKA, 1988; PALMONARI et al., 1987) (8).

No espaço conceptual da enfermagem surgem também alguns exemplos que nos revelam o interesse dos investigadores no que se refere à utilização do conceito de representação como um estímulo heurístico para a orientação dos seus discursos, são alguns exemplos: “As representações da profissão de enfermagem” (LOPES e COSTA, 1993) (9); “Os enfermeiros e as

representações de enfermagem. Algumas ideias e factos” (VALERIANO, 1993) (10); “L’image de l’infirmière dans la société” (PARROT, 1973) (11).

Dos diferentes estudos empíricos sobre as representações sociais emergem um certo número de perspectivas através das quais os seus mecanismos de produção e as suas funções têm sido apreendidas.

Uma das perspectivas aponta para os mecanismos geradores de uma representação social. Através de estudos de orientação estrutural das representações (CODOL, 1984; ABRIC, 1984; FLAMENT, 1982), têm sido abordadas as formas de organização estrutural das representações. Nesta perspectiva CODOL (1972) refere-se às relações que se estabelecem entre os diferentes elementos das representações e ABRIC (1984) refere-se à organização da representação em torno de um nó central associado a elementos periféricos, elementos que estão em inter-relação.

Contudo VALA (1993) refere ainda que as representações podem ser estudadas considerando, os conteúdos e a sua organização interna enquanto modalidade de conhecimento que envolvem um sujeito, um objecto e actividades de construção, expressão, interpretação e simbolização. Foi nestas perspectivas que desenvolvemos globalmente o nosso estudo.

Segundo VALA (1986) uma das perspectivas de análise das representações sociais parte do estudo de grupos cujo posicionamento social envolve uma relação particular com o objecto das representações, posição partilhada também por PLOU (1972) reforçando que a partir da posição social desses grupos, dos valores e das práticas que lhe estão associadas e da sua relação particular com o objecto da representação, decorrem formas específicas de produção de significado sobre esse mesmo objecto.

Numa outra perspectiva alguns autores como TAJFEL (1982); DOISE (1973); DIGIACOMO (1981) têm mostrado que é sobretudo na natureza das relações desenvolvidas entre os grupos que se estruturam as representações, tornando-as justificadoras e antecipadoras dessas mesmas relações.

Existem ainda muitas outras áreas de estudo em que as representações têm sido a linha de orientação fundamental, umas com menor desenvolvimento, outras num processo de constante progresso.

O estudo da relação entre as ideologias e as representações sociais segundo VALA (1986) parece estar insuficientemente estudada apesar dos contributos de Doise. Existem ainda alguns estudos que têm sublinhado o papel dos “mass-media” na organização das atitudes e representações das audiências acerca dos mais variados aspectos da vida social (MOSCOVICI, 1984); contudo para VALA (1986), em referência a Moscovici, a forma como as representações ou teorias do senso comum atravessam as teorias científicas ou por estas são recicladas, poderá vir a constituir uma das áreas mais

privilegiadas no campo de estudo sobre as representações sociais. Nesta última perspectiva será reconhecido às representações um estatuto epistemológico, enquanto conhecimento do senso comum, na sua dupla referência à ciência e a outras modalidades do conhecimento (VALA, 1993).

Formação das representações sociais

Estão descritos por diversos autores (MOSCOVICI 1961,1982,1984; VALA e MONTEIRO, 1993; ABRIC, 1994) dois processos pelos quais se formam as representações sociais: *a objectivação e a ancoragem*.

A objectivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se formam expressões de uma realidade vista como natural. MOSCOVICI (1961, 1982, 1984) e VALA (1986) descrevem de forma particular como o processo de objectivação é estruturado por dois momentos: *“o primeiro que vai do objecto à sua imagem, o segundo que vai desta à naturalização da realidade social. A primeira fase do processo de objectivação caracteriza-se pela construção selectiva e pela esquematização estruturante, ou seja, pela reorganização dos aspectos retidos num modelo figurativo e simplificado do objecto. A segunda fase é marcada pela naturalização do objecto. O que era abstracto torna-se realidade plena”*(12).

VALA (1986) citando MOSCOVICI (1984), resume o processo de ancoragem da seguinte forma: *“O processo de ancoragem refere-se à integração do objecto representado no sistema de pensamento pré-existente e as transformações que daí decorrem quer no objecto, quer no sistema em que é integrado”*(13). Numa expressão de Moscovici (VALA, 1983) *“ancorar é tornar o não-familiar em familiar, é transformar o estranho em conhecido; processo que se refere assim a um fenómeno de atribuição de sentido e ao carácter instrumental da representação”*(14).

Verifica-se pois o que diz MOSCOVICI (1961): *“Si l’objectivation explique comment les éléments représentés d’une théorie s’intègrent en tant que termes de la réalité sociale, l’ancrage permet de comprendre la façon dont ils contribuent à exprimer et à constituer les rapports sociaux”*(15).

O autor que temos vindo a referir afirma ainda que na formação e dinâmica das representações sociais, interferem processos de categorização. São conhecidas hoje um certo número de mecanismos sócio-cognitivos da categorização social graças aos trabalhos de BRUNER (1958) e de TAJFEL (1982). Sobre este aspecto VALA (1986) ao identificar a necessidade de um processo de categorização face ao enorme fluxo de informações e à ambiguidade do meio ambiente, atribui assim aos indivíduos a necessidade de

sistematização dos objectos através de uma estrutura semântica hierarquizada em categorias.

No caso das categorias sociais TAJFEL (1982) sublinha o papel dos valores e da cultura na sua elaboração, bem como na atribuição de uma categoria a um indivíduo, grupo ou acontecimento social. Por outro lado, as categorias encontram-se organizadas entre si, sendo a rede de relações que estabelecem os atributos que as caracterizam e distinguem que permitem a atribuição de sentido aos objectos sociais e que as tornam instrumentais, constituindo-as como um sistema de avaliação e explicação da realidade social. VALA (1986) refere então que é assim provável conceber a representação como uma manifestação do processo de categorização.

A elaboração de uma representação reflecte o sistema de categorias disponível num grupo (é o sistema de categorias pré-existente que orienta a avaliação, a construção selectiva e a esquematização do objecto, tornando conhecido o desconhecido), ao mesmo tempo que é geradora de transformações nesse sistema de categorias, porque uma vez construída, a representação *“oferece novas relações entre categorias, vistas como um reflexo objectivo do próprio real”*(16).

A teoria do núcleo central de uma representação

A teoria do núcleo central surge descrita por ABRIC (1984, 1994) como uma perspectiva e orientação na abordagem psicossociológica das representações sociais.

Segundo ABRIC (1994) toda a representação está organizada á volta de um núcleo central. Este núcleo central é o elemento fundamental da representação porque determina a significação e a organização da representação. Este núcleo é o elemento ou o conjunto de elementos em relação, que dá à representação a sua coerência e a sua significação global. É o gerador da significação da representação, porque é em relação a ele que os outros elementos presentes no campo representacional são interpretados, ponderados, avaliados positiva ou negativamente.

A ausência ou a transformação dos elementos do núcleo central provocam *“uma alteração completa da representação, alteração que se verifica na sua estrutura e na sua significação”*(17). A análise de uma representação deve consistir em tentar descobrir este núcleo central (VALA, 1986; ABRIC, 1994), tentativa por vezes difícil, tendo em conta a ausência de uma técnica formalizada que permita assinalar de forma clara e incontestável a estrutura interna de uma representação.

Toda a tentativa de intervenção que vise transformar radicalmente uma representação necessita de uma acção directa sobre o núcleo central. Para

ABRIC (1989) a transformação de alguns elementos não centrais ou periféricos não pode produzir uma alteração real da representação; estas transformações seriam reintegradas no sentido da significação do núcleo central e seriam aceites se não pusessem em causa o equilíbrio interno da representação da qual o principal elemento é o núcleo central.

Para FLAMENT (1981) a análise das representações sociais pela teoria do núcleo central, como umas das perspectivas de análise, foi durante muito tempo hipotética. Contudo Moliner ao desenvolver um trabalho experimental percebeu como os elementos de uma estrutura cognitiva são afectados de um gradiente quantitativo de centralidade.

A teoria de Abric acrescenta no entanto a noção de centralidade qualitativa e estrutural que veio caracterizar aquilo que ele chama, o núcleo central. FLAMENT (1981) revela que estudos empíricos mostraram que *“se podem observar os elementos centrais muito fortes sob o ponto de vista quantitativo mas ao diferenciarem-se qualitativamente, uns fazem parte do núcleo central, outros não”* (18).

Apesar de ser o núcleo central a dar à representação um significado global, existem à sua volta elementos periféricos (ABRIC, 1994) que estão em relação directa com esse mesmo núcleo e que a sua presença, a sua ponderação, o seu valor e a sua função, são determinados por esse mesmo núcleo, *“constituindo a essência do conteúdo da representação, a sua parte mais acessível, mas também a mais viva e a mais concreta”* (19).

Estes elementos são mais facilmente identificados porque compreendem as informações retidas, seleccionadas e interpretadas, os julgamentos formulados sobre o objecto e o seu meio, os estereótipos e as crenças. São elementos que se encontram hierarquizados, isto é mais ou menos próximos do núcleo central e quanto mais perto se situam do núcleo central mais importante é o papel que desempenham na concretização do significado da representação social. Em síntese pode afirmar-se que *“são estes elementos que constituem de facto a relação entre o núcleo central e a situação concreta onde se elabora ou funciona a representação”* (20).

As representações no campo educativo

No campo da educação têm-se elaborado alguns estudos que encontraram nas representações sociais o paradigma de orientação para a compreensão dos fenómenos educacionais.

Alguns autores como GILLY (1988) e CARITA (1993), recorreram ao estudo de fenómenos de representação para melhor compreenderem o modo como ocorre a relação pedagógica, isto é o modo como se estrutura a relação

pedagógica em determinados contextos. Porque são as representações que directamente constituem o nosso objecto de estudo, não podíamos deixar de referir a sua implicação no campo educacional.

Interessamo-nos pela relação pedagógica, não enquanto espaço de construção de saberes, mas como lugar que requer como condição, não só uma finalidade instrucional mas sobretudo uma finalidade educativa mais ampla, onde não interessa somente a preparação para a inserção profissional, mas interessa sobretudo dar à vida um sentido filosófico de realização humana.

Para GILLY (1989) o interesse essencial da noção de representação social para a compreensão dos fenómenos da educação é a que se orienta para o papel do conjunto organizado de significações sociais no processo educativo.

O campo educativo aparece como um campo privilegiado para se verificar como se constroem, evoluem e se transformam as representações sociais no seio de grupos sociais e *“esclarece-nos sobre o papel destas construções nas relações destes grupos com o objecto da sua representação”* (21).

Segundo RAMOS (1992) e GILLY (1989) os sistemas de representações são sistemas feitos de contradições, onde as ideias se articulam à volta de esquemas dominantes, que conferem às representações sociais níveis funcionais de adaptação a aspectos da realidade com que os sujeitos se confrontam. As representações sociais *“garantem desta forma o equilíbrio dos sujeitos assim como a coerência no exercício das suas práticas sociais e nas suas relações com o meio”* (22).

Da análise dos discursos sobre as instituições educativas RAMOS (1992) refere que o conhecimento actual revela que a representação *“não é uma imagem/reflexo da instituição escolar, das suas funções sociais e efectivas, mas uma construção social visando a sua legitimação”* (23).

No que se refere à utilização didáctica das representações MARTIN (1991) afirma que para aumentar a eficácia da aprendizagem e favorecer a utilização das informações armazenadas pelo beneficiário dos cuidados ou a pessoa em formação é necessário que o formador tenha acesso às representações, às ideias pré-concebidas, face às quais a pessoa organiza, integra e joga com as informações de que dispõe sobre um dado tema.

O docente ao valorizar esta perspectiva significa que se está a centrar sobre a pessoa que aprende, fornecendo enquanto docente os meios de partida para a pesquisa do assunto que o estudante já conhece e utiliza, como tentativas para resolver problemas em diversas situações (MARTIN, 1991).

Foi Martin que se debruçou essencialmente sobre os contributos da compreensão dos fenómenos representacionais no campo da enfermagem e mais concretamente do ensino de enfermagem. Esta autora faz muitas

vezes o paralelismo do estudante com o beneficiário de cuidados. As representações constituem o sistema explicativo do aluno ou do receptor de cuidados, que o refere e percebe como lógico, adequado e satisfatório porque permite explicar a realidade onde está inserido.

Refere ainda MARTIN (1991) que as *representações* não são sobreponíveis às *opiniões*, distinguem-se pelo facto de aquelas estarem mais seguras na memória. A opinião ao contrário, pode ser reconhecida como mais fugaz, menos segura na rede semântica. Esta autora refere que é mais fácil mudar a opinião do que modificar ou enriquecer as representações. Contudo a eficácia das mensagens profissionais é sem dúvida dependente das mudanças possíveis das representações ligadas ao papel dos profissionais de saúde.

As novas orientações da profissão, as práticas interdisciplinares, a distância do modelo médico são certamente elementos que contribuem para modificar a imagem tradicional da enfermeira (MARTIN, 1991).

Quer o educador aceite ou não, o estudante tem sempre ideias pré-concebidas, um sistema explicativo, maneiras de interpretar a realidade e novas aprendizagens a realizar. Nesta linha de pensamento MARTIN (1991) reforça que quando não se tem isto em conta na acção educativa, esta terá pouca eficácia a longo prazo.

Porque cada um de nós tem uma forma singular de estar no mundo, de se apropriar do conhecimento, MARTIN (1991) manifesta claramente que no âmbito das representações "*o aluno terá forte tendência para substituir as novas aquisições pelas precedentes mais próximas da sua própria lógica, correspondendo melhor à sua maneira de explicar o mundo, mais compatíveis com os seus hábitos, com as suas primeiras experiências*" (24).

Pelas razões agora apontadas consideramos importante ter acesso à representação que os estudantes da nossa escola têm construída acerca do que é *ser enfermeira*, facto que possivelmente poderá vir a explicar a percepção que nos levou à realização deste estudo, segundo a qual pensamos ensinar a ser enfermeira numa perspectiva que não coincide posteriormente com as práticas profissionais verificadas no exercício da profissão.

2 - A ENFERMAGEM - A SUA IMPORTÂNCIA SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE AO LONGO DOS TEMPOS.

A enfermagem desempenha hoje 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 sua evolução ao longo da história da humanidade. É uma actividade hereditária de um passado cheio de regras morais e deveres em que os seus actores viveram um passado cheio de contradições, rico em tradições e estão a viver um presente igualmente cheio de contradições que originam concepções diferentes sobre o efectivo papel da enfermeira na sociedade actual. A história da enfermagem é hoje um pouco a história das sociedades.

Verificou-se que com a formação em escolas de enfermagem desde 1878, a enfermeira tornou-se 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 enfermagem o termo enfermeira, em referência ao 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). Contudo num estudo das representações de enfermagem de LOPES e COSTA (1993), as autoras concluíram que, pelo facto de existirem em formação actualmente um elevado número de estudantes do sexo masculino, esta situação tem tendência a esbater-se gradualmente dado que "*hoje o homem, tal como a mulher, opta por actividades do tipo expressivo*" (25). Temos verificado ao longo do tempo a frequência predominante de estudantes do sexo feminino e actualmente as turmas existentes na nos-sa escola são compostas essencialmente por estes estudantes. Os valores das frequências actuais, por ano, situam-se entre os 90% e 100%, para os estudantes do sexo feminino.

Para COLLIÈRE (1989) considera-se necessário interrogar a história 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 cuida;

- Identificação da prática de cuidados com a mulher consagrada, desde a idade média até ao fim do século 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 século 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(26).

Segundo COLLIÈRE (1989) os efeitos das descobertas do fim do século 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, dado 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, atraídas pela beleza moral desta actividade ou por uma vocação;

- A ideologia que deriva da tecnicidade, que está ligada às circunstâncias do desempenho profissional e ao crescente interesse por contextos onde os cuidados assumem grande complexidade como por exemplo em 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"*(27).

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-lhes acompanhar o médico na visita porque assim podem 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 ministério"*(28).

Foi neste contexto da história da enfermagem que surgiu a aderência das enfermeiras ao modelo bio-médico, dado que as enfermeiras 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 perfil 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 (KÉROUAC, 1994).

Os modelos conceptuais de enfermagem

Os modelos segundo STEELE (1992) podem definir-se como esquemas estruturais compostos por conceitos organizados e relacionados. Podem pois definir-se como "*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*" (29).

Para PEARSON e VAUGHAN (1992) um modelo de enfermagem é "*uma imagem ou representação do que a enfermagem é na realidade, representada a verdadeira mercadoria que é fornecida ao cliente*" (30).

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 pois de guia à prática, à formação, à investigação e à gestão dos cuidados de enfermagem.

Para ADAM (1994) considera-se modelo conceptual sempre que se verifique uma concepção de enfermagem *completa*, isto é se engloba todos os elementos essenciais a um modelo conceptual e *explícita*, isto é se tudo estiver enunciado de modo formal. Mas 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*" (31).

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).

O modelo bio-médico: o modelo tradicional para o exercício da enfermagem

São vários os autores que se têm pronunciado sobre o modelo bio-médico (COLLIÈRE, 1989; PEARSON e VAUGHAN 1992; GÂNDARA e LOPES, 1993), 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 valores, a subordinação ao modelo bio-médico, em que a cura é a qualidade máxima, tem norteadado 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" (32).

Diversos autores (PEARSON e VAUGHAN, 1992; GÂNDARA e LOPES, 1992) afirmam que o modelo bio-médico tem as seguintes características: o objectivo da actividade profissional centra-se no curar; o ser humano é um ser biológico constituído por partes e considerado como um sujeito passivo no processo de cuidar; a homeostasia biológica é igual a saúde pelo que as alterações na homeostasia biológica são sinónimo de doença; o critério do sucesso dos cuidados é a cura; a pessoa é como uma máquina, existindo a necessidade de diversos especialistas para reparar as partes da máquina.

Este modelo reducionista repercute-se no aparecimento de profissionais especializados no tratamento de diferentes partes do corpo doente. Quanto às repercussões deste modelo na enfermagem verifica-se, que é dada ênfase aos cuidados físicos e à rotinização do trabalho, existindo nas enfermeiras a preocupação de deixarem o "*trabalho feito*", de deixarem as tarefas visíveis de cada turno concluídas. A prática profissional é "*caracterizada essencialmente por uma filosofia de curar/tratar em substituição do cuidar*" (33).

O modelo bio-médico clássico dá relevo ao diagnóstico e tratamento da doença sendo o papel da enfermagem a execução exacta da prescrição médica e assim como 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.

Despachar as tarefas é em geral o principal objectivo das equipas de enfermagem dos serviços de saúde. Dá-se muito valor às enfermeiras que conseguem completar certas tarefas antes da passagem de turno.

Para PEARSON e VAUGHAN (1992) valoriza-se a realização de tarefas visíveis associadas a cuidados físicos, às rotinas e pouco ou nenhum tempo é deixado para os aspectos personalizados dos cuidados. Os autores que se referem a este modelo (COLLIÈRE, 1989; WATSON, 1989; PEARSON e VAUGHAN, 1992)

consideram 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 ou 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 *"indicam 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"* (34).

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 e também agora provavelmente se irá verificar nos cursos de estudos superiores especializados em enfermagem, já que alguns continuam a adoptar o nome de especialidades médicas (médico-cirúrgica, obstétrica, pediátrica), o que à partida poderá constituir um indicador de que a vertente bio-médica seja predominante na formação.

O modelo bio-médico tem sido ultimamente alvo de críticas dos enfermeiros que têm reflectido sobre enfermagem, como sejam (RIBEIRO, 1995; WATSON, 1989; COLLIÈRE, 1989) entre outros, que propondo o abandono deste modelo na prática profissional e o aconselhando uma prática de acordo com 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 bio-médico não responde (RIBEIRO, 1995).

Afirma mesmo esta autora que *"o cuidar é um imperativo imposto pela falta de capacidade de tratar devendo estar presente ao longo do tratamento"* (35).

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 século XX e mais concretamente a partir dos anos 60, têm levado alguns autores (COLLIÈRE, 1989; ADAM, 1982; MARRINER, 1989; RIBEIRO, 1995 entre outros), a produzirem 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, teoria do desenvolvimento e 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 aquela teoria, existe no entanto uma perspectiva mais ao 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 conceitos 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"* (36).

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"* (37).

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"* (38). O existencialismo dá primazia ao ser humano individual e apresentam 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"* (39). 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 serem 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 são e pelos cuidados de saúde são 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"* (40).

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 pode ser de tal forma complexa 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 fazer 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 características 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.

Seguindo MARRINER (1989) em *"Modelos Y teorias 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 Fitzpatrick 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*: Dorotheia Orem (1980);

- *Modelo de enfermagem de adaptação*: Calista Roy (1960);

- *Modelo de enfermagem de sistema de cuidados de saúde*: Betty Neuman (1980);

- *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*: Virgínia Henderson, Dorotheia 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*”(41).

Nas várias abordagens apresentadas pelos vários modelos de cuidar a acção da enfermeira é orientada de modos ligeiramente diferentes, mas sempre orientada para as necessidades do utente, para os problemas decorrentes do seu desequilíbrio ou instabilidade e para 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 assim o que caracteriza essencialmente os modelos de enfermagem e sobretudo aqueles aspectos muito semelhantes que os torna modelos de cuidar.

Em síntese parece-nos importante referir a dicotomia entre o cuidar e o tratar que está devidamente descrita por RIBEIRO (1995) no livro “*Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*”, onde estão enunciadas algumas características da forma de actuação das enfermeiras de acordo com a orientação predominante (cuidar ou tratar), conforme transcrição que a seguir se apresenta.

Quadro 1 - Modelo de enfermagem versus modelo bio-médico

<i>CUIDAR</i> (modelo de enfermagem)	<i>TRATAR</i> (modelo bio-médico)
Considera o utente como um todo (visão holística).	Considera essencialmente o órgão que está afectado.
Actua de forma personalizada.	Actua de forma estandardizada de acordo com o diagnóstico médico.
Atende ao conforto em todas as situações de necessidade consideradas pelo utente.	Actua com base nos seus juízos, rotinas e normas da organização.
Gasta tempo a ouvir e falar com o utente.	É eficiente no cumprimento das tarefas que privilegia em detrimento da comunicação.
Empenha-se (envolve-se) na resolução dos problemas do utente.	Distancia-se e procura resolver os problemas de forma racional.
Fornece apoio emocional/actividades de suporte.	Dá ênfase à terapêutica que poderá ajudar o doente.
Valoriza sobretudo o bem-estar e o conforto.	Valoriza sobretudo o diagnóstico e o tratamento.
Atende aos aspectos subjectivos da situação, valorizando os sentimentos do utente sobre a doença e o efeito do tratamento na pessoa.	Lida com os aspectos objectivos da situação, desvalorizando a subjectividade e os sentimentos do utente sobre a experiência da doença e os efeitos dos tratamentos.
Realiza as actividades com o utente sempre que este tem possibilidade.	Realiza as actividades para o utente, não estimulando a sua participação.
Centra-se na saúde.	Centra-se na doença.

Fonte: RIBEIRO, L. Fradique - *Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*, p. 39.

3 - 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 reúne 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 o nosso estudo tem como orientação teórica a teoria das representações sociais e como objecto a representação de enfermeira, 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 hipertecnista ou tecnista - aquele que valoriza os cuidados de enfermagem na técnica e numa grande competência;

- O enfermeiro que enfatiza o cuidar, pondo a tónica dos cuidados na interacção;

- O enfermeiro que se preocupa em desempenhar somente tarefas”(42).

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 2).

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)

Quadro 2 - Tipos 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
Serviços 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 e 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 bio-médico ou seja, centram os cuidados no tratamento da doença, no curar, numa parte do 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 que, conhecendo-o bem, possa melhorar os cuidados que presta e transmitir e discutir com os médicos os cuidados de saúde de que a pessoa carece.
Serviços onde na equipa 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.

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*” (43).

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 um 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 a prática profissional foi ALBERDI CASTELL (1988). Esta autora, da análise que fez da prática da enfermagem em Espanha, 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 auxiliares técnicas de saúde*. Os dados estão agrupados num quadro que apresentamos a seguir, para que melhor se diferenciem as ideias da autora.

As diferentes concepções propostas por ALBERDI CASTELL (1988) apontam igualmente para duas formas de orientação das práticas profissionais: *a prática profissional baseada no modelo bio-médico com orientação para o tratar (pelas enfermeiras tecnológicas e pelas enfermeiras auxiliares técnicas de saúde) 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.

Quadro 3 - As concepções de enfermeira segundo Alberdi Castell

<i>Taxionomia Elementos</i>	<i>Enfermeiras Tecnológicas</i>	<i>Enfermeiras cuidadoras</i>	<i>Enfermeiras Aux. Técnicas Sanitárias</i>
<i>Núcleo do trabalho</i>	O diagnóstico e o tratamento da doença.	As necessidades do doente.	O trabalho médico.
<i>Objectivo do trabalho</i>	Conseguir o diagnóstico e o tratamento mais eficaz.	A satisfação das necessidades do doente.	O maior rendimento do trabalho médico.
<i>Área de actuação mais adequada</i>	- Cuidados intensivos; - Urgências; - Blocos operatórios; - Serviços de queimados.	- Enfermarias gerais; - Serviços de saúde pública; - Enfermarias de doentes crónicos.	Qualquer área onde o médico necessite de ajuda.
<i>Áreas de formação pós-básica</i>	Especializações de acordo com as especializações médicas.	Especializações baseadas nas necessidades do indivíduo ao longo do ciclo vital.	Modelo de formação que mais se assemelha ao modelo de formação médica.
<i>Finalidade do discurso profissional</i>	- 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.	- Formular claramente uma identidade diferenciadora, redefinindo as áreas de responsabilidade actuais; - Demonstrar a necessidade do seu contributo específico para o sistema de saúde.	As enfermeiras auxiliares técnicas sanitárias, ao conceberem-se como ajudantes, não necessitam de definir o seu contributo específico nos cuidados de saúde.
<i>Dificuldades na construção do discurso</i>	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.	Reverter a finalidade do sistema de saúde, contrariando o poder máximo atribuído ao médico na determinação das necessidades do indivíduo.	Não têm dificuldades, porque não têm necessidade de construir um discurso profissional.

Adaptado de: ALBERDI CASTELL, Rosa Maria - *Sobre las concepciones de la enfermería*, p.25-30.

4 - PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Para que o objecto de estudo se torne cada vez mais claro e para que se possa integrar na perspectiva teórica que temos vindo a descrever, torna-se necessário explicitar a problemática em estudo.

Para QUIVY e CAMPENHOUDT (1992), explicitar a problemática é precisamente descrever o quadro teórico em que se inscreve o percurso pessoal do investigador, é precisar os conceitos fundamentais, as ligações que existem entre eles e assim, desenhar a estrutura conceptual em que se vão fundar as proposições que se elaborarão em resposta à pergunta de partida.

O objecto do nosso estudo é a representação de enfermeira, e norteando a pesquisa surgiu a seguinte questão: qual será a representação dos alunos do Curso Superior de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de São

João de Deus, sobre o que é ser enfermeira? Do quadro teórico elaborado, tendo em conta o objecto de estudo, ressaltam duas temáticas que consideramos necessário agora explicitar: a das representações sociais e as concepções sobre a enfermagem que evidenciam o papel do enfermeiro, a sua evolução histórica e as contradições do mundo actual face à evolução social e aos novos desafios que se colocam ao mundo pós-moderno(44).

As representações sociais

A dimensão interactiva que se estabelece em contextos de formação determina a expressão mais clara das representações e as posições dos estudantes perante a realidade que os circunda, torna-se mais evidente.

A riqueza e a complexidade do conceito de representação social, apresentam-se como qualidades que permitem melhor apreender os significados contidos nos discursos dos estudantes, daí a sua inscrição na problemática do nosso estudo. Esta condição apenas terá sentido se o discurso for entendido enquanto conjunto de propostas subjectivas de interpretação da realidade, apoiadas em estruturas de conhecimento, de opiniões, de atitudes e de aspectos do imaginário (SANTIAGO, 1989).

Os vários autores estudados (MOSCOVICI, 1961,1969; DOISE, 1983; JODELET, 1989; BENAVENTE, 1990) entre outros, são unânimes em considerar que o conteúdo das representações, colhe elementos de *duas fontes complementares* e que são modeladas e remodeladas pela experiência vivida pela pessoa:

- *A primeira fonte* é a própria sociedade, os discursos oficiais que veiculam os "mass-media", que se traduzem nas práticas sociais, a ideologia que se bebe na família e no meio de vida (as conversas, os filmes, as histórias, os divertimentos, as ideias que circulam). Trata-se da socialização primária;

- *A segunda fonte* de elementos presentes nas representações é a história social e pessoal de cada um, a sua experiência de vida, surgindo neste quadro de socialização secundária a formação inicial e contínua, que reforçará ou interrogará as representações já construídas.

Este quadro teórico preciso constituiu a base das tomadas de decisão que presidiram ao trabalho empírico. Foi com o apoio das produções literárias de MOSCOVICI, JODELET, ABRIC e VALA entre outros autores que nos influenciaram no quadro teórico, que a linha orientadora da pesquisa no campo das representações foi construída.

Guiou-nos sobretudo o conceito de representação social que a define "como um universo de opiniões, organizado à volta de uma significação central" (MOSCOVICI, 1961;1969). Este universo de opiniões constitui um sistema cognitivo de significações e de interpretações da realidade.

É este aspecto da construção social da realidade, que reflecte as relações sociais e que contribui para as consolidar, elaborando comportamentos, influenciando a comunicação e a conduta social (JODELET, 1984); Os conteúdos e a organização interna das representações sociais enquanto modalidade de conhecimento envolvem um sujeito, um objecto e actividades de construção, expressão, interpretação e simbolização (VALA e MONTEIRO, 1993).

A representação social é exprimida e comunicada por sistemas de referência da linguagem que nos permite interpretar e categorizar os acontecimentos e ordená-los, na tentativa de interpretar e dominar a realidade. É uma forma de pensamento social, cujo conteúdo manifesta valores socialmente marcados (JODELET, 1984).

Os vários autores citados no quadro teórico são unânimes em afirmar que as representações sociais são representações de objectos e de alguém e que emergem num contexto de comunicação.

Relativamente à organização e estrutura das representações sociais foi ABRIC (1994) quando se refere à teoria do núcleo central que mais nos influenciou na nossa pesquisa.

Este autor afirma que toda a representação social está organizada à volta de um núcleo central. O núcleo central é constituído por um elemento ou conjunto de elementos em relação, que são fundamentais para representação, uma vez que determinam a significação e a organização dessa mesma representação. À volta do núcleo central organizam-se elementos periféricos mais ou menos próximos, em relação entre si e sobretudo em relação directa com os elementos do núcleo central (ABRIC, 1994). A análise das representações consiste essencialmente em tentar descobrir o seu núcleo central.

MARTIN (1991) descrevendo a utilização didáctica das representações afirma que para aumentar a eficácia da aprendizagem e favorecer a utilização das informações armazenadas pela pessoa em formação, "é necessário que o formador tenha acesso às representações, às ideias pré-concebidas, face às quais a pessoa organiza, integra, joga com as informações de que dispõe sobre determinado assunto"(45).

Após esta reflexão mais sintetizada elaborada a partir do quadro teórico, encontramos-nos perante algumas questões que se nos afiguram pertinentes:

- Quais serão os elementos do núcleo central da representação de enfermeiro?
- Será que o contacto com o exercício da prática profissional influencia a representação?
- Será que o contacto com a escola está a influenciar a representação de enfermeira?

As concepções de enfermagem

Foram sobretudo autoras como COLLIÈRE (1989); PEARSON e VAUGHAN (1992); RIBEIRO (1995) entre muitos outros citados, que nos trouxeram contributos importantes para o desenvolvimento do suporte conceptual sobre esta temática no nosso estudo.

No entender de COLLIÈRE (1989), cuidar de pessoas (crianças, deficientes, doentes, inválidos, velhos) foi desde sempre papel de quem lhes estava mais próximo, isto é da mulher, já que ao homem era destinado a caça, o trabalho fora de casa e a guerra, situação directamente ligada com a divisão social do trabalho, numa atitude de manutenção da vida e por conseguinte de sobrevivência dos grupos.

Mais tarde quando começaram a surgir albergues, lazaretos e asilos para recolhimento de inválidos, feridos e doentes, a função de cuidar era incompatível com o papel de mãe e o cuidar passou a exigir um espaço. Foi assim que desde os finais da Idade Média até aos finais do Século XIX e por influência directa do Cristianismo, a prática de cuidados passou a ser assumida pela mulher religiosa, em que a manutenção da vida é substituída pela atenção aos desprotegidos, sofredores e inválidos.

A partir dos finais do Século XIX até meados do Século XX, as descobertas científicas e tecnológicas influenciaram a medicina de tal forma que se alterou o papel da mulher na profissão, a mulher passou a assumir o papel de mulher enfermeira auxiliar do médico. Passaram as práticas profissionais a ser determinadas pelas práticas médicas. Começou a verificar-se uma delegação dos cuidados médicos nas enfermeiras e aquilo que estava historicamente instituído como papel da enfermeira, o cuidar, passou a perder significado e a surgir um novo papel identificado com o tratar. Esta alteração do papel da enfermeira é fortemente criticado por COLLIÈRE quando afirma que "*os cuidados transformaram-se em tratar, mantendo apenas a sua denominação, mas perdendo o essencial da sua razão de ser*" (46).

Surgiu na sequência desta evolução um modelo na prática profissional que já descrevemos e que é conhecido como o modelo bio-médico.

Os modelos teóricos de enfermagem surgem como reflexo das alterações que se processaram na evolução histórica da profissão e sobretudo fruto das questões que se começaram a levantar no que se refere ao papel autónomo do enfermeiro na equipa de saúde.

As questões relacionadas com a autonomia profissional começaram a surgir quando, com a formação as enfermeiras tomaram consciência de que os conhecimentos não lhes permitiram maior visibilidade social mas permitiram-lhes constatar que o poder nas equipas de saúde está concentrado nos médicos.

Os modelos de enfermagem são o reflexo de que os enfermeiros procuram uma nova visão do homem, formas de actuação que permitam ir de encontro às necessidades da pessoa, preconizando assim como que um distanciamento do ascendente médico. O papel de auxiliar de médico assente em rotinas e cumprimento de prescrições médicas passa a ser substituído por um papel autónomo com características bem definidas. Registe-se o contributo dos modelos teóricos na caracterização deste papel, pela sua tentativa de clarificação do que se entende por cuidados de enfermagem e do papel dos enfermeiros nas equipas de saúde e na sociedade.

Como podemos verificar a partir da evolução histórica da profissão e das actuais vivências, emergem duas grandes linhas de orientação para a prática profissional: uma orientação para o tratar e uma orientação para o cuidar.

Estas orientações estão caracterizadas por RIBEIRO (1995) e associadas a dois modelos de práticas profissionais: o modelo bio-médico como orientação para o tratar e os modelos de enfermagem como orientação para o cuidar.

A orientação para o tratar é uma orientação mais instrumental, relacionada com procedimentos terapêuticos e técnicos e que tem em vista a cura (RIBEIRO, 1995). É uma orientação centrada sobretudo na doença, que está muito identificada com a actividade médica e muito dependente das práticas deste grupo profissional; privilegia a cura das doenças e vê a pessoa como um conjunto de sistemas e de órgãos (COLLIÈRE, 1989).

A orientação para o cuidar está virada para uma visão holística da pessoa, visa o bem estar do utente, apela para uma acção centrada no utente como sujeito de cuidados (RIBEIRO, 1995).

A partir destas reflexões sobre a temática das concepções de enfermagem afiguram-se-nos agora algumas questões:

- Será que no núcleo central da representação estão elementos dos modelos de enfermagem ou do modelo bio-médico?
- Que elementos caracterizadores dos modelos de enfermagem e do modelo bio-médico são elementos periféricos?

5 - METODOLOGIA

Em qualquer processo de investigação considera-se necessário dispor de procedimentos empíricos controlados, uma vez que as opções metodológicas exigem uma reflexão para que as tomadas de decisão se apresentem correctamente adequadas ao estudo em causa.

Tivemos como propósito central nesta pesquisa estudar a representação

do que é ser enfermeira por parte dos estudantes da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.

Estamos conscientes tratar-se de uma realidade social particular instituída numa determinada unidade social (escola) e em contextos específicos (essencialmente contextos de formação profissional inicial), pelo que não pretendemos chegar a conclusões de validade universal.

Assumimos para o estudo uma linha de orientação, que teve como componente principal a análise das representações sociais à base da teoria do núcleo central. Pelas leituras que fizemos de outros estudos pareceu-nos a orientação que mais se adequava com o nosso objecto de estudo, uma vez que pretendíamos isolar elementos que se encontravam na representação, verificar o seu significado e a sua relação.

De acordo com as opções metodológicas de que falaremos neste capítulo, procedemos a uma recolha de informação directamente no contexto onde ela é produzida.

Tipo de estudo

Optámos por um estudo exploratório de abordagem qualitativa, dado existir pouca informação sobre esta temática e considerarmos que um estudo deste tipo poderá ser um ponto de partida importante para futuras pesquisas.

Relativamente a este tipo de abordagem em investigação em enfermagem MUNHALL e OILER (1986) referem-se ao entusiasmo crescente pelos métodos qualitativos pelo seu "*contributo na mudança, desenvolvimento e evolução da disciplina de enfermagem*"(47), enquanto BRINK (1989) considera que "*os estudos exploratórios estão a ser cada vez mais utilizados na construção do conhecimento em enfermagem*"(48).

Verifica-se também que nas ciências humanas, existe um interesse crescente pelos métodos de investigação qualitativa. O nosso interesse pela investigação qualitativa no campo da enfermagem conduziu-nos a realizar uma abordagem deste tipo, no estudo que efectuamos. Assim no âmbito da problemática que acabámos de delinear era importante que os dados recolhidos sofressem a influência de uma orientação qualitativa, a fim de serem analisados, organizados, enquadrados e apresentados.

Vários autores (LINCOLN, 1986; TRIVIÑOS, 1987; PARSE, 1985 entre outros) consideram os métodos qualitativos como os que tentam captar os fenómenos de uma forma holística, podendo assim contribuir para a compreensão destes no seu contexto ou para enfatizar a dimensão e a compreensão do significado daquilo que os rodeia. Afirmam mesmo que no seu conjunto os métodos qualitativos, permitem englobar todos estes aspectos.

REZENDE (1992) acrescenta no entanto, que os métodos qualitativos de pesquisa são úteis pelo seu contributo para a compreensão de várias facetas do objecto de estudo, uma vez que procuram compreender os fenómenos, o seu significado e revelam a percepção dos informantes sobre estes factos, situação que não poderá ser adequadamente apreendida pelos métodos quantitativos.

A partir destas reflexões e tendo em conta o objecto de estudo, foi nossa intenção realizar um estudo exploratório apoiado numa estratégia de investigação de natureza qualitativa.

População e amostra

A população alvo deste estudo é constituída pelos estudantes da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus. Pela pergunta de partida se conclui o nosso interesse para que o estudo incidisse nesta população não nos interessando outra, já que ponderamos também os contributos do estudo para a Escola e nomeadamente para a revisão do actual plano de estudos, uma vez que pertencemos ao grupo de trabalho que tem a responsabilidade de a executar.

Nas reflexões que fizemos no contexto das questões relacionadas com a metodologia, seleccionámos a entrevista como instrumento de colheita de dados (como mais à frente explicitaremos).

Levantou-se-nos aqui o problema que se levanta sempre a qualquer investigador - o da selecção da amostra. Quem entrevistar?

Para uma melhor compreensão das opções metodológicas referimos seguidamente alguns aspectos que se relacionam com o campo de análise e com a selecção das unidades de observação.

O campo de análise estava para nós claramente limitado desde o início do trabalho, uma vez que pretendemos identificar as representações que os estudantes da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus de Évora construíram acerca do que é ser enfermeiro, pelo que os sujeitos do estudo teriam que ser encontrados nesta escola.

Pela mesma razão a problemática foi construída à volta do estudo das representações a partir da teoria do núcleo central, pelo que as perguntas orientadoras da pesquisa revertem para possíveis aproximações dos elementos destas representações com componentes dos modelos de enfermagem e do modelo bio-médico, sendo a nossa preocupação principal, identificar as tendências mais significativas dos discursos.

Após estas reflexões sobre o campo de análise colocou-se-nos a questão de

quem seriam então os sujeitos sobre os quais pretendíamos fazer incidir as análises.

Primeira questão: a totalidade da população?

O objecto do nosso estudo e os métodos de análise das representações sociais descritos por diversos autores (ABRIC 1984, 1994; VALA 1993; FAMENT, 1981), levaram-nos a excluir esta hipótese, dado que as representações sociais são representações de grupo e um número limitado de indivíduos da população será suficiente para a recolha da informação que pretendemos.

Segunda questão: Como seleccionar uma amostra representativa da população.

A selecção de uma amostra numa abordagem quantitativa, segundo as técnicas da amostragem divulgadas por diversos autores (GIGLIONE e MATALON, 1992; GIL, 1989; SELTZ 1987 entre outros), considerando a população que temos (180 alunos), admitindo "níveis de precisão máximos admissíveis" e "níveis de confiança" máximos admissíveis, teríamos uma amostra dimensionalmente muito próxima da população.

Com o tipo de estudo que decidimos efectuar (estudo exploratório de natureza qualitativa) e com a técnica que pretendemos utilizar (entrevista semi-directiva), está posta de parte a necessidade da determinação da dimensão da amostra, pelos métodos referidos por aqueles autores.

Subjacente a estas considerações está a questão da representatividade. Contudo QUIVY (1992) refere que a exigência da representatividade é menos frequente do que por vezes se julga, afirmando mesmo que não se deve confundir cientificidade e representatividade, pelo que para se conhecerem melhor os grupos ou sistemas de relações, não é forçosamente pertinente, em termos sociológicos, estudá-los como somas de individualidades.

BRINK (1989) aconselha mesmo que neste tipo de estudos (exploratórios de natureza qualitativa), o mais importante é que o informador seja experiente no assunto pelo que aconselha a que a amostra seja geograficamente limitada, escolhida deliberadamente e representante da perspectiva desejada.

Neste contexto a nossa opção foi por seleccionar unidades amostrais consideradas mais características da população. Como procedemos:

Seleccionámos três estudantes de cada ano do Curso Superior de Enfermagem. Porquê três de cada ano?

Não nos parecia o número de alunos de importância relevante; parecia-nos mais relevante os discursos que poderiam ser produzidos, já que a produção de um discurso também é produção de conhecimentos. O número também teve relação directa com as condições que tínhamos para a realização do estudo (tempo, experiência e conhecimentos nesta áreas).

Como seleccionar esses três alunos de cada curso? Parece-nos importante recorrer aos chamados "informadores privilegiados", isto é pretendemos junto de todos os docentes que trabalham directamente com estes estudantes, indagar quais os que consideravam privilegiados para a produção de discursos, tendo em vista o objectivo do nosso trabalho.

A partir dos nomes recolhidos junto de todos os docentes elaborou-se uma lista de nomes de estudantes e foram seleccionados os três mais referidos de cada ano. A condição seguinte foi a aceitação dos seleccionados para colaborar neste estudo. Todos os estudantes seleccionados acederam prontamente a colaborar.

Instrumento de colheita de dados

Para avançarmos nas considerações relacionadas com a fundamentação teórica das decisões relacionadas com o trabalho empírico, importa recuar ao aspecto principal sobre a pesquisa, que assenta no estudo da representação de enfermeira.

Segundo MARCONI e LAKATOS (1990); CANALES (1992); PINTO e ALMEIDA (1995) entre outros, a selecção dos métodos e das técnicas a serem utilizados na pesquisa científica está directamente relacionada com o problema a ser estudado, as hipóteses levantadas e com tipo de informantes com que se vai entrar em contacto.

A maior parte dos autores que se referem à problemática da construção dos dados e mais concretamente os autores mais ligados às ciências sociais, consideram a entrevista como um dos instrumentos de colheita de dados mais largamente utilizado.

Considerando o objecto do estudo, os objectivos definidos e a problemática construída, a técnica de eleição para a recolha da informação será a entrevista, dado que como referem FLAMENT (1986), VALA e MONTEIRO (1993) as representações emergem num contexto de comunicação e são expressas e comunicadas por sistemas de referência de linguagem dos intervenientes no processo de pesquisa.

A entrevista é uma forma de comunicação verbal entre o entrevistador e o entrevistado e representa, conjuntamente com a observação, um dos instrumentos essenciais na recolha de dados em abordagens qualitativas e exploratórias. Pela sua flexibilidade é adoptada como técnica fundamental de investigação nos mais diversos campos, referindo GIL (1989) que "parte importante do desenvolvimento das ciências sociais nas últimas décadas foi obtida graças à sua aplicação" (49). A entrevista enquanto técnica de recolha de dados (GIL, 1989; SELTZ, 1978) é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou

desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.

Vários autores (QUIVY, 1992; GHIGLIONE, 1992; SELTZ, 1987) classificam de forma diferente a entrevista, tendo em conta o grau de profundidade dos elementos de análise que se pretendem recolher, a flexibilidade e a directividade com que é permitido recolher as informações e as interpretações dos interlocutores.

Da análise que fizemos sobre estas classificações pareceu-nos que tendo em conta o objectivos, a problemática e os interlocutores disponíveis para a recolha da informação, se nos afigurava como mais correcta a realização de entrevistas semi-directivas ou também chamadas semi-dirigidas.

Segundo QUIVY (1992) a entrevista semi-directiva é a mais utilizada em investigação social. É semi-directiva no sentido em que não é inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente o investigador dispõe de uma série de perguntas-guia, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação por parte do entrevistado.

A entrevista semi-directiva é uma das mais adequadas à maioria das pesquisas qualitativas dado que permite o aprofundamento do conhecimento, favorece a descrição, a explicação e a compreensão dos fenómenos sociais e permite uma relação directa do investigador com o interlocutor, facilitando a obtenção mais clara do significado que os entrevistados dão aos factos.

Considerando todas as opções metodológicas referidas, preparámos a entrevista para decorrer em torno dos seguintes aspectos:

- Razão de escolha do curso de enfermagem;
- Opinião sobre a imagem social da enfermeira;
- Opinião sobre as funções da enfermeira;
- Influência de outros na escolha da profissão.

Relativamente ao primeiro aspecto quisemos verificar a relação entre opção profissional e a representação de enfermeira antes de se iniciar o período de formação profissional inicial.

Com o segundo aspecto entrámos já numa abordagem mais específica das representações sociais, o *campo da representação* (MOSCOVICI, 1961) que nos exprime a ideia de organização do conteúdo concreto e específico sobre o objecto da representação reenviando-nos para a ideia de imagem, de modelos sociais (transmitidos pela tradição e pela educação).

O terceiro aspecto remete-nos para a dimensão "informação" que se refere

a uma organização geral dos conhecimentos sobre o objecto da representação, traduzindo assim um conhecimento objectivo do assunto em questão (MOSCOVICI, 1961).

Através do quarto aspecto, tentámos perceber o contexto do processo de socialização primária na formação da representação, porque tal como refere ABRIC (1994) a representação é um processo cognitivo que resulta de uma interacção social; importa que se estude tendo em conta os contextos que rodeiam o objecto.

Preparação e aplicação

Antes de procedermos à aplicação definitiva do instrumento de colheita de dados, foi necessário proceder à sua aplicação a dois estudantes de enfermagem de outra Escola, para se testar a sua aplicação. Assim através deste teste realizado foi permitido:

- Desenvolver algumas competências relativamente à utilização desta técnica;
- Treinar a utilização do gravador audio e cassette audio como suporte para o registo das entrevistas;
- Prever a duração de cada entrevista (40 minutos);
- Testar a validade das perguntas.

As entrevistas definitivas foram ainda preparadas com os estudantes seleccionados, pelo que foi necessário contactá-los individualmente, informá-los do âmbito da pesquisa, assim como da colaboração que necessitávamos. Foi solicitada autorização para a gravação, assim como se assegurou a confidencialidade dos registos e a manutenção dos dados no anonimato (apesar de se solicitou o acesso dos dados ao júri da discussão do trabalho, o que foi concedido). Por fim foi marcada a data, hora e local da entrevista.

As entrevistas decorreram nos meses de Setembro, Outubro e Novembro de 1993, na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus.

Para iniciarmos a conversação com os nossos entrevistados começámos por falar amistosamente sobre qualquer tema do momento que pudesse interessar ao entrevistado.

A seguir explicámos a finalidade da entrevista, o objectivo da pesquisa, sua importância para o grupo pesquisado e particularmente, a importância da colaboração pessoal do entrevistado. Deixámos muito claro que a entrevista tinha carácter estritamente confidencial e que as informações prestadas iriam permanecer no anonimato.

Nas entrevistas que realizámos não foram colocadas todas as perguntas

pela ordem em que as tínhamos anotado, uma vez que a oportunidade da pergunta foi definida no contexto do discurso emitido pelo entrevistado. Deixámos falar livremente o entrevistado com as palavras que desejasse e na ordem que julgasse conveniente.

Tentámos sempre encaminhar a entrevista para os objectivos quando interlocutor se afastava e os entrevistados foram muitas vezes estimulados a fornecer uma resposta mais precisa.

As entrevistas tiveram a duração que variou entre quarenta e cinco e sessenta minutos.

Organização e tratamento dos dados

Recorremos à análise de conteúdo como técnica de investigação qualitativa. Pela técnica de análise de conteúdo foi possível fazer *"a desmontagem do discurso e produção de um novo discurso através de um processo de localização/atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise"*(50).

Após a realização das entrevistas, o volume da informação recolhida foi transferido para suporte informático onde se utilizou um processador de texto. Após o registo do conteúdo das nove entrevistas, procedeu-se à numeração de cada uma delas, linha à linha, para que se facilitasse o processo de tratamento de dados uma vez que estavam mais claramente identificadas as diferentes unidades que constituíam o *corpus*.

As transcrições integrais das entrevistas constituíram o *corpus* de análise. Para BARDIN (1981) o *corpus* *"é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos"*(51).

Constituído o *corpus* procedeu-se à codificação, *"processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades"*(52). Foi necessário seleccionar as unidades de registo e de contexto.

Para BARDIN (1991) a unidade de registo *"corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade para a base, visando a categorização e a contagem frequencial"*(53). Como unidade de registo foi considerado o recorte de nível semântico - o tema. O tema é geralmente utilizado como unidade de registo para estudar motivações, opiniões, atitudes, valores, crenças, tendências etc., sendo largamente utilizado em análise temática e é definido por BARDIN (1991) citando BERELSON como *"uma afirmação acerca de um assunto: uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afectado um vasto conjunto de formulações singulares"*(54).

A unidade de contexto que na perspectiva de BARDIN (1991) serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo, *"corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões superiores às da unidade de registo, são essenciais para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo"*(55). Como unidade de contexto foi considerada a entrevista na sua totalidade.

Na continuidade da análise de conteúdo criámos uma grelha de análise inicial das nove entrevistas, contudo houve necessidade de reformular categorias e sub-categorias, processo moroso, até se chegar a uma situação de análise aceitável.

A grelha de *análise temática e categorial* definitiva passou a englobar os temas, categorias e sub-categorias que constam do quadro seguinte.

Quadro 4 - Temas, categorias e sub-categorias de análise

Tema	Categorias	Sub-Categorias
A - Opção profissional.	1 - Opções de primeira escolha. 2 - Opções de segunda escolha.	
B- Elementos da actividade profissional.	1 - Objectivos 2 - Alvo da actividade profissional 3 - Função profissional.	1.1 - Tratar ou curar a doença. 1.2 - Cumprir normas organizacionais. 1.3 - Satisfazer as necessidades do doente. 1.4 - Promover o bem-estar ou a independência da pessoa. 2.1 - A pessoa, família ou comunidade. 2.2 - A pessoa doente. 2.3 - A doença. 3.1 - Função de auxiliar do médico. 3.2 - Função técnica. 3.3 - Função autónoma.
C - Capacidades da enfermeira.	1 - Conhecimentos. 2 - Atributos.	

Foram recortadas todas as unidades de contexto, entrevista a entrevista e procedeu-se à sua inscrição na grelha de acordo com a categorização temática. Os dados foram analisados de acordo com o tema e as categorias tendo em conta a frequência destas. Procedeu-se à análise temática a qual, segundo BARDIN (1991), consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objecto analítico escolhido. Esta análise, segundo DOISE (1992), afigura-se como adequada para o estudo das representações.

Após a realização da análise temática e categorial, procedemos a uma análise avaliativa dos discursos, que segundo (ABRIC, 1994) nos permite desocultar o significado atribuído pelos sujeitos aos vários elementos representacionais.

Com vista à análise da representação social procedemos a um análise final e global dos dados.

A representação de enfermeira foi operacionalmente definida a partir do tratamento conjunto das menções relativas aos diferentes temas e respectivas categorias e sub-categorias.

O recurso a dois critérios de análise dos discursos (indicadores e sujeitos), permitiu-nos criar diversas situações de verificação dos dados.

Através do recurso ao critério indicadores, codificámos quantas vezes aparece um dado tema e uma dada categoria; através do critério dos sujeitos codificámos quantos sujeitos usam aqueles ao menos uma vez.

Foi através da análise de classificação hierárquica no tratamento das respostas individuais (DOISE, 1992) em função dos indicadores e dos sujeitos que, de acordo com ABRIC (1994), organizámos os itens por hierarquia, o que nos deu a estrutura da representação, com os elementos do núcleo central identificados pelo seu maior peso relativo no conjunto dos discursos analisados.

Limitações do estudo

Temos a noção que existem várias limitações neste estudo. Primeiro a nossa inexperiência na utilização desta metodologia é uma limitação objectivamente verificada pelo tempo que o mesmo levou a realizar e pelas dificuldades em prosseguir, situação em que muitas vezes nos encontrámos.

Outra significativa limitação foi o facto de não ter havido retorno dos discursos transcritos aos entrevistados, assim como não ter sido possível também o retorno da análise dos dados aos seus participantes.

Outro aspecto limitativo da pesquisa foi também o facto de não ter havido um controlo dos viéses possíveis do investigador, uma vez que não tínhamos condições para ter disponível uma equipa de investigação que o pudesse fazer.

6 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Fez-se inicialmente uma leitura flutuante do conteúdo das entrevistas que como já referimos, foram gravadas e transcritas na íntegra. Após esta leitura, procedemos a uma leitura mais detalhada com vista à identificação de discursos significativos tendo em consideração o que efectivamente pretendíamos identificar.

Assim a partir dos dados recolhidos foram encontrados os três temas já referidos, que serviram de base para a análise de conteúdo dos discursos:

- O tema - *opção profissional*;
- O tema - *elementos da actividade profissional*;
- O tema - *capacidades da enfermeira*.

A partir destes temas e através do processo que anteriormente descrevemos, relacionado com as opções metodológicas, (re)analisámos os diferentes discursos, os seus componentes dominantes, o seu significado e a sua lógica interna.

Tornou-se necessário interpretar os discursos. Para PAIS (1993) interpretar é algo mais do que conhecer o significado das falas: "*o significado é apenas a contrapartida do significante, o significado é de ordem semiótica (signo); o significante de ordem semântica. Interpretar requer captar, não só o sentido semântico percebido mas também a sua intencionalidade latente*" (56).

Na apresentação dos dados são utilizados os seguintes códigos linguísticos, cujo significado passamos a referir:

- ... - excerto do discurso que consideramos não relevante para a análise;
- (Ex) - código da entrevista;

Sublinhado - frase ou palavra cujo significado queremos realçar na análise.

A opção profissional

O tema opção profissional contém duas categorias: opções de segunda escolha (nesta categoria foram englobados todos os discursos onde a escolha não tivesse sido enfermagem em primeiro lugar) e opções de primeira escolha.

Foi perguntado a todos os entrevistados directamente porque é que optaram por enfermagem. Tentámos assim perceber as razões que levaram os estudantes a pretender ser enfermeiros. Tentámos perceber através da opção profissional, as ideias pré-concebidas, o sistema explicativo e a forma de interpretar a realidade de ser enfermeiro, antes de entrar para a escola de enfermagem.

WENNER (1988) na hipótese central do seu estudo relacionado com as escolhas profissionais "*Comment et pourquoi devient-on infirmière?*" refere que os aspectos que presidem ao projecto de candidatura à profissão são os fantasmas ligados à doença ao sofrimento e à morte.

Sobressai na análise dos dados recolhidos que na maior parte dos entrevistados, a opção pela enfermagem era sobretudo por uma questão de

acessibilidade do curso, tendo em conta que a média para a entrada neste curso era inferior à média necessária para entrar no curso pretendido. Relativamente a alguns discursos (dois entrevistados) existem declarações que confirmam os aspectos referidos por WENNER como poderemos verificar posteriormente.

Ser enfermeira - opções de segunda escolha

Verificamos na entrevista da qual se transcreve um excerto que a opção por enfermagem foi a última opção, isto é as escolhas iniciais recaíram em cursos de natureza completamente diferente. As médias para poder frequentar esses cursos foram o principal problema e então partiu para outra escolha, medicina ou enfermagem. Aqui as médias para entrar em medicina, constituíram novamente um problema. Contudo o curso mais acessível seria enfermagem.

“Na minha primeira candidatura ao ensino superior, candidatei-me também a enfermagem, mas como última opção...as duas primeiras que escolhi foram agronomia e biologia vegetal...entretanto não entrei porque não tinha notas para tal e decidi, eu não quero isto, eu quero é a saúde, enfermagem ou medicina, medicina não tenho notas para entrar, então vou tentar um curso técnico, ou um curso superior, que na altura o curso de enfermagem passou a curso superior, e vou tentar porque afinal também é uma das coisas que está cá dentro do que eu quero e gosto e há sempre a possibilidade de passar para medicina, que na altura era a ideia, entretanto está quase afastada essa ideia” (E1).

Está claramente expresso que a escolha da profissão está ligada ao facto do curso ser relativamente acessível em comparação com o curso de medicina, no entanto ainda resta no entrevistado em causa a hipótese de tirar medicina.

A interpretação da realidade “*ser enfermeiro*” que parece estar presente neste discurso é que, ser enfermeiro é uma forma de entrar nas profissões relacionadas com a saúde. Nestas profissões é preferível frequentar enfermagem que hoje é um curso superior, não se perdendo a esperança de se poder frequentar o curso de medicina. Por agora medicina não poderia ser possível, dado que as dificuldades de acesso ao curso estão relacionadas com as médias elevadas necessárias para poder ser admitido. Ser enfermeiro para começar e talvez uma oportunidade para um dia mais tarde ser médico.

Segundo MARDARAS PLATAS (1985), dentro das razões que estão subjacentes à escolha inapropriada da formação, são referidas de entre outras, um grupo de razões a que o autor chama razões sociais referindo mesmo que “*pela necessidade de obtenção de um diploma universitário, a primeira escolha académica não é a enfermagem mas habitualmente a medicina que*

devido às médias exigidas leva a uma segunda opção - a enfermagem” (57).

Nas reflexões sobre a temática da escolha da profissão o autor que acabamos de referir, também aponta claramente o aspecto das médias para o ingresso no curso de enfermagem em substituição do curso de medicina.

PALMA (1982) num estudo realizado nesta mesma escola sobre a motivação dos alunos para o curso de enfermagem refere que, dos vinte e três alunos que foram inquiridos que pensaram ingressar noutros cursos, dezasseis pretendiam medicina, assim como de entre as razões que impediram os alunos de ingressarem no curso pretendido, foi em termos percentuais, mais elevada a razão “*falta de classificação para ficar seleccionado*” (58).

Lidar com pessoas quer fazendo psicologia, filosofia, português ou ciências é para o seguinte entrevistado, uma forma de não estar muito longe de enfermagem, contudo as médias constituíram novamente um problema para se poder entrar para qualquer daqueles cursos.

“Eu sempre gostei muito de Psicologia, Filosofia e houve uma altura em que eu também pensei no ensino, Português... ciências, o que não estava muito fora da enfermagem, sempre gostei de lidar com pessoas... eu estive a ver mais ou menos as médias para o que queria mesmo, pensando em psicologia para já tinha que pensar em ir estudar para fora e isso estava fora de hipóteses e depois dentro do que havia pensei, pronto vou-me inscrever, candidatei-me e fui chamada” (E3).

As notas foram novamente o motivo principal da opção pela enfermagem conjuntamente com o facto de que o curso pretendido não era acessível por razões económicas e havia uma promessa familiar de que se a opção fosse por enfermagem seria ajudado monetariamente.

“...a minha avó sempre me disse que se eu fosse para enfermagem me ajudava em tudo, porque não tinha hipóteses de ir para fora estudar, a minha avó sempre me disse se eu viesse para enfermagem sempre contasse com ela, em qualquer coisa que fosse preciso ela ajudava” (E3).

Existe neste discurso uma forte ligação do curso ser acessível por razões de notas e pelo facto de ser em Évora sendo a opção também fortemente influenciada pela promessa de ajuda nos aspectos monetários pela parte de um familiar. Não nos podemos esquecer do contexto regional de distribuição da riqueza, que foi já estudado há algum tempo por CUTILEIRO (1977) onde verificou a existência marcada de discrepâncias sócio-económicas na região. Pensamos no entanto que no actual contexto sócio-político existe uma tendência para se tornarem menos pronunciadas.

As influências familiares parecem ter marcado significativamente este entrevistado, quer nas promessas de ajuda monetária, quer na imagem de enfermeira que lhe foi transmitida, vejamos:

"...A minha família tinha gosto nisso... algumas pessoas da minha família trabalham ali no hospital, são empregadas ali, inclusivé a minha avó e ela sempre teve assim uma imagem da enfermeira, para já era uma pessoa que estava acima dela, que mandava nela e ela tinha assim uma imagem de importância, atribuía assim uma imagem importante à enfermeira, depois também porque era um curso que me era acessível, porque era cá... tinha notas para entrar..."(E3).

No conjunto do discurso deste entrevistado "ser enfermeiro" não é difícil porque uma série de factores influenciaram a sua opção: a acessibilidade facilitada pela média que é necessária para frequentar o curso, pelo facto de não ter necessidade de se deslocar para fora do lugar de residência, pela ajuda monetária prometida e ainda porque apesar de tudo, ser enfermeira "é importante" socialmente, a enfermeira "estava acima e mandava" num seu familiar, por sinal o mesmo que lhe prometera a tal ajuda monetária para frequentar o curso. Com a Psicologia de acesso impossível dentro dos condicionalismos expostos, então apenas seria possível tentar enfermagem.

Em conclusão: ser enfermeiro é socialmente importante e já que "lidar com pessoas" não pode ser através da psicologia, que o seja então através da enfermagem.

No estudo que referimos atrás PALMA (1982), apurou que relativamente às razões que presidiram à escolha da profissão de enfermagem, a maior parte dos alunos referiu ser o "sentimento de interesse pelas outras pessoas" (59) a razão que estava em primeiro lugar nessa mesma escolha, o que segundo COLLIÈRE (1989) é também um dos aspectos que caracteriza a ideologia que inspira as motivações profissionais.

Verificamos também no conteúdo do discurso de outro entrevistado que a opção pela enfermagem teve exclusivamente a ver com a média que lhe permite o acesso mais fácil do que o curso pretendido sendo que a intenção principal seria a transferência para esse mesmo curso.

"...Quando eu vim para este curso não era isto o que eu pretendia, eu gostava do curso de educação especial e reabilitação, mas como não consegui entrar porque as médias eram muito altas, tentei outro curso que me desse, mas sempre com aquela ideia de vir para aqui e depois pedir transferência... mas depois como vim e estou a gostar fiquei, mas a minha opção não tem nada a ver com enfermagem... ser enfermeira nunca na vida, por este curso nunca, foi só uma safa para conseguir fazer uma transferência, não foi porque gostasse de enfermagem ou porque gostasse de ser enfermeira, só que depois pensei sempre quando entrei para esta escola pedir transferência para outro curso, mas comecei a gostar e já não mudei"(E4).

Ser enfermeira "nunca na vida", mas entrar para o curso de enfermagem

para depois conseguir chegar ao curso pretendido parece-nos que seria a condição necessária. Ao frequentar o curso a nossa entrevistada parece ter começado a gostar e segundo nos referiu não pensou mais em mudar de curso. Com esta entrevistada faltou-nos explorar porque é que ser enfermeira era aquilo em que nunca tinha pensado.

Sugerem-se agora algumas interrogações:

Porque é que apresenta a candidatura a um curso no qual nunca tinha pensado?

Porque é que teria começado a gostar de ser enfermeira no decorrer da sua formação na escola de enfermagem?

Com a entrevistada a que nos acabamos de referir, não conseguimos saber qual a interpretação do que era ser enfermeira antes de entrar para a escola.

A opção pelo curso de enfermagem teve no seguinte entrevistado, alguma relação com a impossibilidade de fazer o curso pretendido por razões de saúde, como podemos verificar no excerto de discurso que se segue.

"Eu sempre disse desde pequenina que ia seguir desporto, gostava de desporto, quando andei na escola fazia imenso desporto entretanto surgiram-me problemas no joelho e ao fim de algumas operações os médicos proibiram-me de fazer desporto, estava na altura de eu optar por um curso e então de entre todos aqueles que eu gostava que eram os relacionados com a saúde, biologia e essas coisas assim, e também um bocado porque a minha mãe adorava ter uma filha enfermeira, decidi candidatar-me para enfermagem. Só me candidatei para enfermagem pensando naquilo que eu gostava um dia de fazer ao contrário do que me fizeram a mim e pensei também em termos de mercado de trabalho..."(E5).

A impossibilidade de seguir desporto assim como a influência da mãe que "adorava ter uma filha enfermeira" levou esta entrevistada a candidatar-se ao curso de enfermagem, curso que estava afinal englobado dentro daqueles de que gostava (cursos relacionados com a saúde). Mas ser enfermeira é conseguir arranjar trabalho com relativa facilidade (e não fazer o que um dia lhe fizeram?). Pensámos nesta altura, que a entrevistada tinha tido uma experiência desagradável de internamento, aspecto que não chegamos a confirmar.

A entrevista prosseguiu e surpreendentemente conseguimos ainda identificar mais uma razão que a levou a escolher enfermagem, que tem a ver com uma experiência de internamento agradável que lhe proporcionou a formação de uma imagem dos enfermeiros e dos médicos.

"...Pode parecer um bocado estranho mas eu adorei estar internada, adorei porque eu era bastante amiga de todos os enfermeiros lá do hospital e de todos os médicos, dava-me muito bem com eles e gostava de ver aquilo que eles faziam, o dia a dia, achava que era engraçado. Pensei um

dia entrar naquele meio, só poderia ir para medicina ou para enfermagem, para estar inserida num hospital, como medicina para além de não ter notas, achei que era um curso um bocado pesado, então optei por enfermagem...”(E5).

Ser enfermeira era ter “o dia a dia engraçado” e por conseguinte seria também “engraçado” “entrar naquele meio”. Provavelmente será esta a razão principal da sua opção profissional. Mas ser médica era em primeiro lugar a sua opção, contudo mais uma vez se verifica que a nota foi o principal problema e o curso de medicina “um bocado pesado”. Logo para “entrar naquele meio” a opção só podia ser enfermagem.

Um outro entrevistado refere também a forte influência familiar na escolha da profissão ocultada pela relação privilegiada que tinha com esse familiar. Uma experiência de internamento talvez tenha sido um dos motivos que a levaram a não entrar para o curso pretendido e a pensar definitivamente numa candidatura a enfermagem; aliás seria um projecto no qual pensava desde muito pequena.

“A minha mãe diz que eu desde pequena eu andava sempre a picar as bonecas... sim sabe eu vivia muito com ela (a madrinha, enfermeira) e não sei acho que devia ser pelas histórias que ela me contava, devia de achar interessante, engraçado...a maneira de dar injeções, esse tipo de coisas e eu achava que era interessante... Não entrei porque estive internada e quando saí já tinham sido os pré-requisitos, nesse ano tinha concorrido para psicologia e depois no 2º ano concorri para enfermagem e entrei”(E8).

A sua opção por enfermagem parecia à partida muito clara já que também era influenciada pelas “histórias” contadas por uma familiar enfermeira, contudo na altura de se candidatar, primeiro escolhe psicologia e só depois de uma situação de internamento reformula a sua opção por enfermagem.

MARDARAS PLATAS (1985), refere que de entre as razões porque as pessoas se encaminham para uma determinada formação é “pela identificação com pessoas que se amam mas não com o trabalho que realizam”(60); contudo nesta entrevistada como já foi referido existe uma forte influência de uma pessoa significativa assim como do seu percurso profissional como poderemos ver no excerto da entrevista que se segue.

Neste excerto podemos verificar que para esta entrevistada, continuar a formação também é a forma de se conseguir “uma posição mais segura” pelo menos à semelhança da sua familiar que continuando a formação chegou a enfermeira-chefe num determinado serviço. Estamos perante a influência de um processo de mobilidade social ascendente, verificado num familiar.

“...Tenho assim uma paixão para continuar a estudar, nunca ficar parada num sítio, conseguir sempre continuar a tirar certas e determinadas coisas

e depois, porque ela sempre foi conseguindo chegar mais além, tentando arranjar uma posição mais segura dentro do próprio serviço. É enfermeira chefe num serviço de...”(E8).

Para esta entrevistada ser enfermeira era “dar injeções”, era ter “histórias interessantes para contar”. Na sua opinião, se uma enfermeira continuar a estudar pode subir na posição (social) profissional. Existe um reconhecimento da necessidade da formação profissional para se poder ascender a posições profissionais cada vez mais elevadas.

Ser enfermeira - opções de primeira escolha

Identificámos também nos discursos de quatro entrevistados, que a opção pela enfermagem foi sempre colocada em primeiro lugar.

Ser enfermeira foi hipótese que colocou a si mesma logo que começou a pensar “o que se quer ser quando for grande”.

“Olhe eu acho que sempre quis...desde a escola primária que começamos a fazer aquelas conjecturas do que se quer ser quando for grande, desde aí sempre enfermeira, enfermeira, enfermeira de crianças.. quando fui fazer a opção escolhi sempre enfermagem primeira chamada e segunda chamada...”(E6).

Esta opção provavelmente derivou de uma experiência de internamento agradável que vivenciou aos seis anos, altura em que esteve internada num serviço de cirurgia.

“...Não me lembro até pr’áí aos 6 anos, não me lembro de nenhuma experiência com hospitais, centros de saúde, a não ser as vacinas e as consultas de rotina, mas depois aos seis anos fui operada e fiquei no serviço que na altura devia ser de cirurgia mulheres, não estava na pediatria porque na altura não havia lugar e entretanto acabei por ficar com as outras senhoras e a maneira como as enfermeiras, (até hoje nunca mais me consegui esquecer), a maneira como elas tentaram dar a volta à situação, como elas tentaram criar um ambiente o mais adequado para mim a preocupação delas em me porem ao pé de pessoas, que me ajudavam, diferentes, sem ser doentes acamados, doentes em coma e essas coisas assim, pronto eu nunca mais me esqueci e depois pronto outro curso qualquer, pronto era impossível...e depois porque tínhamos que optar por seis cursos, resolvi pôr lá por descargo de consciência, professores primários e educadores de infância, porque assim, em termos de universidade, por exemplo psicologia, acho que poderia gostar mas pronto não era aquilo que eu queria, não era enfermagem, a ideia inicial era a enfermagem.”(E6).

A maneira como as enfermeiras a acolheram a forma como tentaram criar

um ambiente afectivamente agradável foi o aspecto que a marcou significativamente e o que a levou provavelmente a construir a imagem que diz ter da enfermeira naquela altura.

"...Era uma segunda mãe, para mim foi uma segunda mãe, eu precisava muito, estava separada da minha mãe, estive cerca de oito dias no hospital, para mim elas foram mães..."(E6).

Parece-nos emergir que a componente relacional dos cuidados prestados pela enfermeira no serviço onde esteve internada foi factor decisivo para a escolha da profissão. De referir também a relação de dependência que o internamento provoca na pessoa, dependência que em casa era superada pela mãe o que provavelmente a levou no hospital a identificar a enfermeira com a sua mãe.

Ser enfermeira seria uma forma de substituir a mãe e a referência inicial de ser enfermeira de crianças, vem fortalecer esta leitura da imagem de enfermeira desta entrevistada. Contudo da análise realizada ressaltam ainda as componentes do carinho, dedicação e vocação que estão em consonância com a ideologia das motivações profissionais descrita no quadro teórico.

Vejamos o discurso de um outro entrevistado em que a sua opção profissional esteve desde muito cedo dirigida para a enfermagem.

A opção por enfermagem vem desde criança, desde que observava o que as enfermeiras faziam no centro de saúde, práticas que reproduzia em casa nas bonecas. Mas a opção pela enfermagem resultou num investimento pessoal de forma a que as notas não fossem factor impeditivo de poder vir a ser enfermeira.

"É uma escolha que vem desde criança pequena, quando ia com a minha mãe ao centro de saúde e ficava lá a um cantinho a ver as enfermeiras e depois ia para casa e depois ia para casa e fazia nas bonecas o que via fazer...quando cheguei ao 9º ano optei por saúde e onde tive as melhores notas foi em tudo ligado à saúde, depois entrei para o 10º, 11º e 12º e achei que eu queria realmente enfermagem"(E2).

Verifica-se que a opção esteve sempre de certa forma consolidada já que nem as influências de ver o irmão a fazer aquilo que ela também gostava, nem os incentivos da mãe para frequentar outro curso a fizeram desistir de continuar à espera para entrar no curso pretendido.

"Foi logo desde o início, porque eu também gostava muito de contas embora não seja muito boa nisso sempre gostei muito de contabilidade via o meu irmão a estudar e gostava muito de o ajudar, mas a enfermagem foi por aquilo que eu optei na área de saúde até porque eu estive dois anos à espera de entrar para enfermagem e a minha mãe dizia-me: tenta outro

curso, e eu dizia-lhe: não vale a pena, porque eu entrar para um curso que não gosto não vale a pena estar à espera de entrar para enfermagem e frequentar um curso que eu não gosto..."(E2).

Parece-nos no entanto que a imagem de enfermeira vem efectivamente expressa, no conteúdo do seu discurso com ênfase para a necessidade que tinha de aprender a fazer algo para que as pessoas não sofressem.

"...Quando via aquelas pessoas assim sem poderem fazer nada eu sentia-me impotente, porque é que eu não consigo fazer nada? porque é que eu não sei fazer nada? e o estar com as pessoas, ajuda-las a não sofrerem tanto, foi importante na escolha desta profissão"(E2).

Parece-nos então que ser enfermeira seria saber fazer alguma coisa para ajudar as pessoas a não sofrerem tanto. Existe uma ligação da enfermeira às situações de sofrimento. COLLIÈRE (1986) ao referir-se à prática da enfermagem fonte da filiação conventual descreve que na literatura existente até à segunda guerra mundial existem muitas referências à necessidade das enfermeiras compreenderem que *"uma sala do hospital é um santuário do sofrimento"*(61).

McKENNA (1994) citando CHAPMAN (1983) e PRATT (1980), refere que o desejo de cuidar e ajudar os outros são a principal motivação para a escolha da profissão e estes atributos de preocupação *"são geralmente características desejáveis procuradas nos processos de selecção e recrutamento"*(62).

Vejamos agora o que levou a seguinte entrevistada a optar por enfermagem.

Ser enfermeira foi a opção que consolidou ao longo da sua formação. Quando chega o momento de optar por um curso - é enfermagem, mesmo que seja necessário esperar alguns anos ou mesmo deslocar-se para longe do seu local de residência.

"Foi uma coisa que sempre gostei desde pequena, já as brincadeiras que tinha era tudo relacionado com enfermagem, o meu irmão era sempre o doente, o meu doente, e passou bastante e depois foi uma opção porque queria cuidar das pessoas, queria ter uma relação directa com o doente, foi mesmo uma opção por gosto... bom já vem desde criança o querer ser enfermeira, depois também tinha pessoas na família que também eram enfermeiras, não sei se isso também teve um bocado a ver, mas mais no 12º ano é que comecei a ter a certeza absoluta... a saúde fiz antes, no 12º ano quando tive que fazer as opções para onde queria ir, tive que optar e então optei por enfermagem, estive três anos à espera, nesses três anos não punha outra opção sem ser enfermagem, e só ao fim desses três anos é que entrei para aqui..."(E7).

As influências familiares na escolha da profissão pareceram-nos pouco significativas já que parece existir um amadurecimento na intenção de vir

a ser enfermeira, com a imagem de que a enfermeira cuidava das pessoas doentes, relacionava-se directamente com os doentes e já desde pequena que até nos jogos "faz de conta" o irmão era o seu doente.

Verificámos também no discurso da seguinte estudante que ser enfermeira era unicamente aquilo que pretendia ser, porque seria impensável fazer outro curso, já que fazer aquilo que não se gosta é considerado tempo perdido.

"Só concorri para enfermagem para aqui e para Beja, mais nada... foi só o único curso, era a única coisa que eu realmente queria, como sou casa-da pensei: ou vou para aquilo que gosto ou então não vou mesmo para mais lado nenhum, porque não vale a pena estar a tentar depois de casa-da depois de um sacrifício tão grande, estar a fazer um curso sem gostar daquilo que se está a fazer, acabo por não conseguir depois coordenar as duas coisas"(E9).

É necessário tentar perceber porque é que a entrevistada gostava de enfermagem de forma a que tão categoricamente tenha afirmado "ou vou para aquilo que gosto ou não vou para mais lado nenhum".

O aspecto caritativo, de dedicação, de carinho ou seja uma acentuada componente relacional no contacto do enfermeiro com o doente despertava-lhe a atenção e quando um dia por razões de trabalho tem oportunidade de presenciar esse contacto, consolida a sua decisão de poder ser enfermeira.

"Porque gosto, foi uma coisa que sempre me despertou muito a atenção principalmente não só o trabalho de enfermagem técnico, mas a relação com as pessoas, desperta-me a atenção a relação que a pessoa tem com uma pessoa doente... o carinho que se pode dar a um doente a maneira como se pode falar com o doente... eu acho que se pode falar muito com um doente porque a pessoa deve-se sentir muito mal e eu foi a coisa que mais me despertou a atenção foi propriamente a ligação entre o enfermeiro e o doente...eu sempre quis seguir essa carreira, depois fui para a ... onde trabalhei como cozinheira numa clínica e nessa altura depois quando ia lá acima via a relação que as enfermeiras tinham com os doentes e eu gostava de ver aquilo e aí é que me despertou ainda mais a atenção"(E9).

Sobressai no discurso deste entrevistado que ser enfermeira é "dar carinho" aos doentes é "falar muito" com os doentes. Parece-nos que uma componente relacional emerge com mais profundidade do discurso transcrito e difere do que aquilo que a entrevistada chama mesmo o "trabalho de enfermagem técnico", que nos parece ser o do enfermeiro executor de técnicas.

Neste momento de análise dos dados provenientes dos discursos dos alunos torna-se difícil verificar já uma imagem consistente do que é realmente ser enfermeiro.

PEARSON e VOUCHAN (1992) afirmam que "todas as enfermeiras têm

uma imagem na cabeça sobre o que realmente é enfermagem e o que a enfermeira faz e baseiam essa imagem sobre as próprias ideias e valores, contudo tornar explícitos estes pontos de vista, falar e escrever sobre eles e partilhá-los com outros, não é uma actividade que se encontre habitualmente nas enfermeiras"(63).

Segundo a opinião destes autores falar sobre enfermagem é uma actividade não muito frequente entre as enfermeiras. Temos no entanto algumas dúvidas que o mesmo se verifique entre os alunos de enfermagem, já que ao longo deste período de formação deverão provavelmente colocar algumas interrogações a si próprios sobre o que é realmente ser enfermeira/o.

PARROT (1973) afirma que existe um tradicionalismo claro na concepção que têm de enfermeira os homens e as mulheres dos diferentes estratos sociais. O papel maternal, a vocação, as qualidades requeridas tomam toda a sua importância, "o aspecto técnico tem para todos uma evidência relevante tomando como exemplo sistematicamente a injeção"(64).

Síntese

Passamos a referir então os aspectos mais significativos desses discursos, agora desligados dos contextos em que foram produzidos.

Discursos significativos dos entrevistados em que a opção pela enfermagem foi colocada em 1ª lugar:

- Ser enfermeira era uma forma de substituir a mãe das crianças doentes (E6);
- Ser enfermeira era saber fazer alguma coisa para ajudar as pessoas a não sofrerem tanto (E2);
- Ser enfermeira era cuidar de pessoas doentes (E7);
- Ser enfermeira era dar carinho aos doentes, era falar muito com os doentes (E9).

Parece-nos que estas concepções do que é ser enfermeira estão mais de acordo com a ideologia que inspira as motivações profissionais, ligadas a uma concepção idealizada, segundo a qual o essencial dos deveres da enfermeira é proporcionar aos doentes o conforto moral e o apoio da sua dedicação, que a partir de Collière, caracterizámos no quadro teórico.

Discursos significativos dos entrevistados em que a opção pela enfermagem foi colocada em 2ª lugar:

- Ser enfermeiro era a forma de poder vir a ser médico (E1);
- Ser enfermeira era socialmente importante e era uma forma de lidar com as pessoas (E3);

- Ser enfermeira "nunca na vida" (?) (E4);
- Ser enfermeira era ter um dia a dia engraçado (E5).
- Ser enfermeira era dar injeções, era ter histórias interessantes para contar, era a possibilidade de ter uma posição profissional segura (E8).

Podemos verificar nos discursos dos alunos que escolheram ser enfermeiro como primeira opção que uma determinada componente relacional na concepção do que é ser enfermeiro sobressai de uma forma bastante marcada. Pensamos no entanto que é sobretudo a concepção de papel moral a emergir dos discursos produzidos.

Os alunos que em segundo plano escolheram ser enfermeiro apresentam uma variedade de ideias onde não está suficientemente clara a primeira imagem do que é efectivamente ser enfermeiro mas sim a justificação da escolha da profissão. Não encontramos nos discursos referências ao sofrimento e às doenças, mas a um modo de trabalho e não se identificam nestes mesmos discursos indicadores que indiquem qualquer forma de conceber a própria profissão.

O papel maternal e os aspectos técnicos que PARROT (1973) refere, foram encontrados igualmente nos discursos dos nossos entrevistados, como se verificou nos excertos transcritos.

Surgiram-nos aqui duas questões importantes:

- Os estudantes que optaram por enfermagem em 1º lugar irão aderir com maior ou menor investimento ao modelo bio-médico?
- Será que os que os estudantes que optaram por enfermagem em segundo lugar estão mais libertos para outras perspectivas da profissão diferentes da perspectiva decorrente da ideologia das motivações profissionais?

Elementos da actividade profissional

O segundo tema através do qual se conduziu a análise é, como já referimos, o tema "*elementos da actividade profissional*". Os elementos da actividade profissional são os elementos que lhe dão sentido, independentemente do local onde é exercida a actividade profissional e do momento de concretização da mesma. São o *quê* da concepção, são o seu cerne, animando assim, actividades profissionais daqueles e daquelas que partilham a mesma concepção (ADAM, 1979, 1994). Segundo esta autora estes elementos que dão sentido à vida profissional são seis: o objectivo da profissão, o alvo da actividade profissional, a função profissional, a origem da dificuldade sentida pelo utente, a intervenção do profissional (que compreende o centro ou área de intervenção e os modos de intervenção) e as consequências da actividade profissional.

Dado que alguns autores (PEARSON e VAUGHAN, 1992; COLLIÈRE 1989) na análise das práticas profissionais, dão maior relevo ao alvo, aos objectivos e às funções (ou papéis), decidimos optar por analisar apenas estes elementos no nosso estudo.

Objectivos da actividade profissional

Os objectivos da actividade profissional são um dos elementos que dão sentido à vida profissional, são o fim para que tendem as actividades desenvolvidas pelos membros dessa profissão (ADAM, 1994).

Descrevemos no quadro teórico que quando a orientação da prática profissional está centrada no tratar, o objectivo é a cura da doença; quando essa orientação está virada para o cuidar, o objectivo tende para a satisfação das necessidades da pessoa (RIBEIRO, 1995).

Após a leitura dos discursos produzidos pelos nossos entrevistados, foram identificados alguns objectivos que constituem o fim para o qual tendem as actividades desenvolvidas pelo enfermeiro no desempenho da sua actividade profissional: *tratar ou curar a doença, cumprir normas organizacionais e satisfazer as necessidades da pessoa.*

Tratar ou curar a doença

Nas leituras feitas das diversas entrevistas verificámos que a cura da doença é nitidamente atribuída ao médico, pelo que ficou claramente apurado que é este membro da equipa de saúde, que tem como objectivo da sua actividade profissional a cura da doença.

No discurso do entrevistado que a seguir transcrevemos, parece-nos que algumas actividades desenvolvidas pelo enfermeiro também estão orientadas para este objectivo que é curar a doença.

"...O que os médicos preconizam é curar uma doença, os enfermeiros cuidam, concorrem também para a cura... há situações em que o enfermeiro por não saber aplicar a parte técnica ou por não saber aplicar a parte humana influencia muito decisivamente na sua cura ou na sua morte, a função do enfermeiro pode concorrer para isso se não actuar como deve" (E1).

No discurso seguinte verifica-se que existe uma associação expressa entre cuidados de enfermagem e doença.

Está claramente identificado que melhorar a doença é o objectivo final dos próprios cuidados de enfermagem. Pode também verificar-se que a actividade profissional do enfermeiro está muito ligada à actividade profissional do médico e assim sendo o objectivo não tem outro significado que não seja a cura da doença.

A forma como se consegue chegar ao objectivo final, isto é a forma como se executam as prescrições, como está expresso no último excerto transcrito, em nada altera a noção de que efectivamente o objectivo final é a cura da doença.

"...Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a descontraír, a higiene pode ajudar a pessoa a descontraír, pode até dormir melhor, portanto tudo colabora para melhorar a patologia, os cuidados não estão só ligados à patologia contudo é como se a patologia fosse o centro e depois tudo o resto girasse em torno da patologia, tudo ajuda ou piora a patologia... o enfermeiro ajuda o médico a resolver a situação patológica do doente" (E2).

"...Executar certas técnicas, entubações, pensos, injeções, tudo isso que é a parte técnica que se tem que executar, o apoio não é menos importante, claro que aquela parte técnica tem que se saber executar, porque senão não basta falar só com o doente para o curar. Se a pessoa tem uma ferida, não basta estar ali a falar com o doente, tem que se saber tratar a ferida, mas tem que se saber fazer as duas coisas" (E9).

COLLIÈRE (1990) também aponta esta vertente da actividade profissional da enfermeira com um significado próprio, "a enfermeira-auxiliar do médico desenvolve um conjunto de actividades humildes e escondidas exigidas pelos cuidados com o corpo do doente. É por causa destes cuidados que o médico pode tratar os doentes" (65). Os cuidados não são valorizados em si mesmos, mas são um meio para que o próprio médico possa atingir o seu objectivo. Quando a prática de enfermagem está desprovida de conteúdo profissional que lhe seja próprio, existe uma apropriação imediata dos objectivos da prática profissional dos membros da equipa com quem se trabalha directamente. Assim, o enfermeiro também contribui para a cura da doença, num claro aproveitamento das práticas profissionais que em princípio não lhes são reconhecidas, para que consiga com mais valorização o objectivo profissional que é curar a doença. "Os médicos não deixam de se felicitar pela boa consciência das suas enfermeiras, pela sua habilidade e bem entendido, pela sua dedicação; é uma contribuição para o serviço médico" (66).

As declarações produzidas pelos nossos entrevistados enquadradas nesta categoria, estão de acordo com o que os autores que caracterizam o modelo bio-médico explicitam (PEARSON, 1992; COLLIÈRE, 1989; RIBEIRO, 1995 entre outros), isto é a intervenção do profissional tem como objectivo a cura ou o controle da doença.

Cumprir as normas organizacionais

Um outro objectivo da actividade profissional está relacionado com o facto da necessidade de se cumprirem normas institucionais. Nestas normas foram

englobadas as normas que se poderão encontrar na organização "hospital" ou na organização "escola".

"...Existem exigências a nível da organização do serviço, fazer camas até determinada horas para o serviço ficar organizado. Por exemplo aqui na cirurgia às quartas feiras, dia de visita médica aquilo é: até às tantas horas têm que ter isto tudo feito. Se o Sr. doutor vê o lençolinho fora do sitio, desgraçado do aluno" (E1).

"...Não compreendo porque é que tenho de ter o banho dado até às nove horas e tal ou dez horas no máximo, se passar disso já tenho que justificar muito bem porquê. O próprio monitor está a ver uma fila enorme para a casa de banho mas diz: devias ter tudo preparado antes dos outros chegarem lá primeiro" (E1).

"...As pessoas prestam cuidados e devido à limitação que têm de tempo, seja porque razão fôr ou mesmo uma questão pessoal, mas assim um pouco como uma máquina, a gente começa numa ponta e tem que fazer tudo até ao fim do turno, das 8 às 16 horas e das 16 às 24 horas, a gente tem que fazer todas as coisas" (E6).

Podemos verificar que parece existir na opinião de alguns dos nossos entrevistados um controle relativamente claro da actividade profissional, por possíveis normas organizacionais. Este condicionamento da actividade profissional não é mais do que a condução clara dos intervenientes para o cumprimento dessas mesmas normas.

Parece-nos também que está aqui encontrada mais uma das componentes que caracterizam o modelo bio-médico.

GÂNDARA e LOPES (1993), referem que o utente tendo um comportamento previsível, a prática dos cuidados pode e deve seguir a rotina ditada pelo regulamento, é a rotina pela rotina que não se questiona. Como exemplos apontam "a avaliação dos sinais vitais a horas determinadas, o banho da manhã, o doente na cama para a visita médica" (67).

Verificamos num dos excertos transcritos que o nosso entrevistado ao referir-se a exigências relacionadas com a organização do serviço orienta imediatamente o seu discurso para exigências dos enfermeiros orientadores dos estágios.

Estamos assim perante uma crítica muito significativa ao próprio ensino de enfermagem.

Será que a orientação de alunos em estágio contribui significativamente para que o objectivo dos cuidados seja o cumprimento de normas das instituições?

Será que as alegadas limitações de tempo conduzem à rotina e esta rotina transforma-se em norma?

Satisfazer as necessidades do doente

Satisfazer as necessidades da pessoa que está doente e por isso está internada e afastada da família parece-nos ser um dos objectivos claramente identificados relacionados com a actividade profissional. O entrevistado seguinte revela no seu discurso esta vertente, contudo não está especificado nesse mesmo discurso qualquer exemplo de necessidade que o indivíduo doente poderá ter afectada.

"...Cuidar quer dizer assistir o indivíduo nas suas necessidades, estar atento às necessidades que ele tenha afectadas, que pode ter a ver com a própria doença, que pode ter a ver com o facto de estar num local desconhecido, pode ter a ver com o facto de estar afastado da família"(E3).

"Temos que cobrir uma grande variedade de necessidades das pessoas e cada pessoa é diferente da outra e para cada pessoa teremos que adoptar uma atitude e um comportamento e estabelecer uma relação"(E6).

Uma das necessidades identificadas no discurso que a seguir se transcreve é a necessidade que as pessoas têm, de ser alertadas para determinados comportamentos que poderão adoptar para poderem prevenir algumas doenças. Parece-nos que está expresso neste discurso a função do enfermeiro relacionada com a educação para a prevenção da doença.

"...Ser eu fôr ensinar às pessoas determinadas condutas para elas poderem seguir para prevenir a doença estou a cuidar delas"(E5).

Nos discursos que se seguem estão já com clareza identificadas necessidades que poderão estar afectadas e sobre as quais se identificam igualmente algumas actividades com vista à sua possível satisfação.

"...Se estivermos a pôr um creme gordo na pele de uma pessoa para prevenir as úlceras de pressão estamos a cuidar da pele, a pessoa precisa de ser hidratada... um doente não consegue tomar banho sozinho, o enfermeiro vai dar-lhe banho, está a cuidar dele porque ele sozinho não consegue"(E5).

"...Eu como enfermeira tenho que perceber ao máximo aquilo que o doente necessita para lhe poder dar aquilo que ele mais necessita. É essencial manter a higiene e se o doente não é capaz de a fazer então nós teremos que a fazer"(E6).

Foram identificadas sobretudo, as necessidades de hidratação, higiene e conforto e a necessidade do enfermeiro ter que substituir a pessoa que não consegue desenvolver actividades para a satisfação dessas mesmas necessidades.

Existe no entanto um aspecto a considerar que é o facto de nenhum dos nossos entrevistados conseguir explicitar como é possível identificar as

necessidades afectadas que implicam uma intervenção do enfermeiro.

O sentido dos discursos que acabamos de referir está de alguma forma de acordo com o conceito de enfermagem apontado por Henderson que refere que enfermagem é principalmente *"ajudar o indivíduo são ou doente na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou sua recuperação... que ele realizaria sem ajuda se tivesse força, vontade ou os conhecimentos necessários"*(68).

COLLIÈRE (1989) numa alusão ao conceito de enfermagem de HENDERSON, levanta uma questão que nos parece de extrema importância. *"Como conhecer as necessidades do doente sem se entrar em relação com ele? A interrogação sobre as necessidades do doente vai dar um impulso à relação que se estabelece entre quem presta e quem recebe cuidados, mas nem sempre esta relação serve tão louvável preocupação, correndo o risco de se tornar um fim em si mesmo"*(69).

Promover o bem estar ou a independência da pessoa

O bem estar da pessoa doente parece-nos ser um dos objectivos a que os nossos entrevistados atribuem alguma importância. Existe nos seus discursos uma forte associação entre o cuidar e o bem estar.

"...Cuidar é tudo o que concorre para o bem estar dessa pessoa, desse doente"; funções: "são todas, todas concorrem para o bem estar do doente"(E1).

"...O enfermeiro está lá também para cuidar do bem estar, o médico não passa por lá a toda a hora. Quando o doente precisa de algum copo de água não chama o médico, se estiver incapacitado chama o enfermeiro para lhe ir dar o copo de água, o enfermeiro está lá para cuidar"(E5).

Nos discursos anteriores o "bem estar" está claramente expresso, contudo podemos verificar que nos discursos seguintes embora não expresso está presente, dado que surge o conceito de conforto que pela análise das entrevistas nos surge associado ao conceito de bem estar.

"...Faço uma higiene porque o doente precisa que eu lha faça, o doente está sujo, está desconfortável e eu tenho que lhe proporcionar o máximo de conforto"(E6).

"É muito importante dar apoio psicológico ao doente, é muito importante dar-lhe conforto, dar-lhe segurança emocional, tentar fazer com que ele volte a ter auto-estima"(E8).

McKENNA (1994) refere-se ao conforto como um estado de bem estar que *"ocorre a qualquer altura do continuum doença/saúde"*(70), MORSE (1992) no entanto classifica-o como a forma mais apropriada para descrever o resultado da intervenção terapêutica da enfermagem e para a clarificação deste

conceito considera tanto a dimensão psicológica como a fisiológica, chegando mesmo a considerar que "o fim último da enfermagem é proporcionar conforto" (71).

O objectivo de enfermagem em análise aponta para uma concepção de enfermagem mais lata cujo objectivo se relaciona com o bem estar do indivíduo na sua totalidade, com a forma como o indivíduo vive situações de doença; são identificadas ainda algumas necessidades que poderão estar afectadas num indivíduo (doente).

A situação de doença continua a estar presente nos discursos contudo a orientação que está subjacente para a prática profissional é uma orientação mais concordante com as concepções de enfermagem dos modelos de enfermagem do que do modelo bio-médico.

Síntese

Nas sínteses que apresentamos fazemos referência ao número de sujeitos como forma de completar a análise dos dados, contudo na análise avaliativa dos discursos as unidade de registo não são os sujeitos mas sim os temas. A frequência apresentada em cada ponto da síntese deverá ser sempre vista como uma parte do total (Ex: quatro em nove). De referir que as categorias são mutuamente exclusivas como prevêm as regras da categorização e isso foi respeitado pelo que um tema apenas foi incluído numa e só numa categoria, apesar de um sujeito produzir discursos que conforme os temas se enquadravam em várias categorias. Assim:

- Emergem dos discursos quatro objectivos da actividade profissional: *tratar ou curar a doença, cumprir normas organizacionais, satisfazer as necessidades do doente e promover o bem estar ou a independência da pessoa;*

- É reconhecido que a cura da doença é da responsabilidade do médico; contudo quatro estudantes consideram que a prática profissional contribui efectivamente para a cura da doença;

- Dois estudantes consideram a necessidade do cumprimento de normas organizacionais; contudo referem-se sobretudo à necessidade do "serviço estar despachado" (tarefas cumpridas num tempo certo) para que se possa processar à visita médica. Existe ainda uma crítica à orientação dos estudantes em estágio, visto verificar-se uma alegada exigência que está de acordo com o que acabámos de citar;

- Quatro estudantes consideram ainda a que o objectivo da actividade profissional é a satisfação das necessidades do doente, sendo as necessidades mais referidas as necessidades de hidratação e de higiene;

- Três estudantes apontam para o promover o bem estar e a independência como um dos objectivos da práticas profissional.

Alvo da actividade profissional

O alvo é o objecto da actividade profissional. ADAM (1994) refere que nas profissões de ajuda, o alvo é o beneficiário, isto é, a pessoa ou grupos de pessoas visados pelas actividades dos profissionais de saúde. Esta pessoa (utente actual ou potencial do serviço em questão) é percebido de uma certa maneira e objectivamente através de uma imagem explícita.

No quadro teórico de suporte verificámos também que os vários autores de enfermagem ao referirem-se a uma prática profissional orientada segundo um modelo de tratar (modelo bio-médico) consideram o alvo essencialmente como "o órgão afectado" ou a doença em si; contudo quando a prática profissional é orientada numa perspectiva de um modelo de cuidar (modelos de enfermagem) considera-se o alvo a pessoa como um todo (RIBEIRO, 1995).

Tentámos perceber de que forma era referido pelos nossos entrevistados, o beneficiário dos cuidados. Nas leituras que fizemos das entrevistas foram encontradas três formas diferentes de ver o alvo da actividade profissional: *A pessoa/família ou comunidade, a pessoa doente e a doença.*

Pessoa/família ou comunidade

Como podemos verificar na sequência das transcrições seguintes o beneficiário dos cuidados é a pessoa, pessoa que perde a ligação ao meio onde está inserida, que se vê retirada das condições em que vive, portador de preocupações decorrentes da situação de doença e que tem determinada idade.

"...Trabalha-se com seres humanos, com pessoas pelas quais a gente pode fazer algo para as ajudar, nós lidamos com a pessoa, mas interessa-nos como é que ela está integrada no seu meio ambiente, como é que ela vive, como é a sociedade dos ricos e dos pobres, daquelas pessoas que têm mais carências, como é que elas vivem... vê-los como um ser integrado numa sociedade, integrado numa família, vê-lo assim para depois conhecer os problemas que elas têm" (E2).

"...O enfermeiro deve ter em mente que a pessoa que ali está tem montes de coisas à volta dela, é a família, é coisas que deixou para trás, não se pode pensar naquela pessoa como tendo só um braço partido" (E3).

Algumas interrogações em relação à pessoa foram postas por um dos nossos entrevistados. São interrogações que revelam a forma como este entrevistado vê *à priori* o beneficiário dos seus cuidados. A pessoa com quem me irei relacionar, nova ou idosa? simpática? como me irá receber?

"...O estágio está a aproximar-se e eu penso: será uma pessoa idosa? será uma pessoa nova? como é que eu vou reagir? como é que me vou aproximar dela? será uma pessoa simpática?" (E3).

É reconhecida a diferença de cada pessoa (individualidade), pelo que segundo o nosso seguinte entrevistado trabalhar com uma pessoa não pode ser o mesmo que trabalhar com uma máquina.

"...Não estamos a lidar com máquinas é com pessoas e as pessoas são diferentes uma das outras, com uma máquina eu posso aprender a trabalhar e com todas as outras máquinas daquele tipo trabalha-se da mesma maneira e com as pessoas não, conversar com uma pessoa A, é diferente de conversar com uma pessoa B e então o discurso vai ser diferente e tudo vai ser diferente"(E5).

COLLIÈRE (1989) afirma mesmo que a prática de enfermagem encontra a sua razão de ser na pessoa tratada, *"a pessoa é o referente, o ponto de partida e de chegada dos cuidados. Não é o objecto dos cuidados tornou-se o objecto dos cuidados, os cuidados não têm sentido senão em relação com a sua realidade, com a maneira como vive e mesmo como vive a sua doença"*(72).

Para GÂNDARA e LOPES (1993) o núcleo dos cuidados é sempre *"a pessoa humana, numa relação interpessoal significativa que se desenrola e desenvolve ao longo de um processo de interacção entre o enfermeiro e o utente"*(73).

Um outro autor de enfermagem (McKENNA, 1993) refere também que os cuidados são descritos como *"uma actividade que se foca na pessoa como um todo e não apenas em necessidades ou exigências particulares"*(74).

É reconhecido pelos autores de enfermagem que o alvo dos cuidados de enfermagem é na realidade a pessoa no seu conjunto.

A pessoa doente

Uma outra forma de entender o beneficiário dos cuidados é a de associar à pessoa a sua doença, isto é a pessoa é vista acima de tudo como detentora de uma determinada doença. Tentámos ainda perceber se, apesar de a pessoa estar ligada a doença, essa mesma pessoa seria nessa condição um sujeito activo ou passivo como beneficiário de cuidados.

Como referimos no quadro teórico as práticas profissionais apoiadas em modelos de enfermagem apontam para que o indivíduo seja uma sujeito activo nas tomadas de decisão para a resolução dos seus problemas (COLLIÈRE, 1990; PEARSON e VAUGHAN, 1992; RIBEIRO, 1995). É essencial que a pessoa expresse as suas necessidades, se pronuncie sobre a sua situação e seja implicado nas tomadas de decisão.

Nos dois discursos seguintes podemos verificar que mesmo que a pessoa queira ser um sujeito activo, existe o entendimento de que o poder de decisão está exclusivamente centrado no enfermeiro.

"...Em certas ocasiões eu costumo dizer que enganamos o doente, ou seja damos-lhe a volta de tal forma que ele acaba por fazer tudo o que nós queremos, portanto nós temos um poder enorme entre mãos, se o soubermos utilizar, portanto toda essa relação vai condicionar a reacção do doente"(E1).

"...O doente também deve ser forte, porque se o enfermeiro é forte para estar a tratar tantos doentes e estar com eles um dia inteiro, o doente também tem que colaborar com o enfermeiro e não pode chamar o enfermeiro por tudo e por nada... porque não há necessidade de pedir a arrastadeira três vezes se pode aguentar mais um bocadinho e pedir uma vez só, daí a bocado"(E5).

Nos discursos seguintes percebe-se claramente como a pessoa é um sujeito passivo a quem não é reconhecido que tomará a decisão de ele próprio fazer a sua higiene pessoal, podendo no entanto expressar os seus sentimentos.

"...Faço uma higiene porque o doente não é capaz de a fazer, porque um doente que possa vai à casa de banho e faz a higiene à vontade dele, nesse aspecto ele não precisa que eu lha faça"(E6).

"...A enfermeira coloca-se em frente a um doente e deve conseguir estabelecer uma relação de empatia, deve colocar-se no lugar dele para que ele consiga expressar tudo aquilo que está a pensar, os seus sentimentos...uma pessoa tem que estar à vontade, tem que ter confiança na enfermeira para conseguir às vezes falar certas coisas"(E7).

Podemos também verificar no excerto seguinte que emerge a ideia de "pessoa doente" a quem é necessário "dar carinho". O sentimento de pena da pessoa surge aqui de uma forma marcada assim como todo o discurso aponta para uma atitude de "dar", "falar" mas centrada na enfermeira. Parece-nos que estamos perante um discurso que em todo o seu contexto se nos afigura com a ideia de pessoa doente - sujeito passivo.

"...Desperta-me a atenção a relação que a pessoa tem com uma pessoa doente, o carinho que se pode dar a um doente, a maneira como se pode falar com o doente"(E9).

Como sabemos a forma de perceber o alvo, como sujeito activo ou passivo, influencia a forma como se percebem as práticas profissionais (papel do enfermeiro, modos de intervenção) no seu contexto global.

A doença

Foi a situação de doença ou a diversidade das doenças que nos surgiu também como objecto dos cuidados de enfermagem de forma mais ou menos explícita. As situações referidas são as situações de doença, a escolha do campo de estágio tem a ver com a situação de doença das pessoas, portanto

está claramente expresso que o importante para a escolha de uma situação de aprendizagem seria essencialmente a doença.

"...Numa cirurgia aparecem as mais variadas situações que eu posso aprender mais ao tratar todas elas, do que se estiver numa ortopedia onde estão situações específicas"(E1).

"...Nós escolhemos os campos de estágio e eu escolhi ortopedia e adorei lá estar, eu acho girissimo aquelas coisas todas, aquelas tracções, aqueles gessos, acho aquilo tudo giro"(E5).

KÉROUAC (1994) referindo-se à orientação dos cuidados de saúde para a doença, orientação que surgiu no fim do Século XIX, explicita que *"estando a origem da doença reduzida a uma causa única o fim da medicina técnico-científica era estudar a sua causa, formular o diagnóstico e propor o tratamento: assim, segundo esta orientação os cuidados de enfermagem são igualmente orientados para a doença"*(75).

Nesta perspectiva é facilmente aceite que os cuidados de enfermagem porque estão ligados directamente à prática médica estão igualmente orientados para a doença. Refere no entanto COLLIÈRE (1989) que *"é a categoria da doença que confere ao doente estatuto e papel, relegando e apagando todos os outros estatutos que possa ter, bem como todos os papéis ligados a esses estatutos"*(76).

Assim se percebe porque que a doença, independentemente da pessoa que a possui e o contexto da situação global, influencia tão fortemente a orientação dos cuidados de enfermagem.

A lógica dominante nos discursos aponta para uma concepção de enfermagem concordante com o modelo bio-médico.

Síntese

- Foram encontradas três formas diferentes de ver o alvo da actividade profissional: *a pessoa/família ou comunidade, a pessoa doente* (sujeito passivo) e *a doença*;

- Como pessoa/família ou comunidade, o alvo foi referido por três estudantes. Na análise desta categoria emergiu uma concepção de pessoa no seu conjunto;

- O alvo como sujeito activo não foi referido pelos estudantes; para estes estudantes é reconhecido que não cabe ao utente tomar parte nas decisões para a resolução dos seus problemas;

- A pessoa, sujeito passivo, é referida por sete estudantes. Na forma de ver a pessoa por estes estudantes, emerge uma situação de poder para tomar decisões muito centrada na enfermeira;

- A doença como alvo dos cuidados de enfermagem surge nos discursos de dois dos estudantes.

A Função do profissional

A função do profissional designa o papel social desempenhado pelos membros da disciplina em questão. Este papel é, necessariamente reconhecido e aceite pela sociedade pelo que, segundo ADAM (1994), sem esta condição o próprio serviço não existiria.

Funções de auxiliar do médico

As funções mais referidas pelos nossos entrevistados foram as funções que caracterizam o papel de enfermeiro auxiliar do médico, isto é, as suas intervenções estão directamente relacionadas com as intervenções médicas e derivam das suas prescrições. Neste contexto o acto de tratar uma pessoa desenvolve-se após a actividade que o médico inicia com a prescrição.

Como podemos verificar é a administração da terapêutica que está na base desta função da enfermeira a que chamamos *"auxiliar do médico"*.

"...O médico tem a função de prescrever uma medicação, o enfermeiro tem a função de a aplicar, o médico prescreve, o enfermeiro aplica"(E1).

"...Ele tem uma terapêutica para administrar e isso é uma obrigação"(E2).

Existe no discurso que se segue uma ideia de rigor no cumprimento das *"ordens do médico"*.

"...As enfermeiras têm que seguir à risca as prescrições que têm, os cuidados que têm a fazer, fazer um penso, tirar uns pontos... a enfermeira administra o que foi prescrito"(E3).

"...Uma coisa que está prescrita deve ser efectuada com o máximo de rigor"(E3).

Está claramente atribuída ao médico a função de fazer o diagnóstico e a prescrição e só a partir daí decorrem as intervenções de enfermagem, como podemos verificar no excerto da entrevista que a seguir transcrevemos.

"...Eu vejo o médico como aquela pessoa que faz o diagnóstico e que prescreve, mas quem vai prestar os cuidados directamente são os enfermeiros... a administração de terapêutica, as higiènes, os tratamentos, os pensos"(E4).

"...Uma função bastante importante é a de administrar a terapêutica"(E4).

Auxiliar o médico na transmissão da informação, também nos surgiu no discurso dos nossos entrevistados como podemos verificar a seguir.

«...Com que o doente lida mais é com o enfermeiro e quando não percebe alguma coisa do que o médico diz, é a nós que pergunta, não vai perguntar ao médico”(E4).

“...A enfermeira é que lhe dá a medicação, a enfermeira é que lhe tenta explicar o que o médico lhe disse”(E7).

As funções estão de tal forma ligadas segundo a perspectiva deste nosso entrevistado, que não poderia haver enfermeiros sem médicos, nem estes sem aqueles. Se um prescreve o outro administra logo se numa determinada situação faltasse a prescrição, o que administra não poderia dar continuidade ao seu trabalho? E se faltasse o que administra, como é que se dava continuidade a este processo de prescrever/administrar?

Colocam-se-nos algumas interrogações: porque é que os alunos valorizam tão fortemente esta função da enfermeira? Será que na escola de enfermagem é a vertente dos cuidados em que mais se incide? Será que no ensino clínico se valoriza esta tarefa de administrar terapêutica em detrimento de outras?

“...Os enfermeiros têm uma acção complementar à do médico e não podia haver uns sem outros, só com a diferença é que o médico está lá para tratar e os enfermeiros estão lá para cuidar... o enfermeiro está lá não só para exercer entre aspas as ordens do médico, as prescrições”(E5).

“...Digam lá o que disserem o enfermeiro está muito ligado ao médico e por mais que nós tentemos ser independentes do médico, que as nossas acções sejam simplesmente complementares e não um a mandar e outro a obedecer, hoje em dia ainda continuamos a ver o médico a mandar e o enfermeiro a obedecer e o enfermeiro a desenvolver-se à custa da acção do médico”(E5).

“...Disse uma vez a um colega para ele imaginar o que é um médico a dar as injeçõeszinhas a todos os doentes do serviço e depois montes de gente à espera nas consultas externas, porque ele não tinha tempo uma vez que estava a dar as injeções no serviço... fi-la compreender que são acções complementares, que o médico precisa do enfermeiro assim como o enfermeiro precisa do médico”(E5).

“...Está-se a dar mais importância à administração de terapêutica, porque é prescrita pelo médico e porque tem que ser dada, isso é o mais importante, a aplicação das técnicas de enfermagem vêm logo a seguir, porque se está prescrito que é para entubar tem que se entubar, se está para algaliar, é para algaliar, claro que tem que se entubar porque depois vai lá o médico e pronto isso é uma prescrição”(E6).

«...Quando o doente entra o médico segue-o, o doente acaba por ser internado, o médico prescreve, o médico vai vê-lo, o médico observa, faz essas

coisas todas, faz uma prescrição e depois é o enfermeiro que vai dar uma certa continuidade, apesar do médico continuar a vigiar, continuar a observar, continuar a mudar essas prescrições e essas coisas todas, é o enfermeiro que vai dar continuidade a isso, é o enfermeiro que vai lidar principalmente com essas coisas”(E7).

O poder médico é fortemente reconhecido pelos nossos entrevistados. O sentido dos seus discursos dá-nos indicações de que existe alguém que tem um poder e o seu exercício não pode ser posto em questão; é preciso “rigor” no cumprimento das suas prescrições. Mas, será que os nossos entrevistados queriam referir-se ao rigor na preparação e administração de um medicamento?

Numa abordagem bastante significativa da noção de enfermeira auxiliar do médico, COLLIÈRE (1989) transcreve excertos de diversos autores que ilustram o pensamento dos seguidores desta corrente de opinião e que contribuíram provavelmente para a existência actual dessa mesma corrente: *tratar um doente é aplicar-se a prestar correctamente os cuidados prescritos pelo médico; é o médico que determina, ordena a actividade da enfermeira; a enfermeira é a mais modesta, mas talvez a mais preciosa colaboradora dos médicos, dos cirurgiões e dos parteiros do hospital* (77).

Continuando a referir-se a esta problemática, a autora que acabámos de citar, após transcrever um conjunto de tarefas que inicialmente eram desempenhadas pelos médicos e agora são atribuídas às enfermeiras, refere que “a partir daí a enfermeira passa a desenvolver uma prática de cuidados inteiramente tributária da prática médica, cujo exercício facilita consideravelmente” (78).

Esta relação enfermeira/médico é apontada como uma relação de subjugação; contudo poderá trazer algumas ameaças ao poder médico, na medida em que transferência de funções poderá significar transferência de poder. COLLIÈRE (1989) apresenta mesmo uma citação em que este aspecto era devidamente salvaguardado: “as funções da enfermeira em nada poderão passar de auxiliar do médico” (79).

Este papel de auxiliar do médico está também expresso nas citações que COLLIÈRE (1989) aponta: *sabe-se que uma boa enfermeira ...deverá ser para o médico...um agente de informação e um agente de execução. Agente de informação observando o melhor que pode e assinalando para o médico os factos susceptíveis de o informar sobre a natureza e evolução da doença e agente de execução dado que vela para que as prescrições terapêuticas sejam seguidas rigorosamente* (80).

Os diversos discursos dos nossos entrevistados apontam para a existência de papel profissional essencialmente ligado a prescrições médicas e as tarefas que segundo os diferentes autores de enfermagem (PEARSON e

VAUGHAN, 1992; COLLIÈRE, 1989 entre outros) caracterizam a organização do trabalho dos enfermeiros quando estão numa linha de orientação da prática profissional inserida num modelo bio-médico, isto é o papel do enfermeiro está ligado aos objectivos da prática profissional médica.

Funções técnicas

Nos discursos dos nossos entrevistado foi encontrada uma outra categoria de funções, as funções tradicionais/técnicas, isto é, as funções centradas na doença e decorrentes da evolução tecnológica em que existe uma clara valorização da técnica, que caracterizam um papel técnico e instrumental.

No discurso de um dos nossos entrevistados encontramos abundantes referências à problemática da função do enfermeiro relacionada com a pura aplicação das técnicas. As técnicas foram claramente referidas e valorizadas como podemos verificar.

"...Acho que o enfermeiro não é um ajudante do médico é uma pessoa, um técnico de saúde praticamente ao mesmo nível, não tem tantos conhecimentos... mas é um técnico como o médico, como o radiologista, como um técnico de análises que está a exercer uma função que entre nós não está ainda muito bem definida"(E1).

"...São funções técnicas, administração de terapêutica, fazer pensos, isso é a parte técnica... qualquer indivíduo inteligente consegue aprender as técnicas, depois temos a parte teórica dos conhecimentos que nos vão explicar e nós depois passamos ao doente o porquê dessas técnicas"(E1).

"...Higiene e conforto, por exemplo promover o banho do doente, fazer uma cama, em casa fugia de fazer uma cama, aqui faço, aplico a técnica"(E1).

Está também referido que existe no ensino de enfermagem nesta escola uma grande preocupação com a técnica o que leva os estudantes a valorizarem sobretudo uma prática profissional centrada nas técnicas, como podemos verificar no discurso que a seguir de transcreve.

"...Há uma grande preocupação de todos nós alunos com a parte técnica, porque eu acho, e aí todos temos um pouco de culpa, que na escola dão muito mais ênfase à parte técnica"(E1).

Numa alusão a um programa de enfermagem dos anos 60, COLLIÈRE, refere que *"os conhecimentos teóricos centrados na doença eram complementados pelos conhecimentos práticos centrados na técnica"*(81). Nesta perspectiva se compreende a necessidade de conhecimentos técnicos para o exercício da prática profissional.

Fazendo uma análise das nossa práticas pedagógicas provavelmente não

conseguimos ainda nesta altura partilhar com os estudantes alguns conhecimentos de natureza instrumental (normas) contextualizados numa situação mais abrangente e globalizante de cuidados de enfermagem.

A questão da falta de tempo parece também ser um dos aspectos que leva a que as funções do enfermeiro se liguem predominantemente à componente técnica dos cuidados, como foi referido nos discursos analisados.

"...Como aluno, tenho muito mais tempo do que um profissional, mas um profissional praticamente só tem tempo para fazer a parte técnica"(E1).

"...O aluno tem tempo mas não tem conhecimentos suficientes e há a resistência da escola, tu fazes as técnicas e administras a terapêutica, fazes a higiene e conforto e acaba-se o tempo... mas se não vão ao banho até às nove horas estão lixados"(E1).

"...Há toda a terapêutica, todos os tratamento específicos que às vezes exigem muitas técnicas e então isso leva a que as pessoas percam muito tempo em coisinhas, importantes claro, mas depois não conseguem dar atenção ao doente, estão um tempo enorme a fazer um tratamento, um penso que exige muitos cuidados de assepsia, muita perícia e depois esse tempo que estão com aquele doente não lhes deixa tempo para estar com os outros doentes"(E2).

Está identificado que é necessário que as funções do enfermeiro estejam muito para além de uma componente técnica; contudo existe na opinião dos entrevistados, a noção de que o factor tempo, se apresenta como manifestamente impeditivo de se ir além da operacionalização desta componente no processo de cuidados.

Na caracterização da orientação para o tratar RIBEIRO (1995) refere que esta orientação resultou de exigências de conhecimentos decorrentes do desenvolvimento da técnica médica, relacionada sobretudo com os procedimentos de diagnóstico e de terapêutica, situação que, segundo esta mesma autora citando COLLIÈRE (1989), levou a que o processo de profissionalização das enfermeiras viesse a adoptar o modelo bio-médico, sendo os cuidados de enfermagem sobretudo cuidados técnicos e determinados pela doença.

Numa abordagem a esta problemática RIBEIRO (1995) refere mesmo que nos serviços onde a tecnologia é predominante, ocorre um ambiente de rotinas marcadas pelos cuidados físicos e tratamentos decorrentes das prescrições médicas, com vista a despachar tarefas, numa clara identificação ao modelo bio-médico.

Esta preocupação com a doença e o seu tratamento promove a aquisição de competências técnicas.

Funções autónomas

As abordagens propostas pelos vários modelos de cuidar (modelos de enfermagem) orientam a acção da enfermeira de modos ligeiramente diferentes, mas a atenção vai para as necessidades do utente, para os problemas decorrentes do seu desequilíbrio ou instabilidade e para as dificuldades da sua adaptação a situações de stress (RIBEIRO, 1995).

Nesta perspectiva foram seleccionados discursos que tivessem contidos os aspectos relacionais, actividades independentes, funções de educador, como podemos verificar nos excertos seguintes:

"...A parte humanitária que envolve tudo foi deixado para os enfermeiros e eu acho que essa é a grande função nobre do enfermeiro e é essa parte humanitária em relação ao utente que temos que explorar e ainda há muito para explorar"(E1).

"...A relação com o doente é uma parte específica do enfermeiro"(E1).

"...Gosto de ver uma enfermeira sentada numa cadeira ao lado da cama do doente a falar; gosto de ver a enfermeira a falar com os familiares, gosto de a ver de um lado para o outro"(E3).

"...Posso posicionar um doente acamado sem qualquer prescrição"(E4).

"...Simplesmente executando as técnicas vamos ajudar a patologia, mas os sentimentos que ele tem, os problemas que ele sente, a agonia, todos esses sentimentos acho que posso ajudar duma forma independente das prescrições médicas"(E9).

São referidos alguns aspectos relacionais, contudo de uma forma subjectiva, como fazendo parte das funções autónomas dos enfermeiros. Claramente foram identificadas duas actividades autónomas: uma de carácter objectivo - "*posicionar o doente*" e outra de carácter mais subjectivo, que é o "*falar com o doente*".

BASTO (1991) num estudo realizado sobre cuidados de enfermagem em Portugal, e já citado no quadro teórico, identifica algumas categorias relativamente a situações de cuidados de enfermagem encontradas na prática profissional. Uma das situações encontradas é caracterizada por "*predominarem na equipa enfermeiros que sabem que prestar cuidados de enfermagem é uma actividade criativa e científica própria dos enfermeiros, distinta dos outros técnicos e igualmente importante...sabem muito bem distinguir as suas actuações independentes e interdependentes, perante os problemas do cliente*"(82). Contrariamente os outros grupos referidos pela autora, não conseguiram a identificação do papel autónomo.

A autonomia é uma questão essencial para qualquer prática profissional, e

verificámos que ao longo da história da profissão de enfermagem que a autonomia se foi perdendo à medida que nos dirigíamos para um papel cada vez mais dependente do poder médico. O reflexo foi a adopção de um modelo de trabalho concordante com a prática médica e um papel do enfermeiro como auxiliar do médico.

O peso desse papel mantém-se hoje de tal forma que se torna difícil a identificação das funções autónomas.

Pensamos no entanto que os modelos de enfermagem nos dão contributos importantes para as questões relacionadas com a autonomia profissional, isto é poderão constituir um caminho para a identificação do papel autónomo.

GÂNDARA e LOPES (1992) referem no entanto que a implementação de um modelo ou modelos na prática, "*não é nem pode ser um fim em si mesmo, mas um veículo para nos questionarmos, nos aperfeiçoarmos, nos modificarmos, tendo sempre como meta atingir a criação de uma identidade, fonte de bem-estar e satisfação profissional que se projecta na qualidade dos cuidados prestados*"(83).

Síntese

- Nos discursos produzidos pelos nossos entrevistados foram encontradas três tipos funções que são desempenhadas pelos enfermeiros: as *funções de auxiliar do médico*, as *funções técnicas*, e as *funções autónomas*;

- Em várias asserções *sete* dos estudantes entrevistados referem-se a funções relacionadas com o papel de auxiliar do médico. São evidenciadas as prescrições médicas (sobretudo a administração de terapêutica), as tarefas e as rotinas e a total dependência dos enfermeiros das actividades dos médicos;

- Dois dos estudantes (um deles em bastantes asserções) apontam actividades enquadradas nas funções técnicas. Referem-se sobretudo a técnicas (normas) ensinadas na escola que têm como objectivo dar continuidade ao tratamento prescrito pelo médico;

- São referidos alguns aspectos relacionais, como fazendo parte das funções autónomas dos enfermeiros. Contudo foram identificadas apenas duas funções autónomas: "*posicionar o doente*" e "*falar com o doente*";

- Foram as funções autónomas as que menos expressão tiveram nos discursos produzidos. Várias vezes durante o tratamento de dados colocámos a questão: porque é que é tão difícil identificar funções autónomas?

- A autonomia foi ao longo da história da profissão uma componente essencial da prática profissional, que se perdeu com a aparecimento das correntes centradas no tratar, de tal forma que os estudantes actualmente têm alguma dificuldade em encontrar actividades profissionais autónomas.

Capacidades da enfermeira

Na caracterização das enfermeiras foram encontrados nos discursos duas categorias: *conhecimentos e atributos*, onde se incluem algumas condições necessárias para o exercício da profissão.

Conhecimentos

COLLIÈRE (1989) numa descrição relativamente à evolução dos conhecimentos ministrados em escolas de enfermagem em França refere que desde 1954 se iniciou um novo programa de enfermagem em que a base do ensino teórico eram conhecimentos centrados na doença e *"foram estes conhecimentos centrados na doença que constituíam a base da cultura geral das enfermeiras"* (84). Só por volta de 1967/68 *"se iniciou o estudo das relações interpessoais"* (85). Mais tarde com o relatório de Virgínia Henderson, onde surge o conceito de enfermagem, *"se começou a apostar numa relação entre quem presta e quem recebe cuidados (1968/1972), que veio dar origem ao plano de cuidados"* (86), onde efectivamente o doente passou a ser o referente, o ponto de partida e de chegada dos cuidados.

Esta evolução trouxe alguma implicação na necessidade de selecção de conhecimentos para o exercício da profissão. COLLIÈRE (1989) diz mesmo que a enfermeira deverá adquirir conhecimentos que lhe permitam olhar o homem de uma forma globalizante: *"é necessário conhecer o homem, os seus mecanismos biológicos e psicológicos, as fases de desenvolvimento e de evolução, os modos de adaptação e de defesa, as necessidades de individualidade e de socialização"* (87). Refere contudo que à enfermeira do ano 2000 *"não basta adquirir conhecimentos, terá que se familiarizar com a metodologia de algumas ciências a fim de ser capaz de seguir a sua evolução e de integrá-las no seu papel específico"* (88).

As competências que caracterizam uma profissão decorrem de um conjunto de conhecimentos organizados. A aquisição de competência profissional requer o domínio prévio ou paralelo dos fundamentos teóricos dessa competência (COLLIÈRE, 1989).

Os conhecimentos que os entrevistados consideraram necessários para que se possa exercer a profissão são:

- *Patologia e farmacologia.*

- *Conhecimentos técnicos.*

"...Os conhecimentos necessários são a aplicação das técnicas de enfermagem que é o que nós mais ou menos aqui aprendemos, todas as técnicas e saber aplicá-las" (E6).

"...O enfermeiro tem que saber executar as técnicas" (E7).

- *Conhecimentos de psicologia e de sociologia.*

"...A parte de psicologia que é a parte que talvez vai dar mais ênfase à relação" (E1).

"...A psicologia é muito vasta, nós aqui no curso temos uma pequena parte, diga-mos que serve para os primeiros tempos, mas eu acho bem que as pessoas queiram aprofundar mais um pouco" (E1).

"...O enfermeiro está cada vez mais a adquirir conhecimentos não só técnicos mas outros que envolvem a psicologia, a sociologia e todas essas ciências humanas que condicionam o comportamento e que condicionam toda a sua actuação que cada vez mais a profissão de enfermagem vai ficando destacada dessa subserviência em relação à medicina e orienta-se para um equilíbrio entre a medicina e a enfermagem" (E1).

"...Acho que o enfermeiro tem que ter assim um pouco de psicólogo e de psicanalista, tem que ser social, tem que ter conhecimentos para se conseguir relacionar com o indivíduo" (E2).

"...Talvez a sociologia, nós temos sociologia e psicologia e a enfermagem ao longo do curso" (E4).

De um modo geral os nossos entrevistados referiram-se à importância que atribuem a disciplinas específicas ou a conteúdos programáticos que constam dos programas do curso que frequentam, verificando-se no entanto que valorizam sobretudo conhecimentos relacionados com as técnicas de enfermagem e os conhecimentos da área psicossocial.

Atributos

Os atributos encontradas foram sobretudo aspectos que caracterizam uma relação do tipo social para além de outros que indiciam competências que promovem o desenvolvimento da relação de ajuda. Estes atributos são no entanto os atributos positivos, desejados, em regra não observadas e geralmente associadas ao *"dever ser"*.

"...Como aquele desenho que circula por aí, que tem não sei quantas mãos e não sei quantos pés, o enfermeiro ideal é aquele técnico que consegue estabelecer uma relação empática com o doente" (E1).

"...São pessoas capazes de lidar com pessoas, que têm que ter muita coragem para encarar a profissão e sensibilidade porque a sensibilidade ajuda a dar uma visão global da pessoa, ajuda a perceber o que o doente nos quer transmitir" (E2).

"...São pessoas com uma grande afectividade, com um querer muito grande"

para fazer alguma coisa para melhorar a pessoa que está à nossa frente... uma pessoa de quem agente se habitua a gostar, que cuida de nós, que nos protege, que nos ajuda a ultrapassar as doenças" (E2).

"...Para já que não chegasse ali, fizesse as coisas e fosse embora, que conversasse que fosse simpática que tivesse algum tempo disponível para conversar, para explicar a situação, quando estivesse a fazer um tratamento falar comigo não é estar calada, muito concentrada no que está a fazer e ligar pouco aquilo que eu estou a sentir nesse momento... tem que ligar ao medo que eu sinto, que eu possa estar a sentir, que gostava que ela me visse não apenas como mais um doente que ela tem para tratar mas como uma pessoa que sou e me tratasse com respeito, que ela me visse como ser humano, não chegar ali e fazer o que tem a fazer e está bem... agora vou-me embora" (E2).

"Uma pessoa aberta de espírito... disponível... uma pessoa que conseguisse captar aquilo que eu estivesse a sentir... eu penso muitas vezes naqueles velhotes que têm assim uma linguagem diferente, que não percebem certos termos... acho que o enfermeiro tem que ser muito... tem que ter muitas facetas... tem que saber estar com uma pessoa idosa com pouca cultura, com uma pessoa com mais cultura, com uma criança, tem que saber tudo um pouco... e quando tiver esse saber dominado já não é preciso estar a pensar como é que vai ser... aquilo sai..." (E3).

"Um enfermeiro tem que estar disponível, tem que transmitir uma grande segurança porque as pessoas que estão doentes e que precisam estão sempre muito inseguras, por muito que eles saibam do que se está a passar com eles, mas têm sempre aquela insegurança, porque estão doentes estão diminuídos e nós temos que saber transmitir-lhe essa segurança, temos que o apoiar, temos que dar-lhe aquilo que ele não tem, um enfermeiro tem que saber conversar com as pessoas e tem que respeitar as pessoas, essencialmente isso e depois claro tem que saber executar as técnicas" (E6).

As características geralmente observadas que foram referidas, têm um sentido negativo como podemos verificar, nos excertos dos discursos que a seguir transcrevemos.

"...As enfermeiras eram um bocado frias eram distantes, chegavam ali e perguntavam o que tens? e aplicavam a injeção e aplicavam o penso e acabou" (E1).

"...As enfermeiras para mim eram sempre um obstáculo... sempre as vi como um obstáculo... um obstáculo porque as vi sempre como as detentoras daquele espaço... as donas daquele espaço... em que eu me sentia presa... pronto era como se o Hospital fosse a casa delas e eu para entrar tivesse que pedir autorização a todas..." (E3).

"As acusações... as enfermeiras... são malandras... os doentes chamam primeiro vai a empregada, depois a empregada é que lhes vai dizer etc. etc... a enfermeira dentro do serviço já é uma senhora..." (E3).

"...Que são agressivos... não fisicamente claro... mas insensíveis... são brutos não respeitam ninguém... acho que são estas as que as pessoas mais fazem" (E4).

"...As pessoas estão habituadas a ver a enfermeira de duas maneiras, ou a tal enfermeira muito má que vai dar uma injeção e aleija muito, aquelas pessoas muito más, ou então vêem uma enfermeira muito jeitosa que anda com os médicos todos. São essas as ideias gerais... A minha ideia de enfermeira mulher, é a de uma pessoa, é uma mulher bastante frágil, sensível, que cria aquele muro à volta dela para parecer indiferente a determinadas coisas e fria para não se sentir agarrada às pessoas, aos doentes que ali tem" (E5).

"...O enfermeiro homem... é aquele que não precisa de esconder o ele mesmo, não precisa de criar um muro á volta dele. Se ele responder mal ou tiver uma atitude mais fria, ninguém estranha porque é um homem. Se ele tiver uma atitude mais carinhosa, ao contrário, é que as pessoas vão estranhar, um homem ter uma atitude mais carinhosa? Ummm... no entanto eu acho que tem" (E5).

"...Especialmente que seja bem educada. Como se diz sempre, que fale para as outras pessoas como gostava que falassem para ela. Porque se eu não sou mal educada para ninguém, também admito que sejam mal educados para mim, isso vê-se muito nas enfermeiras" (E5).

"...Eu acho que as enfermeiras sempre tiveram uma má fama, pronto não sei se ainda continua a ser assim mas é isso que muitas vezes dizem, que as enfermeiras continuam a ter assim... aquela fama que sempre tiveram..." (E7).

"...São mal educadas, não dão o mínimo de atenção, que muitas das vezes por exemplo durante a noite são chamadas nem que seja para colocar uma arrastadeira e muitas vezes nem aparecem e coisas desse género" (E8).

"...Noto que as enfermeiras queixam-se muito, às vezes de serem um bocado escravas do médico, não sei se por aí elas têm uma certa razão, provavelmente até têm porque ainda até pouco tempo o médico é que era o soberano e é que sabia o que estava a fazer, mas o médico é o médico e uma enfermeira ou enfermeiro é outra coisa e cada um tem o seu papel ali dentro" (E7).

De referir no entanto que foi encontrado apenas no discurso de um dos nossos entrevistados a ligação entre a figura da enfermeira e a figura maternal. A nossa entrevistada apresentou esta relação entre estas duas figuras, dado que como se poderá verificar na entrevista, vivenciou uma experiência de internamento quando ainda era criança.

"...Era uma segunda mãe, para mim foi uma segunda mãe, eu precisava muito, estava separada da minha mãe, estive cerca de 8 dias no hospital, para mim elas foram... mães, foi isso" (E6).

PARROT (1973) num estudo sobre a imagem da enfermeira na sociedade estudou a representação física da enfermeira e a importância atribuída à sua atitude face aos outros ligada à forma de exercer a sua profissão. Alguns grupos de entrevistados apontam para atributos estéticos, outros para aspectos relacionados com a personalidade, outros para uma ligação do papel profissional à imagem feminina.

Nesse mesmo estudo ficou claro que se atribui à enfermeira um papel feminino e um papel social que se confunde num só: os qualificativos utilizados para caracterizar a personalidade da enfermeira "*sorridente, gentil, agradável, simpática, amável, disponível, doce*" visam a mulher assim como a enfermeira. Quando o público estudado fazia a diferenciação sexual da função profissional, atribuía ao homem com certa frequência uma falta de sensibilidade, de doçura e de feminilidade, que eram características da mulher enfermeira.

Nos nossos entrevistados a imagem da enfermeira aparece como uma amálgama de elementos que oscilam entre a imagem real e a imagem ideal, como podemos verificar nos excertos transcritos.

Síntese

- As capacidades para o exercício da actividade profissional foram englobadas em duas categorias: os *conhecimentos* e os *atributos*;
- Relativamente a conhecimentos foram referidos sobretudo conhecimentos da área bio-médica: farmacologia, técnicos (normas); apenas três estudantes referiram conhecimentos da área psicossocial;
- Foram encontrados dois tipos de atributos, uns positivos, desejados, em regra não observados na leitura da realidade pelos nossos entrevistados e estão associados à forma de se poder ver a enfermeira ideal; outros de sentido negativo geralmente observados no contacto com o ambiente hospitalar que induziu uma forma de caracterização negativa da enfermeira;
- Os atributos positivos encontrados foram: a coragem, a sensibilidade, a afectividade, a simpatia, a disponibilidade, capacidade de se relacionar, o respeito pela pessoa, a segurança, a educação (ser culta), e ser (mãe);
- Os atributos negativos encontrados foram: a insensibilidade para os problemas da pessoa, a indisponibilidade para escutar a pessoa, um obstáculo ao contacto com a pessoa e com a família, uma imagem sexual caracterizadora de cada sexo com uma conotação negativa (a mulher é frágil

mas sensível, o homem é duro e insensível), malandras, agressivas, mal educadas, com má fama, mal educadas e escravas do médico.

A representação de enfermeira

A análise final e global dos dados que apresentamos de seguida constitui uma das diversas formas de estudo e análise das representações sociais, elaborada a partir do estudo de vários autores sobre análise das representações sociais (DOISE, 1992; JODELET, 1989; ABRIC, 1994).

A representação de enfermeira foi operacionalmente definida a partir do tratamento conjunto das menções relativas aos diferentes temas e respectivas categorias e subcategorias.

Através do recurso ao critério *indicadores*, codificámos quantas vezes aparece um dado tema e uma dada categoria; através do critério dos *sujeitos* codificámos quantos sujeitos usam aqueles pelo menos uma vez.

A hierarquização dos itens foi feita pela *classificação hierárquica no tratamento das respostas individuais* descrita por DOISE (1992), que se baseia nos níveis de resposta de cada sujeito (identificação dos níveis individuais e hierarquização segundo as suas frequências). A análise temática e categorial em função dos indicadores e dos sujeitos, de acordo com ABRIC (1994), revelou-nos a estrutura da representação, com os elementos do núcleo central identificados pelo seu maior peso relativo na representação.

Para a análise dos dados recorremos ao quadro 5, o qual se refere à globalidade dos dados que foram analisados até aqui. Assim no núcleo central estão claramente situados os elementos: a função de auxiliar do médico (13fi/7fs) e as funções técnicas (8fi/2fs), o que de acordo com o quadro teórico de suporte no que se refere aos modelos conceptuais, caracteriza a *enfermeira auxiliar do médico*. O papel revela-se como o elemento de maior peso relativo no núcleo central, quer seja na análise dos indicadores quer seja na análise dos sujeitos.

Na caracterização elaborada no quadro teórico relativamente ao modelo bio-médico referimos que este dá relevo ao diagnóstico e tratamento da doença sendo o papel da enfermeira a execução exacta da prescrição médica (PEARSON e VAUGHAN, 1992). Nesta orientação da prática profissional dá-se importância à realização das tarefas visíveis associadas a cuidados físicos e de rotina e pouco ou nenhum tempo é deixado para os aspectos personalizados dos cuidados.

Segundo vários autores (COLLIÈRE, 1989; PEARSON e VAUGHAN, 1992) entre outros o papel de auxiliar do médico caracteriza-se pelo desenvolver de uma actividade profissional em que a importância é atribuída ao cumprimento

Quadro 5 - Os elementos representacionais

Temas/Categorias	Sub-Categorias	Indicadores	fi *	fs **
Opção profissional	1ª Escolha	E2 E6 E7 E9	4	4
	2ª Escolha	E1 E3 E4 E5 E8	5	5
Elementos da actividade profissional				
- Objectivos	- Tratar/curar a doença	E1 E2 E4 E9	4	4
	- Cumprir normas organ.	E1 E1 E6	3	2
	- Satisfazer neces. doente	E3 E5 E5 E6 E6 E7	6	4
	- Promover o bem estar	E1 E6 E8	3	3
- Alvo	- Pessoa/família/comunid.	E2 E3 E3 E5	4	3
	- Pessoa doente		0	0
	- <i>Sujeito activo</i>	E1 E4 E5 E6 E7 E8 E9	7	7
	- <i>Sujeito passivo</i>	E1 E5	2	2
- Função profissional	- Fun. auxiliar do médico	E1 E2 E3 E3 E4 E4 E4 E5 E5 E5 E6 E7 E8	13	7
	- Funções técnicas	E1 E1 E1 E1 E1 E1 E1 E6	8	2
	- Funções autónomas	E1 E1 E3 E4 E9	5	4
Capacidades profissionais				
- Conhecimentos	- Patologia/farmacologia	E1 E8 E9	3	1
	- Técnicos	E1 E3 E5 E6 E7 E8	6	6
	- Psicologia e sociologia	E1 E1 E1 E2 E4	5	3
- Atributos	De sentido positivo:			
	- Capac. de se relacionar	E1 E2	2	2
	- Coragem	E2	1	1
	- Sensibilidade	E2	1	1
	- Afectividade	E2 E7 E8	3	3
	- Simpatia	E2 E9	2	2
	- Disponibilidade	E2 E3 E4 E4 E5 E6 E7	7	6
	- Respeito	E2	1	1
	- Segurança	E6	1	1
	- Ser culta	E3 E5	2	2
	- Ser mãe	E6	1	1
	De sentido negativo:			
	- Insensibilidade	E1 E4 E5	3	3
	- Obstácu. aos familiares	E3	1	1
	- Malandras	E3	1	1
	- Agressivas	E4	1	1
	- Más	E5	1	1
	- Frágil	E5	1	1
	- Com má fama	E7	1	1
	- Mal educadas	E8	1	1
- Escrava/criada do médico	E6 E7	2	2	

*fi= frequência dos indicadores; **fs= frequência dos sujeitos.

das prescrições, às rotinas estandardizadas e relacionadas com o diagnóstico feito pelo médico.

Segundo STUSSI (1985) nesta perspectiva 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.

Os *elementos periféricos* mais expressivos são:

- *Alvo*: sujeito passivo (fi7/fs7); isto é a maior parte dos estudantes consideram o alvo dos cuidados de enfermagem a pessoa doente mas sem qualquer intervenção no que se refere às tomadas de decisão sobre a forma como vai ser objecto de cuidados.

O poder de tomar a decisão relativamente à forma como serão prestados os cuidados de enfermagem está centrado no enfermeiro. Este componente representacional é o que está mais fortemente ligado ao núcleo central. Na caracterização do modelo bio-médico, verificamos que o indivíduo é visto sempre como actor passivo no processo de cuidados.

- *Objectivo*: satisfazer as necessidades do doente (6fi/4fs); contudo veja-se como estes sujeitos percebem o doente quando nos referimos à análise do alvo: E5 apresenta discursos diversificados (pessoa/sujeito passivo ou doença); E3 (pessoa); E6 (sujeito passivo) e E7 (sujeito passivo).

- *Conhecimentos*: técnicos (6fi/6fs); existe um grande peso deste elemento representacional. Pelos discursos produzidos estes conhecimentos referem-se a normas e técnicas que os enfermeiros executam e que decorrem de prescrições médicas. Estamos perante um elemento que tem forte relação com o núcleo central uma vez que é um dos aspectos que, conforme verificamos no quadro teórico, caracteriza o papel de enfermeiro auxiliar do médico.

- *Objectivo*: tratar ou curar a doença (fi4/fs4); Todos estes estudantes (excepto E9) consideram que as funções da enfermeira estão ligadas à função de auxiliar do médico. Estamos perante um elemento caracterizador do modelo bio-médico e que potencia nitidamente o núcleo central.

Relativamente às opções profissionais verifique-se que a maior parte dos estudantes (5 em 9) opta por enfermagem em situação de recurso uma vez que as primeiras opções profissionais eram variadas como podemos ver na análise dos dados nesta categoria e a interpretação das opiniões acerca do que é ser enfermeira se relacionam sobretudo com aspectos técnicos e essencialmente com o dar "*a injeção*". Esta análise das opiniões sobre o que é ser enfermeira antes de se iniciar a formação profissional inicial apesar de muito pouco aprofundada potencializa, embora muito ligeiramente, o elemento do núcleo central.

Os atributos referidos são variados e sobretudo de ordem relacional, sendo o atributo com maior peso, a disponibilidade (7fi/6fs) que o prestador de cuidados tem que dispor para estar perante a pessoa que é o beneficiário dos seus cuidados.

Síntese

- Os elementos do núcleo central são as *funções de auxiliar de médico e as funções técnicas*, que caracterizam o papel de enfermeiro auxiliar do médico;

- Os elementos periféricos são: o *alvo*, "*sujeito passivo*" que não toma parte no processo de cuidados de enfermagem; O *objectivo* da actividade profissional, "*satisfazer as necessidades do doente*" e "*tratar ou curar a doença*", este último bastante caracterizador do modelo bio-médico, e ainda as *capacidades*, os "*conhecimentos técnicos*" como conhecimentos necessários para a prática profissional.

Estamos perante uma representação social em que no núcleo central se o papel de *enfermeira auxiliar do médico* cujas funções são de natureza técnica isto é dependem essencialmente das prescrições médicas, o que justifica a necessidade de conhecimentos técnicos como conhecimentos necessários para o desenvolvimento da actividade profissional. Uma prática profissional assim terá como objectivos tratar ou curar a doença e satisfazer as necessidades do doente, sendo que este doente como objecto dos cuidados, é essencialmente um sujeito passivo, isto é não toma parte das decisões sobre os cuidados de enfermagem que lhe são prestados.

Estamos perante uma representação onde os elementos do núcleo central são elementos caracterizadores do modelo bio-médico e onde os elementos periféricos são quase todos igualmente elementos caracterizadores deste modelo.

Esta representação está também em concordância com as orientações para a prática profissional decorrentes do modelo bio-médico, que se encontram em maioria nos estudos de GÂNDARA e LOPES (1992), BASTO (1991), FRADE (1995), e ALBERDI CASTELL (1982), onde assume importância decisiva na concepção das práticas profissionais, a execução de tarefas decorrentes das prescrições médicas.

7 - CONCLUSÕES

Elaborámos um estudo em que nos propusemos: identificar a representação que os estudantes da Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus construíram acerca do que é ser enfermeira; identificar as razões da opção profissional e a sua influência nessa representação; identificar os

elementos da actividade profissional caracterizadores desta representação e ainda analisar a representação social de enfermeira.

Pensamos que as reflexões feitas ao longo do tratamento dos dados e mais concretamente as conclusões a que chegamos que a seguir apresentaremos nos permitiram atingir os objectivos a que nos propusemos.

Temos também consciência de que tratando-se de um estudo exploratório e de âmbito académico estas nossas conclusões afiguram-se com um carácter restritivo e necessitam de aprofundamento em futuras pesquisas com uma amostra mais alargada e com uma combinação de técnicas de investigação para que se obtenham mais elementos caracterizadores da representação, uma vez que agora apenas conseguimos identificar, os elementos mais significativos dessa mesma representação.

Para uma melhor compreensão da problemática das representações sociais pesquisámos alguma literatura relacionada com esta temática. A problemática das representações tem interessado elevado número de investigadores, obviamente os mais ligados às ciências ditas sociais. No campo da ciência de enfermagem alguns estudos estão a surgir ultimamente neste domínio.

Não nos foi fácil descobrir os elementos do núcleo central da representação por diversas razões: pela falta de experiência em estudos desta natureza e também pela falta de experiência na utilização de metodologias qualitativas, sobretudo em análise de representações sociais. As dificuldades relacionadas com a análise são também referidas por ABRIC quando afirma que "*a análise de uma representação deve consistir em tentar descobrir o seu núcleo central, tentativa por vezes difícil, tendo em conta a ausência de uma técnica formalizada que permita assinalar de forma clara a estrutura interna de uma representação*" (89).

As conclusões a que chegámos com este estudo são:

- Na análise temática do item "*opção profissional*", procurámos perceber as razões que levaram os estudantes a pretender ser enfermeiros, numa tentativa de se poder identificar através da opção profissional, o sistema explicativo e a fora de interpretar a realidade do que é ser enfermeiro antes destes mesmos estudantes entrarem para a escola de enfermagem.

Os estudantes que optaram por fazer o curso de enfermagem, mas em que a opção por este curso não surgiu em primeiro lugar, estão a frequentá-lo por uma questão de acessibilidade, isto é as notas eram um factor impeditivo de se poderem inscrever num outro curso pretendido. Assim sendo a escolha recaía sobre enfermagem. Neste grupo de estudantes aparece com alguma frequência como primeira escolha o curso de medicina. Este resultado a que chegámos está também presente no estudo que referimos de MARDARÁS PLATAS que aponta algumas razões que estão subjacentes

à escolha inapropriada da formação. Este autor referindo-se a um grupo de razões sociais descreve que, pela necessidade da obtenção de um diploma universitário, a primeira escolha académica não é enfermagem, mas habitualmente medicina (90). Alguns dos estudantes optaram ainda por enfermagem por influências familiares (promessas de ajuda monetária, convivência com familiares que trabalham no hospital, familiares com esta profissão).

- Nos estudantes que fizeram a opção de fazer o curso de enfermagem em primeiro lugar, está muito presente um aspecto relacional (que poderá indiciar o papel moral) e os ambientes afectivamente favoráveis que viveram em experiências de contacto com o hospital. Emerge dos discursos destes entrevistados a componente relacional dos cuidados de enfermagem. São exemplos: *"a forma como elas (enfermeiras do serviço onde estive internada), tentaram criar um ambiente o mais adequado para mim..."*; *"o estar com as pessoas, ajudá-las a não sofrerem tanto, foi importante na escolha da profissão"*; *"sempre me despertou muito a atenção, não só o trabalho de enfermagem técnico, mas a relação com as pessoas"*. No conjunto dos discursos está muito presente este aspecto relacional como componente essencial dos cuidados de enfermagem.

- Nesta fase de análise dos dados surgiram dois elementos caracterizadores da representação social: o papel técnico (muito orientado para *"dar a injeção"*); o papel relacional inespecífico, num contexto global da função profissional, apenas se vislumbrando um papel maternal relativamente expresso, parecendo-nos estar subjacente um papel moral.

- Como já referimos, na análise temática do item *"elementos da actividade profissional"*, seguimos algumas ideias concebidas por ADAM (1994) no que se refere à caracterização de um modelo conceptual para uma disciplina profissional. Esta autora refere que *"um modelo conceptual para uma profissão, é pois, uma imagem mental da profissão, uma concepção daquilo que a mesma poderá ou deverá ser"* (91). Ainda com mais precisão que um modelo conceptual para a enfermagem é *"uma maneira de conceber o serviço que as enfermeiras prestam à sociedade, por outras palavras, é a sua representação mental estruturada"* (92). Da totalidade dos componentes essenciais de um modelo conceptual segundo ADAM, referimo-nos aos *"elementos"*. Do conjunto de seis preconizados pela autora apenas pesquisamos: o objectivo da actividade profissional, o alvo da actividade profissional e a função do profissional. Num estudo de maior dimensão poderá ser pesquisada uma representação segundo um modelo de análise idêntico ao proposto por ADAM, provavelmente com alunos do último ano do curso ou com enfermeiros formados por esta escola.

- Verificámos nos dados recolhidos e analisados que quatro estudantes referiram como objecto da actividade profissional a cura da doença em colaboração com o médico, isto é a função de curar uma doença é nitidamente

atribuída ao médico, no entanto pelas funções que os enfermeiros desempenham na sua actividade profissional os estudantes consideram que também este é um objectivo efectivo dessa mesma actividade profissional. Mas note-se que é em associação com o médico que os enfermeiros atingem este objectivo. O significado daquilo que é o objectivo da actividade profissional começa a surgir relativamente claro. Aqui parece-nos que nos começou a surgir um elemento do núcleo central que na análise que se foi realizando se tornou cada vez mais claro e que se foi gradualmente potencializando - *o enfermeiro auxiliar do médico*.

- Dois dos estudantes entrevistados consideraram ainda como objectivos da actividade profissional o facto de se cumprirem normas organizacionais. Pela leitura das entrevistas no seu conjunto, esta perspectiva parece-nos que decorre da aceitação de um controle das funções do enfermeiro pelas organizações, o que quer dizer que, é a organização que determina muitas vezes, o que é que os enfermeiros devem fazer, estando subjacente uma concepção de enfermagem em a enfermeira é simplesmente uma executora. Nesta categoria de análise verificámos ainda uma crítica à orientação de alunos em estágio uma vez que segundo o nosso entrevistado as exigências dos orientadores contribuem para que nos estudantes se forme esta mesma opinião (*é preciso dar o banho até às x horas; ou é preciso ter tudo despachado até às x horas para começar a visita médica*). Um dos nossos entrevistados aponta ainda a rotinização dos cuidados igualmente por imposição da organização. Estes cuidados a que os nossos entrevistados se referiram, são as actividades essencialmente resultantes das prescrições e ainda os chamados *"cuidados de higiene e conforto"* numa perspectiva de preparação para a visita do médico.

- Quatro estudantes aceitam que a satisfação das necessidades da pessoa é também um dos objectivos da actividade profissional. São sobretudo identificadas como necessidades que precisam de intervenção do profissional, a hidratação, a higiene pessoal (cuidados físicos) e uma terceira necessidade que é o conforto. Nunca foi encontrado nos discursos qual será a forma de se perceberem as necessidades das pessoas. COLLIÈRE relativamente à problemática das necessidades levanta uma questão importante: *"como conhecer as necessidades do doente sem se entrar em relação com ele?"* (93). Está expresso nos discursos dos nossos entrevistados a necessidade de entrar em relação com o beneficiário dos cuidados para efectivamente se poderem satisfazer as suas necessidades. Consideramos este como um elemento periférico da representação e um pouco afastado do núcleo central, porque no núcleo central aparecem elementos característicos do modelo bio-médico e este objectivo coaduna-se com uma prática profissional segundo um modelo de enfermagem. Pensamos ser um aspecto em que se poderá investir na formação se algum dia decidirmos potencializar elementos que se refiram mais a modelos de enfermagem do que ao modelo bio-médico.

- Três dos estudantes ainda referiram como objectivo da actividade profissional a promoção do bem estar ou a independência da pessoa. Pelas descrições que apresentamos no tratamento e análise dos dados, este elemento não tinha uma significação suficientemente claro, pelo que nos parece estarmos perante um elemento muito fraco da representação e ainda mais afastado do núcleo central do que o elemento referido anteriormente.

Como podemos verificar quer nas referências aos aspectos metodológicos quer no tratamento e análise dos dados, uma das categorias em estudo foi o alvo da actividade profissional. Na bibliografia consultada é reconhecido que o alvo da actividade profissional é a pessoa no seu conjunto. ADAM refere *"que nas profissões de auxílio, o alvo é a pessoa ou grupo de pessoas a quem se dirige a actividade profissional, devendo estar explícito a forma como o beneficiário é percebido"*(94).

- Tentámos então perceber este aspecto na análise que fizemos dos dados. Três estudantes referiram-se ao alvo como sendo a pessoa no seu conjunto, com referências muitas vezes à forma como vive, a idade que tem e as preocupações que transporta. Sete estudantes referiram o alvo como sendo a pessoa portadora de uma doença. Quisemos perceber como se situava essa pessoa portadora de uma doença face aos cuidados, isto é, se era um sujeito activo ou passivo como beneficiário dos cuidados.

- Percepcionam a pessoa como um sujeito passivo sete dos estudantes, uma vez que na leitura e interpretação dos discursos produzidos estava expresso ou implícito que as tomadas de decisão face à necessidade dos cuidados, estavam exclusivamente centradas no enfermeiro. Nenhum dos estudantes se referiu ao doente como sujeito activo, sujeito a quem é reconhecida a capacidade de tomar decisões relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe são prestados.

- Referiram a doença como objecto dos cuidados dois estudantes.

- Associando as duas perspectivas de definição do alvo como sendo a doença, às perspectivas de referência ao alvo como a pessoa doente, sujeito passivo, (características do modelo bio-médico), parece-nos termos conseguido identificar um elemento muito forte, porque muito significativo nos discursos, da representação social.

- No que se refere à função do profissional que designa o papel social desempenhado, que em regra é reconhecido e aceite pela sociedade, sem o qual o serviço em si não existiria, foram identificadas três vertentes caracterizadoras: auxiliar do médico, técnico e autónomo.

- O papel de enfermeiro auxiliar do médico surgiu com características bastante significativas e com exemplos ilustrativos muito precisos, de tal forma que muito frequentemente surgia nos discursos, a ideia de que o papel

do médico e do enfermeiro se completam. Está muitas vezes presente a ideia de que actividades do enfermeiro são quase sempre decorrentes das prescrições do médico, sendo a actividade mais reconhecida nesta perspectiva a *"administração da terapêutica"*.

- Dois dos nossos entrevistados referiram-se às funções técnicas que se relacionam com aspectos onde predomina a destreza manual, contudo com forte ligação às prescrições médicas, como se pode verificar nos excertos transcritos. Este aspecto das funções técnicas ligadas às prescrições médicas, vem em nosso entender fortalecer o elemento da representação atrás citado, que é o facto do enfermeiro ter um papel de auxiliar de médico. A caracterização do modelo bio-médico elaborada no quadro teórico de suporte também aponta para uma forte componente instrumental da prática de cuidados segundo uma corrente centrada no tratar e no curar.

- Quatro estudantes referem-se ainda ao papel autónomo do enfermeiro onde apontam exemplos de actividades que podem ser executadas de forma independente perante o problema do cliente. As funções autónomas foram as que menos expressão tiveram nos discursos existentes pelo que constituem, em nosso entender, um elemento muito fraco da representação. Consideramos que é necessário um investimento muito grande na formação a nível do curso superior de enfermagem, para que esta componente da actividade profissional se encaminhe progressivamente para o núcleo central da representação de enfermeiro. Se pretendemos futuramente provocar alterações na representação encontrada, teremos que juntar esforços na formação e nos locais onde se realizam as práticas profissionais, para além do necessário esforço conjunto de todos os outros intervenientes nos cuidados de enfermagem (associações profissionais, sindicatos, órgãos do poder, etc), para que possa começar a surgir uma concepção de enfermagem que esteja mais consentânea com os modelos de enfermagem.

Na tentativa de se encontrarem outros elementos caracterizadores da representação, possíveis de encontrar em estudantes que estão num processo de construção muito activo da socialização profissional, como são os que fizeram parte da nossa amostra, procurámos perceber que capacidades/características tem o(a) enfermeiro(a) para o exercício da profissão. Foram encontrados dois tipos de características: conhecimentos e atributos (qualificações/defeitos, de âmbito relacional).

Relativamente aos conhecimentos necessários para o exercício profissional foram valorizados sobretudo os conhecimentos técnicos, isto é, aqueles que se relacionam com as técnicas ou normas de enfermagem, que exigem destreza manual e que em regra surgem como resultado de uma prescrição médica. Estamos perante um novo elemento que vem potencializar o papel do enfermeiro como auxiliar do médico, que é neste estudo o elemento do núcleo central da representação de enfermeira.

- São também referidos por três dos estudantes conhecimentos da área psicossocial, conhecimentos considerados necessários para as relações interpessoais que necessariamente se estabelecem entre quem presta e quem recebe cuidados, sejam eles mais ligados ao modelo bio-médico ou mais ligados a modelos de enfermagem. Este novo elemento poderá igualmente ser devidamente trabalhado a nível dos cursos de enfermagem para que efectivamente a representação possa gradualmente ter um núcleo central com elementos mais ligados a modelos de enfermagem.

- Os atributos mais valorizados ou seja as qualidades mais apreciadas no(a) enfermeiro(a) são: a afectividade, a sensibilidade para os problemas das pessoas e sobretudo a disponibilidade para estar com a pessoa. Os atributos de sentido negativo que foram encontrados como caracterizando o(a) enfermeiro(a) foram: a insensibilidade face aos problemas do beneficiário de cuidados e também uma referência clara à situação de dependência da enfermeira perante o médico.

Em conclusão

Os elementos do núcleo central da representação são as funções de auxiliar do médico e as funções técnicas que caracterizam o papel da enfermeira como auxiliar do médico.

Os elementos periféricos são:

- O alvo, *sujeito passivo* do qual não se espera qualquer tomada de posição no processo de cuidados de enfermagem;

- O objectivo da actividade profissional, *satisfazer as necessidades do doente*;

- Os conhecimentos *técnicos*, como conhecimentos necessários para a prática profissional. Estes referem-se a normas e técnicas que os enfermeiros utilizam na prática dos cuidados mas que são decorrentes de prescrições médicas;

- O objectivo da actividade profissional é tratar ou curar a doença, objectivo caracterizador de uma prática profissional de acordo com uma orientação bio-médica.

São ainda valorizadas como características da enfermeira necessárias para o desempenho profissional a afectividade, a sensibilidade para os problemas das pessoas e a disponibilidade perante a pessoa que é beneficiária dos seus cuidados.

Estamos perante uma representação em que os seus elementos principais são elementos do modelo bio-médico e em que a imagem trazida para a escola de enfermagem é potencializada com elementos de natureza técnica (sobretudo com referências à *"injecção"*), mas também muito influenciada com elementos relacionais como sejam: *"ajudar as pessoas; cuidar das pessoas; substituir a mãe das crianças doentes"*.

Verificámos que a representação dos estudantes, neste período de formação na escola de enfermagem, sofre fortes influências das experiências proporcionadas pelos ensinamentos clínicos que decorrem no hospital. O ambiente hospitalar é um ambiente gerador de fortes contributos que caracterizam actualmente a representação social de enfermeira nos estudantes que entrevistámos, dado que com frequência existem nos discursos referências a experiências de internamento, descrição de factos observados no hospital, descrição de situações de aprendizagem em prática clínica e muitos outros aspectos que podem ser encontrados nos discursos produzidos.

Podemos considerar a representação de enfermeira como *auxiliar do médico, exercendo funções decorrentes da prescrição médica, cujo alvo da sua actividade profissional é a pessoa doente mas sem poder de decisão sobre os cuidados de enfermagem que lhe são prestados, cuja prática profissional tem como objectivo tratar ou curar as doenças e satisfazer as necessidades do doente*.

Os elementos da representação são elementos típicos do modelo bio-médico, surgindo no entanto um elemento na representação (*"satisfazer as necessidades do doente"*) que através da análise dos discursos, podemos referir como estando integrado nos elementos caracterizadores dos modelos de enfermagem. Será um elemento a potencializar na formação se pretendermos contribuir para uma mudança da representação de enfermeira.

8 - SUGESTÕES

De acordo com as reflexões que realizámos ao longo do nosso estudo gostaríamos de salientar algumas sugestões inerentes às implicações deste trabalho no âmbito do ensino e da prática de enfermagem.

Verificámos que em termos históricos, as enfermeiras desligaram-se de aspectos essenciais do seu papel de cuidar e assumiram tarefas de rotina que a profissão médica abandonou, pelo que para se assumir a responsabilidade dos cuidados de enfermagem em qualquer área onde se exerça a profissão, torna-se necessário fazer retroceder esta tendência, uma vez que está a influenciar actualmente o processo de cuidados de enfermagem e as opiniões que os estudantes de enfermagem têm sobre a profissão.

Torna-se necessário que na prática profissional (lugar que fornece os maiores contributos para a formação da representação social de enfermeira e onde se faz a socialização profissional por excelência) se adopte uma concepção de enfermagem, um quadro de referência cuja função seja orientar a tomada de decisões relativamente às intervenções de enfermagem e que seja dependente dessa mesma concepção de enfermagem.

Parece-nos que a escola deveria privilegiar como campos de ensino clínico

- MUNHALL, Patricia L.; OILER, Carolyn - *Nursing research: a qualitative perspective*, Sidney; Prentice.Hall, 1986, 288 p.
- PALMA, M. J. R. - *Motivação dos alunos para o curso de enfermagem*, "Servir", Lisboa, 6 (30), Novembro/Dezembro 1982, p. 266-320.
- PALMONARI, Augusto; DOISE, Willem - *Caractéristiques des représentations sociales*, in DOISE, W; PALMONARI, A. - *L'étude des représentations sociales*, Paris, Delachaux et Niestlé, 1986, p. 12-33.
- PARROT, Anny - *L'image de l'infirmière dans la société*, Paris, Le Centurion, 1973, 120 p.
- PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara - *Modelos para o exercício de enfermagem*, Lisboa, ACEPS, 1992, 178 p.
- PINEAU, Gaston - *La formation expérientielle en auto-éco et co-formation*, "Education Permanente", Paris, (100/101), 1989, p. 23-30.
- PLOU, M. - *Jeux et conflits*, in Moscovici, Serge (ed. lit.) - *Introduction à la psychologie sociale*, vol. 1, Paris, Larousse, 1972.
- QUIVY, Raymond; CHAMPENHOUDT, LucVan - *Manual de investigação em ciências sociais*, Lisboa, Gradiva, 1992, 275 p.
- RAMOS, Lucília Carreira - *A escola na inserção social dos jovens: Portugal anos 90*, dissertação apresentada à Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências da Educação, s. ed., 1992, 125 f.
- REZENDE, M.A.; RIBEIRO, M.R.R.; AGUIAR, M.G.G. - *Reflexões sobre métodos qualitativos de pesquisa em enfermagem*, "Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo", São Paulo, 3 (26), Dezembro 1992, p. 351-354.
- RIBEIRO, Lisete Fradique - *Cuidar e tratar. Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*, Lisboa, Educa, 1995, 109 p.
- RIEHL-SISCA, J. - *Modelos conceptuales de enfermería*, Barcelona, Doyma, 1992, 407 p.
- ROPER, N.; 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.
- SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S.W. - *Métodos de pesquisa nas relações sociais*, 2º vol., 2ª ed. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1987, 133p.
- SILVA, José Maria R. - *A (pós)modernidade e o estado de direito democrático*, Lisboa, Europress, 1994, 147 p.
- SOCZA, Luis - *Representações sociais, relações interpessoais e identidades profissionais dos psicólogos*, "Psicologia", Lisboa, 6(2), 1988, p. 253-275.
- STUSSI, Elisabeth - *Enfermagem na Europa: seu desenvolvimento e perspectivas de futuro*, "Enfermagem", Lisboa, (1) Janeiro/Março 1985, p. 7-13.
- TAJFEL, H. - *Grupos humanos e categorias sociais*. Lisboa, Livros Horizonte, 1982.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. - *Introdução à pesquisa em ciências sociais*, S. Paulo, Atlas, 1987, 175 p.
- VALA, Jorge - *Análise de conteúdo*, in SILVA, Augusto, S.; PINTO, J. M. - *Metodologia das ciências sociais*, 6ª ed. Porto, Ed. Afrontamento, 1986, p. 101-128.
- VALA, Jorge - *Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social*, in VALA, Jorge; MONTEIRO, M. Benedita - *Psicologia social*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1993, p. 353-384.
- VALERIANO, M. J. - *Os enfermeiros e as representações de enfermagem. Algumas ideias e factos*, "Servir", Lisboa, 41 (4), Julho/Agosto 1993, p. 171-176.
- WATSON, Jean - *Nursing. Human science and human care. A theory of nursing*, New York, National League for Nursing, 1998, 111 p.
- WENNER, Micheline - *Comment e pourquoi devient'on infirmière*, Paris, Lamarre, 1988, 215 p.