

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
Faculdade de Ciências e Tecnologia
Secção Autónoma das Ciências Sociais Aplicadas
Ciências de Educação

96-07-16
G. Soares

INTEGRAÇÃO NA VIDA ACTIVA
DOS
PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Contributos para o estudo da problemática

Maria Helena Mendes Pedroso

Dissertação apresentada na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação, área de Educação e Desenvolvimento sob a orientação da Prof^a Doutora Teresa Ambrósio

Lisboa
1996



Colaborou na orientação deste estudo, no que se refere ao trabalho empírico, a Dra. Helena Maria Barroso Carvalho, assistente de Métodos Quantitativos e Análise de Dados no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

Este trabalho é dedicado aos enfermeiros recém-formados que conosco colaboraram tão espontaneamente e com tanta disponibilidade e cujas contribuições nos permitiram tecer algumas conclusões e sugestões que esperamos venham a ser úteis numa política a levar a cabo para a integração de novos profissionais, na vida activa.

RESUMO

Ao sermos confrontadas frequentemente, por um lado com o descontentamento de enfermeiros recém-formados, face a conflitos entre a formação inicial e os valores do mundo do trabalho e, por outro lado face à verbalização dos enfermeiros dos serviços onde esses enfermeiros recém-formados são colocados, sobre o que consideram preparação básica cada vez mais deficiente, realizámos um estudo de modo a identificar os factores referidos pelos enfermeiros recém-formados como dificultadores da sua integração à vida profissional. É um estudo de carácter descritivo e exploratório que visa obter contributos para reforçar a colaboração entre a escola e instituições de saúde empregadoras, de forma a poder otimizar-se a adaptação dos enfermeiros recém-formados nos contextos de trabalho.

O estudo dirigiu-se a um grupo de enfermeiros que concluíram o CSE há quatro e três anos, em três escolas superiores de enfermagem oficiais de Lisboa, dependentes da dupla tutela dos Ministérios da Saúde e da Educação, num total de 128 sujeitos. Foi utilizado como instrumento de recolha de dados, um questionário. As duas dimensões estudadas estão relacionadas com:

- percurso escolar, com quatro categorias:

- expectativas do curso e expectativas em relação à profissão;
- aquisição de capacidades da área cognitiva;
- aquisição de capacidades da área afectiva;
- aquisição de capacidades da área psicomotora.

- percurso profissional, com duas categorias:

- factores interferentes do "próprio";
- factores interferentes da organização:
 - integração em contextos de trabalho
 - organização do trabalho

No enquadramento teórico abordamos, para além de trabalhos realizados sobre o "Choque da realidade", tanto no país como no estrangeiro, aspectos relacionados com:

- importância da formação inicial na aquisição de saberes dos domínios cognitivo, afectivo e psicomotor;
- factores que interferem no desempenho profissional, relacionados com o "próprio" e com o contexto das organizações;
- importância da experiência reflectida no desenvolvimento dos adquiridos extra-escolares e no desenvolvimento das competências técnicas e não técnicas.

O procedimento estatístico foi informático tendo-se utilizado o programa SPSS tanto no tratamento descritivo como indutivo. Utilizou-se o tratamento descritivo para a caracterização da população em estudo. Para o tratamento indutivo utilizaram-se os testes de independência de Mann-Whitney e do Qui-Quadrado e o teste à Diferença de Médias. Utilizou-se ainda o coeficiente de correlação de Spearman, para medir a associação entre variáveis.

Conclui-se que:

- a maioria dos enfermeiros do estudo considera que a formação inicial contribuiu de um modo geral para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de capacidades e experiências nos domínios cognitivo, afectivo e psicomotor, que facilitaram o início da actividade profissional;
- a maioria dos enfermeiros do estudo considera que os factores relacionados com a organização do trabalho são os que levantam maiores dificuldades na integração à vida profissional.

Foram tecidas algumas considerações face ao que foi expresso, e deram-se algumas sugestões para o prosseguimento deste estudo.

ABSTRACT

Faced with the fact that there is a feeling of dissatisfaction from both new-graduated nurses and staff nurses, concerning the conflict between their initial nursing education and the work world values and performance requirements, a study was conducted in order to identify some issues which the new-graduate suggest as factors able to condition their integration into nursing practice.

This is an explorative study, which purpose was to obtain some contributes to the development of collaboration between nurse-schools and health institutions, in order to improve the new-graduate adaptation for the entry into the work world.

The study focus the options of 128 new-graduated nurses who finished their inicial education (baccalaureate degree) four and three years ago, coming from three different official nurse schools in Lisbon.

A questionnaire was applied to obtain data connected with the two dimentions established concerning this theme:

- educational course:
 - expectations on nurse preparation and nurse profession;
- development on:
 - cognitional area;
 - emotional area;
 - psycho-motor area;
- professional course:
 - new-graduate's "own" factors;
 - organization's factors:
 - work's context
 - work's organization.

In the conceptual structure we made an approach to the "reality check" studies (portuguese and foreign ones) and to other aspects such as:

- initial education importance on the acquisition of cognitional, emotional and psycho-motor skills;
- performance interfering factors as much connected with the new-graduate "himself" as mach with the organization's context;
- importance of a reflexive practice by improving non-schooling acquisitions and by developing technical and non-technical competeces.

The SPSS/PC statistical program was employed to the data analysis. Mann-Whitney test, Chi-Square test and test for Equality of Means were computed as well as the Spearman correlational coefficients.

From the results we can point out the following conclusions:

- most of these nurses agree that initial education generally contributed to the acquisition of cognitional, emotional and psyco-motor skills which helped their inicial professional life;
- most of these nurses agree that issues connected with work organization can be considered as the main obstacles for their integration in the work world.

We make some considerations about the obtained data and refer some suggestions which indicate the next procedures of research of this study.

RESUMÉ

Souvent on est confronté avec des plaintes formulées soit par des nouveaux diplômés en soins infirmiers soit par des infirmières des institutions de santé. Ces plaintes se rapportent surtout au clivage existant entre ce que les nouveaux diplômés ont appris à l'école et les différences entre les exigences de la réalité et des valeurs du monde du travail. Certaines infirmières émettent même des opinions à propos du manque croissant de préparation des nouveaux diplômés et tout ça produit une insatisfaction chaque fois plus grande.

Au tour de cette problématique nous avons réalisé une étude à fin d'identifier les facteurs que les nouveaux diplômés en soins infirmiers indiquent comme les plus responsables pour les difficultés à leur intégration à la vie professionnelle.

Il s'agit d'une étude exploratoire donc le but vise obtenir des contributeurs pour développer la collaboration entre l'école et les institutions de santé employeurs, à fin de améliorer l'adaptation des nouveaux diplômés aux contextes du travail.

Nous avons utilisé la méthode de l'enquête par questionnaire qui a été réalisée auprès de 128 nouveaux-diplômés qui avaient fini leur formation de base (baccalauréat) il y a quatre et trois ans dans les trois écoles supérieures officielles de nursing existantes à Lisbonne.

Cette étude met au point leurs opinions sur les deux dimensions en concernant les aspects suivants:

- Le parcours à l'école
 - des attentes sur la formation et sur la profession de nursing;
 - des acquisitions des compétences du domaine cognitif;
 - des acquisitions des compétences du domaine affectif;
 - des acquisitions des compétences du domaine psycho-moteur;
- Le parcours professionnel:
 - des facteurs interférents liés au sujet "lui-même";

- des facteurs interférents liés à l'organisation du travail:
 - l'intégration dans le contexte du travail;
 - l'organisation du travail.

Notre recherche bibliographique a commencé par un abordage de plusieurs études sur le choc de la réalité (développées au Portugal et ailleurs) et alors nous avons poursuivi avec l'analyse d'autres aspects:

- l'importance de la formation de base reçue par l'école pour l'acquisition des savoirs dans les domaines cognitif, affectif et psycho-moteur;
- des facteurs interférents dans la performance professionnelle, en concernant le sujet et l'organisation;
- l'importance d'une pratique de formation réflexive pour le développement des acquis non scolaires et des compétences techniques et non techniques.

L'interprétation des résultats a été faite selon une analyse descriptive et statistique, par l'utilisation du programme SPSS. Pour dégager le degré de signification statistique de certaines variables de notre étude, nous avons utilisé les tests de Mann-Whitney, du Chi-Carré et de la Différence des Moyennes bien aussi que les coefficients de corrélations de Spearman.

Notre étude nous a permis de mettre en évidence que:

- la plupart des infirmiers sujets de notre étude est d'avis que:
 - la formation de base a contribué, d'une façon générale, pour l'acquisition des connaissances et pour le développement des compétences et des expériences dans les domaines cognitif, affectif et psycho-moteur, ce qui a facilité le début de l'activité professionnelle;
 - ce sont les facteurs liés à l'organisation du travail qui semblent avoir une importance majeure dans l'intégration à la vie professionnelle.

Au cours de l'étude nous faisons des analyses et des considérations en concernant cette problématique et nous suggérons des stratégies pour la continuation de cette étude.

SIGLAS

- AFP - acções de formação permanente
- CEE - comunidade económica europeia
- CESE - curso de estudos superiores especializados em enfermagem
- CIRG - cirurgia
- CSE - curso superior de enfermagem
- CTC - contrato a termo certo
- DEE - departamento de ensino de enfermagem
- ESP - ensino superior politécnico
- MED - medicina
- OMS - organização mundial de saúde
- SAP - serviço de atendimento permanente
- SEP - sindicato dos enfermeiros portugueses
- UCI - unidade de cuidados intensivos

ÍNDICE

INTRODUÇÃO GERAL	18
-------------------------	----

I PARTE

INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO I	27
--------------------------	----

CAPÍTULO I - A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	27
---	----

1 - UMA CURTA VIAGEM AO PASSADO	27
---------------------------------	----

2 - O PAPEL DAS MULHERES NA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	30
---	----

2.1 - Da antiguidade clássica aos tempos do Cristianismo	31
--	----

2.2 - Do Cristianismo à era de Florence Nightingale	32
---	----

2.3 - De Florence Nightingale aos nossos dias	38
---	----

CONCLUSÃO	41
-----------	----

INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO II	44
---------------------------	----

CAPÍTULO II - BREVES REFLEXÕES SOBRE A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM EM PORTUGAL	44
--	----

INTRODUÇÃO

1 - UM OLHAR SOBRE O ENSINO DA ENFERMAGEM NOS ANOS 50 (1881 A 1900)	46
--	----

2 - O PERCURSO DA FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM NOS ÚLTIMOS 30 ANOS (1957 - 1990)	49
---	----

	F
2.1 - Etapas mais significativas	49
Período entre 1957 a 1965	53
Período entre 1965 a 1976	54
Período entre 1976 a 1990	54
3 - A REFLEXÃO DA EXPERIÊNCIA	68
CONCLUSÃO	72
INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO III	74
CAPÍTULO III - A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM NA MUDANÇA DOS CONTEXTOS SOCIAIS	75
1 - AS INCERTEZAS DO PRESENTE FACE À INTEGRAÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO	78
2 - ENFERMAGEM: QUE FUTURO? QUE MUDANÇAS? QUE DESAFIOS?	85
3 - DA FORMAÇÃO AO DESEMPENHO DA/O ENFERMEIRA/O	93
4 - QUE FORMAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA O SÉCULO XXI EM PORTUGAL?	100
5 - QUE INTEGRAÇÃO PARA OS NOVOS RECÉM-FORMADOS	108
5.1 - Função da Escola	112
5.2 - Factores que poderão influenciar a integração dos recém- formados relacionados com os serviços onde são integrados	116
CONCLUSÃO	138

II PARTE

INTRODUÇÃO	140
CAPÍTULO I - METODOLOGIA GERAL DE INVESTIGAÇÃO	140
1 - PRESSUPOSTOS BÁSICOS	140
1.1 - Tipo de estudo	143
1.2 - População e escolha da amostra	143
1.3 - O processo de construção dos dados	144
1.3.1 - A fase exploratória	144
1.3.2 - Instrumento de colheita de dados	145
1.3.3 - A preparação para a aplicação	152
1.3.4 - A aplicação	152
1.3.5 - Limitações do estudo	154
2 - O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS	154
CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	156
1 - CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA	157
2 - O PERCURSO ESCOLAR	159
3 - O PERCURSO PROFISSIONAL	180
4 - SÍNTESE DOS DADOS	226
CONCLUSÕES GERAIS	232
1 - LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO E PROJECTOS FUTUROS	247
2 - LINHAS DE ESTUDO E DE INTERVENÇÃO RESULTANTES DO TRABALHO	247

	F
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	257
ÍNDICE DE AUTORES	268
ÍNDICE TEMÁTICO	271

ÍNDICE DE QUADROS

1 - Quadro I.1	Grelha de interpretação das questões da Primeira Dimensão - Percurso Escolar -	148
2 - Quadro I.2	Grelha de interpretação das questões da Segunda Dimensão - Percurso Profissional -	149
3 - Quadro I.3	Quadro resumo das grelhas de interpretação das questões da Primeira Dimensão - Percurso Escolar e Segunda Dimensão - Percurso Profissional	150
4 - Quadro II.1	Distribuição da amostra pelo ano de conclusão do curso	158
5 - Quadro II.2	Distribuição da amostra segundo a filiação em associações profissionais ou sindicais	159
6 - Quadro II.3	Apreciação global do nível de posicionamento na Escala de Likert em relação ao percurso escolar	160
7 - Quadro II.4	Apreciação global do nível de posicionamento na Escala de Likert em relação a expectativas	163
8 - Quadro II.5	Comparação do nível de posicionamento da Escala de Likert em relação à 2 ^a , 3 ^a e 4 ^a categorias que integram a 1 ^a Dimensão - Percurso Escolar -	164

	F
9 - Quadro II.6 - Percurso Escolar - quanto às razões da escolha do CSE	168
10 - Quadro II.7 - Percurso Escolar - quanto à aquisição de capacidades da área cognitiva	171
11 - Quadro II.8 - Percurso Escolar - quanto à aquisição de capacidades da área afectiva	174
12 - Quadro II.9 - Percurso Escolar - quanto à aquisição de capacidades da área psicomotora	178
13 - Quadro II.10 Apreciação do nível de posicionamento na Escala de Likert em relação aos factores que influenciam a satisfação dos enfermeiros a recibo verde	183
14 - Quadro II.11 - Percurso Profissional - factores interferentes relacionados com o próprio (I)	187
15 - Quadro II.12 - Percurso Profissional - factores interferentes relacionados com o próprio (II)	189
16 - Quadro II.13 Distribuição da opinião dos enfermeiros recém-formados acerca do elevado prestígio da Enfermagem, face à integração no ESP	192
17 - Quadro II.14 Relação entre a razão que levou à inscrição no CSE e a oportunidade de mudar de profissão	194

- 18 - Quadro II.15 Comparação entre os posicionamentos na Escala de Likert, dos indicadores que integram a categoria - Factores interferentes da organização - 196
- 19 - Quadro II.16 Distribuição dos orientadores segundo a experiência (tempo) e o nº de recém-formados que orientaram 199
- 20 - Quadro II.17 Valores do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, sobre "Relação entre a orientação da integração e as dificuldades sentidas ao iniciar a actividade profissional (tempo e programa de integração)" 203
- 21 - Quadro II.18 Comparação dos posicionamentos na Escala de Likert, dos enfermeiros recém-formados "com" e "sem" integração em relação às dificuldades "tempo" e "programa" de integração 204
- 22 - Quadro II.19 Distribuição dos aspectos abordados no programa de integração 206
- 23 - Quadro II.20 Distribuição dos grupos implicados no processo de avaliação dos enfermeiros recém-formados 208
- 24 - Quadro II.21 - Percurso Profissional - factores interferentes com a - Organização do Trabalho - (I) 218
- 25 - Quadro II.22 - Percurso Profissional - factores relacionados com a - Organização do Trabalho - (II) 219

26 - Quadro II.23 - Percurso Profissional - factores relacionados com a -
Organização do Trabalho - (III)

220

INTRODUÇÃO GERAL

Temos vindo a assistir, nestes últimos anos, a uma preocupação crescente pela humanização e qualidade dos serviços de saúde.

O desenvolvimento do país, traduzido no crescimento económico, no aumento do nível de escolaridade e no aparecimento de novas tecnologias, conduziu a uma melhoria do nível de vida das populações. Como consequência, surge uma maior exigência por parte dos utilizadores dos serviços de saúde, os quais esperam um atendimento responsável e personalizado que responda às suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. Isto implica que seja efectuado um esforço de modernização dos serviços o que pressupõe uma mudança de atitudes dos profissionais no seu relacionamento com os utentes.

Neste contexto, e nomeadamente em relação à formação inicial dos enfermeiros, tem vindo o ensino de enfermagem a procurar formar profissionais que com um maior grau de autonomia sejam capazes de, integrados numa equipa multidisciplinar, planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem ao indivíduo são ou doente, à família e à comunidade; enfermeiros que estejam empenhados conjuntamente com outros profissionais, em melhorar a qualidade e a eficácia da assistência que prestam.

Contudo, e quase contrariando estas intenções, somos confrontados muitas vezes na nossa prática profissional com a crítica dos enfermeiros prestadores de cuidados, no sentido de que os enfermeiros que as escolas formam, não estão preparados para actuarem na realidade dos serviços. Sempre nos temos interessado por este assunto, na tentativa de compreender o que está na base do que é verbalizado quer pelos enfermeiros recém-formados, quer pelos enfermeiros prestadores de cuidados, muitos deles a colaborar connosco na formação dos estudantes nos períodos de ensino clínico.

De facto, a integração e adaptação dos enfermeiros recém-formados nos serviços parece ser uma preocupação de muitos países visto que se encontram inúmeros artigos

e estudos sobre o assunto, incidindo principalmente na dicotomia entre "teoria" e "prática", o que causa problemas.

Sabemos, com efeito, pela nossa experiência e pelo que é discutido sobre o assunto, que há um conflito latente a até expresso entre o que se ensina e o que se pratica: são conhecidas queixas quer dos recém-formados que se chocam com a realidade e se sentem incapazes de a alterar, quer dos serviços que se referem à falta de preparação dos recém-formados.

Da literatura existente, é patente esta problemática, como salienta (Wilson, 1991, p. 1479), que citando Kramer, refere que os recém-formados descobrem rapidamente que a formação que adquiriram não está em consonância com o que lhes pedem nos locais de trabalho, encarando estas diferenças como um conflito entre certo e errado. Também Primm (1986) citada por (Paz, 1995, p. 12), referindo-se à discrepância existente entre o que os enfermeiros prestadores de cuidados e os docentes esperam dos novos enfermeiros refere que:

os enfermeiros da prática dizem que as novas graduadas não estão preparadas para a função no *mundo real* da prática. As docentes respondem que as graduadas estão preparadas para praticar no presente e no futuro, mas que os serviços não usam as graduadas para o papel para que estão preparadas

Também em Portugal, já existem alguns trabalhos sobre este assunto dos quais um deles realizado em 1984, considerado por nós muito pertinente, porque se insere no âmbito do estudo que nos propusemos levar a efeito.

O estudo aborda:

«O Choque da Realidade vivida pelos recém-graduados durante o seu primeiro ano de trabalho».

Neste estudo, "*Choque da Realidade*" é entendido como o conflito provocado pela discordância que existe entre o que é desejável e valorizado na Escola e o local de trabalho (Figueira, 1984, p. 24). Dos 80 enfermeiros de 6 escolas de Lisboa, que fizeram parte do estudo, a autora conclui que os factores que parecem contribuir significativamente para a insatisfação profissional serão:

1. O sistema de organização mais frequentemente encontrado - o método funcional - que consiste em atribuir diferentes funções por enfermeiro, que impede a prestação global aos assistidos e gera sentimentos de incompetência.
2. A resistência a qualquer tipo de mudança
3. Os conflitos
 - médico / enfermeiro
 - enfermeiro chefe / enfermeiro

Quanto aos factores que parecem contribuir para tornar a passagem da Escola ao exercício menos problemática, são referidos dois:

- uma "boa" integração
- um ambiente de trabalho aberto ao contributo individual.

A autora faz referência ao número de Enfermeiros que no fim do primeiro ano de trabalho expressam sentimentos de insatisfação sobre o modo como decorreu esse período:

- « - não ter encontrado na prática meios para realizar as expectativas que tinham à saída da escola (47);
- não ter oportunidade de realizar qualquer tipo de mudança no local de trabalho (38);
- continuar no mesmo serviço por motivo de:
 - progressão na carreira (21);
 - receio de encontrar serviço pior (13);
- sentir-se insatisfeitos como enfermeiros (38);
- que escolheram enfermagem como segunda opção de vida (20);
- que a excluiriam dos seus projectos (13).» (Figueira, 1984, p. 68)

Quanto às sugestões dadas pelos enfermeiros entrevistados elas são a dois níveis:

« A nível das Escolas

- 1) Atribuir especial importância a três grandes temas

- a mudança
- os conflitos
- a assertividade

- 2) Fomentar o contacto entre a Escola e os seus graduados
- 3) Fomentar o contacto com Enfermeiros "modelo" na fase final do curso

A nível dos Hospitais

- 1) Dar atenção especial à integração dos recém-formados
 - acolhimento inicial
 - acompanhamento individualizado
 - selecção cuidada dos serviços
- 2) Preparar e acompanhar os responsáveis pela integração
- 3) Fomentar encontros dos recém-formados»

É curioso que este estudo realizado em 1984, poderia ter sido realizado hoje e agora, dado o que observamos e ouvimos comentar aos enfermeiros mais recentes na profissão, apesar das consideráveis modificações que se verificaram na Enfermagem durante estes 12 anos, tais como:

- O grande número de Enfermeiros que tem vindo fazer os seus cursos de Especialização em Enfermagem
- A colaboração dada aos Enfermeiros Docentes durante o ensino clínico por estes enfermeiros, que aliás a lei prevê
- A integração do Ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico
- As mudanças operadas na carreira de Enfermagem.

Apesar destes aspectos que nos parecem ter sido positivos, a sua contribuição para modificar a realidade de há 12 anos, não se tem feito notar. Há contudo um factor que nos parece poder ter sido desencadeador de um mal estar crescente e que tem contribuído, assim o cremos, para aumentar toda esta problemática.

Até 1984, os enfermeiros ao ingressarem no mercado de emprego eram admitidos em regime eventual até estarem no quadro, beneficiando das regalias dos Funcionários Públicos (Decreto-Lei nº 135/80 de 20 de Maio).

Precisamente em 1984, com o Decreto-Lei nº 41/84 de 3 de Fevereiro, passa a vigorar um novo regime de contratação que veio trazer grande instabilidade por não criar vínculo ao quadro, o que causou insegurança e descontentamento aos novos profissionais. No artigo 17º (contrato de prestação de serviço), no seu ponto nº 2, consta o seguinte:

«O contrato de tarefa caracteriza-se por ter como objecto a execução de trabalhos específicos sem subordinação hierárquica, apenas podendo os serviços recorrer a tal tipo de contrato quando no próprio serviço não existam funcionários ou agentes com as qualificações adequadas ao exercício das funções objecto da tarefa.»

Lê-se a seguir:

No nº 3:

«O contrato de avença caracteriza-se por ter como objecto prestações sucessivas no exercício de profissão liberal, apenas podendo os serviços recorrer a tal tipo de contrato quando no próprio serviço não existam funcionários ou agentes com as qualificações adequadas ao exercício das funções objecto de avença.»

No nº 5:

«O contrato de avença pode ser feito cessar a todo o tempo, por qualquer das partes, com aviso prévio de 60 dias e sem obrigação de indemnizar.»

No nº 6:

«Os contratos de tarefa e avença não conferem ao particular outorgante a qualidade de agente.»

Toda esta situação provoca grande descontentamento nos profissionais de enfermagem que passam a ter uma instabilidade de emprego, notando-se até abandono por parte de alguns. Os recém-formados passam a viver num clima de incerteza, dado que o contrato poderá ser ou não renovado de 6 em 6 meses. Ainda que seja renovado, poderá acontecer que sejam colocados num serviço diferente o que obrigará a uma nova adaptação.

A insatisfação, a incerteza, o descontentamento, a angústia, diremos mesmo, que se observam em muitos recém-formados, podem contribuir para uma forma de estar com os utentes, menos desejável. Os movimentos dos sindicatos e associações profissionais fizeram-se sentir junto do Governo e em 1989, pelo Decreto-Lei nº 427/89 de 7 de Dezembro, no seu artigo 18º «Regularização das situações precárias», são criadas duas situações:

«Aos enfermeiros com mais de 3 anos, "Contrato Administrativo de Provisamento", que confere ao particular outorgante a qualidade de agente administrativo»

«Aos enfermeiros com menos de 3 anos e para os recém-formados, "Contrato de Trabalho a Termo Certo", que não confere a qualidade de agente administrativo.»

Continua a haver insegurança para os enfermeiros a trabalhar há menos de 3 anos e para os enfermeiros recém-formados.

Desta forma a instabilidade mantém-se para os actuais recém-formados que, desde 1993, saem das Escolas Superiores de Enfermagem com o grau académico de Bacharel, verificando-se ultimamente que os recém-formados se inscrevem já durante o último semestre do curso em várias Instituições com o objectivo de auscultarem quais as que lhes poderão dar acesso mais rápido ao quadro e, como tal, melhores condições que garantam o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A comprovar este facto também o Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, no nº 15 do artigo 66º determina que "por um período de 3 anos, poderão os enfermeiros ser admitidos, a título transitório por Contrato Administrativo de Provisamento".

O nº 14 do mesmo artigo refere que "o Contrato Administrativo de Provedimento considera-se celebrado por um ano, tácita e sucessivamente renovável por iguais períodos, se não for oportunamente denunciado". O nº 21 do citado artigo considera que "o tempo de serviço prestado na situação de contratado conta para todos os efeitos legais, desde que se verifique, sem interrupção de funções, a subsequente nomeação na categoria de enfermeiro".

Tem-nos sido verbalizado por muitos dos nossos recém-formados que se sentem muito prejudicados com esta forma de serem admitidos nos serviços: sentem falta de estímulo, porque não são abrangidos por nenhum tipo de incentivo nem bonificações que estão previstos na legislação, uma vez que estão sempre relacionados com os anos de serviço efectivo (seguros, bonificação para estudos ou trabalhos de investigação e outros). Até no que se refere à formação contínua (dispensa e/ou pagamentos) não estão abrangidos enquanto não estiverem contratados.

Se os contratos não forem renovados ao fim de um ano, todo este percurso pode ficar comprometido.

Se considerarmos ainda o acesso aos Cursos de Estudos Superiores Especializados (CESE), verifica-se também que um dos critérios de admissão é o vínculo à Instituição, pelo menos de dois anos, logo, estes enfermeiros correm o risco de atrasarem todo o seu percurso profissional.

Não nos parece de maneira nenhuma justa esta situação e estamos convictos de que todos nós enfermeiros temos muito a fazer:

- Os Sindicatos e as Associações Profissionais não param de lutar contra esta situação.
- O Sindicato dos Enfermeiros Portugueses tem vindo a manter sucessivas negociações com o Ministério da Saúde, no sentido de se acabar com estas situações irregulares.

A reflexão que temos vindo a fazer e que tem por base, por um lado toda a nossa experiência de 36 anos como profissional de enfermagem, dos quais 31 anos como docente de enfermagem, e por outro lado o que nos tem sido possível observar,

discutir, ler, analisar, motiva-nos fortemente a elaborar este trabalho de investigação conducente à nossa tese de mestrado, no sentido de nos apercebermos de alguns aspectos das:

"dificuldades sentidas pelos Profissionais de Enfermagem na Integração à vida Profissional".

Conscientes de que este problema poderá ter múltiplas e diversificadas causas e que poderá ser estudado sob vários prismas, definimos os seguintes objectivos:

- Reflectir sobre o contributo que a Escola poderá dar durante a formação inicial a fim de facilitar a adaptação dos enfermeiros recém-formados à vida profissional.
- Identificar os factores referidos pelos enfermeiros recém-formados como dificultadores da sua integração no contexto de trabalho.
- Identificar as implicações que a actual política de contratação poderá ter no percurso profissional dos Enfermeiros.

Como resultado do trajecto de investigação que levamos a efeito apresentamos de seguida o trabalho realizado. Na primeira parte tentamos construir um referencial teórico em torno de dois eixos: *a formação profissional dos enfermeiros* e *a sua relação com o contexto de trabalho*. Começamos por tecer algumas considerações de forma a relacionar estes dois aspectos a nível da evolução da profissão de enfermagem, nos tempos mais remotos, quer a nível do mundo quer a nível de Portugal. Tentamos também evidenciar nesta evolução algumas das visões dicotómicas que têm alimentado a construção das identidades profissionais dos enfermeiros: (cuidar/tratar, modelo psico-social/modelo médico, tecnicismo/humanismo).

Terminamos esta primeira parte com uma abordagem das *ciências de enfermagem* e dos *paradigmas* que esta encerra, bem como do *processo da formação inicial e integração à vida activa dos enfermeiros após os anos noventa*.

Na segunda parte do trabalho apresentamos os pressupostos e questões que dão origem ao nosso *trabalho empírico*.

Tentamos explicitar o dispositivo metodológico da pesquisa, começando por referir as questões orientadoras do estudo, justificar a opção pelo modo de investigação, estudo de tipo extensivo, suportado por um inquérito exploratório. Abordamos ainda as estratégias que utilizámos para o tratamento dos dados obtidos no terreno, iniciando a sua análise e interpretação. A *dinâmica de análise e interpretação dos dados* é desenvolvida em torno de duas dimensões - *o percurso escolar* - e - *o percurso profissional* -.

Terminamos o nosso estudo apresentando as conclusões e algumas linhas de intervenção que emergem do trabalho.

I PARTE

INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO I

Pretendemos com este CAPÍTULO I, dar a conhecer, ainda que de uma forma muito sucinta, o longo percurso da Enfermagem desde os tempos mais remotos, até aos nossos dias.

Embora não existam na literatura referências muito específicas à forma como era feita a integração dos novos elementos que se dedicavam ao cuidado dos doentes, tentaremos de algum modo referenciar pontualmente o que encontrarmos descrito susceptível de indiciar essa prática.

CAPÍTULO I - A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Tornou-se quase um lugar comum afirmar que o mundo evolui rapidamente exigindo dos seres humanos um esforço de adaptação constante. Aquilo que há alguns séculos nos bastava, hoje já não nos satisfaz e o que há apenas alguns anos nos satisfazia, hoje já não nos convém.

A enfermagem, cuja necessidade se impôs através dos séculos, sofreu a mesma evolução. Se outrora a enfermeira se contentava em ter uma identidade mais ou menos distinta da dos outros profissionais de saúde, hoje, ela dificilmente aceitará permanecer na ambiguidade. Perante a complexidade crescente dos serviços de saúde, a enfermeira actual tem o dever de definir de forma rigorosa o seu contributo pessoal, no seio de uma equipa multidisciplinar quer para sua realização pessoal quer por respeito para com a sociedade que pretende **cuidar/servir/tratar**.

Todos os profissionais de saúde têm um objectivo comum: conservar e melhorar a saúde e o bem estar da **sociedade/comunidade**. Todavia, esse objectivo, para que todos tendem, abrange finalidades próprias de cada profissão, que importa clarificar. Compete, pois, a cada um, justificar a sua presença na equipa, dando a conhecer, não só por palavras mas também por actos, a natureza do seu contributo pessoal para a melhoria da saúde.

1 - UMA CURTA VIAGEM AO PASSADO

Falar de **Enfermagem** é falar de uma das profissões mais antigas, que segundo a opinião de muitos, remonta já à idade das cavernas, altura em que a mulher já fazia curativos ao homem que se ferira na caça. Mais recentemente, os historiadores da profissão fixaram, de forma geral, o nascimento do "**nursing**" moderno, no momento

em que **Florence Nightingale** fundou a primeira escola em 1860 (Bullough e Bullough, 1971; Desjardins, 1970; Dolan, 1978). No entanto, os mesmos autores atribuem a mesma importância aos cuidados prodigalizados no Canadá, a partir do início da colonização francesa, sobretudo desde a chegada de Jeanne Mauce e da fundação da cidade de Montreal em 1642 (Desjardins, 1970).

Hoje, contudo, apesar da sua antiguidade, a nossa função social nem sempre é clara. Para uns, quer estejam ou não ligados à profissão, a enfermeira não passa de uma auxiliar do médico. Para outros, ela é uma profissional autónoma com determinadas funções. Entre estes dois extremos, o papel da enfermeira é visto e descrito de formas muito diversas; conhecida por quase todos e estabelecida há já muito tempo, leva a enfermagem a sentir a necessidade de autodefinir-se.

Porém, as enfermeiras e o seu trabalho têm sido objecto de vários estudos. Por exemplo para Mauksch, (1966), referido por (Adam, 1979, p. 15), e com quem nos identificamos, observa que as funções tradicionais da enfermeira se foram progressivamente diferenciando para dar lugar a muitas especialidades.

Sabemos que o papel da enfermeira continua a evoluir, embora ainda não se tenha conseguido estabelecer o que é função autónoma da enfermeira, diferente concerteza de outra função delegada por qualquer outro membro da equipa multidisciplinar. Esta não definição leva a que os enfermeiros se interroguem quer individual quer colectivamente sobre: «*Quem somos nós? Que fazemos? Quais os nossos objectivos?*» Para podermos apreciar um pouco mais detalhadamente como se tem processado a evolução da profissão de enfermagem, iremos abordar, ainda que de uma forma sistematizada mas sucinta, os seus marcos e momentos mais significativos; também nos referiremos às primeiras pessoas que se dedicaram a esta actividade, que papel desempenhavam e com que objectivos.

Todos os autores que se têm interessado pela evolução da profissão de enfermagem são unânimes em a enquadrarem nos vários períodos da história do mundo.

Encontramos, assim, referências à enfermagem desde:

- a Antiguidade Clássica aos tempos do Cristianismo
- o Cristianismo à época de Florence Nightingale
- Florence Nightingale aos nossos dias.

Em qualquer dos períodos iremos apenas referir os **factores socioculturais, económicos, e políticos** que influenciaram o longo percurso da história das **práticas de cuidados**, cujo exercício foi quase exclusivamente dependente da tutela da Igreja e dos médicos.

Quando falamos em enfermagem como profissão, parece-nos essencial levar em consideração os três polos em torno dos quais este ramo profissional tentou encontrar o seu lugar.

Para (Collière, 1989, p. 15) estes três polos são designados sob os vocábulos: **cuidados, profissão e enfermeira.**

Os **cuidados**, segundo a autora, qualificam a prestação que se oferece, cuidados esses muito recentemente denominados como **cuidados de enfermagem**, cujo fim primeiro é participar em tudo o que pode promover e desenvolver o que faz viver as pessoas e os grupos, também designado noutras épocas por cuidados a doentes e cuidados técnicos.

Para (Abdel-Al-hende, 1991, p. 9) os **Cuidados de Enfermagem** "têm como objectivos prestar atenção a pessoa ou grupo de pessoas a cuidar que se encontrem numa situação de perturbação real ou potencial de saúde.

Estamos completamente de acordo com a autora, ao considerar que a atenção a prestar é baseada nos conhecimentos e competências apropriados e compatíveis com as responsabilidades dos enfermeiros que exercem essas funções.

Como **profissão** e estamos de novo a citar (Collière, 1989, p. 18), entende-se hoje em dia como um corpo de pessoas que conseguiram um título, um estatuto, através duma formação com vista a exercer uma actividade, actividade essa, que se baseia numa mesma ideologia e características comuns.

Qualquer profissão parece iniciar-se em torno de uma crença, de uma ideologia, que visa regular a ordem social e determinar o que é considerado bom ou mau para a manutenção dessa ordem. Pertencer, pois, a uma profissão, é pertencer a uma classe social com um lugar determinado na hierarquia dos poderes reguladores da sociedade. A profissão de enfermagem, nesta perspectiva, tem-se vindo a afirmar como uma profissão que tem como ideologia e filosofia prestar cuidados de enfermagem, no sentido de proporcionarem o bem estar físico e psicosocial às pessoas, com vista a ajudá-las a manter o seu conforto, a salvaguardar a sua segurança e os seus direitos em matéria de saúde e de qualidade de vida.

"**Enfermeiro/a**" é todo o indivíduo que após uma formação, em escolas de enfermagem, obtém o seu diploma, que o habilita perante a comunidade a exercer a profissão de enfermagem.

É, pois, da mais remota história destes profissionais que iremos agora falar um pouco.

2 - O PAPEL DAS MULHERES NA PRÁTICA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Desde os tempos mais remotos da história da humanidade, que os homens tiveram a preocupação de se tratar a eles mesmos ou de serem tratados por membros da sua família para se manterem em boa saúde e garantir assim a continuidade da vida do seu grupo, preservando-a, nas melhores condições. A satisfação de necessidades vitais como o comer e o beber, a higiene do corpo e ambiente é, nessa altura, da responsabilidade da mulher que acumula em muitas situações, o poder de curar.

Os conhecimentos necessários ao desempenho deste papel decorrem da experiência no grupo e da transmissão oral às gerações mais novas. Esta ideia é confirmada por (Collière, 1989, p. 46) quando afirma "... durante séculos as mulheres foram médicas autodidactas e sem diplomas; sem acesso aos livros e aos cursos, fizeram elas mesmo o seu próprio ensino, transmitindo a sua **experiência** de vizinha a vizinha de mãe para filha.

O papel desempenhado por estas mulheres prestadoras de cuidados era imprescindível à sociedade em que estavam inseridas, assim o considera também (Stussi, 1985, p. 8) quando diz "... o seu papel na sociedade era imprescindível, uma vez que garantia a sobrevivência do grupo graças aos cuidados que dispensavam..."

O papel destas mulheres foi-se ampliando, sendo reconhecido pela experiência assumida no decurso da sua vida.

Este primeiro *sistema de cuidados*, assim designado por (Stussi, 1985, p. 8), parece perfeitamente actual, pelo menos no que diz respeito à família, que se mantém ainda muito na responsabilidade da mulher, apesar de algumas experiências modernas do pai no domicílio.

Também assistimos ainda hoje na nossa sociedade à existência e à procura de um grande número de pessoas "curandeiros, curiosos" e outros apesar do desenvolvimento da medicina moderna.

Podemos, numa primeira conclusão, considerar que a primeira enfermeira foi a mãe, que ao dar à luz, vivencia uma experiência no seu próprio corpo, que lhe é

reconhecida para ajudar outras mulheres a fazê-lo e iniciá-las a cuidar das crianças. Esta experiência de prestar cuidados a crianças vai-se generalizando a outros grupos, adultos, idosos e pessoas desfavorecidas socialmente.

Ela é a mulher que ajuda, na *prática dos cuidados*, designação que lhe é atribuída desde os primeiros tempos até a Idade Média.

2.1. - Da antiguidade clássica aos tempos do Cristianismo

Durante todo este período que decorre de aproximadamente 5000 AC a 500 DC, a mulher nas diferentes civilizações manteve um estatuto ora mais elevado, ora menos elevado o que influenciou de maneira muito significativa o estatuto das mulheres que se dedicavam à prestação dos cuidados.

A grande maioria dos autores que se dedicaram ao estudo da profissão de enfermagem é de opinião que é muito difícil distinguirem a prática de enfermagem da da medicina, já que para eles estas duas profissões eram como que gémeas. Daí que muitas das práticas dos cuidados que são atribuídas às mulheres de outrora, não são senão aquelas que os autores, ao terem conhecimento hoje do que são muito dessas práticas e cuidados atribuídas aos actuais enfermeiros, as atribuem também àquelas pessoas, que nos primórdios da vida do Homem as desempenhavam.

Sabe-se que os primeiros povos consideravam as doenças como males divinos, e todo o tratamento era baseado em práticas de encantamento e magia, dando apenas oportunidade a que as práticas de cuidados fossem da ordem de superstição e empirismo apenas com o único objectivo de obedecer aos livros sagrados.

Só 500 AC com a criação da primeira Escola de médicos, em Alexandria, é que se deu o início da medicina científica. Deve-se a Hipócrates, Sacerdote, médico grego, que rejeita toda a superstição, por considerar que as doenças têm várias causas e que se manifestam por sinais e sintomas. Alerta para a necessidade da observação e investigação como a única fonte do conhecimento científico, indispensável para se proceder a um diagnóstico correcto e conseqüente tratamento.

Começou então uma nova era, que permitiu às gerações futuras encararem a saúde e a doença como duas entidades que sofrem influência do meio ambiente e das condições físicas e psíquicas do Homem. É necessário que haja um equilíbrio entre esse ambiente e o Homem para que a saúde se mantenha.

Podemos, pois, considerar que neste período as práticas dos cuidados continuavam atribuídas às mulheres, mães de família, a quem o instinto maternal lhes transmitia impulso e motivação necessários para cuidar daqueles que sofriam ou estavam desamparados. É evidente que com o decorrer do tempo se tornou manifesto que o amor e a dedicação não eram suficientes, por si só, para fomentar a saúde ou vencer a doença mas que se tornava necessário adquirir conhecimentos e experiências de forma a proporcionar cuidados que permitissem manter o tal equilíbrio interno e externo necessários para manter a saúde como preconizado pela medicina Hipocrática.

Encontram-se na literatura grega inúmeras referências aos cuidados prestados pelas mulheres tais como:

- cuidados às crianças
- amas de cria
- cuidados obstétricos
- aplicação de cataplasmos
- dietas líquidas
- dietas ligeiras a cardíacos
- cuidados bucais

Estas descrições mostram claramente que na antiga Grécia os cuidados prestados pelas mulheres começam a ser citados com alguma especificação.

Uma nova forma de ajuda parece começar. Dela iremos falar a seguir.

2.2 - Do Cristianismo à era de Florence Nightingale

Este período decorre desde o nascimento de Jesus Cristo até 1860.

O marco que influenciou decisivamente o início deste período foi a conversão Romana ao Cristianismo, religião decretada oficialmente como a religião oficial do Estado Romano, pelo Imperador Constantino, o Grande, no ano 324 DC.

Com efeito, os romanos convertidos põem a sua fortuna ao serviço dos mais desfavorecidos.

Fabiola, segundo relata (Jamieson et al, 1966, p. 56) "*después de haber reconocido publicamente su error, renunció al mundo y se entregó con entusiasmo a la labor caritativa. El primer hospital cristiano en Roma fue fundado por Fabiola en su propio palacio*"

A Fabiola juntaram-se outras damas da corte romana, que se organizam nos seus palácios de forma a poderem prestar cuidados no domicílio e no hospital. Assiste-se então a uma profusão das mulheres da nobreza, a cumprirem de boa vontade as tarefas de acompanhamento, aos pobres, aos doentes, aos aflitos.

Podemos pois considerar que a origem das enfermeiras enquanto grupo social está ligada à história do cristianismo e à criação de ordens religiosas.

Certas comunidades religiosas assumem todas as actividades relacionadas com o tratamento dos pobres e doentes de modo a atenuarem as grandes deficiências da organização social. A confirmar, (Collière, 1989, p. 52), refere "... Todos os dias as Irmãs trabalham para libertar o seu coração da afeição aos bens do mundo para melhor o poderem consagrar a Deus; o seu único tesouro deve ser Jesus Cristo feito pobre por amor de nós e tentaram segui-lo na pobreza."

As religiosas trabalhavam sob a orientação dos Bispos, e a eles davam conta do que observavam.

A partir da Idade Média a criação de ordens religiosas intensifica-se e em muitos países europeus fundam-se hospitais junto das igrejas (Hospitais das misericórdias). Os princípios gerais que geriam este enorme movimento consistiam em assegurar a salvação da alma dos doentes, dos pobres e dos indigentes, oferecendo-lhes simultaneamente albergue e cuidados corporais.

Assim, reflectindo bem sobre o assunto, este *sistema de cuidados* baseava-se numa certa concepção do ser humano e simultaneamente dos cuidados de enfermagem no

sentido em que estes cuidados se destinavam a pessoas que se encontravam impossibilitadas de se bastar a elas próprias na satisfação das suas necessidades fundamentais (físicas, sociais e espirituais).

Todos estes cuidados eram prestados:

- por amor ao próximo
- por caridade e bondade
- por acréscimo ao ideal cristão e religioso
- como garantia de uma recompensa eterna

Para a prestação destes cuidados de enfermagem as religiosas não eram sujeitas a qualquer formação específica científica ou técnica, mas desenvolviam uma **relação interpessoal**, tanto com os desprotegidos como com os **seus familiares**, que tanto dela necessitavam.

Os cuidados que prestavam relacionavam-se mais com as necessidades humanas básicas de higiene e conforto utilizando uma habilidade quase inata, muito embora o treino e a prática diários, lhes fossem desenvolvendo uma capacidade cada vez maior de resolverem problemas mais complexos mas sempre sob a orientação dos que se dedicavam ao tratamento médico. A enfermagem pouco se desenvolveu até ao século XVII enquanto a medicina deu passos gigantescos com a abertura de universidades.

Segundo relata (Collière, 1989, p. 54) "o ensino médico na Idade Média não comporta qualquer abordagem susceptível de contradizer a doutrina da Igreja". A prática desta nova medicina vai ser, durante muito tempo, exclusivamente dos homens da Igreja: primeiro os monges que verão ser-lhes interdita toda a actividade médica, por decisão do concílio de 1130; depois os padres e os clérigos sucedem-se aos monges médicos e tornam-se, no século XIII, os primeiros estudantes das escolas e faculdades de medicina (em França, Montpellier, cerca de 1300-1350).

Enquanto a medicina florescia, a enfermagem a ela foi continuando ligada, sem qualquer autonomia e praticamente sem prestígio. Salvas raras excepções, as mulheres não tinham acesso a esta formação médica, que era, como vimos, inteiramente regida pela Igreja e sancionada por um diploma universitário.

Os progressos sucessivos na medicina em várias civilizações, a dos Sumérios, a dos Egípcios, a dos Chineses, a civilização grega com Hipócrates conhecida não só pelo "Juramento de Hipócrates", mas pela sua teoria relativa à influência do meio sobre a saúde do Homem, assumia-se agora como uma nova profissão que iria impôr-se à sociedade de então, em prejuízo do sistema de cuidados tradicionais, assegurados pelos curandeiros cujo desaparecimento se prolongaria por vários séculos, conforme os países (século XVI ao XVIII). Este desaparecimento não foi a consequência simples de um fenómeno natural, bem pelo contrário.

Conforme relata (Stussi, 1985, p. 8) "acompanhou-se de perseguições intensas a estas mulheres, de repente acusadas de exercício ilegal da medicina ou ainda de praticar bruxaria." Ainda citando Michelet e Barbara Ehrenreiche e Deidre English, Stussi (1985), acrescenta "... que se termina com a substituição do antigo sistema de cuidados de saúde dos indivíduos e dos grupos por um sistema de cuidados centrados essencialmente na doença."

É evidente que com o avanço das descobertas científicas e as possibilidades de diagnóstico e de terapêutica que elas ofereciam, foi possível deter com mais facilidade as doenças, preveni-las e prolongar os limites da vida.

Começa pois a nascer a ideia da necessidade de preparar as mulheres que continuavam a desejar dedicar-se aos cuidados dos doentes surgindo então, também por volta do século XVII, alguns movimentos isolados no sentido de serem criados locais próprios para iniciar essa preparação.

Em França, por volta de 1633, S. Vicente de Paulo, que já detinha um diploma de medicina, decide fundar uma escola para uma pequena comunidade das "Irmãs da Caridade", onde lhes era proporcionada uma formação profissional muito rigorosa que segundo (Jamieson et al, 1950, p. 153) consistia em:

- " un grupo selecto, con regulaciones establecidas que limitaban la aceptacion
- un hogar comun con supervision experta
- un sistema de formación
- una prueba de 2 meses seguida de un periodo de preparaci3n de 5 a3os

proteccion mediante el uso de un uniforme que las distinguiera de las demás personas pero que al mismo tiempo fuera seglar
una renovación anual de los votos, o la libertad de abandonar la comunidad para casarse o cambiar de ocupación."

S. Vicente de Paulo, conhecedor das limitações que até então tinham existido, pelo facto da maior parte das congregações religiosas estarem sujeitas à clausura, (o que dificultava o seu trabalho na comunidade rural, tão necessitada de cuidados em suas casas), decide, conforme nos transmite (Collière, 1989, p. 62) "... que as suas Irmãs não serão religiosas e não farão uma profissão solene mas sim votos simples, anuais". Acrescenta (Collière, 1989, p. 63) "... ao escapar às limitações da clausura, as Irmãs da Caridade inauguram uma vida religiosa muito diferente da que se inspira no modelo monástico. Oriundas da arraia miúda que conhecem perfeitamente, livres de se deslocar, vão assegurar, à sombra das paróquias, actividades polivalentes de professoras, prestadoras de cuidados e, poderíamos mesmo dizer, de "animadoras" culturais, para empregar uma linguagem actual. São elas, e depois delas outras ordens criadas à sua imagem, que vão implantar, nos bairros pobres, o dispensário - escola - sala de trabalho, e que vão penetrar no meio rural, de tal maneira que em todo o lado se vão tornar a figura local de referência e de conselho. A sua pertença ao meio popular torna-lhes familiares as práticas desse meio, que se esforçam por conciliar com os imperativos da doutrina. Tornando-se assim dignas de crédito, desenvolveram uma rede de influências tal, que será pouco abalada pela Revolução, ao contrário das congregações de clausura que exercem a sua actividade apostólica unicamente nos hospitais, os quais por seu lado, conhecem nesse momento uma situação deplorável." A Contra Reforma e as suas repercussões (século XVI-XVIII), vêm provocar grandes transformações nas administrações dos hospitais que passam a ser assumidas pelas administrações municipais e assim muitas daquelas religiosas que com tanto carinho trabalhavam em hospitais, são substituídas por pessoal contratado pela administração central a quem competia prestar:

- cuidados de higiene e conforto
- alimentação dos doentes

- todas as tarefas de limpeza

Era pessoal muito mal pago, não estava organizado, não possuía nem estatuto social nem normas comunitárias, nem qualquer formação profissional. A grande maioria deste pessoal era analfabeto.

Foi um período bem desagradável na enfermagem em que os cuidados prestados à população foram impessoais e sem dignidade, bem diferentes do que tinham sido, quer tenham sido desempenhados pela mulher, mãe de família, quer pela mulher consagrada à vida religiosa.

(Collière, 1989, p. 70) afirma "... É o aparecimento da medicalização e a promulgação das leis anticlericais, que pronunciam o recuo da prática de cuidados com a [mulher] consagrada contribuindo esta para construir e alimentar uma outra imagem: a da [mulher] - enfermeira - auxiliar do médico.

De facto, a partir do século XIX e no início do século XX, particularmente desde 1950, a evolução da medicina acelera-se:

- surgem numerosas especializações médicas
- as instituições do tipo Hospitais da misericórdia transformam-se em hospitais mais activos
- constroem-se novos hospitais cada vez mais especializados
- o pessoal de cuidados aumenta, o seu papel de "auxiliar de doente" evolui no sentido de "auxiliar do médico".

Era pois imperioso e urgente mudar o rumo dos acontecimentos em relação à nova onda de pessoal, chamado para desempenhar esse tal papel de "auxiliar de doente" a "auxiliar de médico"

A exemplo do que aconteceu em França com a criação das Irmãs da Caridade, também na Alemanha um pastor protestante, Theodor Fliedner (1800-1864), e com o objectivo de elevar o papel da enfermeira, fundou o Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, com o objectivo principal de organizar um grupo de mulheres protestantes para o serviço de enfermagem. Este pastor e sua mulher, abrem um pequeno hospital com uma escola de formação para as diaconisas.

Começam um primeiro curso, com seis mulheres. Este curso tinha a duração de 3 anos e os critérios de selecção consistiam: num certificado médico comprovando bom estado de saúde e certificado de bom comportamento. O programa de enfermagem incluía uma rotação pelos serviços clínicos do hospital e visitação domiciliária. A aprendizagem do ensino teórico e prático incluía:

- cuidados ao doente
- conhecimentos da ética e doutrina religiosa
- conhecimento de medicamentos.

Era um princípio fundamental, o de que as enfermeiras deveriam cumprir exactamente as ordens do médico e que era este o único responsável pelos resultados.

Esta obra é descrita pelos historiadores como o início da Enfermagem moderna, que se veio a caracterizar por profundas mudanças, mudanças essas que vêm a concretizar-se com Florence Nightingale.

Inicia-se assim, um novo caminho para a Enfermagem cujo percurso relembramos a título de conclusão:

A evolução da Enfermagem está ligada à história do mundo e aos cuidados atribuídos às mulheres: num primeiro *sistema de cuidados*, como conjunto social, para garantirem a continuidade da vida do seu grupo, a responsabilidade da mulher era a de conselheira, farmacêutica, parteira e enfermeira. Num segundo *sistema de cuidados*, para garantir a vida de certos grupos desprotegidos, a mulher influenciada pelo Cristianismo, como acto de caridade e de fé, desempenha o papel de professora, de conselheira, de enfermeira. Num terceiro *sistema de cuidados* ligados ao desenvolvimento da medicina, a mulher é chamada a desempenhar um papel, para o qual urge que adquira uma formação específica, de forma a poder competir com o médico e os outros técnicos na equipa de saúde.

2.3 - De Florence Nightingale aos nossos dias

Florence Nightingale é conhecida como a mãe da Enfermagem Científica. Nasce em 1820 em Londres no seio duma família aristocrática, que reage terrivelmente mal

quando com 24 anos Florence Nightingale resolve dedicar toda a sua vida ao serviço da humanidade.

A evolução da enfermagem conheceu dias de uma profunda e duradoura mudança, pois Florence Nightingale não só se notabilizou como verdadeira reformadora dos hospitais como na formação de novas enfermeiras com um estilo como até então não fora conhecido. A sua formação foi obtida tanto com as "Irmãs de Caridade", em França como com as Diaconisas protestantes na Alemanha, com quem trabalhou, tendo adquirido conhecimentos técnicos de grande valor para a época.

Com estes conhecimentos e com a ajuda financeira do pai, funda um pequeno hospital em Londres, para senhoras idosas cuja organização é toda da sua responsabilidade.

Foi o primeiro passo para as suas primeiras obras sobre organização e reforma hospitalar, tanto a nível dos hospitais gerais como a nível dos hospitais militares. A sua obra é tão notável neste campo, com as medidas de higiene hospitalar que defende e implementa, como toda a acção desenvolvida no hospital de campanha, na Guerra da Crimeia, onde com as suas medidas de higiene faz baixar a mortalidade dos soldados britânicos de 42% para 2% (1854-1855).

Com esta obra incomparável foi-lhe concedido um fundo pela Rainha Victória, que lhe permitiu realizar o maior sonho da sua vida - abrir uma Escola de Enfermagem.

Esta Escola foi fundada em 1860 no Hospital de St. Thomas em Londres. É a primeira escola de enfermagem laica.

As jovens recrutadas pertenciam a uma classe social favorecida, possuíam instrução elementar, para poderem beneficiar mais facilmente de um programa de formação de enfermagem sólido e baseado em normas profissionais. A estas jovens não era imposto qualquer compromisso religioso.

O objectivo da Escola Nightingale era preparar enfermeiras para trabalharem no hospital, enfermeiras de Saúde Pública e enfermeiras com capacidade para formar outras enfermeiras.

Assim, as estudantes tanto treinavam no hospital como nos dispensários para cuidarem dos doentes e suas famílias transmitindo-lhes conhecimentos de forma a poderem preservar e manter a saúde.

A duração do curso era de um ano, período depois do qual as enfermeiras começavam a fazer parte do pessoal de um hospital durante 2 anos.

Do curriculum do curso faziam parte disciplinas que permitiam às estudantes conhecerem o Homem nas suas vertentes bio psico social, nomeadamente Psicologia e Sociologia, Anatomia, Farmacologia, Teorias de Aprendizagem.

Para poderem treinar os conhecimentos teórico práticos, Florence Nightingale defendia que as escolas de Enfermagem deveriam ficar muito perto dos hospitais com vasta experiência, onde as estudantes tinham "longos períodos de treino", onde desenvolviam habilidades do domínio cognitivo, afectivo e psicomotor. Esta foi a primeira escola dirigida por uma enfermeira, que era a responsável pela formação das estudantes de Enfermagem. Para além desta responsável, havia na Escola um corpo de docentes independentes, que acompanhavam as estudantes tanto no ensino teórico, como no ensino prático.

A Escola Nightingale foi de uma enorme importância para a enfermagem, pois:

- serviu de modelo para outras escolas
- enviou as suas graduadas a países estrangeiros
- elevou a enfermagem da degradação que se estabelecera após a Reforma tornando-a numa profissão respeitável das mulheres.

Estava dado o primeiro passo para o início de uma verdadeira actividade científica, na Profissão de Enfermagem.

Quando morre em 1910, a semente duma nova era na Enfermagem estava lançada e nunca mais morreu.

Segundo Robison (1946), citado por Patrícia (Donahue, 1985, p. 249)

"... a linha divisória entre a velha e a nova enfermagem é a demarcação entre a enfermagem pré-Nightingale e a enfermagem Nightingale. Da mesma forma que Hipócrates (460-370AC) foi o pai da medicina, Florence Nightingale (1820-1910) foi a fundadora da enfermagem; assim a medicina sistematizada é uma arte antiga, enquanto que a Enfermagem é uma arte recente. Miss Nightingale modelou uma nova profissão extraída de séculos de ignorância e superstição. A grandeza e a bondade de Florence Nightingale combinaram-se para emancipar a mulher da maldição de não poder encontrar o seu trabalho. Florence Nightingale deu à mulher a bendita tarefa da enfermeira formada para a humanidade."

Por todo o mundo a enfermagem entrava numa nova era.

Começam a surgir os primeiros organismos representativos da profissão com o objectivo de defenderem por um lado, a qualidade dos cuidados a prestar à população e por outro, a manter e desenvolver os interesses profissionais.

Em 1864 realizou-se um congresso onde foi assinada a Convenção de Genebra, com vista à formação do Conselho Internacional de Enfermeiras.

Este Conselho tinha como objectivos:

- obter a autonomia nas associações nacionais que se foram formando a nível dos diferentes países;
- melhorar o nível de formação e ética profissional;
- advogar a oficialização do diploma dos profissionais.

Todos os países seguiram o exemplo de Inglaterra, abrindo escolas de Enfermagem.

Em 1873 estava já a funcionar a primeira escola de Enfermagem nos Estados Unidos da América. A França em 1877 mantinha já algumas escolas na cidade de Paris. Começa a sentir-se a urgência de oficialização e reconhecimento do diploma que vem a obter-se em 1919.

Em 1923 é criada a primeira revista profissional "L'Infirmière Française" e em 1965, o ensino de enfermagem em França é integrado no sistema educativo francês.

A partir de 1968 assiste-se a uma aceleração da evolução da profissão em toda a Europa, tanto a nível da formação inicial como da formação especializada.

Ficaria demasiado longo este historial que muito nos apaixona, mas que nos parece não caber no âmbito deste trabalho.

Também em Portugal, ainda que de uma forma mais lenta, se foi passando por todas estas etapas sucessivas que abordaremos no Capítulo II deste trabalho.

CONCLUSÃO

Tentamos dar uma pequena panorâmica do que foram os primeiros passos de uma profissão que evoluiu de uma forma muito significativa devido a vários factores dos quais destacaremos alguns:

- *Mudança do pensamento social* que nos levou a considerar a saúde como um direito de cada indivíduo, resultando na expansão dos serviços que se destinam a assegurá-lo.
Ontem - a assistência era considerada como caridade, (diferente de direito)
Hoje - a assistência é considerada como um direito
- *Definitiva mudança do objectivo* que vem ocorrendo, transformando o sistema de saúde, orientado primeiro para a doença e depois orientado para a promoção da saúde e prevenção da doença.
- O aumento do *número de consumidores* dos serviços de saúde.
- A *consciencialização* cada vez maior dos profissionais de enfermagem em relação às suas responsabilidades.

Em toda esta evolução desde os tempos mais remotos, verificamos que houve sempre a preocupação de se transmitir a experiência dos mais velhos para os mais novos, uma vez que detinham a sabedoria que obtinham por tudo aquilo que iam vivenciando. As mães ensinavam as filhas e as vizinhas, que observavam o que elas faziam, de modo a garantirem a sobrevivência. Como nos refere (Collière, 1989, p. 29)) "... velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que tem por função manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo..."

As descobertas do fim do século XIX, no domínio da física e da química, permitiram aplicar à medicina os efeitos desses conhecimentos e apurar tecnologias cada vez mais complexas para diagnosticar e, depois, para tratar das doenças. O campo das actividades médicas amplia-se tornando cada vez mais necessária a colaboração da enfermeira para alguns dos cuidados que até aí eram função dos médicos. Assim começa a despontar um novo modelo de enfermeira, o de **auxiliar do médico**, que assegura sob a sua responsabilidade, os cuidados prescritos e delegados por ele.

Como diz (Collière, 1989, p. 29) "... servir é a base da prática de enfermagem, servir os doentes, objecto da finalidade dos cuidados e, em atenção a eles, servir os médicos, servir a instituição que os trata e os seus representantes... servir os doentes

é o que dá sentido à prática de enfermagem e que a orienta, é o que vai guiar a sua atitude."

A este novo modelo de enfermagem parece pois ser exigida uma atitude não só de dedicação para os que estão aos seus cuidados, mas também conhecimentos técnicos e teóricos que permitam adequar os cuidados às necessidades individuais dos doentes.

Para poderem cumprir esta missão tão exigente, para além da vocação, uma boa enfermeira deveria ter:

- um sentido de observação muito desenvolvido
- fineza psicológica
- tacto, educação
- abordagem agradável
- iniciativa
- disciplina
- paciência

É evidente que para permitir a aquisição destas qualidades bem como o seu desenvolvimento era necessário garantir uma formação e uma integração através da prática, sob a orientação, primeiro dos médicos e mais tarde, com a criação da Escola de Nightingale, sob a supervisão do pessoal docente da Escola.

Esta formação e integração são indispensáveis e até aos nossos dias têm tido diferentes manifestações, das quais iremos tentar situar, nos Capítulos II e III deste trabalho.

INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO II

Tentaremos abordar neste II Capítulo do trabalho o percurso do ensino de Enfermagem em Portugal desde o momento em que são criadas as primeiras escolas, em 1881, ainda que de uma forma muito rudimentar, ainda ligadas à administração dos hospitais.

Só a partir de 1952 é que as Escolas de Enfermagem passam a ter autonomia técnica e administrativa.

As Escolas de Enfermagem de uma maneira geral estavam sob a tutela do Ministério da Saúde, com excepção da Escola Técnica de Enfermeiras que dependia da tutela do Ministério da Educação e da Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha que dependia da Tutela do Ministério da Defesa.

No nosso estudo apenas iremos abordar os aspectos relacionados com as escolas que dependiam da tutela do Ministério da Saúde uma vez que todas elas leccionavam os mesmos planos de estudo do curso de Enfermagem. No entanto, ao longo do trabalho iremos apontando aspectos que considerarmos significativos nos planos de estudo destas duas escolas para realçar diferenças ou semelhanças importantes na evolução do ensino de Enfermagem.

CAPÍTULO II - BREVES REFLEXÕES SOBRE A EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM EM PORTUGAL

As repercussões da Escola de Nightingale na história da enfermagem em Portugal fazem-se sentir, ainda que de uma forma muito rudimentar, em 1881, data que marca a existência de programas de estudos e/ou referências escritas sobre a primeira proposta para um curso destinado a enfermeiros.

Ainda que durante um longo período o ensino de enfermagem tenha sido marginalizado, foi integrado no Sistema Educativo Nacional, em 1990, precisamente um século depois de ter sido criada a primeira escola de enfermagem.

Dos documentos que existem nos arquivos das diferentes escolas de enfermagem, legislação, publicações de organizações de enfermagem, ficamos com a noção de que as escolas nasceram e se desenvolveram dentro dos hospitais, como resposta à necessidade de preparar pessoal para desempenhar, com eficácia, o papel de auxiliar do médico.

Assim se deu início ao processo de dissociação do trabalho da Enfermagem da lida doméstica a que estava associada e se começou então a relacionar a prestação de cuidados de Enfermagem com a menor duração das doenças desencadeando-se o esforço para reestruturar o trabalho da Enfermagem.

Da enfermeira esperava-se que se mantivesse à cabeceira dos doentes, de uma forma caridosa, que fosse capaz de executar tarefas prescritas pelos médicos e que cuidasse dos aspectos "domésticos" do serviço (no contexto actual, administrativos ou burocráticos). Esperava-se que cumprisse a tradição histórica de dispensar os pequenos cuidados diários aos doentes.

O papel modifica-se parecendo haver uma deslocação da enfermeira como "consoladora do doente", para "auxiliar do médico". Aqui refere (Collière, 1989, p. 78), citando a opinião de um médico publicada na *Infirmière française*, a propósito do papel das enfermeiras:

O acto médico exige cada vez mais a colaboração na cidade, no campo, no hospital, no dispensário, na família do doente, em todo o lado o médico precisa de ser ajudado. Aqui, há que detectar os sinais precoces da doença, além de procurar na própria fonte as informações sobre as condições de existência do indivíduo, aqui, aplicar ou vigiar um tratamento, além, consolar, encorajar, numa palavra, preparar, ajudar e prosseguir a acção médica e moral do médico. É à enfermeira que este papel na sua maioria incumbe. De resto, ninguém melhor do que a enfermeira estaria apta para o preencher. 'Ele exige muito de delicadeza'.

A profissão de enfermagem, sob este ponto de vista é, por essência, colaborar com o médico na luta contra a doença e a morte.

Segundo relata (Soares, 1993, p. 2):

os alunos começam por ser 'empregados de enfermagem' dos hospitais, alargando-se depois à área de recrutamento. A maioria provém de grupos sociais de baixo

estatuto e um número considerável já tinha tido outras experiências de trabalho. Sendo os homens, entre os diplomados, durante alguns anos, numericamente superiores, a partir de 1930 a enfermagem passa a ser maioritariamente feminina.

As associações de enfermagem manifestam, através da sua imprensa, uma contínua preocupação com a formação. A formação reconhecida por um diploma era a única via de legitimação das suas reivindicações, entre elas a de delimitação e exclusividade do seu campo de actividade e de alguma autonomia perante a profissão médica.

O percurso da Enfermagem em Portugal encontra-se muito ligado ao poder e ao saber médico.

Os primeiros cursos foram por eles organizados, dirigidos e leccionados.

Só em 1970, é que as escolas de enfermagem passam a ser dirigidas por uma Enfermeira Directora.

O mesmo não se verificou na Escola Técnica de Enfermeiras, hoje Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil, que sendo fundada em 1940 teve na sua direcção, logo de início, uma Enfermeira Directora.

1 - UM OLHAR SOBRE O ENSINO DE ENFERMAGEM NOS ANOS

50 (1881 a 1990)

Falar de todo este percurso tornar-se-ia muito moroso, pelo que iremos apenas abordar o período da enfermagem em Portugal, que decorreu de 1957 a 1990.

Porquê estes marcos? 1957 corresponde ao início do nosso percurso de formação inicial em enfermagem e 1990 corresponde à integração do ensino de enfermagem no Ensino Superior Politécnico, que veio introduzir alterações muito significativas na formação em enfermagem.

Esta integração corresponde a um projecto há muito desejado pelos responsáveis do Ensino de Enfermagem como refere (Bessa, 1995, p. 9), "... em 1971, a propósito da reforma do ensino do Dr. Veiga Simão, a escola (Escola de Ensino e Administração de Enfermagem) fez um estudo sobre a definição do ensino (...) (que) apontava para a passagem do curso de enfermagem para superior e para a descentralização das

escolas." E continua: "... Penso que em 71 esta integração tinha sido um êxito. Em 1988 era fatal, senão vejamos, não somos ensino básico nem secundário; não somos ensino profissionalizante, como está concebido; universitário também não somos... onde é que nos poderíamos integrar?" (Bessa, 1995, p. 10).

Este testemunho revela bem que o percurso do ensino da enfermagem em Portugal tem sido complicado, conflituoso por vezes, não sendo fácil separá-lo da sua prática, porque se interligam e se influenciam mutuamente.

Um longo caminho foi percorrido à cerca do qual pouco se sabe e mesmo esse saber é parcelar e disperso; datam dos últimos anos do século passado a criação das primeiras escolas de enfermagem, que sempre se preocuparam em formar profissionais que pudessem dar resposta adequada às necessidades da população em matéria de saúde, numa tentativa de articular cada vez mais estreitamente, a organização da formação com o próprio processo da evolução das necessidades e da sua resolução.

Isto não significa que anteriormente não tenha sido dispensado algum treino ou instrução àqueles que cuidavam dos doentes hospitalizados. No entanto, foi a partir de então (1919) que este ensino foi institucionalizado em Portugal. Aliás, não se fez mais do que seguir o exemplo de outros países da Europa e da América.

Como temos vindo a dizer, também em Portugal, desde sempre foi dado às mulheres o papel de cuidar: cuidar das crianças, cuidar dos adultos, cuidar dos doentes, cuidar dos moribundos, cuidar da família. E as mulheres desempenhavam esse papel, primeiro em casa, e depois em instituições, transferindo a sua atenção e cuidados para outros, não familiares.

Puro ideal, instinto materno, espírito de servir, de ajuda ao próximo, estiveram originariamente, sem outros requisitos, na base dessa actividade que, doutra forma, não poderia ao tempo, ser designada. Lentamente, foram-se esboçando técnicas rudimentares de prestar auxílio ao doente e, gradualmente, é introduzida nessa actividade a «arte».

Surgem no século XIX os conhecimentos científicos aplicados a enfermeiros, e a actividade começa assim a adquirir o seu carácter profissional.

Como profissão, tem evoluído gradativamente duma preocupação centrada no indivíduo doente para o indivíduo são. Como diz (Collière, 1989, p. 127) os conhecimentos transmitidos estão intimamente ligados aos da medicina, considerados como únicos capazes de explicar o processo saúde-doença e que se organizam segundo dois domínios interrelacionados: a doença e a técnica. Os conhecimentos teóricos centrados sobre as doenças são completados pelos conhecimentos práticos centrados sobre as técnicas.

A enfermagem como disciplina, de início, é constituída por actividades que aparentemente não se distinguem de hábitos da vida quotidiana que respondem às necessidades básicas do indivíduo, vai-se construindo sobre uma linha de fronteira dando origem a uma unidade que se apropria de saberes que apenas os médicos detinham e que combina esses contributos com as técnicas de cuidados. Técnicas que passam para a esfera do trabalho da enfermeira, dado que essa execução deixa de ser significativa para os médicos, à medida que se desenvolvem os meios de diagnóstico e de tratamento.

Os saberes da enfermagem ampliam-se e desenvolvem-se por este processo paralelamente à especialização médica, retirando os elementos indispensáveis à compreensão das doenças e à execução do tratamento, o que acentua o carácter utilitário desses saberes.

Os saberes da enfermagem vivem assim de uma dupla filiação: de saberes empíricos que se concretizam em actividades de manutenção da vida e do conhecimento científico, de que participam, na medida em que isso é útil para a eficácia do desempenho do papel da enfermeira na divisão do trabalho hospitalar.

2 - O PERCURSO DA FORMAÇÃO INICIAL EM ENFERMAGEM NOS ÚLTIMOS 30 ANOS (1957-1990)

2.1 - Etapas mais significativas

Assim, a evolução do currículo e dos programas do curso de enfermagem vão evoluindo desde a sua concepção até ao reconhecimento e consolidação pela via legislativa.

Período entre 1957 e 1965

Esta legislação vai criando marcos na evolução da enfermagem pelas grandes alterações que vai introduzindo no sistema de ensino.

O primeiro faz-nos recuar a 1952, altura da publicação do Decreto-Lei nº 38 884 de 28 de Agosto de 1952.

Ao analisarmos o preâmbulo deste Decreto-Lei, podemos inferir que o que se pretende dos enfermeiros é competência técnica e qualidades morais. Para além disso, verifica-se que a enfermagem é entendida como uma profissão vocacional, sem autonomia, estando na dependência dos serviços que os médicos lhe confiam, o que se compreende se tivermos em conta que o papel que era pedido aos enfermeiros na altura, era o de auxiliar do médico.

No nosso trabalho apenas nos referiremos ao curso de Enfermagem Geral, muito embora na altura já existissem o Curso Auxiliar de Enfermagem, o Curso Complementar de Enfermagem e o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

Em 1952, com a regulação do funcionamento dos cursos de enfermagem e a aprovação do Regulamento das escolas de enfermagem a 28 de Agosto, vai tentar-se, mais uma vez, dar resposta ao problema da preparação dos enfermeiros.

O Curso Geral de Enfermagem que tinha a duração de 2 anos, passa a ter 3 anos.

As escolas passam a ter autonomia técnica e administrativa e os quadros de pessoal das Escolas de Enfermagem foram sendo aprovados por portarias, assim como os regulamentos das escolas, que definem os serviços, o processo de admissão, o funcionamento dos cursos, os exames e o pessoal das escolas.

Encontramos referências de intercâmbio entre enfermeiras portuguesas e estrangeiras, no sentido de visitarem as escolas e colaborarem em cursos.

De fora, chegava a orientação para o conceito actual de serviços de saúde (definido no acto de constituição da OMS), bem como a definição de funções preconizada pela 1^a Assembleia Mundial de Saúde, em 1948. A promoção de saúde transcende o conceito curativo de tratamento da doença.

A expressão da profissão como ciência e arte começa a ter, se bem que apenas em algumas vozes, um pendor mais afirmativo e a pugnar pela aprendizagem escolar efectiva, valorizando-se os estágios hospitalares e a necessidade de novas competências das enfermeiras, pois já não era suficientes os "esplêndidos" atributos humanitários que sempre as acompanharam. Sente-se a necessidade de uma educação científica orientada e dedicada ao estudo da ciência e da arte da Enfermagem.

A Enfermagem em Portugal, na década de 50, enquanto ciência, arte e profissão, manifestava já uma procura de identidade e de um espaço autónomo de intervenção nos múltiplos campos de assistência que lhe foram oferecendo e/ou que foi conquistando.

Estamos em 1957 e na admissão à frequência das escolas de enfermagem, em Portugal eram exigidas algumas condições que diziam respeito à idade, escolaridade, estado de saúde e comportamento moral.

Quanto à idade os limites situavam-se entre os 18 e os 30 anos.

Em relação às habilitações literárias exigia-se nessa altura (há 39 anos) o 1^o ciclo do curso dos liceus para o curso de enfermagem geral mas era também necessário fazer um exame de admissão constituído por uma prova de português e matemática, correspondentes aos programas destas disciplinas do 5^o ano liceal. Tinham preferência na admissão ao curso, os candidatos com melhores habilitações literárias.

Quanto ao estado de saúde, os candidatos (maioritariamente do sexo feminino) tinham de ter robustez física para o exercício da profissão, reconhecida por inspecção médica feita na respectiva escola.

No que diz respeito à conduta, os candidatos deveriam apresentar certificado de comportamento moral irrepreensível, comprovado pelo pároco ou pelo presidente da junta de freguesia, do local de residência. Esta exigência tinha, em certa medida, a objectividade de assegurar, se possível, o desenvolvimento, nos futuros profissionais, de qualidades relacionadas com o ser boa enfermeira e que estavam inerentes ao conceito de vocação, entendida na altura, como uma propensão espontânea, uma forma espiritual impetuosa e invencível, reflexos de uma vida interior profunda, como diz (Collière, 1989, p. 80) "a enfermeira não pode ser uma pessoa qualquer: é aquela que ajuda à cura e cuja aparição chega para apaziguar".

Em 1957, o curso de enfermagem tinha já a duração de 3 anos, incidindo os 2 primeiros anos na área da enfermagem hospitalar relacionada com os aspectos gerais médicos e cirúrgicos, e, no último ano, na aprendizagem teórica e prática mais especificamente na área das especialidades médico-cirúrgicas.

Os planos de estudo dos cursos, apesar de terem grau de desenvolvimento em termos programáticos, tinham objectivos educacionais pouco claros, estando a grande preocupação dos professores mais centrada no ensino e em si próprios do que no estudante e na sua aprendizagem.

Damos conta, que, pelo exposto, estão presentes um conjunto de princípios que se traduzem naquilo a que (Lesne, 1984, p. 43-46) chama modos de trabalho pedagógico de tipo transmissivo, de orientação normativa que segundo o autor se caracteriza por:

transmitirem saberes, valores ou normas, modos de pensamento, entendimento e acção, ou seja, bens culturais em simultâneo com a organização social correspondente... surge como um processo de inculcação e de imposição, em que o lugar do saber e do poder se situa essencialmente na pessoa do formador.

Se tivermos em conta que se pretende que o enfermeiro venha a ser um bom executor das indicações médicas, estes aspectos são essenciais.

Os planos de estudo previam aulas teóricas e práticas alternadas com períodos de estágios onde os estudantes aplicavam na prática os conhecimentos abordados durante

o período teórico. Contudo, nos estágios, os alunos eram mais sensibilizados para os aspectos práticos, muito ligados ao desenvolvimento do saber fazer, sendo a aprendizagem avaliada por exames finais de passagem de período e, no final do curso, pelo chamado Exame de Estado que tinha como finalidade avaliar se os candidatos reuniam as qualidades e conhecimentos indispensáveis para o exercício da profissão.

O ensino de enfermagem dava então mais ênfase aos aspectos relacionados com situações patológicas, sendo o ensino teórico bem como a orientação prática dirigidos essencialmente para o tratamento das doenças.

Esta orientação, na opinião de (Kérouac et al, 1994, p. 6), é feita no sentido da doença, em que os cuidados são orientados para os problemas, as deficiências ou incapacidades das pessoas e a enfermeira circunscreve as zonas problemáticas que relevam do seu campo de competências e que estão muito ligadas à profissão médica.

A intervenção da enfermeira consiste em eliminar os problemas, combater as deficiências e ajudar nas incapacidades, o que leva a uma intervenção de substituição, que significa *fazer para*, na medida em que a pessoa está sob os seus cuidados ou de outros profissionais de saúde, que possuem os conhecimentos, são peritos, não proporcionando a participação activa das pessoas no seu processo de saúde/doença.

Em nossa opinião, esta formação é baseada no modelo biomédico e leva os enfermeiros a considerarem o Homem mais especificamente nos seus aspectos biológicos e não o Homem como um ser holístico, o que vai influenciar o tipo de capacidades que desenvolvem, pois concordamos com o pensamento de (Pearson, 1992, p. 18) quando reflecte que são os objectivos que determinam quais os conhecimentos e técnicas necessárias a quem exerce a profissão. Em sua opinião, nos modelos biomédicos os seres humanos são encarados como

seres biológicos, compostos por células, que originam os tecidos que por sua vez formam os órgãos e estes os sintomas. A homeostasia biológica é considerada como sendo a saúde, que pode ser perturbada por traumatismo, disfunção ou mal formação. Estas perturbações levam à doença ou situação clínica.

Este modelo tem vindo, no entanto, a evoluir e embora a relevância seja ainda dada aos aspectos físicos, já reconhece que existem perturbações psicológicas e sociais de homeostase.

A comprová-lo temos os próprios planos de estudo que foram sendo adequados às exigências cada vez mais complexas do fenómeno saúde/doença.

Período entre 1965 e 1976

Assim, o Decreto-Lei nº 46 448/65 de 20 de Agosto aprova um novo plano de estudos do curso de enfermagem geral que procura introduzir como inovação uma maior ênfase na saúde e nas ciências sociais.

Da leitura do seu preâmbulo apercebemo-nos que se reconhece a evolução que se tem verificado a nível mundial nas ciências médicas e nas técnicas de enfermagem. Explicita ainda que o ensino deve preparar enfermeiros para intervirem ao nível dos cuidados preventivos, curativos e de reabilitação.

Concordamos com (Sousa, 1983, p. 92-93) que considera que neste plano de estudos e programas se verifica "uma melhor integração da teoria na prática e grande ênfase à disciplina de enfermagem".

Recomenda-se a utilização de métodos activos em substituição dos métodos tradicionais de ensino, incentivando o aluno a ser sujeito activo da sua aprendizagem . Esta foi considerada a maior reforma do curso de enfermagem geral operado no nosso país.

O curso continuou a ter a duração de 3 anos, mas para a admissão ao curso passa a exigir-se o 2º ciclo liceal ou equivalente. Manteve-se exactamente a mesma distribuição em horas, dedicada a aulas teóricas e estágios, por se considerar que o número em si era o aconselhado - 1/3 para o período de aulas teóricas e 2/3 para estágios. Passou a dar-se uma formação aos alunos mais equilibrada e polivalente, de modo a prepará-los para trabalharem em todos os serviços hospitalares e de saúde pública.

Também a distribuição das disciplinas e estágios era de forma a haver uma continuidade na aprendizagem dos alunos, pelo que os locais do estágio eram seleccionados de acordo com as necessidades dos alunos, que eram acompanhados pelos monitores.

Estamos de facto perante uma grande alteração nos métodos pedagógicos preconizados, que, na opinião de (Lesne, 1984, p. 78), orientam para um modo de trabalho pedagógico do tipo incitativo e de orientação pessoal que:

visa agir sobre o processo de apropriação do conhecimento pelas pessoas em formação... o seu objectivo é desenvolver uma atitude motriz face aos problemas de toda a ordem com que se vê confrontada e uma certa orientação para a apropriação pessoal dos diferentes saberes... a acção pedagógica propõe-se também desenvolver nas pessoas em formação capacidades de iniciativa. O formador deixa de se considerar o depositário do saber e do poder, põe em acção meios pedagógicos destinados a remetê-los, tanto quanto possível para as mãos das pessoas em formação... tendo como função social preparar os indivíduos para que se adaptem de forma activa às exigências novas, nascidas de acontecimentos internos ou externos à sociedade e aos ajustamentos consecutivos dos estatutos e dos papéis sociais.

A mudança preconizada por estes métodos pedagógicos e seguida pelos novos planos de estudo não se observou, muito provavelmente por terem surgido algumas dificuldades que decorriam da própria organização das escolas de enfermagem e outras inerentes a uma certa falta de enfermeiros docentes devidamente preparados.

Inicia-se então a organização de acções de formação para docentes e começa a pensar-se numa nova organização escolar e em rever a carreira do ensino de enfermagem.

Passados cinco anos iniciou-se a avaliação do curso e vários grupos foram nomeados com representantes do ensino e dos cuidados directos para, em conjunto, colherem junto dos enfermeiros e alunos todos os dados julgados úteis, com o fim de ser feita uma avaliação no sentido de se saber se o curso de enfermagem geral aprovado em 1965, dava ou não a formação considerada necessária e suficiente às necessidades do país. Este grupo acabou por não fazer essa avaliação.

Em 74/75 é então criado um novo grupo de trabalho com o objectivo de elaborar um plano de estudos, que levou a termo um notável trabalho de mudança na concepção do curriculum escolar e que foi aprovada em 09.08.76.

Período entre 1976 e 1990

Este novo plano de estudos tentou corresponder por um lado, às necessidades resultantes da consciencialização da população dos direitos que lhe assistem em

matéria de saúde, e por outro, proporcionar aos enfermeiros uma formação mais científica, cientes que estão do seu papel de corresponder às necessidades da população, decorrentes dessa consciencialização.

Pretende-se, assim, minorar o desfasamento entre as condições de saúde de então e a formação ministrada nas escolas de enfermagem.

É nossa convicção que pelo facto de a formação de enfermeiros, em Portugal, se ter feito sempre à margem do sistema educativo nacional, constitui um dos factores mais responsáveis pela estagnação do "status" da profissão. Assim, em 1976, com a reestruturação do curso de enfermagem, propôs-se a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, o que não veio a acontecer na altura, por não se reconhecer ainda que a formação humana, científica e técnica dos enfermeiros lhes conferia equiparação para prosseguimento de estudos a nível superior.

Contudo, este novo plano de estudos, introduz várias inovações das quais (Bessa, 1986, p. 32-33) destaca:

- maior ênfase na saúde
- maior contacto do aluno com a realidade social e dos serviços de saúde
- centração dos estudos em torno da grande área da enfermagem
- maior e mais profunda incidência nas ciências sociais e humanas
- iniciação à investigação, com o intuito de despertar os jovens para a sua necessidade.
- pedagogia da aprendizagem em substituição da pedagogia do ensino centrada no professor e nas disciplinas
- melhor integração dos conceitos de pedagogia, administração, deontologia e saúde pública.

Estamos de acordo com (Sousa, 1983, p. 97) que refere que neste plano de estudos há a preocupação de preparar o enfermeiro para intervir na sociedade tomando parte na definição e solução dos problemas de saúde e actuando como agente de transformação da realidade.

Assim, e se tivermos em conta os tipos de métodos pedagógicos de (Lesne, 1984, p. 239), observamos que a preparação destes enfermeiros exige a utilização de um modo de trabalho pedagógico do tipo apropriativo, centrado na inserção social do indivíduo, que segundo o autor tem uma função "produtora e transformadora: desenvolver nos indivíduos, a partir da sua posição social, a capacidade de modificarem as condições de exercício das suas actividades quotidianas."

Tentando utilizar esta metodologia, o novo plano de estudos pretende dar aos futuros enfermeiros uma formação que no final dos 3 anos de curso lhes permitisse serem capazes de avaliar as necessidades globais de saúde do indivíduo e da comunidade.

A enfermeira deverá ser capaz de pedir a participação activa da pessoa no seu processo saúde/doença, estabelecendo com ela uma relação, que, em nossa opinião, deverá permitir ajudar a pessoa a decidir sobre si própria, ponderando todos os aspectos e hipóteses que lhe devem ser mostradas, de forma a que possa tomar a melhor decisão. Também segundo (Rogers, 1961, p. 31) a verdadeira relação empática, consiste em criar uma segurança na relação, que torne muito mais possível a comunicação e uma maior sensibilidade na compreensão.

É evidente que esta forma de compreender a pessoa exige da enfermeira uma nova forma de estar, pois passa a agir com a pessoa e não para a pessoa, o que vai exigir necessariamente uma formação que para além dos conhecimentos da área das ciências biomédicas, inclua conhecimentos da área das ciências sociais.

De facto, a partir deste plano de estudos o curso de enfermagem passa a incluir as disciplinas de sociologia e psicologia no seu curriculum escolar, o que proporciona novas abordagens, levando a enfermagem a tentar "reencontrar o sentido dos cuidados aos doentes", utilizando uma relação dual, que segundo (Collière, 1989, p. 149) "permite conhecer melhor a pessoa tratada, re-conhecê-la naquilo que representa, não a considerando como um objectivo incondicional dos cuidados, mas como um sujeito: e ter uma acção terapêutica"

Este novo modelo de conceber os cuidados de enfermagem estão de certo modo em oposição ao modelo biomédico, o que leva a que os enfermeiros procurem abordagens

alternativas mais adequadas a responder às necessidades de saúde dos indivíduos com maior eficácia.

É neste contexto que surgem os *modelos técnicos de enfermagem* elaborados por enfermeiros.

O papel do enfermeiro vai modificar-se pela sua própria influência pois os modelos mostram como nos refere (Pearson, 1992, p. 24)), que "a enfermagem tem de seu próprio direito uma função específica bem delimitada."

Para este autor, os modelos de enfermagem embora baseados em várias teorias, têm um número de conceitos em comum sobre doentes e enfermagem destacando saúde, a visão holística e humanista da pessoa, a autonomia dos doentes e clientes, a necessidade de estabelecer uma relação produtiva e terapêutica entre os que prestam cuidados de enfermagem e aqueles a quem são prestados.

Nestes modelos os objectivos estão relacionados com a manutenção da saúde, sendo esta encarada de uma forma mais ampla do que no modelo biomédico, pois não se limita a ser definida como a ausência de doença ou perturbação mas sendo também relacionada com o bem estar e a realização das potencialidades do indivíduo (Pearson, 1992, p. 39-43).

O facto de estes modelos serem essencialmente influenciados pelo humanismo e holismo vão determinar que encarem o Homem "como um todo unificado, sendo que todo é diferente de e mais do que a soma das partes" o que implica que se tenha de estudar o indivíduo como um todo e o modo como interagem a mente e o corpo.

É reconhecida ao Homem a capacidade de escolher a forma como gerir a sua saúde, bem como a utilização dos métodos que sejam complementares da medicina e da enfermagem tradicional, uma vez que o Homem é entendido como um ser livre e responsável pelos seus actos.

Só desta forma, é que os indivíduos podem ter um papel activo no processo dos cuidados, uma vez que estão informados sobre si e o seu futuro, sendo envolvidos nas tomadas de decisão, significando que são autónomos, isto é, têm liberdade de decidir dentro dos limites da sua competência.

Parece-nos que esta crença na autonomia do indivíduo significa que se assume que a saúde e a sua recuperação têm maior probabilidade de ocorrer se a responsabilidade de estilos de vida saudável e dos cuidados de saúde for do indivíduo e não do profissional, cabendo-lhe identificar as suas próprias necessidades e decidir como estas devem ser satisfeitas.

É evidente que os enfermeiros ao orientarem a sua prática por estes modelos, vão necessariamente ter de adquirir e desenvolver novos conhecimentos, habilidades e atitudes.

Como refere (Pearson, 1992, p. 41), "a crença na autonomia do doente levanta também outro conceito importante subjacente a muitos modelos de enfermagem - o da grande importância da relação entre o prestador de ajuda e a quem é prestada - a enfermeira e o utente".

Esta relação na maioria dos modelos de enfermagem é defendida como parceria, logo, incluindo a capacidade de ensinar, motivar e comunicar que segundo (Pearson, 1992, p. 41), "significa que uma compreensão de psicologia e sociologia estão incluídas nas técnicas e conhecimentos que as enfermeiras têm de ter para praticar a enfermagem segundo esses modelos."

Este modo de prestar cuidados centrados no utente e na promoção da sua saúde, vai exigir dos enfermeiros uma alteração a nível da organização do trabalho, pois não é possível conhecer o utente e dar resposta à globalidade das suas necessidades, se mantiverem um desempenho em torno de tarefas.

Desta forma, os enfermeiros, segundo (Collière, 1989, p. 152), são levados a transformar a divisão de tarefas de forma a dar resposta ao conjunto de cuidados necessários, dando lugar à sectorização no seio dos serviços hospitalares.

Ainda também para a autora há um alargamento do campo de competência do trabalho de enfermagem, já que a relação com o doente se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico. É fonte de informação para discernir a necessidade de cuidados não técnicos avaliando a ajuda

a prestar, enquanto contribui para relativizar os cuidados técnicos ou para facilitar a sua compreensão, ou mesmo a sua aceitação.

Desta forma, ao recolher o máximo de informação junto do doente e dos seus familiares, permite depois de devidamente analisada, identificar os problemas e planear as acções.

A grande preocupação em garantir a continuidade de cuidados vai dar lugar à criação de um instrumento de recolha de dados e ao plano de cuidados.

Muitos são os autores que servem de referência quando se tenta explicar o que se entende por cuidados de enfermagem e qual o papel do enfermeiro na equipa de saúde e na sociedade.

Pessoalmente, identificamo-nos com o pensamento de Virginia Henderson, muito frequentemente citado e cuja definição de enfermagem data de 1966. Pensamos que (Beland, 1966, p. 19), ao citar o pensamento da autora, consegue resumir de forma simples e clara o que grande número de autores considera ser, hoje em dia, a essência da enfermagem:

Assim,

a função característica da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente, ou sadio, a realizar actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte tranquila) e que realizaria sem auxílio, se tivesse a força, vontade ou conhecimento necessário; e fazer isto de forma a ajudá-lo a sentir-se independente o mais depressa possível.

Acrescenta que para além destas actividades que são exercidas autonomamente, a enfermagem deve "ajudar o paciente a executar o plano terapêutico orientado pelo médico e colaborar com os outros membros da equipa a executar o plano total."

Há nesta definição referência a um papel que está de certo modo articulado com o de outros profissionais, nomeadamente do médico, e cujas actividades visam o tratamento e a cura do doente.

É também focado o papel autónomo do enfermeiro cujo objectivo não se limita à cura da doença, mas que visa manter a saúde, satisfazer as necessidades do indivíduo e promover a sua independência o mais rapidamente possível.

Em nossa opinião o plano de estudos que vigorou entre 1976 e 1987, proporcionou uma formação inovadora aos estudantes de enfermagem, centrada na saúde do indivíduo, da família e da comunidade, de modo a permitir-lhes manter uma relação de parceria estudante/doente, a fim de poderem identificar e compreender os reais problemas e necessidades com vista a planear as acções pertinentes para a resolução dos problemas.

Para poderem corresponder com eficiência a estes desafios da formação, os docentes de enfermagem tiveram de fazer um esforço no sentido de actualizarem e aprofundarem os seus conhecimentos.

Com o objectivo de apreciar em que medida este plano de estudos estava a corresponder às expectativas das escolas e dos responsáveis pelo ensino de enfermagem, foi prevista a realização de avaliações anuais que introduzissem adaptações e/ou alterações necessárias ao seu bom funcionamento, apontando para uma revisão total, num prazo nunca superior a cinco anos.

Foram apenas feitas estas avaliações periódicas dos três primeiros cursos resultando daí a introdução de algumas alterações pontuais mas não se realizando a revisão curricular prevista.

Esta avaliação não foi efectuada porque em 1981, os Ministérios da Saúde e da Educação deram início ao estudo da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, com a nomeação de um grupo de trabalho para o efeito. Este estudo iria certamente conduzir a uma alteração de fundo no plano de estudos e programas do curso de enfermagem em vigor, no entanto, só em 1985 foram aprovados os princípios orientadores da referida e tão desejada integração, após a nomeação de um novo grupo de trabalho interministerial.

Contudo, não foi ainda nesta altura que a integração se concretizou.

Assim, passados 10 anos da execução e avaliação do então plano de estudos, considerou-se urgente fazer uma revisão curricular que considerou não só as sugestões e orientações dadas pelas escolas de enfermagem, mas também novos elementos resultantes de uma evolução na sociedade portuguesa quer a nível técnico-científico quer a nível político social.

Na realidade, a partir do ano lectivo 1977/78 iniciaram-se vários cursos de especialização em enfermagem, perfazendo seis áreas de especialização. Também a partir de 1979, aos candidatos do curso de enfermagem passa a ser exigido o curso complementar dos liceus ou o equivalente legal.

Em 1981, com a publicação do Decreto-Lei 305/81 de 12 de Novembro apareceram definidas, pela primeira vez, as funções do enfermeiro no nosso país.

Finalmente a Directiva da CEE nº 77/453/CEE, relativa ao ensino de enfermagem, estabelece orientações que Portugal deve considerar a partir da sua entrada na Comunidade Económica Europeia.

Assim, no final do ano de 1986 deu-se início à revisão curricular, considerando já alguns princípios, objectivos e orientações metodológicas idênticas às do ensino superior que facilitassem a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, meta já prevista em 1976 e explícita na introdução ao curso de enfermagem então aprovado.

Com o plano de estudos de 1987, o curso mantém a duração de 3 anos lectivos organizados em anos e semestres. A carga horária semanal é de 36 horas. No entanto, aí se define que durante o período de teoria os alunos não poderão estar ocupados com sessões lectivas, em sala de aula, mais de 25 horas por semana.

Cada disciplina terá cerca de 70% de sessões lectivas no máximo e cerca de 30% de trabalho do aluno, individual e/ou de grupo.

Com este plano de estudos pretende-se:

- formar enfermeiros generalistas, capazes de desempenhar as funções estabelecidas na carreira de enfermagem, podendo desempenhá-las em instituições de saúde da comunidade nos âmbitos dos cuidados de saúde primários e diferenciados.
- que o aluno seja considerado como um ser único, portador de uma cultura particular e uma variedade de experiências que o ajudarão a participar na vida da escola e na profissão de enfermagem.

- que a escola esteja inserida de uma forma participativa e activa na comunidade para que o processo ensino/aprendizagem desenvolvido na escola tenha em conta a realidade local e nacional.
- que o aluno através de um processo ensino/aprendizagem contínuo, activo e progressivo, modifique o comportamento pela aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes.
- que a escola proporcione um envolvente pedagógico, mobilizador e incentivador do desenvolvimento individual do aluno.

O plano de estudos introduz algumas inovações nomeadamente a organização por semestres e unidades de crédito. Em prática clínica prevê-se que o aluno, ao longo do curso, seja integrado em equipas multidisciplinares de modo a pôr em prática todo o seu potencial humano, tecnológico e científico na prestação de cuidados de enfermagem, tendo em conta o contexto individual, familiar e comunitário.

Este plano de estudos coloca ênfase

- no interesse e motivação do estudante
- na auto aprendizagem
- na aprendizagem dos sentimentos, dos conceitos, das habilidades
- na atmosfera emocional positiva, empática
- no reconhecimento de que a estrutura cognitiva do educando depende da sua visão do mundo e das experiências que ele teve anteriormente
- que o graduado pela escola no final do curso, seja responsável pelo desenvolvimento do seu potencial de forma a contribuir para o seu pleno desenvolvimento pessoal e profissional.

Esta orientação assenta em princípios de actuação psicopedagógica defendidos por (Rogers, 1985, p. 4), que entende que o educando cresce e adquire experiência, por livre iniciativa para "descobrir o seu próprio caminho numa atitude de auto realização e auto avaliação num processo de se tornar pessoa."

Este é um processo pessoal, de descoberta do significado pessoal, de experiências e de imagens que tem de si próprio e das dos outros.

Nesta perspectiva somos de opinião que o professor passa a ser um facilitador da aprendizagem, que se preocupa em despertar o potencial criativo que existe nos seus educandos. Para tal deverá proporcionar um relacionamento interpessoal efectivo ou seja, capaz de criar um clima de confiança mútua, que permita ao estudante descobrir por ele, envolvendo-se completamente, de forma a apropriar-se do que é essencialmente significativo para ele. A confirmá-lo (Rogers, 1985, p. 5) refere "todos os mestres e educadores preferirão facilitar o tipo de aprendizagem experiencial, que é dotada de significação, em vez de outro, o das sílabas sem sentido".

Acreditamos que a aprendizagem experiencial ou significativa, permite um envolvimento pessoal, tanto nos aspectos afectivos como nos aspectos cognitivos, de uma forma tão penetrante que suscita modificações no comportamento, nas atitudes, talvez mesmo na personalidade do educando.

Estas modificações são avaliadas pelo educando na medida em que é ele que vai aferindo se a aprendizagem está a ir ao encontro das suas necessidades. O professor deve acompanhar este processo, respeitando o ritmo individual, necessitando por isso de ter um conhecimento o mais completo possível de cada educando, de forma a que se possa estabelecer uma verdadeira confiança recíproca, ilimitada, indispensável ao desenvolvimento harmonioso do educando.

O plano de estudos de 1987, ao preconizar uma formação inicial que previlgie um processo ensino/aprendizagem desta dimensão, tem toda a pertinência, na medida em que pensamos ser possível e talvez mais fácil aos estudantes, relacionarem-se de uma forma mais efectiva com os utentes, na medida em que tenham tido um relacionamento efectivo com os seus orientadores.

Os enfermeiros na sua prática profissional devem ser capazes de estabelecer com os utentes uma relação de ajuda que lhes permita desenvolver todos os recursos latentes, de modo a encontrarem as melhores soluções para os seus problemas de saúde, ou seja, facilitando-lhes as tomadas de decisão.

Durante a formação inicial os estudantes nos períodos de estágio, vivenciam experiências que lhes permitem aplicar na prática os conhecimentos teóricos, utilizando o processo de enfermagem, através do qual colhem todas as informações necessárias para identificarem as necessidades dos utentes para posterior planeamento de acções e atitudes, que permitam minorar os seus problemas de saúde.

Os estágios sucessivos durante os três anos de curso constituem um período essencial para o desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes de enfermagem.

No plano de estudos de 1987 o número total de horas do curso era de cerca de 4500, das quais 1985 h eram destinadas a ensino teórico e teórico prático, e 2540 h a estágio.

Daqui podemos inferir a importância atribuída aos períodos de estágio para a formação dos estudantes, futuros profissionais; em nosso entender, os estágios são essenciais na aprendizagem da profissão uma vez que prepara os estudantes para a aplicação prática dos conhecimentos teóricos previamente adquiridos, para além de facilitarem a aprendizagem do saber fazer (habilidades práticas) e do saber ser e estar (atitudes e valores). Na nossa perspectiva, esses estágios serão tanto mais efectivos, quanto forem orientados por profissionais com vasta experiência e se os docentes estiverem actualizados, demonstrem segurança, competência e sirvam de modelos.

Os estudantes de enfermagem, enquanto se formam, sofrem um processo de socialização, que os vai integrando no seu futuro papel de enfermeiro, que se vai adequando à criatividade de cada actor social e às sucessivas mudanças sociais da cultura da organização. **Mudanças**, que para serem **eficazes**, devem ser o resultado dum **processo colectivo**, através do qual são **mobilizados ou criados os recursos e as capacidades dos diferentes actores** necessários à construção de novas formas de intervenção (na realidade, cada um de nós como actor tem uma **margem de liberdade enorme**) (Crozier et al, 1974, p. 338).

Assim, acreditamos que a própria estrutura organizacional incentiva os actores que a compõem a interagir uns com os outros para serem capazes de dar resposta aos desafios que lhe são lançados.

As instituições de saúde, como quaisquer outras organizações, são orientadas para a consecução de metas específicas.

Uma dessas metas, que se reveste de grande importância, é a integração de novos profissionais nos respectivos locais de trabalho, processo que facilita a adaptação às actividades que vão começar a fazer parte do seu quotidiano profissional.

Em nossa opinião este é um dos grandes desafios que se colocam aos enfermeiros dos serviços que recebem os novos profissionais, uma vez que é preciso ajudar os novos enfermeiros a desenvolverem o seu potencial intelectual e as habilidades motoras e, para isso, será necessário organizar adequadamente um programa de integração.

Este programa deve ser orientado por "peritos" que ajudem os novos enfermeiros a continuarem a reflectir a prática, a serem flexíveis e a serem capazes de fazer adaptações correctas ou seja, afinal, a ajudá-los a compreender os fenómenos, a fazer a relação do "novo" com o "adquirido" e a transferência para situações novas.

Só assim, estamos convictos, os novos enfermeiros poderão transferir os seus conhecimentos de uma situação para outra, o que lhes dará maior flexibilidade.

Também desta forma, os novos enfermeiros terão possibilidade de aumentar as suas competências, podendo desenvolver com mais possibilidades um espírito de bem estar e de auto realização.

Este bem estar poderá ser atingido se cada instituição tiver a preocupação de acolher os profissionais que iniciam as suas funções de uma forma que os motive para o novo trabalho que os espera, investindo um determinado espaço de tempo na aprendizagem adequada à aquisição da segurança necessária ao seu desempenho, sem supervisão directa, todas as funções inerentes ao seu cargo.

Muito embora durante os períodos de estágio os alunos contactem com os serviços de diferentes instituições, quer a nível hospitalar quer a nível de centros de saúde, sabemos que de uma maneira geral ficam pouco despertos para a realidade das instituições, talvez até, porque os docentes e outros orientadores dos estágios, não chamem a sua atenção para essa realidade.

Daqui resulta que o início da sua actividade profissional, no final dos 3 anos de curso, seja para muitos desmotivante, "por dificuldades de adaptação provenientes do fosso

existente entre o que é interiorizado durante o tempo de formação como sendo correcto e desejável e aquilo que ainda hoje é exigido e valorizado na maior parte das nossas instituições hospitalares", como diz (Figueira, 1984, p. 2).

Em nossa opinião, muito embora os planos de estudos, como temos vindo a destacar, tenham evoluído de uma forma notória no sentido de se formarem profissionais de enfermagem cada vez mais responsáveis pelo desenvolvimento do seu potencial, mais intervenientes junto da população, mais capazes de colaborarem na investigação, tendo em vista a evolução da profissão, os novos enfermeiros nem sempre encontram nas instituições onde são colocados um meio envolvente facilitador do seu desenvolvimento pessoal e profissional.

De várias consultas que fizemos a algumas instituições de saúde, constatámos que só muito recentemente elaboraram programas de integração para os recém formados, com o objectivo de lhes facilitar a adaptação à instituição e ao serviço.

De alguns desses programas que consultámos, destacamos um deles que nos parece muito pertinente para o nosso estudo.

Trata-se de um estudo elaborado pelo Gabinete de Educação e Investigação em Enfermagem do Instituto Português de Oncologia que tendo elaborado um programa de integração de pessoal de enfermagem em 1990, pretendem em 1994 fazer uma avaliação da sua eficácia.

Do programa, constante do Guia de Acolhimento a distribuir pelos novos enfermeiros, fazem parte itens referentes a:

- a) Instituição em geral
- b) Condições de trabalho
- c) Direitos do funcionário (com apoio de legislação)
- d) Deveres do funcionário (com apoio de legislação)

Este programa tem a duração de 5 dias, após o que se inicia a integração nos serviços onde os recém-formados vão dar início ao seu trabalho.

Para integrar os recém-admitidos são escolhidos enfermeiros que reúnem determinadas características das quais destacamos:

- Os que conhecem bem o serviço
- Sejam correctos técnica e humanamente
- Tenham facilidade em transmitir orientação e conhecimentos com a devida frontalidade para apontar erros e exigir responsabilidades.

Estes enfermeiros serão os responsáveis por toda a integração, incluindo a avaliação.

No dia em que o novo elemento chega ao serviço, este deve ser recebido por um elemento da chefia de enfermagem, que deve:

- Proceder às respectivas apresentações (equipa de enfermagem, equipa médica, auxiliares de acção médica, administrativos);
- Explicar finalidades e política de atendimento do serviço;
- Mostrar instalações, equipamentos, estrutura física completa;
- Dar explicações sobre capacidade de serviço, características principais dos doentes atendidos;
- Entregar manual de acolhimento no serviço;
- Entregar o elemento ao enfermeiro integrador (horário fixo), para que este o acompanhe durante o resto do dia em observação.

A duração prevista para a integração no serviço é de um mês.

Apesar de existir este programa, esta integração nem sempre é realizada nos prazos previstos por falta de elementos para orientarem os recém-formados; algumas vezes só é realizada depois dos recém-formados já se encontrarem a trabalhar há 3 ou 6 meses. É evidente que para que os objectivos duma integração eficaz se atinjam não é suficiente que existam programas de integração muito bem detalhados, mas sim que sejam postos em execução, ainda que não sejam tão completos.

Perceber o que acontece no percurso da formação até ao início do desempenho profissional, tem sido uma das nossas preocupações, motivo pelo qual nos propusemos elaborar este estudo.

O plano de estudos de 1987, encerra o período da dependência exclusiva do ensino de enfermagem do Ministério da Saúde.

O ano de 1988, veio concretizar o que há muito tempo as escolas de enfermagem desejavam - *a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico.*

Os futuros profissionais, daqui para o futuro, no final do curso, serão detentores do título de Bacharel.

O ensino de enfermagem passou a ter a dupla tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde. Com esta integração encerra-se um longo ciclo do ensino de enfermagem, e inicia-se outro que desejamos nos traga maior capacidade de intervir na nossa sociedade, através da investigação, de forma a prestarmos os melhores cuidados ao Indivíduo, à Família e à Comunidade.

3 - A REFLEXÃO DA EXPERIÊNCIA

Reflectir sobre a nossa experiência pessoal, segundo as palavras de (Ribeiro, 1993, p. 37) leva-nos necessariamente a "reflectir sobre a geração de 60, que herdou na sua formação um passado carregado de uma ideologia de serviço e altruísmo, atravessa as gerações do impacto da tecnologia e se depara com um presente de confronto com as novas gerações."

A nossa geração herdou do passado aquilo a que (Collière, 1989, p. 122) chamou "o imperativo da vocação para o serviço como vector ideológico".

Isso significava a exigência de um conjunto de qualidades que a pessoa da enfermeira deveria possuir, qualidades essas atribuíveis aos papéis de mãe (protectora, doce, generosa), de pai (firme, capaz de impor a autoridade e a ordem), de criança (dócil e obediente) e muitas outras que se poderiam enumerar. Mas é também a geração que sofre o embate da vaga tecnológica que propõe a substituição do imperativo anterior, pelo do «papel técnico que vinha desde os anos 50 a conquistar a parte de leão» (Collière, 1989, p. 110).

Este «perfil de um papel de dupla face: moral e técnica», marca de forma indelével esta nossa geração.

Ainda que corramos o risco de especular, somos tentados a questionar sobre que tipo de pessoa é a enfermeira ao longo destes tempos.

Concordamos com (Ribeiro, 1993, p. 39) pela nossa própria experiência, quando se refere a que a ênfase que imperava na nossa formação "era portadora de uma noção ritualizada em que os conhecimentos tinham pouca importância, a técnica uma importância relativa e as atitudes ligadas a um conjunto de qualidades morais eram determinantes, para passar a ser uma pessoa rotinizada pela crescente importância da técnica, aumento relativo do conhecimento e desvalorização crescente do conjunto de qualidades anteriormente valorizadas."

Passamos de facto a ser confrontados com uma crescente valorização da técnica através da aquisição de conhecimentos cuja importância aumenta, continuando a desvalorização dos aspectos relacionados com as atitudes.

Esta crise dos valores tradicionais traz à nossa geração a emergência de valores como a liberdade, o reforço dos direitos humanos que, de forma embora incipiente, se reflete entre nós pela conquista de espaço pelas correntes humanistas.

Somos de opinião que a construção da imagem ou da pessoa da enfermeira faz-se, assim, ao longo dos últimos 30 anos, à custa de grandes contradições resultantes do equilíbrio entre a mudança e a manutenção. De quê?

Por um lado, é confrontada com a necessidade de se afirmar como profissional competente associada à ideia de eficácia relacionada com a execução técnica correcta, a rapidez (o primado da competência técnica), por outro, a necessidade de manter uma face humanizada da abordagem do doente como um serviço a prestar (o primado da vocação). Esta situação leva ao conflito que divide a enfermeira entre uma actuação que recorre "à aproximação do modelo biomédico e à actuação da filiação conventual", como lhe chama (Collière, 1989, p. 126).

As várias tentativas para resolução deste conflito têm passado pelo recurso à aquisição de cada vez mais conhecimentos, ora na área das ciências médicas, ora na das ciências sociais e humanas (a comprovar os sucessivos planos de estudo dos cursos de enfermagem).

Chegada a este momento da nossa reflexão interrogamo-nos como poderemos não carregando este passado que às mais novas poderá parecer muito longínquo, contribuir para a construção do presente e apontar o futuro às gerações mais novas.

Consideramos que todo este processo tem sido muito difícil e atrevemo-nos mesmo a afirmar que o balanço entre as preocupações técnicas e formais e as preocupações de cariz humanista do atendimento do utente tem provavelmente pendido mais vezes para o lado das preocupações técnicas. Em nosso entender o recurso aos conhecimentos da área das ciências humanas não resolveu este conflito e desequilíbrio.

Daqui resulta que se tem vindo a tomar cada vez mais a consciência de que os profissionais de enfermagem têm de encontrar as respostas àquilo que é a sua razão de ser dentro da própria profissão por meio de investigação que leve à elaboração de conhecimento próprio. Sentimos contudo que muitos de nós, na nossa prática quotidiana, não nos consciencializamos disso.

O contacto com as novas gerações tem constituído um desafio muito importante para nós.

Ao iniciarmos a nossa actividade como docente, há trinta e um anos, após quatro anos de experiência profissional, em serviços hospitalares e de saúde pública, confrontámo-nos com algumas dificuldades relacionadas por um lado com o facto de não termos tido qualquer formação específica para este fim (docência) e por outro, por nos depararmos com um plano de estudos diferente do que tínhamos tido durante a nossa formação. Tínhamos apenas como pontos de referência para o exercício da docência os modelos de formação que nos tinham acompanhado durante os três anos do curso.

Durante a nossa formação fomos confrontados com uma forte componente de conhecimentos técnicos, com grande ênfase no desenvolvimento de capacidades e habilidades do domínio do saber fazer bem como do saber ser e estar.

O ensino era centrado no professor, que mantinha um grande distanciamento do aluno. Os períodos de estágio constituíram os momentos de eleição para a nossa aprendizagem, pois aí, para além dos orientadores da escola, contactámos com outros profissionais já muito experientes que colaboravam na nossa formação e que muito contribuíram para a nossa aprendizagem.

No último ano do curso era proporcionada uma pequena experiência pedagógica que consistia em colaborarmos com as nossas orientadoras, na orientação dos colegas mais novos, dos 1º e 2º anos.

Foi uma experiência muito gratificante que contribuiu para o nosso desenvolvimento mas de maneira nenhuma suficiente para iniciarmos a nossa actividade como docente.

Daqui resulta que muito da nossa relação com os alunos de enfermagem fosse baseada no modelo que tivemos na nossa formação e que, concerteza, estaria desactualizada, muito embora toda a experiência que vivenciámos durante os quatro anos de actividade profissional nos tenha ajudado a reflectir sobre a nossa prática e tenhamos desenvolvido competências de autonomia, segurança, liderança para além de todas as competências não técnicas indispensáveis no nosso quotidiano.

Apesar de não termos sido sujeitas, ao ingressarmos no mercado de trabalho, a um programa de integração à vida profissional, não sentimos grande desfasamento entre o adquirido na escola e o exigido no serviço onde fomos colocadas.

Durante o curso, o facto de termos contactado muito de perto com toda a dinâmica dos serviços, o facto de ficarmos responsáveis pelos colegas mais jovens, deu-nos um certo à vontade ao iniciarmos a nossa actividade profissional. De realçar também o facto de termos ficado a trabalhar num serviço onde realizámos alguns dos períodos de estágio o que muito contribuiu para a nossa segurança e que se reflectiu no nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

Estamos convictas que ao fazer aqui e agora esta reflexão estamos a enriquecernos.

Concordamos com (Zeichner, 1993, p. 17) quando refere que "o professor como prático reflexivo reconhece a riqueza da experiência que reside na prática de bons professores."

Nesta perspectiva consideramos que o saber que retiramos da nossa experiência nos leva a reconhecer que o processo de aprender a ensinar se prolongará durante toda a nossa carreira como formadora.

De facto é o que nos tem vindo a acontecer, pois as reformas sucessivas dos planos de estudo do curso de enfermagem foi-nos obrigando a ter uma atitude reflexiva em relação ao ensino de enfermagem e às condições sociais que o influenciam.

Estas reformas efectuaram-se, no entanto, sem o envolvimento dos professores de enfermagem, ou seja, não espelharam as suas reflexões, o que para (Zeichner, 1993, p. 9) não é correcto, uma vez que considera que "os professores que são práticos reflexivos devem desempenhar um papel muito importante na definição das reformas educativas e na produção de conhecimento sobre o ensino, graças a um trabalho de reflexão na e sobre a sua própria experiência."

Daí tantas dificuldades em implementar os planos de estudo elaborados por outros (partindo dos órgãos de decisão) e tanta resistência à mudança.

O Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro, constitui um marco histórico para a enfermagem, na medida em que, ao integrar o ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a nível do ensino superior politécnico, permitiu, pela 1ª vez, que os professores elaborassem os seus próprios planos de estudos e programas, tendo por base os seus quadros de referência e as directivas da Comunidade Europeia, embora sob as linhas gerais emanados pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

É de esperar, portanto, que futuramente a implementação seja mais fácil bem como as próprias revisões que devem traduzir a reflexão da prática.

CONCLUSÃO

O percurso do ensino de enfermagem nestes últimos trinta anos, tem sido significativo a nível da formação de enfermeiros.

Os sucessivos planos de estudo dos cursos de enfermagem têm vindo a apostar na formação de enfermeiros mais intervenientes na comunidade, de forma a não se enquadrarem apenas na realidade actual mas também para actuarem como agentes de transformação da mesma.

Para tal, os enfermeiros terão de investir na investigação para poderem melhorar a sua prática, afirmar a sua autonomia e aumentar a sua competência.

Durante a formação inicial os estudantes são confrontados com inúmeras situações que lhes permitem adquirir algumas capacidades que deverão ser desenvolvidas nos serviços onde são colocados no final do curso.

Nestes serviços, aos recém-formados deverá ser proporcionado um período de integração que lhes permita uma "boa" adaptação ao seu posto de trabalho.

Ao longo da nossa experiência temos verificado que, por vezes, há dificuldades em estabelecer esse período o que tem trazido a muitos jovens enfermeiros uma sensação de vazio e frustração que decerto terá repercussões na sua forma de estar.

Parece podermos concluir que não há planos de estudo eficazes, se não houver esforços conjuntos da Escola e dos Serviços.

Estes aspectos serão abordados no Capítulo III do trabalho.

INTRODUÇÃO AO CAPÍTULO III

Neste Capítulo III do nosso trabalho, queremos equacionar alguns aspectos de modo a dar a conhecer que a Enfermagem, como outras actividades profissionais, tem sofrido grande mudança social de modernização tecnológica e de competitividade económica, que tem introduzido algumas modificações no sistema de oferta e procura de mercado de trabalho dos jovens enfermeiros.

Tem-se assistido, por um lado, a um elevado número de procura dos cursos de enfermagem, talvez devido à recente integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, o que se traduz por um maior número de jovens à procura de emprego, e por outro, como nos sugere (Ambrósio, 1992, p. 1)

já que a oferta não provém hoje apenas dos sistemas escolares formais e dos jovens diplomados, mas cresce enormemente com a reserva de população adulta que, através de trajectórias profissionais múltiplas e de formas variadas de formação contínua a constituir em muitos casos "stocks" de mão de obra de procura prioritária.

De facto, assistimos na nossa profissão a um grande número de profissionais que têm tido acesso à sua formação contínua e correspondente progressão na carreira muito tardiamente, mas com grande experiência, que continuam durante mais tempo na vida activa, o que em nosso entender poderá explicar de algum modo este fenómeno. Contudo, assistimos também, por outro lado, a uma certa precaridade de emprego, que se traduz no emprego sem vínculo contratual à Instituição empregadora, o que pode constituir instabilidade quer pessoal quer organizacional.

Queremos também de algum modo expressar algumas preocupações e reflexões que temos vindo a fazer na nossa longa actividade de docente e agora fortalecidas e potencializadas por esta formação que nos proporcionaram, para a necessidade de sermos capazes de investir na formação inicial dos enfermeiros, numa verdadeira formação de adultos, em que não se devem desenvolver apenas conhecimentos

científicos e tecnológicos, mas programas que suficientemente integrados e adaptados ao leque de funções a preencher dentro das Instituições, garantam o desenvolvimento de competências e atitudes altamente requeridos pela evolução dos processos produtivos e pelos novos modelos de organização do trabalho (Ambrósio, 1992, p. 4). Nesta perspectiva, tecemos algumas considerações sobre a necessidade da articulação Escola / Instituição de Saúde, no sentido de evitar ou minimizar "O Choque da Realidade" sentido pelos recém-formados, pois como diz (Ambrósio, 1992, p. 4)

a concretização de planos estratégicos de desenvolvimento não dependem de programas emprego / formação traçados à priori, mas serão provavelmente altamente condicionados pelos Recursos Humanos disponíveis, o que nos leva a formular a hipótese de se ter de organizar processos interactivos entre sectores empregadores e os actores profissionais existentes.

Enfatizamos ainda a necessidade imperiosa da prática da investigação quer na formação de enfermeiros quer no seu quotidiano profissional, de modo a permitir o desenvolvimento de práticas estáveis de educação / formação adequadas à obtenção dos objectivos desejáveis.

CAPÍTULO III - A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM NA MUDANÇA DOS CONTEXTOS SOCIAIS

As mudanças que vêm ocorrendo quer no âmbito mais geral dos processos e estruturas da produção de cuidados de saúde quer no âmbito mais específico da Enfermagem no domínio da sua formação profissional, indiciam novas condições proporcionadoras de novas estratégias profissionais, que visam poder responder, de uma forma efectiva, às necessidades da população em matéria de saúde.

Das mudanças ao nível da produção de cuidados de saúde, saliente-se a crescente incorporação da inovação tecnológica nos processos de trabalho, associada a uma crescente especialização e formalização dos saberes profissionais. Também, e paralelamente, a visibilidade social que vem adquirindo a crescente complexidade e multidimensionalidade dos paradigmas de saúde-doença nas referências dos diferentes

grupos profissionais, em oposição ao paradigma biomédico, enquanto paradigma tradicionalmente dominante no campo institucionalizado da saúde-doença.

No domínio da formação profissional em enfermagem, têm sido particularmente relevantes as mudanças ocorridas nas últimas décadas.

No caso português, estas mudanças dizem respeito, por um lado, ao progressivo aumento da escolaridade obrigatória para o acesso ao curso de enfermagem e que veio a culminar com a recente integração deste curso no ensino superior politécnico, com as exigências académicas de ingresso iguais a outros cursos superiores, e por outro pela progressiva reformulação dos planos curriculares, através do alargamento da componente teórica de formação, da introdução de novos campos disciplinares da área das ciências sociais e da crescente ênfase atribuída à preparação profissional na promoção da saúde.

Estamos convictas que muitos desafios se põem hoje ao enfermeiro na sociedade actual e que é urgente equacioná-los de forma concertada para que a saúde para todos no ano 2000 seja um lema com vista à construção de uma realidade e não um mito.

Esta realidade só será possível se todos estivermos interessados em cumprir claramente as declarações e recomendações de Alma-Ata, que exigem uma mudança do trabalho isolado dos trabalhadores de saúde para um trabalho em equipa, trabalho em equipa que resulte de facto em saúde para todos no ano 2000, cujo objectivo a atingir pressupõe uma estratégia já definida - a dos cuidados de saúde primários, ou seja cuidados essenciais, de base, que não necessitam de técnicas sofisticadas (mas que têm de ser aceites culturalmente) e que implicam uma discriminação positiva. Implicam também a participação activa da comunidade, no sentido da sua auto-responsabilização e independência.

É evidente que a execução desta estratégia exige certas condições que envolvem não só alterações na política de saúde, mas também alterações na hierarquização dos valores da população em geral, incluindo a dos técnicos, na organização dos serviços de saúde e nos papéis sociais dos trabalhadores de saúde. Isto significa que, ao contrário do que se aceitava no passado, em que se esperava quase exclusivamente do médico a tomada de decisões sobre a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades,

hoje, os trabalhadores de saúde em cuidados primários, incluindo os enfermeiros, sejam responsáveis pelas suas acções perante a comunidade, cada um por si e todos em conjunto.

Assim, deve o enfermeiro no trabalho em equipa, desempenhar a sua função específica de assistir o indivíduo, grupo, famílias / comunidades de forma responsável e de maneira a que seja reconhecida e respeitada esta função específica, por todos os outros trabalhadores de saúde, que no dizer de (Collière, 1989, p. 188), significa "a segurança do reconhecimento específico".

Contudo, para que o enfermeiro possa desempenhar o papel que lhe cabe, somos de opinião que algumas condições são necessárias, das quais enumeramos apenas algumas:

- a carreira de enfermagem tem de estar de acordo com as verdadeiras necessidades dos serviços e tem de haver condições para a pôr em prática;
- as condições de admissão de pessoal têm de ser estimulantes e não uma barreira à prestação de trabalho para o qual os enfermeiros estão preparados;
- a admissão de enfermeiros recém-formados em situação precária de emprego não é aceitável nem permite a prestação efectiva de cuidados primários de saúde;
- a formação de enfermeiros deve ter determinadas características, para que possam dar o seu contributo efectivo, para atingirmos o objectivo «saúde para todos no ano 2000».

Como temos vindo a dizer, a formação inicial no nosso país tem vindo a evoluir no sentido de incluir os conteúdos necessários, de acordo com as recomendações da OMS, embora em nosso entender, possamos melhorá-la ainda mais de forma a, como diz Manfredi (1983), citado por (Basto, 1985, p. 60) "aumentar a ênfase nos aspectos sociais e no desenvolvimento de capacidades para conseguir a dinâmica interpessoal, a motivação e a responsabilidade que levam as pessoas a darem um contributo activo como membros da sociedade".

Estamos em crer que uma das etapas deste processo de mudança é a formação dos enfermeiros a nível superior, tal como a de outros técnicos de saúde com quem

formamos equipa. Esta formação é agora uma realidade entre nós, decorrente da integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional.

Seguidamente, iremos abordar alguns aspectos desta integração.

1 - AS INCERTEZAS DO PRESENTE FACE À INTEGRAÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM NO ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO

Embora a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional a nível do ensino politécnico fosse há muito desejada pelas escolas de enfermagem, a sua concretização, pelo Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro trouxe às escolas satisfação mas também muitas preocupações. Preocupações que ainda hoje se fazem sentir, tanto num certo mal-estar dos docentes por ainda não terem obtido a sua integração na carreira do ensino superior politécnico, bem como dos estudantes por não terem ainda obtido todos os benefícios a que têm direito como os outros estudantes do mesmo nível de ensino.

De facto, desde a Lei 61/78 de 28 de Julho, que tinha sido definido que as escolas de enfermagem seriam convertidas em escolas superiores, tal como se previa para a formação dos educadores de infância e professores primários.

Mais tarde, em 1985, um despacho conjunto do Ministério da Saúde e do Secretário de Estado do Ensino Superior, em 16 de Janeiro, considera os princípios fundamentais da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo, dos quais citamos alguns:

- «A educação em enfermagem é de nível superior e deverá garantir o equilíbrio entre a competência académica e científica e a competência técnica e profissional.
- A educação em enfermagem será de dupla tutela do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde, de acordo com as condições que superiormente venham a ser definidas na sequência do protocolo de colaboração genérica a celebrar entre os dois ministérios.

- A autonomia da enfermagem terá de ser salvaguardada pelo que a orientação e a responsabilidade da educação em enfermagem deverão continuar a pertencer a enfermeiros da carreira docente respectiva.
- Deverá continuar a haver um só nível de formação de base em enfermagem pelo que o actual curso de enfermagem geral será substituído pelo Curso Superior de Enfermagem, que conferirá o grau académico de bacharel.
- Existirão Estudos Superiores Especializados em Enfermagem (estudos avançados pós-bacharelato) que, para efeito da Função Pública e de continuação de estudos serão equivalentes a licenciatura.
- Aos graus académicos que vierem a ser conferidos pelos vários cursos de enfermagem poderão ter acesso os enfermeiros já diplomados mediante apreciação curricular, eventualmente acrescida de formação complementar.
- Os enfermeiros docentes deverão possuir formação equivalente e os mesmos graus académicos requeridos aos docentes dos cursos de igual nível.
- As habilitações literárias de acesso à formação de base em enfermagem deverão ser do nível exigido para o Ensino Superior em geral.
- Os estudantes de enfermagem deverão ter os mesmos direitos e deveres que os demais estudantes do mesmo nível de ensino.»

Como já dissemos anteriormente, a integração do ensino de enfermagem veio a efectuar-se em Dezembro de 1988, através do Decreto-Lei nº 480.

Este decreto preconiza que:

- as Escolas Superiores de Enfermagem são dotadas de personalidade jurídica, gozam de autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica regendo-se por regulamento a aprovar por decreto;
- compete às escolas desenvolver a investigação científica e técnica dentro do seu âmbito, organizar cursos de aperfeiçoamento destinados à valorização dos profissionais de enfermagem, apoiar pedagogicamente os organismos de educação permanente na área de enfermagem, colaborar com entidades

públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras, com vista à melhoria do nível científico da enfermagem;

- o curso superior tem a duração de 3 anos e a aprovação no curso confere o grau académico de bacharel, assim como o título profissional de enfermeiro. A aprovação comprova ainda a formação científica e técnica adequada para a prestação de cuidados de enfermagem aos três níveis de prevenção, dirigidos ao indivíduo, família e à comunidade e a capacidade para participar na gestão dos serviços de enfermagem, no ensino relacionado com a respectiva área de trabalho e em estudos de investigação;
- à candidatura, matrícula e inscrição no curso superior de enfermagem aplica-se o disposto no Decreto-Lei nº 354/88, de 12 de Outubro. É a Portaria 65A/90 que regulamenta o concurso nacional de acesso para a inscrição nas escolas para o ano lectivo 1989/90;
- apesar de ser considerada uma fase de transição até Dezembro de 1995, que veio a ser prolongada até 31 de Julho de 1996, esta legislação foi essencial para se adoptar os regulamentos do ensino superior válidos em todo o país especialmente no que diz respeito à admissão dos estudantes ao curso superior de enfermagem.

Após a publicação da legislação já mencionada, tendo como referência a Portaria 195/90 de 17 de Março, que veio regulamentar o curso superior de enfermagem (bacharelato), as directivas da Comunidade Europeia relacionadas com a formação em enfermagem, as linhas gerais emanadas pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde e baseando-se nos seus quadros de referência, as escolas de enfermagem elaboraram pela primeira vez os seus próprios planos de estudo e programas.

Desta forma passa então cada escola de enfermagem, com esta autonomia, a poder elaborar o seu próprio plano de estudos, com 50% de ensino teórico e 50% de ensino clínico, fazendo parte do curriculum escolar um conjunto de unidades curriculares, nas áreas das Ciências Sociais e Humanas e das Ciências Biológicas, que permitem aos estudantes adquirir um vasto leque de conhecimentos teóricos e práticos,

desenvolvendo-lhes capacidades e saberes dos domínios cognitivo, psicomotor e afectivo.

Os planos de estudo de cada escola foram apresentados e após terem sido aprovados pelos ministérios da tutela, o primeiro curso superior teve início em Abril de 1990.

Entre 1985 e 1990 mediaram 5 anos.

O que foi feito pelo então Departamento de Ensino de Enfermagem, de quem dependiam as Escolas de Enfermagem?

Que preparação para os docentes de enfermagem, de forma a assegurar a sua transição antes de iniciarem o novo curso de enfermagem que, de acordo com o preconizado na Lei de Bases do Sistema Educativo, como curso integrado no ensino superior politécnico visa proporcionar "uma sólida formação cultural e técnica de nível superior, desenvolver a capacidade de inovação e análise crítica e ministrar conhecimentos científicos de índole técnica e prática e as suas aplicações com vista ao exercício de actividades profissionais"?

Que protocolos com as universidades para permitir aos docentes de enfermagem adquirir a tal formação equivalente aos mesmos graus académicos requeridos aos docentes dos cursos de igual nível, antes de iniciarem a "tal" formação que permitirá aos alunos desenvolver capacidades de inovação e análise crítica?

Que preocupação houve da parte do Departamento do Ensino de Enfermagem e dos ministérios da tutela de se aperceberem como se sentiriam os docentes de enfermagem face à mudança que se previa?

Como nas reformas anteriores nunca houve da parte do Departamento do Ensino de Enfermagem, a preocupação de se aperceber que formação para os docentes de enfermagem, tendo em vista as várias mudanças que se fizeram nos currícula do curso de enfermagem.

Não concordamos totalmente com Nóvoa (1991) citado por (Amiguinho, 1992, p.25), que rejeitando uma visão mítica da formação, sublinha a este propósito que 'um discurso excessivamente centrado na formação é muitas vezes uma fuga para a frente', sobretudo nos períodos de reforma, e até uma confissão de incapacidade para mudar o sistema educativo.

Consideramos que a formação é necessária, se negociada, entre a entidade que promove as mudanças e quem as vai fazer funcionar, enquanto condições para o desenvolvimento da autonomia e da criatividade. Esta possibilidade não foi dada aos docentes de enfermagem por parte das escolas porque não tinham autonomia para tal, nem da parte do Departamento do Ensino de enfermagem, que detinha o poder.

Somos de opinião que com a aproximação da legislação que veio alterar significativamente a formação em enfermagem, deveriam ter sido proporcionadas condições aos docentes de enfermagem para poderem iniciar o primeiro curso superior de enfermagem com o nível académico exigido e preconizado na lei.

Tal como tem acontecido aos professores dos ensinos básico e secundário, os enfermeiros docentes quando se viram em 1988, sentiram-se surpresos, tensos, por vezes até com forte sentimento de agressividade, desejando, pelo menos, obter dos responsáveis uma explicação. Como diz (Esteve, 1991, p. 97) "o problema reside em que, independentemente de quem provocou a mudança, são os actores que dão a cara. São eles, portanto, que terão de encontrar uma saída airosa, ainda que não sejam os responsáveis."

Os docentes de enfermagem, face à mudança, enfrentaram dificuldades em efectuar o seu trabalho como desejariam, tendo de suportar por vezes uma crítica generalizada, que sem ter analisado criteriosamente a situação, os considerou como responsáveis imediatos. O mal-estar docente instalou-se entre os docentes de enfermagem considerando que esta expressão é entendida por (Esteve, 1991, p. 97), "como um conceito da literatura pedagógica que pretende resumir o conjunto de reacções dos professores como grupo profissional desajustado devido à mudança social."

Todos sabemos que as mudanças podem trazer um certo grau de incerteza e constrangimento, o que em nosso entender, e pela experiência por que passámos, se fez e tem feito sentir entre os docentes de enfermagem, mas que poderia ter sido evitado ou pelo menos minimizado, se os responsáveis educativos pela mudança tivessem previsto e traçado estratégias de adaptação, sobretudo a nível de programas de formação para os docentes de enfermagem.

E em relação aos estudantes de enfermagem?

Foram criadas as condições para os estudantes poderem usufruir dos mesmos direitos e deveres dos outros estudantes do mesmo nível de ensino?

Não, pois verificamos que os estudantes de enfermagem continuam a ser discriminados no que diz respeito a poderem usufruir de alguns direitos, nomeadamente aos que dizem respeito a benefícios sociais.

O Decreto-Lei nº 205/95 de 8 de Agosto aplica às escolas de enfermagem, com as suas especificidades de escolas não integradas nos Institutos Politécnicos, o previsto na Lei nº 54/90 de 5 de Setembro.

Estão neste momento as escolas de enfermagem a proceder à elaboração dos seus estatutos que deverão ser entregues para aprovação e posterior publicação até 31 de Julho p.f.

Durante estes longos cinco anos, e dizemos longos porque nem sempre o "clima" escola tem proporcionado aos estudantes e docentes um processo ensino aprendizagem efectivo, o descontentamento de uns e outros tem-se instalado e tornado evidente, pelos motivos que temos vindo a descrever.

Desde 1990, altura em que teve início o primeiro curso superior de enfermagem, por imposição dos ministérios da tutela (e dizemos imposição porque os docentes de enfermagem consideravam não estarem reunidas as condições para iniciarem um curso que requeria mudanças de estratégias pedagógicas e até de conteúdos programáticos, pois a carga horária total foi reduzida em mais ou menos 1000 horas), sendo evidente que era necessário dar mais tempo aos docentes de enfermagem mas tal não aconteceu.

Tivemos pessoalmente a experiência de aplicarmos desde o primeiro CSE, no início do curso a todos os estudantes, um pequeno questionário que nos proporcionou alguns indicadores, dos quais destacamos:

- motivo de escolha do curso;
- percepção quanto à profissão de enfermagem;
- interesses futuros;
- razão de inscrição no CSE;
- influência do Curso de Enfermagem ter sido integrado a nível superior.

A partir das respostas obtidas, temos vindo a constatar que muitos dos candidatos recorrem a este curso, porque não tiveram acesso a outro, consideram que a profissão de enfermagem é uma profissão que permite ajudar os outros, que tem acesso fácil a emprego e alguns põem a hipótese de virem a concluir posteriormente o curso para o qual se sentiam mais atraídos.

Muitos afirmam que o facto do curso de enfermagem ser agora de nível superior, influenciou a sua opção, ainda que não seja a primeira razão; alguns consideram que esta condição teve, no entanto, muito peso na decisão dos familiares em "permitir-lhes" a frequência do curso.

Sabemos que esta situação é idêntica em outras formações, no entanto, as escolas superiores de enfermagem não têm a grande quantidade de estudantes que têm outras escolas e/ou faculdades.

Assim, e com os indicadores que obtemos, põe-se-nos muitas vezes a seguinte questão:

- Que enfermeiros formar para o futuro? E principalmente **como** formar, face a uma população estudantil tão variada? Como adequar as suas capacidades saberes e atitudes, de modo a interessarem todos os estudantes e principalmente aqueles que estarão menos motivados? Que estratégias utilizar para fazer face às incertezas e aos desafios actuais da formação em enfermagem?

Acreditamos que a necessidade de continuarmos atentos à mudança permanente em que vivemos e de sermos capazes de inovar orientados por um projecto profissional, exige uma aprendizagem de novas formas de acção colectiva.

A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a nível do ensino superior politécnico, é para nós um grande desafio e corresponde à opinião da maioria dos autores que concorda que é a nível do ensino superior que os enfermeiros devem ser formados.

É também esta a opinião que vem expressa no relatório de um symposium sobre o tema, organizado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) e que é citado por (Basto, 1985, p. 60):

O enfermeiro deverá ser preparado na universidade ou em estabelecimentos de ensino superior equivalente... os recursos oferecidos pela universidade são insubstituíveis para preparar o aluno enfermeiro para atingir o nível e a qualidade de competências que os cuidados de saúde modernos requerem, para se adaptar a uma carreira que permita mobilidade e para fazer face a problemas inesperados, para adquirir o gosto pela formação contínua, adquirir hábitos de raciocínio analítico e executar, por iniciativa própria, a investigação sistemática indispensável aos cuidados de enfermagem bem assimilados. A compreensão das relações humanas e capacidades de comunicação, que o ensino em meio hospitalar é pouco propício a desenvolver, adquirem-se mais facilmente na universidade, onde todas as disciplinas se encontram e confrontam o seu pensamento. Por fim, as universidades são um manancial de material de referência, de investigação ou outra que com frequência falta numa escola ligada a um hospital.

É bem patente neste discurso que o papel de enfermeiro no desenvolvimento científico deverá ser activo e a sua contribuição através da investigação, hoje ainda com contornos incipientes, deverá ser uma realidade. Pensamos que esta investigação deverá ter como campo de intervenção aspectos científicos do **cuidar**. Será por esta via que se conseguirá um estatuto científico.

Estamos de facto num processo de mudança que implica acções e reacções negociações e cooperação. É um trabalho que põe em jogo a nossa capacidade de cooperar de outro modo na mesma acção.

Esta será a nossa aposta.

2 - ENFERMAGEM: QUE FUTURO? QUE MUDANÇAS? QUE DESAFIOS?

Falar sobre enfermagem no futuro é complexo e aliciante; complexo pelas múltiplas facetas que integra, aliciante porque acreditamos ser nestas, que residem as bases para a redefinição da profissão de enfermagem neste final do século XX.

O momento que estamos a viver é histórico e cheio de potencialidades e dependerá muito de nós o aproveitamento desse mesmo potencial. Se a enfermagem mudar no próximo século, metade do que mudou desde o início, -há aproximadamente um século-, os conhecimentos técnicos tornar-se-ão obsoletos muito rapidamente, o que vai exigir necessariamente a actuação de profissionais mais flexíveis, motivados e abertos à mudança. Esta mudança implica que estejam permanentemente actualizados na área do saber, saber fazer e com grande ênfase para o saber ser, de forma a

conduzir a mudança de atitudes em relação aos serviços de saúde, que deve ser focalizada nas necessidades totais do indivíduo enquanto pessoa, compreendido na sua globalidade.

Sem mudanças não há crescimento nem estímulo nem desafio e os enfermeiros estão conscientes que o momento é de mudança quer na sociedade em geral quer na sociedade portuguesa e que é urgente adequarem a sua actuação de forma a poderem influenciar a mudança no sentido de um maior "bem-estar" para todos.

Concordamos com (Collière, 1989, p. 199) quando refere "o acesso à universidade dá lugar a profundas mudanças no meio da enfermagem", já que do nosso ponto de vista a formação de enfermagem a nível superior, corresponde a uma valorização social dos enfermeiros, que nos permite pensar, que é necessário não só prepararmo-nos para a mudança, mas muito especialmente na preparação de que necessitamos para enfrentar a mudança.

A formação a nível superior dos enfermeiros quer a nível da formação inicial, quer da formação contínua, permite aos enfermeiros, segundo COLLIÈRE (1989), "estabelecer relações de natureza diferente da relação enfermeira-doente, médico-enfermeira", já que lhes permite beneficiar do pensamento dos outros, dando-lhes também possibilidade de contribuírem para o enriquecimento da reflexão dos grupos de trabalho, bem como de poderem situar-se noutros papéis sociais.

Somos também de opinião que este tipo de formação inicia o processo interrogativo, que obriga a questionar e incita à argumentação. Uma profissão só existe quando os seus membros detêm conhecimentos específicos, aprendidos durante um período de formação mais ou menos longo, quando possui mecanismos de auto regulação e é legitimada pela sociedade, ao dar resposta às necessidades sociais. À medida que mudam as necessidades e as expectativas do serviço fornecido, as profissões vão ter de se modificar quanto aos seus conhecimentos e técnicas, para responder efectivamente às solicitações sociais.

A enfermagem tem vindo a afirmar-se como profissão desde há pouco mais de um século.

No que se refere à evolução das profissões, constata-se que esta se efectua a partir dum **processo interno de reflexão** e das modificações nas práticas tais como elas são induzidas nos diferentes locais de trabalho.

As condições de exercício do nosso trabalho tendem a transformar-se sob o efeito do desenvolvimento tecnológico e da informatização, sem esquecer fenómenos como o envelhecimento da população, a sida, a droga e a pobreza.

No entanto, para além da diversidade e da mudança, o ser humano e os cuidados permanecem a razão de ser da nossa profissão; eles constituem o **motor e o centro**.

Para melhor compreendermos a natureza da realidade e a dos cuidados de enfermagem, é necessário compreender o contexto mais vasto da sociedade e do tempo no qual vivemos actualmente, sobretudo procurar ter uma visão do conjunto do que significa cuidar, em enfermagem, a partir da complexidade do real.

Houve grandes correntes de pensamento, ou maneiras de ver e compreender o mundo, chamados "paradigmas", nomeadamente pelo filósofo Kuhn e o físico Capra. Estes "pensadores" explicitaram os paradigmas dominantes do mundo ocidental, paradigmas esses que influenciaram todas as disciplinas.

De acordo com a sua *perspectiva única* e os seus próprios processos de reflexão, de conceptualização e de investigação, as disciplinas profissionais, como a nossa, isto é as que estão essencialmente orientadas para uma prática profissional, têm por objecto desenvolver os conhecimentos que servirão para definir e orientar a prática.

No campo da enfermagem, alguns autores, que referiremos a seguir, propuseram uma terminologia específica destes paradigmas, tendo em conta a sua influência sobre as concepções da disciplina.

Trata-se dos *paradigmas da categorização da integração e da transformação*.

1. *O paradigma da categorização*

Segundo o paradigma da categorização, *os fenómenos são divisíveis em categorias, classes ou grupos definidos*, considerados como *elementos isolados* ou *manifestações simplificadas*.

Uma *mudança num fenómeno* resulta de *condições anteriores*. Assim, os *elementos* e as manifestações mantêm entre eles *relações lineares e causais*. Do ponto de vista deste paradigma, o desenvolvimento dos conhecimentos visa a *descoberta de leis universais*.

Aplicado ao domínio da saúde, este paradigma orienta o pensamento no sentido da *procura dum factor causal responsável da doença*. O *paradigma da categorização* inspirou em particular *duas orientações na profissão de enfermagem*, ou seja, uma orientação *centrada na saúde pública*, que se interessa tanto com a pessoa e o seu meio como com a sua doença e, mais tarde, uma orientação *centrada na doença e intimamente ligada à prática médica*. (Kérouac, 1994, p. 3)

2. O paradigma da integração

O paradigma da integração prolonga o *paradigma da categorização*, reconhecendo os elementos e as manifestações dum fenómeno, mas *integrando o contexto* específico no qual o fenómeno se situa. O paradigma da integração inspirou a *orientação da enfermagem para a PESSOA*.

3. O paradigma da transformação

De acordo com o paradigma da transformação, *um fenómeno é único* no sentido que ele *nunca pode assemelhar-se completamente a outro*. Alguns apresentam semelhanças, mas nenhum outro se lhe assemelha completamente.

Cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura, "um padrão" único; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global mais vasta, que é o mundo que o rodeia.

O *paradigma da transformação* representa uma *mudança de mentalidade sem precedentes*; ele está na base duma *abertura sobre o mundo das ciências de enfermagem*.

É este mesmo paradigma que *inspirou as concepções mais recentes da disciplina de enfermagem* (Newman, 1975; Parse, 1981; Rogers, 1970; Watson, 1979). (Kérouac, 1994, p. 12).

Esta *abertura sobre o mundo*, de âmbito internacional, deu-se por meados dos anos 70 e caracteriza-se pelos seguintes factos:

- a abertura das fronteiras, em primeiro lugar nos planos cultural, depois económico e, enfim, político;
- a influência da cultura ocidental sobre a cultura oriental e vice-versa;
- grandes movimentos de população e de capitais transformam ao mesmo tempo a composição étnica original dum país e os mercados económicos;
- a intensificação das comunicações que deu lugar a uma proliferação de experiências.

É nesta perspectiva que em 1978 a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários salientou a necessidade de proteger e de promover a saúde de todos os povos do mundo e a OMS (1978) propôs a implementação dum sistema de cuidados de saúde baseado numa filosofia em que "os homens têm direito e o dever de participar individual e colectivamente na planificação e na implementação das medidas de protecção sanitária que lhes são destinadas".

Face à complexidade das situações de saúde e à necessidade duma visão mais global, a prestação de cuidados de enfermagem exige cada vez mais uma *compreensão dos processos, dos problemas e das situações das pessoas em todas as idades, em todos os meios de vida e num mundo em constante mudança*.

É a relação particular entre os conceitos de "cuidado", "pessoa", "saúde", e "meio", orientada para o que é feito **com** ou **em nome** da pessoa, em vez do que é feito à pessoa ou **por** ela, que é a essência da disciplina de enfermagem. No entanto, estes conceitos em si próprios não são suficientes para explicitar a contribuição particular da enfermeira nos cuidados de saúde (Kérouac, 1994, p. 21). Para precisar as relações entre estes conceitos existem várias concepções elaboradas no âmbito da nossa profissão.

Sabemos que quando uma **concepção é completa e explícita**, ela é chamada "**modelo conceptual**".

Na enfermagem estes modelos conceptuais servem de guia à prática, à formação, à investigação e à gestão em enfermagem. No entanto, os "**modelos e o processo de enfermagem**" podem perturbar a nossa percepção como enfermeiras e impedir-nos de cuidar dos utentes de forma personalizada. Uma perspectiva crítica a propósito dos modelos de enfermagem, revela que eles podem erguer barreiras em relação ao conhecimento da complexidade das situações dos utentes.

O processo e os modelos de enfermagem encontram-se estritamente ligados. O **processo de enfermagem** é um "dispositivo que permite que a enfermeira ponha em prática qualquer modelo de enfermagem que escolha, mas não é em si mesmo um modelo". No entanto, é impossível analisar, planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem sem uma qualquer construção mental que dê forma ao processo. Essa construção é um **modelo**, que pode não estar formalizado.

Os modelos de enfermagem, a sua génese e desenvolvimento subsequente, podem também ser vistos como parte do movimento em direcção ao profissionalismo na enfermagem.

Ao concentrarmo-nos nestes modelos de enfermagem, corremos um sério risco de nos afastarmos dos "esforços sérios para discutir a enfermagem de uma forma realista, relevante e construtiva" (Smith, 1981), que tenha sempre em linha de conta o reconhecimento do carácter único de cada indivíduo e da complexidade da sua situação.

O desafio que se nos coloca, será portanto deixar que a **reflexão**, a partir de **situações concretas** que vivemos, e baseada em diferentes fontes de **conceptualização**, nos oriente para uma **prática melhor**, falando connosco directamente e entre nós de uma forma que os modelos de enfermagem, em si, não permitem.

O *desafio* para o futuro, consistirá em *tornarmos claro o essencial da disciplina de enfermagem* para além destas concepções, de forma a descrevermos o **centro de interesse** e a **identificarmos**, a partir de novas tendências, **os princípios que orientam a acção** (Kérouac, 1994, p. 58), estando conscientes que os **cuidados de enfermagem**, parecendo aparentemente simples, se tornaram complexos e diversificados.

De acordo com (Collière, 1989, p. 221) o cuidado é muitas vezes "invisível". Cuidar ou preocupar-se com alguém, acreditar nele, reforçar as suas competências, permitir-lhe voltar a ter esperança, acompanhá-lo no seu caminho estando-lhe presente, são acções invisíveis.

A nossa **prática profissional** confronta-nos a situações marcadas pela **incerteza**, a **complexidade**, a **unicidade**, a **variabilidade**, a **imprevisibilidade** e a **indeterminação**. Estas situações não podem encontrar resposta num quadro prè-estabelecido.

Agir de acordo com o concreto, com a situação real, é muito complexo e exige o **juízo profissional** enquanto **competência**.

O **profissionalismo** segundo (Scheifer, 1992, p. 228), **está mais ligado à capacidade de fazer face à incerteza** do que à definição minuciosa e totalisante dum posto de trabalho.

Estamos pois perante grandes **desafios e mudanças** que nos levam a questionar:

- quem somos?
- que formação?
- que fazemos?
- para onde vamos?

Trata-se portanto de nos interrogarmos sobre a nossa **identidade profissional**, sobre o sentido da nossa "**pertença**" à enfermagem, para melhor "**consciencializarmos**" o que é para nós, a nível **individual e colectivo**, ser enfermeira hoje.

Em 1985, o director-geral da OMS convidou os enfermeiros a abrir caminho através dos cuidados de saúde primários.

A consecução das 38 metas regionais do plano «saúde para todos no ano 2000» serão determinantes no nosso futuro. Elas dão aos enfermeiros oportunidade para atingirem de uma forma nova e independente os seus objectivos pelo que se torna indispensável a cooperação recíproca com outros profissionais de saúde e com a comunidade que servimos.

Acreditamos que a investigação terá de fazer parte integrante da enfermagem. Ela não deverá ser vista como um exercício académico «à margem da realidade», mas sim um recurso poderoso, para que a enfermagem se assuma de facto como ciência.

Estamos cientes da responsabilidade que se põe aos docentes de enfermagem no momento actual, na formação inicial, dado que é necessário contribuir efectivamente para a formação de estudantes reflexivos, de futuros profissionais que aprendam não só a saber, saber-fazer e saber ser, mas também a saber transformar-se, já que segundo (Jarvis, 1992), a aprendizagem do aprender tem sido identificada como a primeira nova competência requerida nos locais de trabalho.

Concordamos plenamente que o "saber transformar-se", é essencial no quotidiano dos enfermeiros, porque o "mundo da saúde", está a modificar-se rapidamente.

Os progressos tecnológicos são enormes, a sociedade modifica-se, a saúde é apercebida de uma maneira mais global e sobretudo os utentes dos cuidados de enfermagem aumentam. Assim, para podermos responder a estas condicionantes, os profissionais de enfermagem devem procurar "transformar-se" cada vez mais em profissionais de alto nível de competência tanto no domínio técnico como no domínio relacional e ético. Devem ter um espírito aberto, uma capacidade de transferirem os seus conhecimentos para a prática quer na relação enfermeiro/utente quer na relação harmoniosa com todos os elementos da equipa de saúde.

É necessário preparar enfermeiros que encarem a mudança como uma parte importante do seu papel na sociedade.

Estes são desafios que se põem aos docentes de enfermagem em particular e aos enfermeiros em geral.

Estamos prontos a aceitá-los.

3 - DA FORMAÇÃO AO DESEMPENHO PROFISSIONAL DA/O ENFERMEIRA/O

Face à problemática em estudo não poderíamos deixar de reflectir no papel da escola na formação de enfermeiros que se deseja venham a ser competentes no seu desempenho profissional.

A escola como instituição tem o dever de educar indivíduos e prepará-los para o mundo do trabalho, proporcionando-lhes aprendizagens diversificadas.

É a ela que prioritariamente é confiada a responsabilidade de assegurar a aquisição de conhecimentos e capacidades nas várias áreas do saber.

Para além disso, uma escola que tenha a seu cargo a formação profissional, como é o caso das escolas de enfermagem, deve, como refere (Santos, 1986, p. 28), "dar aos seus estudantes os meios de agir no campo profissional, ou seja, ajudá-los a melhor responder às necessidades da colectividade na qual eles exercerão a profissão".

Por outro lado, não podemos esquecer que a influência entre formação e profissão é recíproca. A mesma autora reforça esta ideia com uma citação de Schollaert afirmando "aquilo que se faz a nível da formação dos enfermeiros, tem uma consequência directa na profissão, por seu lado, o exercício da profissão repercute-se necessariamente sobre o ensino" (Santos, 1986, p. 29).

Com efeito, escola e hospital (instituições de saúde), têm uma finalidade comum - colaborar na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde - embora a missão específica de cada instituição seja diversa no que se refere aos novos profissionais de enfermagem.

À escola compete a **qualificação** dos futuros profissionais, ou seja, a garantia dum conjunto de saberes resultantes duma formação específica. Ao hospital / instituições de saúde, cabe-lhes a responsabilidade da **competência**, entendida como - um conjunto de saberes indissociavelmente ligados à formação inicial de base e à experiência, que só são mobilizadas pela pessoa quando é necessário "provar" o que se é "capaz de fazer" numa adaptação concreta a um posto de trabalho.

Para a (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Quebec, 1980, p. 5), "competência refere-se a um conjunto de capacidades constituídas por vários elementos integrados - os conhecimentos, as habilidades e os julgamentos que, adaptados às situações irão permitir ao enfermeiro um desempenho seguro e de qualidade".

Assim, o conceito de COMPETÊNCIA não se pode reduzir ao conceito de QUALIFICAÇÃO, ou seja, o facto de uma pessoa receber um diploma apenas garante a sua qualificação para o exercício da profissão, mas não atesta da sua competência.

Estamos de acordo com (Nyhan, 1993, p. 8) ao considerar "que os indivíduos que saem dos sistemas de formação, podem não ter conseguido a qualificação mais preciosa e estável, a de competir num mundo de requalificação e aprendizagem contínuas e, em particular, a da aprendizagem da experiência."

Segundo o mesmo autor "a aprendizagem tem de estar mais perto da realidade da empresa (o campo de acção) e a empresa, por sua vez, tem de arranjar lugar para os processos de qualificação contínua que possam ter lugar no seu interior."

De facto, ainda que durante o percurso escolar cada estudante tenha variadíssimas oportunidades de "mostrar" o seu saber e de agir adequadamente, (diria mesmo com *competência, relativamente às situações em questão*), a passagem ao mundo do trabalho constitui sempre uma etapa difícil, mesmo se a "INTEGRAÇÃO" é adequada.

A "INTEGRAÇÃO", representa para os recém-formados uma mudança que é actualmente uma característica permanente do trabalho. As organizações de sucesso, de agora e do futuro, estarão em mudança e adaptação permanentes, não apenas em relação à tecnologia e aos métodos de trabalho mas também às questões socio-culturais no seio da organização e da sociedade em geral.

A passagem da escola ao exercício da profissão é uma transição difícil muitas vezes dolorosa, cuja integração levanta dificuldades.

Os principais obstáculos à mudança provêm de atitudes individuais: o medo do desconhecido, o medo de não ser capaz de enfrentar problemas, o desejo de "se agarrar" ao que é familiar, ao que já foi experimentado e testado, a ignorância sobre a forma como serão individualmente afectados, a dependência de padrões estabelecidos,

o medo de não serem suficientemente informados sobre todos os factos, a falta de confiança naqueles que procuram introduzir a mudança, a resistência emocional à própria mudança.

Estamos conscientes que, nesta transição, é inevitável para os enfermeiros recém-formados o confronto com novos valores (ou outra hierarquização), novos quadros de referência, novos contextos socio-institucionais, daí resultando necessariamente a emergência de tensões e conflitos. Desta forma, é essencial que tenham desenvolvido durante a formação inicial mecanismos e técnicas que os possam auxiliar e enfrentar a mudança. Não nos referimos a teorias elaboradas ou a sistemas de modelos, mas simplesmente ao desenvolvimento das capacidades de aprendizagem das pessoas.

As pessoas que se tornam, de forma consciente, formandos qualificados, ganham em termos de autonomia e assumem uma maior responsabilidade pela sua aprendizagem e desenvolvimento; eles possuem a confiança necessária para resolver problemas que anteriormente evitavam; eles serão capazes de reinterpretarem acontecimentos que antes receavam, considerando-os agora como oportunidades e desafios; eles sentirão menos obstáculos. Transferem os seus conhecimentos de uma situação para outra, o que lhes dá maior flexibilidade. Finalmente, os formandos competentes têm mais possibilidades de desenvolver um espírito de bem estar e realização.

Estamos pois convictos que uma adequada integração à vida profissional e a aquisição dum determinado nível de *competência* exige:

- uma abordagem realista das tensões e conflitos, que deve ir sendo construída durante a formação inicial, principalmente nos momentos do ensino clínico;
- a transformação do "saber académico" a partir duma reflexão não só sobre as dificuldades e problemas encontrados mas também sobre as margens de liberdade e as possibilidades existentes;
- o desenvolvimento de atitudes e estratégias de interacção,

que possibilitem a cada novo diplomado afirmar-se construtivamente no seu terreno profissional.

Damos conta que a formação estará presente ao longo de toda a vida profissional do indivíduo e que o seu objectivo será mais dirigido para o desenvolvimento de atitudes de autonomia, de adaptabilidade, de "aprender a aprender", do que simplesmente a elevação do nível de conhecimentos técnicos. Reconhecendo-se, no entanto, a importância de uma sólida formação geral de base, constata-se que a **qualificação** escolar abre cada vez menos a porta ao primeiro emprego e que a formação profissional específica repercute uma eficácia muito curta no mercado de trabalho.

De acordo com a abordagem sociológica do conceito de competência feita por (Bekourian, 1991, p. 117), estão implícitas três dimensões:

- uma dimensão técnica - do conhecimento aprofundado;

- uma dimensão social - do conhecimento reconhecido;

e

- uma dimensão política - de poder, ao conferir o direito de julgar ou de decidir.

Acrescenta-se uma outra dimensão, pessoal ou individual, reconhecendo que paralelamente aos saberes e saberes-fazer se acentua cada vez mais outro tipo de capacidades, constatando que a valorização de saberes profissionais passa pelo reconhecimento de um contributo individual específico - o saber ser -, permitindo pensar a **competência** em termos de polivalência e transferibilidade.

Concordamos inteiramente com este conceito e ao considerarmos a actual formação de enfermeiros, entendemos que esta não poderá formar os enfermeiros para realizarem tarefas específicas. É necessário que a formação ajude os estudantes a analisar, a generalizar, a transferir os conhecimentos. No fundo, a adquirirem capacidades que os ajude no desempenho do papel autónomo, que para (Katz; Snow, 1968, p. 13) "é o conjunto dos conhecimentos, saberes-fazer e atitudes adquiridas graças à formação, assim como a maneira como são organizadas e integradas na prática".

Contudo, no final do curso, ao serem inseridos nas instituições de saúde, há que ter em conta que os novos enfermeiros só adquirirão um certo grau de competência, após um certo tempo de experiência.

A este propósito, parece-nos pertinente falarmos de um estudo realizado por uma enfermeira canadiana (Benner, 1982, p. 27), sobre o modelo de aquisição da experiência, no sentido de PERITO ("expertise" - nível 5) que mostrou que a aquisição dum certo grau de competência - nível 3 - (considerando que os dois níveis anteriores são adquiridos na escola), será mais ou menos rápido de acordo com as características e capacidades da pessoa e a variedade de situações experienciadas.

De qualquer modo, só ao fim de três anos de exercício se considera que a/o enfermeira/o adquire uma "boa" experiência de trabalho, permitindo-lhe agir eficazmente na maior parte das situações que não sejam de grande complexidade. No entanto, a competência de perito, (a verdadeira "expertise") só é adquirida ao fim de cinco anos de experiência de trabalho na mesma área de cuidados.

Este estudo, evidencia ainda, que se este "perito" de enfermagem mudar de área de cuidados, voltará a um estágio anterior de funcionamento, sendo certo que a experiência adquirida lhe permitirá evoluir mais rapidamente para a competência como perito na nova área de exercício. (Benner, 1982, p. 32)

Com este trabalho podemos afirmar que o estudo dos problemas relacionados com a passagem da escola ao exercício da profissão de enfermagem parece ser uma preocupação tanto a nível nacional como a nível internacional.

Também nos Estados Unidos, os trabalhos realizados por Kramer e seus colaboradores citados por (Figueira, 1984, p. 24) que, desde 1968, se têm dedicado ao assunto a tempo inteiro, bem o demonstram.

Nos vários estudos realizados sobre os novos diplomados, antes da saída da escola (estudos sobre as expectativas) e em diferentes períodos no decorrer do primeiro ano de trabalho, Kramer e seus colaboradores chegaram a várias conclusões, nomeadamente:

- que a escola e o hospital funcionam como duas sub-culturas (dois mundos), cada uma delas com os seus valores próprios que, por vezes, parecem antagónicos;
- que a passagem dum mundo ao outro é sempre problemática para o novo graduado:

- que a discrepância existente entre os aspectos valorizados pela escola e os valorizados pelo hospital é a principal causa do "Choque da Realidade".

O "Choque da Realidade", no contexto desta problemática é entendido como o conflito provocado pela discordância existente entre os valores profissionais aprendidos e valorizados na escola e os que são valorizados no hospital.

Esta discordância, que pode assumir graus muito variáveis, é fonte de vários tipos de comportamento em relação ao trabalho e à profissão da parte do recém-graduado.

Assim, pode constatar-se, por exemplo:

- um estado de revolta contra a escola ou o hospital, o que torna difíceis as relações interpessoais do novo diplomado;
- um sentimento de impotência para mudar seja o que for, misturado com sentimentos de culpa por não conseguir fazer aquilo que pensa que deve fazer, expressos com frases como:
 - "não tenho coragem de fazer diferente dos outros mas não estou de acordo com o que faço";
 - "não tenho tempo de fazer enfermagem";
- um sentimento profundo de desilusão, de frustração, que KRAMER qualificou de "rôle privation", provocado pela sub-utilização, pela ridicularização de qualquer tentativa de mudança, traduzido em frases como:
 - "tantos anos de formação para fazer o que faço";
 - "que nos fica das belas teorias...";
- uma tendência evidente para aderir cada vez mais às rotinas do serviço, aos princípios burocráticos, como meio de reduzir a discordância provocadora do "choque da realidade".

Segundo o referido estudo este processo de "choque da realidade" parece ser inevitável para qualquer novo graduado e desenvolve-se habitualmente em quatro fases:

"Fases do Choque da Realidade"

1. Fase da "Lua de Mel"
2. Fase do choque
3. Fase da recuperação
4. Fase da resolução

1. A fase - lua de mel - (6 a 8 semanas)

Em que o novo diplomado é confrontado com duas actividades principais:

- o domínio das técnicas e rotinas, e
- a integração social na instituição, no serviço, na equipa.

2. A fase do - choque -

Quando o novo diplomado tenta realizar algumas das suas expectativas e objectivos e toma consciência que não o consegue quer por incapacidades suas quer por razões ligadas ao serviço / instituição / ao sistema.

Nesta fase há uma acentuada tendência para polarizar as situações e ser-se hipercrítico.

3. A fase da - recuperação -

Quando o novo diplomado começa a ter outras alternativas sem ser os extremos "tudo é bom" ou "tudo é mau" e é capaz de procurar uma perspectiva mais equilibrada entre o ideal e a realidade.

4. A fase da - resolução -

Em que se discernem várias formas de "resolver" o choque da realidade.

Estes investigadores dão a sugestão de algumas estratégias que se podem pôr em prática para tentar resolver a problemática da transição da ESCOLA para o HOSPITAL.

Referem-se a duas estratégias:

- a pré-socialização e
- um programa de socialização à vida do hospital.

Estamos conscientes que é urgente acabar com esta espécie de "divórcio" Escola / Instituições empregadoras, ou seja, há que tentar minorar este problema, estabelecendo sistemas de comunicação eficazes, procurando traçar objectivos comuns desejáveis e susceptíveis de serem atingidos.

Se assim não procedermos, corremos o risco de não cumprirmos a nossa função...

4 - QUE FORMAÇÃO PARA OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM PARA O SÉCULO XXI EM PORTUGAL

Da reflexão que temos vindo a fazer, podemos constatar que o percurso da formação em Portugal se tem caracterizado pela polarização do debate nas instâncias de formação, centrando estas o seu desenvolvimento na concepção de um curriculum desenhado na perspectiva dos professores, legitimando assim um saber que progressivamente se tem afastado das necessidades que emergem dos contextos da prática dos cuidados de enfermagem e acentuando uma desarticulação entre espaços, práticas, tempos e intervenção da formação.

Esta forma de estar na formação em enfermagem, está em total desacordo com o que defende (Azevedo, 1992, p. 10-12) que considera que o desenvolvimento de capacidades de iniciativa e responsabilidade, de decisão em autonomia e de (re)construção do próprio saber, surgem lado a lado com a necessidade de formar para a profissão e para tornar mais fácil a inserção no mundo do trabalho e a adaptação à mudança e à profissão.

Também (Carneiro, 1988) dizia que o processo de formação implica a aquisição de uma sólida formação de base que favoreça no futuro a reconversão e a mobilidade profissionais, resultantes do processo acelerado de mudanças sociais e tecnológicas. Ainda, segundo o mesmo autor, o perfil do futuro quadro superior português, deve ser um perfil possuidor de sólida base cultural e de conhecimentos profundos de espectro largo, no seu domínio profissional, mas também devem possuir conhecimentos sobre a realidade do país, quer em matéria de saúde, quer dos aspectos relacionados com as dimensões política e sociais.

Concordamos inteiramente com as posições dos autores citados e consideramos que os enfermeiros no momento actual são verdadeiros protagonistas de um mundo em transformação. No sector da saúde, faz-se eco das mudanças tecnológicas, científicas, sociais e políticas e procurando ajustar-se às necessidades das populações, preocupa-se com a (re)orientação da formação e das práticas dos profissionais que nos diferentes campos operam.

Assim, os enfermeiros desafiados por um contexto em mudança, posicionam-se de forma heterogénea nos questionamentos relativos às suas competências e práticas, quer ao nível da prestação de cuidados quer ao nível da formação em enfermagem. Urge, perante esta situação, analisar e debater amplamente os problemas que ao grupo profissional se colocam, de modo a que todos aqueles que estão envolvidos no sistema de formação dos enfermeiros, se assumam como polo de desenvolvimento.

Aliás, mais não é aquilo que afirma (Collière, 1989, p. 340), quando refere "se os enfermeiros que fazem a formação deixam de se interrogar sobre os cuidados de enfermagem, a partir das situações vividas com as equipas de cuidados e com os alunos, estão à margem da prática profissional e o que fazem deixa de ter sentido".

Estamos o mais possível de acordo com esta afirmação e entendemos que a articulação da formação de enfermeiros com a problemática da saúde e dos cuidados, passa pela promoção das escolas superiores de enfermagem de uma cultura prospectiva que encarada para além da sua interioridade, potencialize uma relação personalizada com os serviços de saúde e a comunidade, remetendo os aspectos normativos para uma dimensão mais restrita.

De facto, a solidez pessoal e profissional dos nossos alunos, construída no apelo aos diversos saberes, exige cada vez mais como diz (Sousa, 1987, p. 78) "uma escola humanizada, aberta à renovação, mais competente, mais exigente e mais interactiva com o contexto social".

Desta forma, a escola transformar-se-á, num espaço social de reflexão, investigação, saber criativo capaz de mobilizar outros espaços necessários ao desenvolvimento dos formandos.

Consideramos que, como colectivo de trabalho e sistema de relação, deve instituir-se um modelo incitativo de novas práticas de consertação e cooperação com os serviços de saúde e comunidade, de forma a preocupar-se com a "excelência no cuidar", ou seja, pela "qualidade dos cuidados em saúde", entendida como o conjunto das actividades postas em prática com o objectivo de favorecer e manter um nível de excelência.

Em nosso entender, é aqui que deve assentar a essência da formação dos futuros profissionais e da cooperação interinstitucional. Estamos convencidos que, só assim, os futuros profissionais de enfermagem conseguirão no final da sua formação inicial, uma melhor adaptação nos serviços onde ficarem colocados, uma vez que a formação em enfermagem é efectuada tanto nas escolas superiores de enfermagem onde são ministrados conhecimentos teórico-práticos como nas instituições de saúde onde é efectuado o ensino clínico, ambos com semelhante carga horária.

Nesta perspectiva, torna-se imperioso que as escolas e instituições reflectam em conjunto como cooperar na formação dos profissionais de enfermagem.

Convergem neste sentido as considerações de (Grilo et al, 1992, p. 20)

Qualquer transformação significativa exige a consideração do problema educativo através de uma abordagem global; não será eficaz uma nova concepção de educação se ela não estiver associada no tempo e nos recursos, a uma nova organização e gestão dos espaços e tempo educativos e a uma relação pedagógica humanizada, personalizada e inserida no contexto externo. Dito de outro modo, é urgente criar uma nova atitude, "reinventar" a escola numa perspectiva mais ampla do centro educativo não isolado do exterior, não distante da vida social, mas orgânica e funcionalmente interactuante com o meio e com os outros centros educativos.

Neste sentido, há pois que repensar toda a formação inicial dos futuros enfermeiros, no que diz respeito à articulação da formação com os contextos de trabalho.

Temos vindo a referir que a formação de enfermeiros é gerida em três espaços dominantes: a escola, locais de estágio e a comunidade. Sendo a escola o espaço legitimador da oferta formativa tem ele próprio que se definir com qualidade e aferir a diversidade de influências exteriores.

Sem dúvida é a relação com os serviços de saúde (hospital e centro de saúde) que permite a aproximação aos contextos de trabalho. Assim, os locais de estágio

configuram-se como locais de formação com uma dupla potencialidade: a relação com utentes e comunidade e a de desenvolvimento de experiências formativas "inscritas numa prática profissional que não é escolar e uma relação que não é pedagógica no sentido restrito do termo" (Nóvoa, 1988, p. 114).

Acreditamos que esta relação do saber com o fazer, permitirá não derrapar para um discurso pedagogizante que tenderia a acentuar aspectos normalizadores do modelo escolar e permite valorizar outros saberes, que emergem da própria prática dos cuidados de enfermagem.

Potenciar a qualidade da formação é no fundo preocuparmo-nos com a articulação desta com contextos de trabalho. Emerge daqui a necessidade dos serviços de saúde se assumirem como "organizações qualificantes" (Zarifian, 1992, p. 17), isto é, que permitam uma aprendizagem que não seja de repetição ou produção, mas de mais compreensão das situações singulares, abrindo-se para possíveis horizontes de generalização, que no nosso caso serão alicerçados em critérios de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Há deste modo uma reciprocidade de acção que deve ser estimulada, o contexto de trabalho como estruturante da formação e esta como interventora nesse mesmo contexto.

Em nossa opinião não se trata pois de uma mera adaptação da formação às normas e critérios de qualidade definidos por este ou aquele serviço mas de incitar os formandos à compreensão das situações do cuidar, dos fenómenos que se lhe associam e que vão exigir critérios de qualidade para intervir com excelência.

Para além da articulação da formação com os contextos de trabalho, reveste-se de igual importância os modelos de formação e os modos de trabalho pedagógico.

Da nossa longa experiência como docente, estamos convencidos que as práticas pedagógicas por nós utilizadas devem necessariamente influenciar esta problemática da qualidade dos cuidados, ou seja, temos que "formar com qualidade", o que significa formar "profissionais reflexivos". "Formar para a qualidade é quase uma redundância, uma vez que quem forma e quem está a ser formado, exige

reciprocamente qualidade naquilo que executa e por outro lado, procura aperfeiçoar constantemente as respectivas práticas". (Carneiro, 1994, p. 46)

Até ao presente, a formação inicial tem estado organizada em torno de uma racionalidade da eficácia, baseada num modelo escolar preocupado com a produção de competências cumulativas, transferíveis para os postos de trabalho. Contudo, hoje em dia, confrontamo-nos com novas tendências na formação, resultantes das solicitações sociais e do próprio envolvimento do formando, bem como de novas exigências na qualidade dos serviços e dos cuidados, que induzem à produção de práticas alternativas aos modelos normativos dominantes.

É evidente que a formação não pode nem deve ser reduzida a uma lógica adaptativa ou de meia resposta à preparação para competências previamente definidas, mas terá de se preocupar com "a desocultação de algumas determinantes sócio-técnico-organizacionais do campo profissional numa atitude crítica e reflexiva" (Correia, 1994, p. 43).

Desta forma, há que introduzir na formação inicial dos futuros enfermeiros modos de trabalho que valorizem o estudante de enfermagem como sujeito da sua formação, capaz de agir socialmente, que conduzam à dinamização de "modos de trabalho do tipo incitativo" e até mesmo "do tipo apropriativo" (Lesne, 1984, p. 78).

Estes modos de trabalho, imbuidos de novas disposições e de novas dinâmicas da formatividade, reflectem a necessidade de descentrar os espaços de formação e permitem promover uma inserção da formação no tecido social em situações concretas.

Nesta perspectiva concordamos com (Ferry, 1987, p. 54) ao designar que são "modelos de formação centrados na análise" em que se apela a uma "pedagogia de reflexão", de questionamento das práticas, que torne possível mobilizar conhecimentos variados e diferenciados, permitindo prestar melhores cuidados de enfermagem. Estamos em crer que a formação para os enfermeiros portugueses, para o século XXI aposta em "*formar com qualidade*" para o "*desenvolvimento da qualidade dos cuidados*", partilhando saberes e experiências e promovendo a formação de "*enfermeiros reflexivos e intervenientes*", capazes de utilizar as situações

dos cuidados, como situações em si mesmo formativas, dinamizadoras de competências que interfiram na qualidade do cuidar em enfermagem.

Parece-nos contudo pertinente reflectirmos um pouco sobre o papel do enfermeiro na actualidade. Para o fazermos é necessário verificarmos o que é referido pela legislação portuguesa.

Em Portugal é o Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro que regulamenta a carreira de enfermagem, continuando-se a aguardar a publicação do estatuto profissional. No entanto, e em relação ao estatuto, parece-nos ser importante fazer referência a algumas das ideias que estão expressas no projecto apresentado pelo Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP) em Março de 1990 ao Ministério da Saúde.

Segundo esse projecto, a finalidade da enfermagem é contribuir para o desenvolvimento cultural e socioeconómico do indivíduo, da família e da comunidade. Atinge esta finalidade através de acções que visam a promoção, manutenção e reestabelecimento da saúde e que tem em conta, entre outras, as vertentes psicossocial, relacional, educativa e técnicas.

Para prestar cuidados, o enfermeiro realiza intervenções autónomas e/ou interdependentes, utilizando uma metodologia técnico-científica que corresponde à colheita de dados, identificação de problemas, elaboração de planos de cuidados, execução e avaliação dos cuidados (SEP).

No que se refere à carreira de enfermagem e do conteúdo funcional definido no Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, no Capítulo II, Secção I, Artigo 7º, gostaríamos de salientar alguns aspectos que nos parecem especialmente significativos.

O primeiro é a de que a actuação do enfermeiro deve ser um processo reflectido e baseado em conhecimentos científicos. Ele deve colaborar em estudos de investigação e utilizar os resultados desses trabalhos para melhorar a qualidade dos cuidados que presta. Para além disso, concluímos que a sua metodologia é o processo de enfermagem, pois as suas diferentes etapas estão claramente referenciadas neste Decreto-Lei.

Concordamos inteiramente que a investigação em cuidados de enfermagem é fundamental para tentar reconciliar a prática dos cuidados "como eles são" com "aquilo que deveriam ser", mas o que a nossa experiência nos diz é que nem sempre é reconhecida a necessidade desta actividade.

De facto, os enfermeiros não têm demonstrado o interesse pela investigação e concordamos com as três razões apontadas por Annie Altschult, citadas por (Santos, 1986, p. 30), que podem explicar essa atitude:

- 1º porque o ensino que lhes é feito nas escolas não é forçosamente baseado sobre resultados de investigação;
- 2º porque não se espera deles que defendam as suas intervenções com base nos resultados de investigação;
- 3º porque os dirigentes de enfermagem não têm, duma forma geral, uma formação de alto nível que inclua a formação para a investigação.

Daqui se depreende que não basta estar contemplada na lei esta actuação do enfermeiro, se não forem criados os dispositivos necessários quer na formação inicial quer na prática profissional.

O segundo aspecto que gostaríamos de salientar em relação ao que vem contemplado no Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, é o facto de se referenciar explicitamente a necessidade de que os enfermeiros escolham um modelo teórico de enfermagem para guiarem a sua prática, pois como nos diz (Pearson, 1992, p. 45), a selecção de um modelo requiere que a equipa se ponha de acordo sobre a natureza e propósito do trabalho que executa, e sobre a visão que tem das pessoas a quem oferece esses serviços nomeadamente os doentes ou utentes. Estes são pré-requisitos essenciais para uma enfermagem eficiente.

Também a este respeito verificamos que nem sempre existe acordo sobre o modelo a adoptar, utilizando cada enfermeiro a sua perspectiva nos cuidados que presta, o que para além de não favorecer a resolução dos problemas dos utentes, gera conflitos entre os profissionais, já que a abordagem que cada um tem pode ser significativamente diferente.

O terceiro e último aspecto que a lei contempla, é a referência a que o estabelecimento de prioridades deve ter em conta os recursos disponíveis.

Esta orientação remete-nos para a influência que os contextos de trabalho têm na prestação de cuidados pois alerta para a necessidade de adequar o planeamento de cuidados às condições em que estes se irão desenvolver.

Sendo assim, o estabelecimento de prioridades por parte do enfermeiro não é apenas condicionado pela situação do utente e pelas suas necessidades de cuidados de enfermagem em cada momento, mas também pelos recursos que ele tem ao seu dispor.

Também quanto a este aspecto, condicionar o estabelecimento de prioridades aos recursos disponíveis, em nosso entender e pelo que temos vindo a observar através da nossa experiência, (com recursos por vezes exíguos quer a nível humano quer a nível institucional) pode pôr em causa toda a filosofia dos cuidados de enfermagem com possíveis prejuízos para o atendimento do utente e stress / desgaste do profissional.

Face ao conteúdo funcional dos profissionais de enfermagem, a formação inicial tem sido prestada nas últimas décadas por critérios de pertinência, ou seja, de adequação ao contexto normativo, tais como estatuto da carreira de enfermagem, directivas da Comunidade Europeia, adequação a um quadro referencial geralmente definido por cada escola, de modo a dar resposta adequada às necessidades da população em matéria de saúde.

Da nossa experiência, somos de opinião que a formação parte do princípio de que os problemas não são igualmente conhecidos e, nomeadamente, que a natureza de um problema, numa dada situação doente/família, não pode ser inteiramente conhecido à partida.

A este propósito concordamos com (Collière, 1989, p. 339), quando sugere que "já não é formar enfermeiros para aplicar um corpo de conhecimentos técnicos ou outros em presença de sinais, de normas, mas prepará-los para descobrir, reconhecer situações, e procurar, com as pessoas, o que para elas pode ter sentido. É também procurar que a enfermeira 'aprenda a cuidar de tal maneira que aí encontre satisfação'".

Também (Alberdi Castell, 1993, p. 46), considera que as enfermeiras do século XXI serão aquelas que: "elejam como objectivo do seu trabalho a prestação de cuidados, que se sintam identificadas e reconhecidas, na realização desse exercício e que, portanto, hajam recuperado o orgulho de cuidar".

Pelo exposto podemos afirmar que, face ao papel que tendencialmente se preconiza para o enfermeiro do presente e do futuro, será necessário a utilização de modelos de formação centrados na análise e uma constante articulação entre a formação e a prestação de cuidados.

Só assim a escola poderá realmente contribuir para a formação de enfermeiros que sejam capazes de desenvolver os seus saberes, de inovar, de prestar cuidados de forma autónoma e que atendam às verdadeiras necessidades do utente.

5 - QUE INTEGRAÇÃO PARA OS NOVOS RECÉM-FORMADOS

"A *qualidade dos cuidados*", tem sido e continuará a ser a grande finalidade da formação de enfermeiros quer a nível da formação inicial quer a nível da formação contínua. No *como* conseguir efectivamente esta "qualidade", é que tem residido a nossa dificuldade, ou seja, em como poderemos tornar visíveis os cuidados que prestamos, de forma a serem reconhecidos de "qualidade".

A este propósito, Donabedian, citado por (Chagnon, 1993, p. 2),

propõe uma clarificação da noção de qualidade, identificando três componentes, interligadas. A primeira é a que chama a qualidade das intervenções (technical care), que segundo o autor, é proporcional às capacidades de produzir melhorias no estado de saúde ou de bem estar; a segunda diz respeito à qualidade da relação interpessoal entre o pessoal e o beneficiário, respeitando a autonomia e os direitos deste último; a terceira componente, refere-se ao ambiente no qual os cuidados são dispensados. Segundo o autor, a qualidade das duas primeiras componentes, fortemente ligada à forma de exercer a profissão, incumbem a cada profissional.

Concordamos com o autor e consideramos que as duas primeiras componentes estão mais directamente ligadas à formação, enquanto que a terceira se poderá ligar mais ao meio envolvente das instituições de saúde, que deverão criar as condições organizacionais, humanas e materiais para que os cuidados a prestar sejam efectivamente de qualidade. Assim sendo, e como temos vindo a referir, as vantagens

da cooperação entre estes dois espaços de formação parecem ser essenciais para assegurar uma formação que procura conciliar a aquisição de competências inerentes ao exercício da profissão com o desenvolvimento pessoal e social dos jovens.

Existe ainda muita controvérsia entre os autores sobre a necessidade de aproximação da educação ao mundo do trabalho, (Stoer; Stoleroff; Correia, 1991; Blackman, 1987) referidos por (Cabrito, 1994, p. 15), criticam esta aproximação por considerarem que se pode esquecer o eixo escola-democracia, e por outro lado é fortemente contestado por outros como (Danduran; Ollivier, 1991; Prost, 1991), também citados pelo mesmo autor, que salientam a resistência dos sistemas educativos face a uma formação científica e técnica adequada ao desenvolvimento económico. Também entre nós enfermeiros docentes esta questão se põe, pois recentemente em duas entrevistas dadas a uma revista de enfermagem, num espaço de quatro meses, um docente de enfermagem afirmava:

"Os principais modelos para os alunos na formação de base e pós-básica são os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem nos serviços;"

enquanto que outro docente era da opinião que

"... aqueles que defendem que o professor não deve acompanhar os alunos em estágio deixam-me preocupado. Eu temo que isso dê origem a conflitos e maus resultados. Há quem defenda a criação de protocolos com os serviços, mas que possibilidade é que há de articular a teoria com a prática? O enfermeiro do serviço conhece a realidade, mas forma a realidade pelo conhecimento, tem possibilidade de o desenvolver na dimensão do professor cultural e curricular ou é só ao nível cultural?"

Pelo exposto, não é difícil perceber como vai a formação em enfermagem...

Acreditamos que Escola / Instituição podem tornar-se espaços complementares de formação se forem denunciadas as clivagens entre teoria / prática, geral / profissional, saber / saber fazer, escola / trabalho (Dubar, 1990, p. 54). Embora se tenham observado grandes transformações no campo da formação geral dos enfermeiros, as práticas desenvolvidas continuam a ser predominantemente escolarizadas e estruturadas em torno de modelos de formação transmissíveis, profundamente normativos e funcionalistas, talvez porque tenhamos dificuldades em considerarmos os

nossos estudantes como adultos e como tal, tenhamos dificuldade em conseguir operacionalizar as teorias da aprendizagem de adultos na sua formação.

A prevalência de modelos de indocinação que limitam a liberdade individual, para reflectir e adoptar atitudes alternativas e fazer opções de valores, tem estado muito presente nos modelos de formação em enfermagem.

O pensamento crítico deve ser estimulado, bem como a solução de problemas, que são aspectos de primordial importância a incluir nos currículos de formação dos enfermeiros. Os estudantes têm sobretudo de aprender a resolver problemas e a sair dos cursos com a convicção da necessidade de continuar a aprender ao longo de toda a sua carreira.

Quanto a nós, não só as escolas, mas também as instituições de saúde, temos de dar um salto qualitativo para podermos:

- analisar problemas em conjunto - estudantes, docentes, enfermeiros da prática;
- discutir em conjunto (escolas, serviços), formas de cooperação que tornem a formação eficaz e contribuam para a melhoria dos cuidados;
- analisar e discutir quais os valores subjacentes na formação e na prática dos cuidados, de forma a possibilitarmos uma formação ao estudante para: melhorar a qualidade dos cuidados atendendo às necessidades do indivíduo, analisar as diferentes situações, serem agentes de mudança, o que exige modos de trabalho pedagógico do tipo incitativo e do tipo apropriativo (Lesne, 1984) ou aquilo a que

(Ferry, 1987, p. 58) designa por modelo de formação centrado na análise que:

postula que aquele que se forma empreende e prossegue ao longo de toda a sua carreira um trabalho sobre ele mesmo, em função da singularidade das situações que atravessa. A pedagogia centrada na análise, fundamenta a formação, na articulação entre a teoria e a prática, em que a relação entre uma e outra, é a de regulação. Saber analisar é habilitar a determinar as aprendizagens a fazer nesta ou naquela ocorrência.

Este modelo pretende desenvolver a capacidade de análise, que para (Ferry, 1987), não é exactamente "aprender, mas aprender a referenciar o que é conveniente aprender, baseando-se a acção do formador nas representações e nas percepções dos estudantes".

Este tipo de trabalho pedagógico em que se apela à reflexão e à análise da prática é particularmente importante nas situações em que o aluno é confrontado com as situações de prestação de cuidados nomeadamente durante os períodos de ensino clínico, o que exige uma grande disponibilidade do professor para cada um dos alunos. Este aspecto remete-nos para a questão dos contextos, onde o estudante durante o seu percurso de três anos de formação inicial é confrontado com situações que lhe permitem uma experiência reflexiva lúcida e intencional, contínua e progressiva, que associa o pensamento à acção, fazendo deles parceiros indissociáveis.

Também a propósito da acção, num artigo de (Alarcão, 1991, p. 6) numa reflexão crítica sobre o pensamento de Schön, muito ligado às teorias da acção, faz-se referência aos seus interesses que giram à volta de três temas actuais:

- o conceito de profissional competente que tem de ser eficiente e a quem se pedem contas;
- o da relação entre a teoria e a prática;
- a reflexão e a educação para a reflexão

O autor propõe um modelo profissionalizante a partir da prática, através de uma forte componente de reflexão a partir de situações concretas, reais. Refere que é preciso que os professores sintam a responsabilidade de lançar no mercado novos profissionais com qualidade, e qualidade na perspectiva de serem capazes de reflectir na acção e não apenas seguir rotineiramente regras ensinadas e já conhecidas; ser capaz de dar respostas a novas perguntas, caracterizando-se por "um saber fazer sólido, teórico e prático, inteligente e criativo." O formador deve ser capaz de orientar o aluno a ser capaz de "agir em contextos instáveis (...) com situações novas que exigem reflexão e atenção dialogante com a própria realidade (...) (e) "a actuação do formador é interpretada ou conceptualizada pelo formando que a interioriza como sua dependendo a qualidade do produto da imitação da capacidade de reflexão que este exerce sobre a actuação do formador" (Alarcão, 1991, p. 10). Assenta na construção pessoal, na auto-formação, sem o que ninguém pode educar ninguém.

Nesta óptica, o papel do formador não consiste tanto em ensinar mas a facilitar a aprendizagem. A prática é fonte de conhecimento através da experimentação e reflexão. Schön sugere ainda que se pode conseguir um processo reflexivo na acção, verbalmente ou por escrito, esclarecendo o conhecimento utilizado. Recentemente Atkins (1993) referido por (Costa, 1994, p. 89) acrescenta: «escrever a experiência sob a forma de diário de aprendizagem é um instrumento útil para a reflexão, pois desenvolve nos profissionais a capacidade de explicitação dos saberes que estão implícitos na sua acção».

De facto, desenvolver competências de auto-conhecimento, descrição, análise crítica, síntese e avaliação, reconhecem-se como algumas das finalidades do método. Além disso, estes diários preparam os estudantes para o trabalho com os utentes e familiares e capacitam-nos para reflectir sobre a sua própria experiência e dela retirarem significado pessoal. São úteis para os estudantes, e, na mesma perspectiva, são úteis para os professores.

Revela-se também um instrumento útil à escola, pois, submetido a análise de conteúdo, pode influir o planeamento de novas experiências pedagógicas.

Estamos conscientes da necessidade urgente de afastar os estudantes de enfermagem do papel passivo que têm assumido na aprendizagem, perspectivando irem-se tornando cada vez mais autónomos. Podemos argumentar que a autonomia adquirida através da aprendizagem pode ser transferida para a execução do trabalho. O hábito de aperfeiçoamento contínuo, despertado no indivíduo pelos princípios da auto-aprendizagem, como a autonomia na organização do trabalho, maior responsabilidade a todos os níveis, flexibilidade e adaptabilidade das qualificações e uma capacidade de aperfeiçoamento permanente, permitir-lhes-á aplicar, no domínio profissional, as técnicas de investigação e a atitude de aprendizagem permanente.

5.1 - **Função da Escola**

Compete pois à escola, na sua dimensão formadora, proporcionar aos estudantes a aquisição de instrumentos e de saberes que permitam aumentar as suas condições de

adaptabilidade às transformações actuais e futuras que os esperam ao iniciar a sua actividade profissional. Afinal, mais não é que prepará-los para desenvolverem um conjunto de competências e de atitudes que favoreça uma transição segura para a vida activa e assegure uma futura adaptação sem problemas a inovações tecnológicas e organizacionais. Entre essas competências e atitudes, destacamos as capacidades de comunicação e de liderança, de resolução criativa de problemas e, sobretudo, de aprendizagem por si mesmo.

É tentar, no fundo, evitar "O Choque da Realidade".

Somos de opinião que a Escola só poderá minimizar este "Choque da Realidade", se levar a cabo as tais estratégias preconizadas para tentar resolver este conflito e que já enunciámos anteriormente, como sendo até estratégias já experimentadas em outros países e que são:

- a pré-socialização
- e
- um programa de socialização à vida do hospital

Para além destas existem várias outras estratégias das quais destacamos duas:

- o preceptor clínico
- as unidades de orientação

1. A Pré-socialização

Esta estratégia consiste na aplicação dum programa integrado no curso de enfermagem, com os seguintes objectivos:

1. Conhecer os aspectos fundamentais do Hospital/Instituição (comportamentos valorizados, estruturas do poder)
2. Tomar consciência das diferentes fases da adaptação à vida profissional no Hospital/Instituição
3. Familiarizar os estudantes com situações-tipo de conflitos frequentes no Hospital e com algumas estratégias para fazer face às mesmas de forma construtiva

4. Aprender a maneira como enfermeiros mais experientes resolveram os conflitos e têm satisfação profissional.

Este programa é apenas uma exposição prévia do choque da realidade.

Trata-se de:

- discutir conflitos possíveis
- fornecer instrumentos para fazer face a problemas da vida profissional futura

2. Programa de Socialização à Vida do Hospital

Trata-se dum programa que se inicia cerca de seis semanas após a entrada no primeiro emprego no hospital, realizando-se em períodos regulares durante cinco a seis meses.

A finalidade das actividades deste programa é de ajudar os novos diplomados a resolver de uma forma positiva os conflitos do quotidiano, através de encontros sobre as experiências vividas e construção de estratégias para fazer face aos conflitos mais prementes.

3. O Perceptor Clínico - O Guia

Esta estratégia baseia-se na importância atribuída pela maior parte das pessoas à existência de alguém capaz de os ajudar a descobrir, desenvolver e utilizar ao máximo as suas capacidades.

Esta pessoa (guia, preceptor) é alguém do Hospital/Instituição que tem mais experiência e que pelas suas qualidades pessoais e profissionais, estabelece a ponte entre o novo diplomado e o Hospital/Instituição, assumindo assim um papel chave no período de integração.

4. As Unidades de Orientação

Trata-se de unidades preparadas para proporcionar aos novos diplomados experiências que lhes permitirão desenvolver competências do trabalho a realizar.

Após um período de permanência nestas unidades, o novo diplomado é transferido para a unidade na qual ele será colocado.

Cada uma destas estratégias tem os seus aspectos positivos e os seus pontos fracos. O sucesso da sua aplicação depende sobretudo da escolha feita na sequência de um conhecimento aprofundado da situação real em que a passagem do mundo da Escola ao Hospital se realiza, e numa perspectiva de desenvolvimento pessoal.

Todas estas considerações parecem orientar-nos para um novo conceito de formação, ligado ao "estudo de situações reais", gerador de desenvolvimento profissional mas principalmente o seu desenvolvimento pessoal.

Consideramos estas estratégias de facto inovadoras e embora não tenhamos o feedback dos resultados obtidos, nos países onde foram postos em execução, não tenhamos experiência alguma neste sentido, nem tendo conhecimento que tenham já sido experimentadas em Portugal, somos de opinião que não temos tempo a perder. Estamos entusiasmadas em implementar uma experiência deste tipo, tendo consciência, no entanto, de que será indispensável criar os dispositivos necessários para tal.

Assim, consideramos que, da parte da Escola é necessário:

- manter com as Instituições de Saúde um diálogo regular em torno da nossa identidade e do quadro de referência da nossa profissão (ENFERMAGEM), da natureza dos cuidados de Enfermagem e as suas implicações a nível da formação e do desempenho profissional;
- promover uma cooperação estreita com enfermeiros da prestação de cuidados:
 - fazer vir ao mundo da Escola "Enfermeiro-modelo";
 - fomentar a participação de alguns enfermeiros na orientação de alunos em estágio;
- facilitar o conhecimento da instituição de saúde (comportamentos valorizados, estruturas de poder, valores, rituais, cultura, estratégias):
 - familiarizar os estudantes com os problemas nas Instituições/Hospital e outras e estratégias utilizadas para superar construtivamente esses problemas / conflitos;

- trazer à Escola, na fase final do curso, antigos graduados (têm de ser enfermeiros competentes, satisfeitos e entusiasmados com a profissão) com cerca de cinco anos de exercício para partilharem experiências da sua vida profissional e também novos diplomados, para em conjunto se discutirem e se construírem novas estratégias facilitadoras da transição da Escola ao Hospital ou outras Instituições de Saúde (da qualificação à competência);
- trabalhar, durante o curso, "análise de situações", a partir de casos reais que os estudantes trazem para a Escola, para discussão e análise, sempre que possível com a participação de enfermeiros dos serviços onde foram vividas as "situações" e baseadas no quadro de referência da Enfermagem.

Em jeito de conclusão, gostaríamos de destacar as seguintes ideias:

- A integração dos novos diplomados deve ser objecto duma atenção particular da Escola e do Hospital / Instituição de Saúde;
- O período de integração só devia terminar quando cada novo graduado fosse capaz de realizar com autonomia o que dele espera o serviço;
- A passagem do mundo da Escola ao mundo do Hospital / Instituição de Saúde implica a existência de uma "Ponte Sólida", que só pode construir-se com um bom conhecimento da realidade destes terrenos
- Estamos completamente convictos, que a construção dessa "Ponte" só é possível numa estreita cooperação entre a Escola, o Hospital e as outras Instituições de Saúde.

5.2 - Factores que poderão influenciar a integração dos recém-formados relacionados com os serviços onde são integrados

No âmbito da análise organizacional, as teorias humanistas evidenciaram uma perspectiva eclética na forma como conceberam a vivência do Homem na empresa. Este não seria apenas movido por motivações de ordem económica: é um ser

biológico, psicológico e social, que reage como um todo aos estímulos do meio ambiente.

No entanto, o estudo das sociabilidades e da constituição das identidades no contexto de trabalho evidenciou que a vivência do Homem no seio da organização é bem mais complexa do que a retratava a teoria das relações humanas. Enquanto agente activo (actor), no contexto de trabalho, ele encontra-se num estado de interdependência estratégica com os restantes actores do sistema. Os seus comportamentos e atitudes não são totalmente previsíveis nem lineares, pois são condicionados por um conjunto de estruturas e regulações locais, que exercem sobre ele uma acção contingente.

Os actores constroem, nesta perspectiva, uma relação estratégica com o meio ambiente, nem sempre desenvolvem racionalidades convergentes e só dificilmente possuem objectivos e projectos coerentes (Crozier; Friedberg, 1977, p. 46). As suas racionalidades e as suas estratégias são simultaneamente o produto da pertença a um grupo e de condições materiais e sociais inerentes ao contexto empírico o que legitima as suas escolhas e facilita a compreensão da acção social no contexto de trabalho.

Nesta perspectiva, consideramos que a integração dos enfermeiros recém-formados no contexto de trabalho, só será facilitadora do desenvolvimento das competências profissionais, se forem criadas da parte das instituições as condições de trabalho indispensáveis ao exercício dos cuidados de enfermagem, que, segundo a opinião de (Collière, 1990, p. 50) são condições que "exigem de maneira indispensável, tempo de reflexão, para compreender, analisar as situações, procurar fontes de conhecimentos, elaborar os projectos de cuidados, avaliar os seus trabalhos, desenvolver o saber da enfermagem a partir da prática do nosso ofício". Mais não é, afinal, que dar corpo ao pensamento de Schön (1983, 1987), citado por (Oliveira, 1992, p. 15) que tendo em comum alguns pontos com Dewey (e já Platão), dignifica o tipo de conhecimento resultante de uma prática reflexiva sistemática e inteligente. Uma prática entendida desta maneira só é possível se tivermos em linha de conta os conceitos-chave do pensamento de Schön, que, apontam para o conhecimento na acção, ou seja: "o enfermeiro responsável pela integração do enfermeiro recém admitido deverá assumir o papel de facilitador do processo de desenvolvimento

peçoal e profissionalizante do enfermeiro recém-formado, de modo a que ele seja capaz de reflectir na acção, reflectir sobre a acção e reflectir sobre o reflectir na acção, ao elaborar os seus projectos de cuidados de enfermagem.

Desta forma, o enfermeiro recém-formado será um agente activo neste processo, colaborando com o enfermeiro responsável pela sua adaptação, na caracterização da sua intervenção formativa e na procura de estilos de actuação adequados à sua personalidade e ao contexto formativo de trabalho.

A nossa experiência tem-nos mostrado que esta não tem sido a prática comum utilizada no processo de integração dos enfermeiros recém-admitidos, porque, se assim fosse, não haveria motivo para o tão vivido "Choque da Realidade" pelos enfermeiros. Contudo, estamos convictas, que grandes esforços estão a ser feitos pelas instituições para minimizar esta situação.

De facto cada vez mais estamos a assistir a uma certa reflexão por parte das entidades empregadoras no sentido de fazerem o estudo de múltiplos factores que poderão ter influência na adaptação dos enfermeiros recém-admitidos.

Esta reflexão tem cada vez maior base no reconhecimento de que a integração de novos profissionais nos respectivos contextos de trabalho, é um processo que facilita a adaptação às actividades e tarefas que vão começar a fazer parte do seu quotidiano profissional.

Consideramos que cada organização deverá, pois, ter a preocupação de acolher os profissionais que iniciam as suas funções de uma forma que os motive para o novo trabalho que os espera, investindo um determinado tempo na aprendizagem adequada à aquisição da segurança necessária ao seu desempenho, sem supervisão directa.

Partindo da hipótese que a aprendizagem em meio de trabalho não envolve uma dinâmica molecular, mas sim um processo de adaptação dos actores ao meio físico e social circundante, somos levados a considerar que a organização, espaço em permanente transformação, tem uma dimensão educativa. Desta forma, o processo de integração constituirá, em nosso entender, uma intencionalidade formativa explícita que condicionará o comportamento dos novos enfermeiros no seio colectivo de trabalho.

Assim, é importante que os novos enfermeiros conheçam a estrutura da organização, bem como os objectivos e finalidades, o meio humano e as particularidades específicas inerentes à categoria profissional em causa. Sem dúvida que a aquisição deste conhecimento é um processo longo, que depende muito das necessidades de cada indivíduo e da própria complexidade das suas tarefas. Contudo, também sabemos que este processo pode ser tanto mais rápido, quanto mais for facilitado o período de adaptação. Relativamente ao desempenho da enfermagem, temos sido várias vezes confrontados com a situação complicada que vivem hoje em dia muitas Instituições de Saúde que desejam organizar programas de integração para os novos enfermeiros, que apontam as várias razões para este facto. Atendendo a que, a forma principal de admissão dos enfermeiros recém-admitidos é o contrato a termo certo, que não confere vínculo, os enfermeiros são admitidos, mas podem rescindir o contrato ao fim de muito pouco tempo (há quem desista ao fim de uma semana), porque têm a garantia de que a oferta é superior à procura.

Por outro lado, e segundo a opinião de alguns elementos das Chefias da Enfermagem, as admissões são condicionadas pela própria política de saúde, logo, limitadas, o que na realidade se traduz numa admissão "a conta gotas", sendo cada vez mais raras as hipóteses de admitir, numa única data, um grande número de enfermeiras/os, que possam frequentar um programa de integração à instituição.

De notar ainda o facto de existir um enorme "turn-over", (grande rotatividade de pessoal, traduzindo constantes entradas e saídas de pessoal na Instituição / Serviços), pela primeira razão citada, que faz com que os enfermeiros que são chamados a substituir os outros, sejam admitidos em datas não coincidentes.

Talvez possamos equacionar que:

- a falta de vínculo
- admissões condicionadas
- e
- "turn-over"

poderão estar na base de um certo não empenhamento das instituições na organização de programas de integração para os enfermeiros recém-admitidos.

Somos de opinião que embora os enfermeiros possam ficar com uma visão mais limitada, dadas as circunstâncias, não deverá deixar-se de fazer a integração.

Para algumas Chefias de Enfermagem, os programas de integração deveriam permitir que os enfermeiros recém-admitidos ficassem supranumerários durante um certo período de tempo, de forma a que, para além da aprendizagem prática das novas actividades, lhes fosse proporcionada uma componente teórica, não só sobre problemas inerentes da enfermagem, mas também relacionadas com os deveres e direitos próprios do profissional de enfermagem a desempenhar funções numa determinada instituição com uma organização específica. Contudo, com a carência de profissionais que hoje em dia se verifica, também é muito difícil organizar nos serviços este tipo de integração, que é dificultada pela falta de motivação derivada do já referido "turn-over".

Desta forma, quase que assistimos a um ciclo vicioso, ou seja, quanto menos se investir na integração dos enfermeiros recém-admitidos, mais facilmente estes desistem de se manter nos serviços, o que lhes é facilitado pela falta de vínculo à Instituição, que lhes permite exactamente este vai-vem. Por outro lado, as organizações desinvestem na integração de novo pessoal, porque sabem que é difícil vincular os novos profissionais, resultando, assim, uma integração incorrecta quer por falta de tempo para adequação à especificidade dos serviços, quer devido a insuficiente número de pessoal quer ainda devido às responsabilidades que são pedidas, quase de imediato. Apesar de todas estas dificuldades, parece-nos que há a preocupação em quase todos os serviços de se implementar, ainda que de uma forma não muito completa, um certo período de adaptação, deixando nas primeiras semanas os enfermeiros acompanhados por outros, que deveriam ser mais experientes, (o que nem sempre acontece, pois por vezes é por um enfermeiro que foi admitido há seis meses que "quase" também ainda está no seu período de adaptação) e praticando um horário rotativo de forma progressiva, numa tentativa de se adequarem às especificidades do serviço, contribuindo para a diminuição do stress / desgaste.

Estamos contudo a tomar consciência de um outro problema muito comum hoje em dia na enfermagem portuguesa, "o duplo emprego", que vem ainda dificultar mais o

período de adaptação, porque os enfermeiros recém-formados, por incrível que pareça, no dia imediato à conclusão do curso, já estão comprometidos com várias instituições onde não podem fazer, como é evidente, nenhum horário fixo ou semi-fixo, o que torna impraticável qualquer período de integração, em qualquer dos serviços onde estejam a trabalhar.

De certo modo, esta situação deve-se à precaridade de emprego que é a tendência geral, em que verificamos o fenómeno do desaparecimento do emprego estável e duradouro, pelos contratos a prazo (Reis, 1992), o que cria instabilidade nas instituições como temos vindo a observar. Instabilidade que, evidentemente, é sentida pelos enfermeiros, pois os contratos a prazo, forma de contratação que ganha terreno, facilita a flexibilização do emprego, submetendo-o à lógica conjuntural do mercado da oferta e da procura. As flutuações das empresas reflectem-se a curto prazo no volume do emprego e na quebra do vínculo permanente de contratação (Santos, 1989).

Assiste-se assim, de uma maneira geral, no mercado de trabalho, ao aparecimento de duas zonas: uma zona estável em diminuição e uma zona instável em extensão. Os métodos actuais da gestão de mão-de-obra visam ajustar o nível de emprego às flutuações da procura, favorecendo a mobilidade. Tendem, igualmente, a pesar sobre os salários e a criar condições para um controle da força de trabalho pela precarização do emprego. Este fenómeno acrescentado de perdas nítidas de postos de trabalho, produz uma degradação geral das condições de trabalho, segundo Desmarez (1984) citado por (Ramos, 1992, p. 17). É evidente que esta situação repercute-se igualmente na profissão de enfermagem, em que as condições de trabalho que se criam, dificultam a realização das capacidades cognitivas e sociais adquiridas na escola e podem mesmo impedir o desenvolver de competências, sendo certo que essas competências serão indispensáveis aos enfermeiros, para a prestação de cuidados de enfermagem, que se desejam, sejam de "excelência"; o enfermeiro deve ser competente, ou seja, ser enfermeiro, implica ser competente.

Ser enfermeiro competente é ser capaz de mobilizar no momento oportuno um conjunto de conhecimentos e um conjunto de capacidades. A esta mobilização subjaz a presença de atitudes adequadas. As novas competências parecem ser um imperativo da

sociedade actual, marcada pela incerteza, instabilidade e imprevisibilidade e em que as únicas certezas que se poderão ter à partida, de acordo com (Lesourne, 1988), são as seguintes:

- a formação estará presente ao longo de toda a vida profissional dos indivíduos;
- o seu objectivo será mais o desenvolvimento de atitudes de autonomia, de adaptabilidade e de "aprender a aprender" em detrimento da elevação do nível de conhecimentos dos indivíduos (apesar de se reconhecer a importância de uma boa formação geral de base);
- a qualificação escolar cada vez abre menos a porta ao primeiro emprego e a formação profissional específica, especializada, tem uma eficácia muito curta no mercado de trabalho pela sua fragilidade.

Assim, face à incerteza, torna-se necessário uma atitude de abertura à criatividade, à autonomia, à adaptabilidade, à flexibilidade, ou seja, competências de inovação, mais do que de reprodução.

As competências são caracterizadas hoje como edifícios em permanente construção. Os saberes profissionais são cada vez mais instáveis e tornam-se rapidamente obsoletos.

Pelas considerações que temos vindo a fazer, cremos poder considerar que, a enfermagem é hoje uma profissão cheia de incertezas, instabilidade e imprevisibilidade.

As competências designadas como "técnicas" e "não técnicas" (ou de terceira dimensão), sempre estiveram presentes na actividade profissional dos enfermeiros, em três níveis distintos mas interligados: a área cognitiva (os conhecimentos), a psicomotora (os gestos) e a afectivo-relacional (as atitudes e valores).

Neste sentido, fazemos referência à (Ordre des Infirmières e Infirmiers du Quebec, 1980, p. 5) que define competência como:

a qualidade de uma enfermeira ou enfermeiro que exerça a sua profissão de acordo com as normas de exercício, quer dizer, que possuindo os conhecimentos científicos e profissionais, o julgamento

e as habilidades necessárias, desempenha adequadamente as tarefas inerentes às suas funções de enfermeira(o) num papel determinado.

Este conceito parece estar de acordo com Duarte (1992), citado por (Pires, 1995, p. 56) ao referir que as competências profissionais integram sub-conjuntos de qualidades e que estão presentes na função do enfermeiro: -Qualidades Humanas - Qualidades Técnicas-.

Vamos utilizar a nomenclatura deste autor sobre competências profissionais como sub-conjuntos de qualidades interrelacionando o seu pensamento com o de outros autores que se referem especificamente a qualidades da enfermagem.

As Qualidades "Humanas" são as qualidades básicas que um trabalhador deverá ter como "pessoa", tais como ter um projecto de vida, saber fazer escolhas / tomar decisões, ser criativo, saber viver com a instabilidade / com as mudanças, saber aprender de forma autónoma e contínua, saber comunicar, saber relacionar-se, saber liderar, ter segurança, possuir auto-estima, auto-imagem, ter ética.

O enfermeiro, no seu quotidiano, tem de demonstrar todas estas qualidades, dado que o seu objecto de estudo é o Homem como ser holístico e o objectivo dos cuidados de enfermagem é a promoção da saúde e a auto-determinação, devendo a(o) enfermeira(o) dar provas de certas disposições, entre outras de uma grande capacidade de adaptação, de auto-afirmação, de criatividade e de um julgamento clínico esclarecido.

Também (Henderson; Peplan, 1984, p. 26) falam da capacidade de adaptação da enfermeira dizendo que "é necessário dar provas de muita maleabilidade, muita curiosidade e humanidade para ter o desejo de compreender uma cultura e de ajudar as pessoas nessa cultura, de forma que a ajuda que lhe dá possa ser utilizada por eles".

As Qualidades "Técnicas", incluem:

- "qualidades metodológicas" (qualidades técnicas mais básicas, mais estratégicas, mais estáveis, que correspondem ao "núcleo duro" da área

tecnológica em que a sua profissão se situa; são transferíveis de uma situação profissional para outra, conferem mobilidade dentro da "família profissional" e constituem o ponto de partida para as futuras adaptações às mudanças);

- "qualidades operativas" (mais concretas, específicas, mais instáveis, correspondem a processos produtivos concretos).

Esta é talvez a área mais visível do papel da(o) enfermeira(o) e também talvez a mais desenvolvida pelos profissionais, que muitas vezes acabam por ser "fazedores", tornando-se muito rotineiros, o que leva (Adam, 1982, p. VIII) a afirmar:

actualmente a nossa função social não será muito clara; por alguma razão, nos meios profissionais e fora deles, a enfermagem é praticamente descrita por alguns, como as mãos do médico. Para outros a enfermagem é uma profissão autónoma que entre outras funções executa as ordens médicas.
Entre estes dois extremos, o papel da enfermagem percebe-se e descreve-se de formas diferentes.

As conclusões dos estudos realizados por vários autores (Kron, 1976; Beland, 1978; Alberdi Castell, 1988; Basto, 1991; Gandara, 1992) entre outros, apontam no mesmo sentido pois revelam que as expectativas que se têm àcerca da enfermagem e dos cuidados que deve prestar são ainda significativamente diferentes.

(Alberdi Castell, 1988, p. 27), ao analisar a prática de enfermagem no seu país identificou a existência, no seio da enfermagem espanhola, de pelo menos três concepções diferentes sobre o núcleo da profissão e o objectivo do papel do enfermeiro nos cuidados de saúde.

Aos três grupos de enfermeiras com distintas formas de perceber a profissão, a autora denominou-os de "*enfermeiras cuidadoras*", "*enfermeiras tecnológicas*" e "*enfermeiras ATS*" (auxiliares técnicas de saúde).

Para as caracterizar, teve em conta vários aspectos dos quais destacamos:

- o núcleo do trabalho
- a finalidade dos cuidados
- a finalidade que cada grupo pretende ao construir o seu discurso profissional.

Quando se refere ao "núcleo de trabalho" a autora refere que ele é "para as *enfermeiras tecnológicas* o diagnóstico e tratamento da doença; para as *enfermeiras cuidadoras* as necessidades do doente e para as *enfermeiras ATS* o trabalho médico".

Também a *finalidade dos cuidados* é distinta para os três grupos encontrados. Para as "*enfermeiras tecnológicas* é o diagnóstico e tratamento mais eficaz, para as *enfermeiras cuidadoras* a satisfação das necessidades do doente e para as *enfermeiras ATS* o maior rendimento do trabalho médico".

Quanto ao último aspecto que destacamos, a "*finalidade que cada grupo pretende ao construir o seu discurso profissional*", só é, segundo a autora, percebido em dois grupos, já que as enfermeiras ATS ao conceberem-se como ajudantes, não têm a preocupação de encontrar o seu papel.

Deste modo, a diferenciação é feita apenas entre as *enfermeiras tecnológicas* e *enfermeiras cuidadoras*.

Assim como finalidade do seu discurso,

- *as enfermeiras tecnológicas* -

desejam definir as áreas de responsabilidade actual e assumir novas áreas de actuação que surgem em redor do diagnóstico e tratamento, adaptando a função de enfermeiro a essas responsabilidades.

- *as enfermeiras cuidadoras* -

desejam formular claramente uma identidade diferenciadora redefinindo as áreas de responsabilidade actual e demonstrar a necessidade real do seu papel específico para o sistema sanitário.

Dos autores portugueses consultados, podemos constatar que também eles, ao analisarem a prática da enfermagem em Portugal, concluem que não existe entre os enfermeiros do nosso país uma única visão da profissão.

(Gandara; Lopes, 1992, p. 125), afirmam que actualmente os enfermeiros se colocam predominantemente em três grupos distintos:

"1 - Enfermeiro hipertecnista ou tecnicista - aquele que valoriza os cuidados de enfermagem na técnica e numa grande competência;

- 2 - Enfermeiro que enfatiza o cuidar pondo a técnica dos cuidados na inter-relação;
- 3 - Enfermeiro que se preocupa em desenvolver tarefas."

Também (Basto, 1991, p. 77), refere ter encontrado três tipos de situações caracterizadoras do modo como os enfermeiros estão na profissão:

Para um dos grupos o seu trabalho também consiste no desenvolvimento de tarefas da responsabilidade dos médicos. Os seus problemas estão relacionados com

"as condições de trabalho, com o cansaço e desprazer no que fazem e não com o que é e para que serve o que estão a fazer."

Uma outra situação é a dos enfermeiros que, guiando a sua prática pelo modelo biomédico se sentem descontentes com o que sabem que é feito ou ensinado noutros locais e estão empenhados na melhoria dos cuidados.

Um terceiro grupo é constituído por enfermeiros que pretendem que a sua actuação vise melhorar a qualidade de vida e o bem estar do utente independentemente do seu diagnóstico médico.

São enfermeiros que, segundo a autora (Basto, 1991, p. 78), entendem os cuidados de enfermagem como

uma actividade criativa e científica própria dos enfermeiros, distinta dos outros técnicos e igualmente importante; ...que sabem muito bem distinguir as suas actuações independentes e interdependentes, perante os problemas do cliente; que sabem explicar porque é que actuam desta ou daquela maneira; que registam a sua actuação, valorizando a forma como comunicam com o cliente... Pensam no que fazem antes de o fazer, utilizam um raciocínio lógico que justifica a sua actuação.

Do exposto parece-nos poder fazer a seguinte reflexão:

- a imagem social e profissional da enfermagem, pese embora toda a evolução nestas últimas décadas, ainda é vista e sentida como uma profissão:
 - em que a prática de enfermagem está muito centrada nas funções dependentes do enfermeiro e não naquelas que lhe são próprias e nas quais é autónomo

- não estão ainda claramente definidos os resultados que esperamos obter com as actividades autónomas que desenvolvemos. É com muita dificuldade que clarificamos junto do utente e de outros técnicos aquilo que é a enfermagem e os resultados que se obtêm com a sua prática.
- a prática de enfermagem está ainda muito centrada em rituais cuja origem já se perde no tempo, de que são exemplos o banho na cama todos os dias e à mesma hora; mudar todos os dias as roupas das camas; interromper os cuidados para a visita médica... entre outros... é evidente.

Parece-nos assim, que só o investimento em programas de garantia de qualidade de cuidados de enfermagem, pode simultaneamente clarificar a natureza e o conteúdo da enfermagem, orientar a prática profissional com vista à satisfação quer do cliente, quer do enfermeiro e orientar as tomadas de decisão relativamente à eficaz e eficiente distribuição de recursos. Assim sendo, a competência clínica do enfermeiro passa necessariamente pelo elemento que, quanto a nós, lhe é fulcral - a interacção enfermeiro <-> cliente -, elemento este que poderá ser o mais recompensador para o enfermeiro. Como em qualquer outra profissão, a competência clínica do enfermeiro é garante de qualidade dos cuidados que presta e deve ser descrita, reconhecida e recompensada. Para muitos autores, cuidar o doente é fortemente marcado por aquilo a que chamamos a perícia individual do enfermeiro e esta é fortemente influenciada pelos seus saberes, pela sua energia mas sobretudo pela sua motivação.

Face a toda esta problemática, somos de opinião que os problemas para o recrutamento e fixação dos enfermeiros recém-formados são ainda maiores uma vez que esta dificuldade de conceptualizar a enfermagem, nos enfermeiros mais experientes, vai ter concerteza repercussões nos novos enfermeiros, que muitas vezes referem "não haver uma filosofia comum" para a realização dos cuidados de enfermagem, verbalizando que "o que aprendemos na escola é supérfluo nos serviços", "só executamos técnicas", "é-nos dada muita responsabilidade" etc... etc... etc...

Todos estes aspectos nos parecem estar neste momento fortemente potencializados pela política de contratação de enfermeiros, para o ingresso de enfermeiros na função pública, a grande entidade empregadora. Esta política de contratação, como já referimos anteriormente, possibilita a grande mobilidade dos enfermeiros, que não é só geradora de uma grande instabilidade no local de trabalho, como de uma intensa procura de trabalho noutra instituição que porventura disponha de vagas para o ingresso na carreira de enfermagem.

Temos assim, no nosso país, uma situação altamente geradora de stress quer para os enfermeiros prestadores de cuidados, quer para os enfermeiros gestores.

Em nosso entender, estes últimos, muito dificilmente conseguirão desenvolver programas de admissão e de integração de pessoal, que contribuam para a qualidade dos serviços prestadores na instituição.

Também consideramos que esta situação que facilita o duplo emprego, poderá representar que a vinda para a profissão é muitas vezes determinada por motivos não vocacionais que indirectamente poderão vir a reflectir-se na identidade e satisfação profissional.

Segundo (Mardaras, Platas, 1985, p. 17), dentro das razões que estão subjacentes à escolha inapropriada da formação temos:

- as razões económicas

- necessidade de ganhar dinheiro rapidamente
- mercado de trabalho garantido

- as razões sociais

- é uma profissão em evolução pelo que se espera que num futuro próximo adquira o seu prestígio
- necessidade de obtenção de um diploma universitário: a primeira escolha académica não é a enfermagem mas habitualmente a medicina, que devido às medidas exigidas leva uma segunda opção - a enfermagem -.

- as razões emocionais

- apostolado
- identificação com pessoas que se amam e admiram, mas não com o trabalho que realizam
- sentimentos de impotência para tirar um curso superior, nomeadamente o de medicina.

Estas razões e outras ligadas às condições de trabalho e ainda às normas institucionais, poderão contribuir para uma forma de "ser e estar" na enfermagem, que não corresponda ao "ser e estar" com "excelência" e que podem pôr em causa a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Por último vamos referir-nos, ainda segundo a nomenclatura de Duarte, às *Qualidades "Organizacionais"* que são aquelas que o trabalhador deverá ter de acordo com a especificidade da organização em que está inserido (conhecimento da organização, sentimento de pertença, espírito de equipa, cumprimento de normas ou regras internas).

A nossa experiência leva-nos a considerar como é importante que nos programas de integração para os recém-formados, sejam incluídos aspectos relacionados com a organização hospitalar, uma vez que as relações com a instituição podem, pelo seu peso institucional, não favorecer o desenvolvimento de competências interpessoais e o percurso profissional. Daí que muitos enfermeiros se lamentem e concorram a outras instituições para poderem subir na carreira porque a deles não os «acarinha».

Esta institucionalização submete os profissionais a:

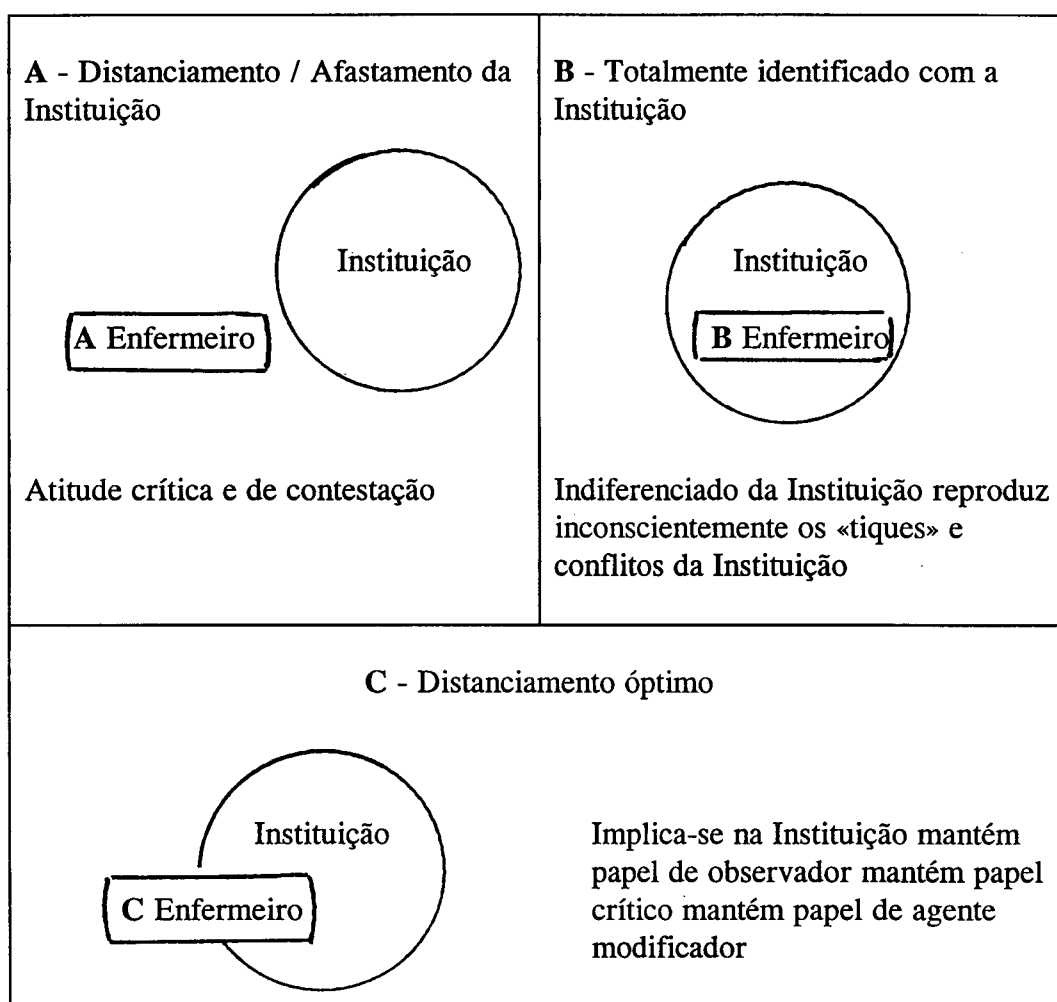
- ritmos de trabalho
- horários
- salários
- actividades
- progressão na carreira

entre outros, que retiram autonomia.

A institucionalização pode ser vivida de diferentes modos conforme o posicionamento de cada um de nós face à instituição em que trabalha.

O quadro que se segue esquematiza as três posturas possíveis, sendo A e B consideradas por Mardaras Platas como inapropriadas e indesejáveis e a C a mais adequada.

Posicionamento ENFERMEIRO / INSTITUIÇÃO



Em nossa opinião grande parte dos enfermeiros situa-se no posicionamento A e B, o que em nosso entender poderá não favorecer que se modifiquem alguns factores que são verbalizados pelos enfermeiros como condicionantes do desempenho profissional. Aliás, da literatura consultada (Collière, 1990; Basto, 1993 e 1985; Pereira, 1990) entre outros, encontramos referência a vários factores que estão relacionados quer com cada um dos enfermeiros quer com o grupo profissional, quer ainda com os contextos sociais, políticos institucionais em que se desenvolve a actividade profissional.

Cada enfermeiro é um indivíduo com características próprias, e como tal tem uma maneira única de estar na vida e na profissão.

O seu passado, nomeadamente a sua proveniência, a educação que teve, o ambiente social em que se desenvolveu tem uma influência decisiva sobre as suas ideias, as suas crenças e os seus valores (Pearson, 1992) que por sua vez vão condicionar a percepção que tem do seu papel e consequentemente o modo como o vai desempenhar.

(Collière, 1989, p. 286) faz-nos compreender a importância destes aspectos quando aborda as questões relacionadas com o papel de cuidados da enfermeira.

A autora afirma que o facto da enfermeira actuar como cuidadora está dependente do que ela valoriza, sendo, por exemplo, imprescindível que dê considerável importância aos cuidados que são indispensáveis à vida.

Este aspecto está ligado não só aos valores pessoais mas também aos próprios valores profissionais, ou seja "às crenças que têm, como grupo, sobre o que vale a pena fazer para bem dos clientes e das próprias enfermeiras".

A questão dos valores profissionais reporta-nos ao modo como a profissão tem evoluído ao longo dos tempos e aos contextos em que ela se desenvolve actualmente.

Dos aspectos históricos é de realçar a influência que o modelo biomédico tem tido na evolução da enfermagem, e que, como vimos, ainda hoje se faz sentir na profissão.

Outro dos aspectos que importa destacar é o facto dos enfermeiros terem, de um modo geral, exercido a sua actividade profissional no seio das organizações. Este facto tem levado a que, tal como diz (Catarino, 1993, p. 302) "o papel do enfermeiro

sempre se tenha subjugado às necessidades institucionais e imperativos de serviços", o que poderá estar na origem da existência de conflitos se os valores profissionais e organizacionais não coincidirem.

Para além destes aspectos vários autores (Alberdi Castell, 1993; Canals, 1992; Collière, 1989; Salvage, 1993), fazem referência à importância da profissão, estar desde a sua origem, ligada à mulher e ao seu papel na sociedade, o que, segundo eles, é um dos factores a ter em conta quando se fala na dificuldade que os enfermeiros têm em assumir, de forma autónoma, o seu papel de cuidadores.

Preponderantes no modo como o enfermeiro desempenha o seu papel são também as condições em que esse desempenho se desenvolve.

A legislação existente, como já referimos, tem um papel determinante nesta questão, podendo ser um factor facilitador ou inibidor, de determinada actuação.

Este facto é realçado por (Pereira, 1990, p. 57) ao falar na importância da legislação na área de cuidados de saúde primários que no seu entender "não salvaguarda e, em alguns casos não permite sequer a autonomia profissional dos enfermeiros".

Mas, para além da legislação, o próprio contexto organizacional em que a prática se desenvolve, é apontado como um dos aspectos que mais influência tem nesta problemática. A imagem que a organização e os profissionais com quem o enfermeiro mais directamente trabalha, têm do papel do enfermeiro, pode não lhe permitir, por exemplo, trabalhar em equipa, em que tenha um poder de decisão em igualdade com outros profissionais.

Em nossa opinião, o facto dos enfermeiros não terem poder de decisão, condiciona em muitos casos a sua actuação pois, como nos diz (Catarino, 1993, p. 301), "é frequente que outros profissionais (administradores, gestores, médicos) tomem decisões sobre fenómenos que dizem respeito e são do domínio exclusivo dos enfermeiros".

Também, por outro lado, a própria estrutura organizacional e as más condições em que se realiza o trabalho são consideradas como desmotivantes para os enfermeiros (Canals, 1992; Catarino, 1993; Collière, 1990; Santos, 1986), entre outros.

A estrutura organizacional habitualmente existente dificulta a adequação dos cuidados ao utente pois "privilegia o seu próprio funcionamento interdepartamental, em detrimento das necessidades individuais dos seus beneficiários."

As más condições em que a prática dos enfermeiros se desenvolve constitui motivo para, segundo (Santos, 1986, p. 29), existir "perda progressiva de idealismo, de energia, de significação e de objectivos por parte dos enfermeiros."

Ao referirem-se a este assunto os autores dão exemplos de vários aspectos que consideram ser urgente mudar para que o desempenho também possa sofrer alterações.

(Santos, 1986, p. 30) resume-os do seguinte modo:

estas condições vão desde uma formação inadequada ou insuficiente, até uma sobrecarga demasiado grande de utentes, de tarefas ou de responsabilidades, dum salário insuficiente a demasiadas horas de trabalho, de obstáculos de ordem política e burocráticos, a um desfasamento cada vez maior entre as aspirações das enfermeiras e as suas realizações.

Verificamos, assim, que um dos pontos focado é a falta de tempo que é citado por outros autores como um dos factores mais importantes pois como nos diz (Collière, 1990, p. 49) os cuidados exigem "tempo de reflexão para compreender, analisar as situações, procurar fontes de conhecimento, elaborar os projectos de cuidados, avaliar os seus resultados, desenvolver o saber da enfermagem a partir da prática do nosso ofício."

Existe, pois, uma variedade de factores que influencia o desempenho profissional, que ficou patente no que acabámos de referir.

Foram focados aspectos que são desde

- o passado pessoal e profissional
- ao contexto político organizacional e do local de trabalho

e que pelo modo como condicionam a actuação do enfermeiro devem ser tidos em consideração quando se reflecte nas questões de competência em enfermagem.

Nesta perspectiva, consideramos que de facto os enfermeiros que têm um posicionamento dos tipos A ou B em relação à Instituição que Mardaras Platas ilustra, podem não contribuir para a mudança de toda esta situação, enquanto que os

enfermeiros que têm o posicionamento C, sempre prontos a intervir, poderão contribuir para a mudança que como vimos, a maioria dos autores, considera urgente que se verifique, com o que concordamos plenamente.

Em relação à análise da prática (Landry, 1989, p. 19), diz que as ciências de acção e praxeologia visam tornar a acção (prática profissional) mais eficaz. A prática profissional é um dado de partida que é preciso observar sistematicamente (com a ajuda de um relato de prática, por exemplo), analisar de maneira crítica, comparar a referentes pertinentes e reinterpretar afim de que os dados possam ser reinvestidos na acção. Segundo (Finger, 1989, p. 121), "a transformação de perspectivas num contexto institucional e profissional tem como principal função levar a pessoa adulta a elaborar uma nova relação com a instituição e a profissão(...) a transformação de perspectivas visa portanto também uma nova prática profissional na instituição".

A análise da prática (e neste caso a prática de enfermagem) é, não só a reflexão sobre situações de cuidados mas também sobre outros aspectos da prática, com o objectivo de melhorar a qualidade dessa mesma prática. Se os enfermeiros desenvolverem um pensamento ou uma consciência crítica, a mudança social pode ocorrer.

A reflexão sobre as práticas revela a *formatividade*, conceito trabalhado por Honorée, que é fundamental para uma prática de formação. Para este autor, a formatividade é uma disposição em conhecer a evolução e agir sobre ela. A reflexão leva à modificação da prática pelos significados novos que ela dá às percepções, representações, modos de acção e apreciação. A reflexão sobre a prática, é uma actividade psíquica, pegando na prática como objecto de observação, investigação, seja na sua globalidade, seja nas suas componentes. Pode exercer-se voluntariamente no quadro de um treino ou de uma investigação. Para (Honorée, 1992, p. 78), esta reflexão sobre a prática, pondo em jogo um processo duplo de diferenciação e activação (conjunto das duas funções inseparáveis da formatividade) vai de encontro ao sentido e ao possível. Diz-nos o autor que "questionando e transformando a prática, a maneira de situar no espaço e no tempo, de agir e de valorizar, a reflexão modifica as relações de força no campo onde ela se exerce. Ela é provocadora em relação às práticas de todos os actores sociais que constituem o ambiente, levando a

reacções que misturam passividade, reactividade e actividade reflexiva" (Honorée, 1992, p. 43). Reflectir sobre a prática faz parte de um processo de formação.

Nesta perspectiva consideramos urgente e necessário que os enfermeiros passem a reflectir mais sobre as suas práticas de modo a poder influenciar os diversos actores nelas implicados. Consideramos que é necessário que os enfermeiros mais experientes e que poderão ficar responsáveis pela integração dos enfermeiros recém-formados, os sensibilizem para esta reflexão, reflectindo com eles sobre as suas práticas, "como verdadeiros gestores de interface" (Jobert, 1991, p. 62).

Desta forma talvez possamos permitir que os recém-formados desenvolvam as *atitudes*, que do ponto de vista psicológico integram diferentes dimensões (afectivas, emocionais, cognitivas) que dão origem a disposições e concepções próprias que se traduzem em comportamentos e na forma de estar de uma pessoa. "As atitudes designam as competências não relacionadas directamente a uma tarefa precisa, mas definem um perfil de comportamento adaptado a um dado contexto profissional e cultural" (Aubrun; Orofiama, 1990, p. 22).

Para as autoras estas atitudes podem ser distinguidas em três sub-tipos distintos:

- *as atitudes relacionais e de comunicação*, que se manifestam na relação com os outros, capacidades de escuta, de reformulação, de descentração de si próprio; capacidade de expressão escrita e oral; capacidades de argumentação; capacidades de trabalho em grupo, de integração numa equipa, de aceitação de críticas, de saber pôr-se em causa; capacidades de animação, de regulação, de negociação, de saber organizar-se, fixar objectivos e estratégias. Estas atitudes fazem parte integrante da função dos profissionais de enfermagem, contudo e face aos factores que já referimos e que condicionam as práticas dos enfermeiros, quanto a nós, de uma maneira negativa, o seu desenvolvimento não é facilitado o que tanto perturba os enfermeiros recém-formados, uma vez que durante a formação inicial tiveram essa experiência.
- *as capacidades relativas à auto-imagem*, que implicam um melhor conhecimento de si próprio, a avaliação das suas potencialidades, o seu desenvolvimento e a sua valorização, auto-estima e auto-confiança. Por vezes ao iniciarem a sua actividade

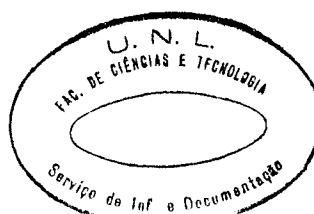
profissional e segundo referem os enfermeiros recém-formados, sentem-se desprestigiados o que vai repercutir-se na sua auto-estima e auto-imagem, o que poderá dificultar a relação interpessoal, o seu desenvolvimento, a sua auto-confiança.

- *as capacidades de adaptação e mudança*, características que se manifestam pela facilidade de integração em contextos profissionais diferentes, integração de mudanças da situação do trabalho (quer de ordem tecnológica quer organizacional), exercício das suas funções em diferentes categorias de trabalho, aceitação da diferença (ter em conta a diversidade dos comportamentos, das opiniões, referenciais culturais ou ideológicas) e adequação de comportamento; traduz-se muitas vezes pela capacidade de mudar de ponto de vista e por abertura de espírito; significa igualmente flexibilidade, não rigidez, fluibilidade de comportamento, "gestão da incerteza".

Se tivermos em conta o que dissemos anteriormente, no que diz respeito ao "duplo emprego" ao "turn-over", resultantes da actual política de contratação, parece-nos que a facilidade de integração em contextos profissionais diferentes, é uma característica comum a muitos dos enfermeiros recém-formados. Mas será que esta facilidade de integração não terá efeitos perversos no desenvolvimento profissional e principalmente será que para chegarem a um nível de desempenho de "perito" o caminho não será mais longo?

Será que o excesso de mobilidade, não os transformará naquilo que tantos criticam na integração? Será que não passarão apenas a serem executores de tarefas, onde não há tempo nem lugar para uma interrelação efectiva?

Muitos enfermeiros recém-formados, verbalizam que este "vai-vem" de instituição para instituição, representa a necessidade que sentem de encontrar uma instituição que os contrate, uma vez que se assim não for, têm mais dificuldade em progredir na carreira. De facto, a legislação que regulamenta os CESE, determina que os enfermeiros só poderão frequentá-los se tiverem dois anos de efectivo serviço numa instituição idónea. Ora o que nós temos observado é que muitos recém-formados só



são contratados após estarem um ano ou mais a trabalhar, o que evidentemente os prejudica neste sentido.

Mas não é só neste aspecto que os recém-formados verbalizam o seu descontentamento. Também a legislação que regulamenta a carreira de enfermagem, Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, no seu artigo 63º prevê a formação contínua apenas para os enfermeiros com vínculo à Instituição, o que traz, como é evidente, prejuízo para os enfermeiros que não estão vinculados. Estamos de facto numa grande e difícil encruzilhada no que respeita às condições da prática profissional dos recém-formados se considerarmos que a inserção social e profissional corresponde ao início da vida adulta e das condições sociais e profissionais que se oferecem na entrada no mercado do emprego. Podemos verificar que aos jovens enfermeiros essas condições não estão presentes, e, como consequência, o tempo de inserção social aumenta, adiando o acesso à independência económica e social, familiar e profissional, segundo Galland, (1984), citado por (Ramos, 1992, p. 31).

Esta situação verifica-se um pouco por toda a Europa e não só.

É curioso que muito recentemente tivemos acesso a um artigo da revista *L'Infirmière Canadienne*, cujo título é muito interessante: "O choque do futuro dos novos recém-formados". O artigo faz referência à nova era do emprego precário, que pressupõe estratégias de adaptação para assegurar a sobrevivência profissional. (Viens, 1996, p. 40-44)

- Questiona se haverá lugar na profissão para as enfermeiras recém-formadas, tendo em conta a conjuntura actual;
- Considera ser uma questão que suscita uma grande reflexão na Escola e nas Instituições de Saúde;
- Refere-se à actual situação do trabalho que impõe que as recém-formadas se confrontem com a viragem para os serviços de cuidados ambulatoriais, cuidados especializados e para as mudanças rápidas da tecnologia de ponta;
- Constata que se mantém a precaridade de emprego, agravada por cortes orçamentais na saúde e com as numerosas fusões dos centros hospitalares;

- Põe em evidência a opinião de alguns autores que afirmam serem os primeiros momentos nos contextos de trabalho muito importantes e que o período de integração é determinante para o indivíduo tanto no primeiro emprego como no seu sucesso futuro.

A integração reveste-se de uma importância capital visto que constitui uma condição essencial / capital para que um adulto se torne independente, responsável e reconhecido pela sociedade de facto. Não podemos ficar satisfeitos pelo facto de não estarmos sós. É preciso mudar e não podemos esperar muito.

Cabe às Instituições de Saúde e às Escolas juntarem esforços de modo a que se tornem verdadeiras "organizações qualificantes", ou seja, organizações que são capazes de responder a uma tripla função:

- uma organização mais rica em actividades, capaz de integrar as mudanças sócio-técnicas
- uma organização mais competitiva
- uma organização mais educativa, isto é, que seja capaz de desenvolver a educação permanente.

CONCLUSÃO

Do exposto neste Capítulo III do nosso trabalho consideramos que podemos reter os seguintes aspectos:

A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a nível do ensino superior provocou algumas modificações, tais como:

- a) maior autonomia das Escolas Superiores de Enfermagem, que se reflectiu, quer na possibilidade de elaborarem os seus próprios planos de estudo, quer na elaboração dos seus estatutos;
- b) maior ênfase na investigação científica e técnica, tendo como objectivo a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- c) emergência de novos paradigmas dos Cuidados de Saúde, que orientam os cuidados de enfermagem para a dimensão holística do Homem, no sentido

- da promoção da saúde e prevenção da doença, diferente do paradigma tradicional, mais orientado para o tratamento da doença, o que leva a encarar a necessidade de se reflectir sobre a formação dos profissionais de enfermagem, de forma a torná-los mais reflexivos sobre as suas práticas;
- d) necessidade de se criarem e definirem efectivos protocolos com as Instituições de Saúde, com vista a serem criadas estratégias que facilitem a integração dos enfermeiros recém-formados nos contextos de trabalho, de modo a diminuir a diferença existente entre o que é exigido na Escola e o que lhes é pedido nos Serviços onde são colocados;
- e) por último, a reflexão que é necessário fazer para proporcionar programas de integração aos enfermeiros recém-formados face aos fenómenos decorrentes da actual política de contratação, que, a não ser travada, pode trazer graves consequências tanto para os Enfermeiros como para as Instituições.

II PARTE

INTRODUÇÃO

A segunda parte deste trabalho está dividida em dois capítulos: achámos fundamental iniciá-lo com os nossos pressupostos básicos e a abordagem metodológica em que procuramos justificar, do ponto de vista teórico, os procedimentos e opções metodológicas que orientaram o trabalho empírico.

No segundo capítulo e atendendo a que o nosso estudo é de carácter exploratório, fomos formulando as nossas perguntas de investigação à medida que fomos analisando os dados.

Fazemos também a descrição do trabalho empírico e a leitura dos resultados. Apresentamos no final uma síntese, salientando os aspectos que considerámos mais significativos da análise dos dados.

CAPÍTULO I - METODOLOGIA GERAL DE INVESTIGAÇÃO

1 - PRESSUPOSTOS BÁSICOS

Do estudo teórico realizado e relatado na I Parte, partimos para o estudo com os seguintes pressupostos:

- A escola durante a formação inicial deve proporcionar estratégias de ensino que permitam aos enfermeiros recém-formados desenvolver um conjunto de competências e atitudes que favoreçam uma transição segura para a vida activa
- Durante a formação inicial devem ser organizados programas de pré-socialização e de socialização à vida nas Instituições de Saúde de forma a evitar / minimizar o "Choque da Realidade".

- Os programas de integração organizados pelas Instituições empregadoras devem estabelecer a ponte entre o novo diplomado e a Instituição, através de um profissional experiente, capaz de ajudar os recém-formados a descobrir, desenvolver e utilizar ao máximo as suas capacidades.
- Durante a integração deve ser proporcionado aos enfermeiros recém-formados "estudo de situações reais" que sejam geradoras de desenvolvimento profissional e pessoal que se inscrevam como o sugere Guy Le Bonedec (1988) numa política de desenvolvimento das capacidades dos diferentes actores da instituição, de forma articulada com as políticas de gestão do pessoal e com o estilo das relações presentes na instituição.
- A integração dos recém-formados deve ser objecto duma atenção particular da Escola e Instituições de Saúde.
- O período de integração dadas as características individuais, só deveria terminar quando cada novo recém-formado fosse capaz de realizar, com autonomia, o que dele espera o serviço, facilitando não só o seu desenvolvimento pessoal e profissional, mas também o desenvolvimento social, face à própria cultura organizacional.
- A política de contratação pode dificultar o planeamento e implementação de programas de integração e conseqüentemente o que deles se espera no que se refere a desenvolvimentos pessoal e profissional.

O nosso estudo limita-se às dificuldades sentidas pelos enfermeiros recém-formados na integração nos contextos de trabalho. Neste sentido optámos por limitar o estudo à detecção das dificuldades durante duas grandes etapas de vida que considerámos como dimensões de análise do nosso estudo:

1ª O PERCURSO ESCOLAR

2ª O PERCURSO PROFISSIONAL

Para cada uma destas dimensões foram definidas categorias, que são o reflexo da interpretação dos dados que fomos recolhendo quer dos testemunhos quer das leituras e que, de algum modo, demonstram a nossa própria valorização.

Assim, consideramos

O PERCURSO ESCOLAR

com as seguintes **CATEGORIAS**:

- ESCOLHA DO CURSO E EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À PROFISSÃO
- AQUISIÇÃO DE CAPACIDADES DA ÁREA COGNITIVA
- AQUISIÇÃO DE CAPACIDADES DA ÁREA AFECTIVA
- AQUISIÇÃO DE CAPACIDADES DA ÁREA PSICOMOTORA

O PERCURSO PROFISSIONAL

com as seguintes **CATEGORIAS**:

- FACTORES INTERFERENTES DO PRÓPRIO
- FACTORES INTERFERENTES DA ORGANIZAÇÃO

Por considerarmos muito complexo os factores que dizem respeito aos aspectos relacionados com a Organização, optámos por definir a CATEGORIA FACTORES INTERFERENTES COM A ORGANIZAÇÃO, inserindo-lhe dois **INDICADORES**

- relacionados com a integração em *contextos de trabalho*;
- relacionados com a *organização do trabalho*;

Construímos, pois, o nosso modelo de análise tendo por base os pressupostos que atrás mencionamos e tendo limitado o estudo às dificuldades sentidas pelos enfermeiros recém-formados incidindo nestas dimensões a categorias.

- Partindo dos pressupostos e considerando que uma determinada problemática, neste caso "as dificuldades sentidas pelos profissionais de enfermagem na integração à vida profissional", terá na sua essência múltiplas causas, tivemos curiosidade em saber

- que contributos são dados pela escola durante o percurso escolar, de forma a que os estudantes adquiram capacidades de análise e reflexão, de inovação e de aprender a aprender
- que contributos são dados pela instituição com os programas de integração, tendo em vista o desenvolvimento dos adquiridos escolares
- que influência tem a actual política de contratação no desenvolvimento dos adquiridos escolares e extra escolares, favorecendo a progressão na carreira e o desenvolvimento de competências

1.1 - Tipo de estudo

O tipo de estudo que nos propusemos realizar é de carácter descritivo e exploratório das dificuldades sentidas pelos enfermeiros recém-formados na integração em contextos de trabalho.

1.2 - População e escolha da amostra

A população alvo deste estudo é constituída por enfermeiros dos 1º, 2º e 3º Cursos Superiores de Enfermagem, das três Escolas Superiores de Enfermagem oficiais de Lisboa, as três dependentes da dupla tutela dos Ministérios da Saúde e da Educação.

O plano de estudo do curso foi elaborado por cada escola e embora obedecendo a determinadas orientações da CEE e do Departamento de Recursos Humanos, diferem na sua estrutura e nos organizadores curriculares.

O universo de trabalho é formado por 365 alunos.

A partir da listagem nominativa fornecida por cada escola, foi possível definir uma amostra probabilística - aleatória simples -, tendo sido considerados um nível de confiança de 95% e um erro máximo admissível de 7%, o que corresponde a uma amostra de dimensão 128. A selecção dos alunos a integrar a amostra foi realizada a partir de uma tabela de números aleatórios.

1.3 - O processo de construção dos dados

1.3.1 - A fase exploratória

A fase exploratória deste estudo desenvolveu-se, para além das leituras, através de uma entrevista semi-estruturada à Presidente da Direcção do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, com o objectivo de colher dados que nos dessem informação acerca das implicações da actual política de contratação dos enfermeiros.

Da entrevista recolhemos ideias como:

a falta de vínculo à Instituição

a) em relação aos direitos prejudica

- progressão na carreira (por falta de contemplação do tempo efectivo de trabalho)
- gozo de férias e outras regalias
- frequência de acções de formação
- contagem do tempo para efeitos de reforma

b) em relação aos deveres pode estimular

- absentismo elevado
- abandono do serviço sem justificação
- duplo emprego (o que pode implicar na qualidade dos cuidados)

c) em relação às expectativas

- desinteresse
- desmotivação progressiva
- abandono da profissão

Nesta fase aplicámos também um questionário a um grupo de seis enfermeiros com quatro e três anos de curso com o objectivo de testarmos os aspectos para que a nossa experiência, as leituras prévias e a entrevista que atrás mencionámos, nos tinham dirigido.

Era nossa intenção, quando construimos este questionário, que ele viesse a ser utilizado como prè-teste de um questionário a aplicar a trinta enfermeiros do 3º curso

de uma Escola Superior de Enfermagem oficial de Lisboa, que tinham terminado a sua formação inicial em Março de 1994, com o objectivo de utilizarmos os seus resultados num estudo de caso. Esta fora a metodologia que inicialmente tínhamos pensado utilizar e que apresentáramos aquando do nosso Projecto de Investigação.

Pensávamos retirar da análise dos resultados, dados significativos para levar a cabo entrevistas com testemunhos privilegiados, neste caso concreto, enfermeiras(os) responsáveis pela elaboração e implementação de programas de integração para enfermeiros recém-formados.

Contudo, o curto período de tempo de que dispomos para elaborar este estudo, para que nos seja contabilizado para a transição para a carreira do Ensino Superior Politécnico (até 31/07/96), impediu-nos de levar avante esta metodologia e viemos a aplicar um questionário final a uma população mais extensa, de forma a obter informação mais diversificada, dado que dispunhamos de um universo muito grande (365 sujeitos).

Desta forma, utilizámos os dados obtidos pelo questionário aplicado a esses enfermeiros, como estudo exploratório. Pela análise dos resultados confirmámos a pertinência dos temas nele incluídos, nomeadamente nas áreas do *Percurso Escolar*, *Percurso Profissional* e da *Relação Formação / Emprego*.

Verificámos, todavia, através dessa análise, que seria conveniente alterar o modo de enunciar algumas das questões, que, em escala, nos traduziriam melhor a medida, ou seja, o posicionamento dos sujeitos face a questões determinadas.

Por outro lado, a escala facilitaria também a própria resposta do sujeito.

1.3.2 - Instrumento de colheita de dados

Assim, e após reflexão sobre as fases que já referimos e sobre a informação recolhida, sendo certo que a metodologia que se escolhe deve ser determinada pelos objectivos da pesquisa e que se trata, neste caso, de um estudo exploratório, optámos pela aplicação de um questionário a uma amostra da população em estudo.

Ao optarmos pela aplicação de um questionário, não significa estarmos alheios à discussão e reflexão feita pelos investigadores das ciências sociais, acerca da validade do estudo dos fenómenos sociais, obtidos apenas pela técnica da aplicação de questionários por amostragem. Contudo, pesem embora todos os condicionalismos apresentados, como por exemplo os derivados da subjectividade do inquiridor, por vezes muito perto da realidade dos inquiridos, parece haver no momento actual um consenso generalizado, que, assente nos trabalhos produzidos sob a defesa das sociologias compreensivas, aponta para a necessidade de, ao serem usadas as técnicas quantitativas nestes estudos, saber-se como interpretar os resultados obtidos por elas de forma a controlar os efeitos de mediação decorrentes da sua aplicação.

Assim, ao utilizar-se numa pesquisa o inquérito por questionário, deve haver o cuidado do controlo da multiplicidade de sentidos e de referências, talvez relacionados com os enunciados das perguntas e respostas.

Neste sentido e segundo (Ferreira, 1986, p. 164), "toda a acção de pesquisa se traduz no acto de perguntar... por isso todas as regras metodológicas têm como objectivo exclusivo o de esclarecer o modo de obtenção de respostas". "Fazer perguntas, quais, como, a quem e identificar os elementos constituintes das respostas obriga a que o pesquisador se baseie em princípios que são, aliás, inerentes à lógica própria do inquérito por questionário

- a) o inquérito aplica-se a unidades sociais
- b) as unidades inquiridas são tomadas como equivalentes
- c) os fenómenos sociais existem independentemente das relações sociais que os determinam."

Desta forma, o nosso estudo será de carácter mais extensivo que de profundidade, já que, como diz (Ferreira, 1986, p. 169) "o inquérito por questionário continua a ser o único instrumento que permite detectar a presença e a intensidade de certas características e práticas de vastos conjuntos de indivíduos em níveis adequados de eficácia e eficiência... continua a ser fecundo na exploração dos fenómenos e, por seu intermédio, é possível entrever ligamentos e interpretações antes insuspeitadas."

Após as alterações introduzidas, resultantes da análise do questionário utilizado no estudo prévio, o questionário organizou-se em quatro partes:

- uma I parte - relativa ao percurso escolar
- uma II parte - relativa ao percurso profissional
- uma III parte - relativa à relação formação / emprego
- uma IV parte - relativa à caracterização da situação profissional

Com os quadros I.1, I.2 e I.3 pretende-se especificar a organização a que se procedeu para a construção dos dados e o seu tratamento estatístico posterior, segundo as dimensões, categorias e indicadores definidos.

QUADRO I.1

GRELHA DE INTERPRETAÇÃO DAS QUESTÕES

1ª DIMENSÃO	PROPOSIÇÕES Nº SEQUENCIAL
<p><u>PERCURSO ESCOLAR</u> com 4 categorias</p>	
<p>1ª COM 17 PROPOSIÇÕES <u>Escolha do Curso e Expectativas em</u> <u>relação à profissão</u></p>	<p>P1 P2 P3₁ P3₂ P3₃ P3₄ P3₅ P3₆ P3₇ P3₈ P3₉ P3₁₀ P 12₇ P15 P26 P30 P31 P32</p>
<p>2ª COM 12 PROPOSIÇÕES <u>Aquisição de capacidades</u> da <u>área cognitiva</u></p>	<p>P4₆ P4₁₂ P4₁₃ P5₁ P5₂ P5₃ P5₅ P5₆ P5₇ P5₈ P5₉ P6</p>
<p>3ª COM 11 PROPOSIÇÕES <u>Aquisição de capacidades</u> da <u>área afectiva</u></p>	<p>P4₂ P4₄ P4₅ P4₇ P4₈ P4₉ P4₁₀ P4₁₄ P4₁₅ P4₁₆ P7₃</p>
<p>4ª COM 6 PROPOSIÇÕES <u>Aquisição de capacidades</u> da <u>área psicomotora</u></p>	<p>P4₁ P4₃ P4₁₁ P5₄ P7₁ P7₂</p>

QUADRO I.2

GRELHA DE INTERPRETAÇÃO DAS QUESTÕES

2ª DIMENSÃO	PROPOSIÇÕES Nº SEQUENCIAL
<p style="text-align: center;"><u>PERCURSO PROFISSIONAL</u> com 2 categorias</p> <p>1ª COM 30 PROPOSIÇÕES <u>Factores interferentes do próprio</u></p>	<p>P8₁ P8₂ P8₃ P8₄ P8₅ P8₆ P8₇ P8₈ P12₄ P12₅ P12₆ P16₁ P16₂ P16₃ P16₄ P16₅ P16₆ P17 P19₁ P19₂ P19₄ P20 P23₁ P23₂ P23₃ P23₄ P23₅ P23₆ P23₇ P23₈</p>
<p>2ª <u>FACTORES ORGANIZACIONAIS</u> COM 2 INDICADORES</p>	
<p>1º <u>INTEGRAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO</u> COM 21 PROPOSIÇÕES</p>	<p>P9 P9₁ P9₂ P9₂₁ P10 P11₁ P11₂ P11₃ P11₄ P12₁ P12₂ P13₁ P13₂ P13₃ P13₄ P14 P14₁ P14₂ P14₃ P14₄ P14₅</p>
<p>2º <u>ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO</u> COM 30 PROPOSIÇÕES</p>	<p>P12₃ P12₈ P12₉ P12₁₀ P12₁₁ P12₁₂ P12₁₃ P18₁ P18₂ P18₃ P18₄ P18₅ P18₆ P21 P22 P24 P25 P28₁ P28₂ P28₃ P28₄ P28₅ P28₆ P28₇ P28₈ P28₉ P29₁ P29₂ P29₃ P29₄</p>

QUADRO I.3
QUADRO RESUMO

1ª DIMENSÃO → PERCURSO ESCOLAR	
17 Proposições	Escolha do Curso e Expectativas em relação à profissão
12 Proposições	Aquisição de capacidades da área cognitiva
12 Proposições	Aquisição de capacidades da área afectiva
6 Proposições	Aquisição de capacidades da área psicomotora
2ª DIMENSÃO → PERCURSO PROFISSIONAL	
30 Proposições	Factores interferentes do Próprio
51 Proposições	Factores interferentes da Organização
das quais	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">21</div> <div style="text-align: center;">Integração em contexto de Trabalho</div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">30</div> <div style="text-align: center;">Organização do Trabalho</div> </div>

O questionário apresenta questões enunciadas de várias maneiras:

1º) Há perguntas em escala tipo Likert, com cinco pontos, de forma a permitir medir a intensidade da posição assumida.

Foi dada a possibilidade de variar o posicionamento juntando duas posições de discordância à direita, em 3 escalas de enunciado diferente, conforme as questões;

Assim

1 = Nenhuma	3 = Moderada	4 = Elevada
2 = Reduzida		5 = Muito elevada

1 = Nada	3 = Parcialmente	4 = Quase totalmente
2 = Muito pouco		5 = Totalmente

1 = Discordo totalmente	3 = Não concordo nem discordo	4 = Concordo parcialmente
2 = Discordo parcialmente		5 = Concordo totalmente

Pedia-se o posicionamento mediante a inscrição de um círculo no nº correspondente ao grau de concordância.

De forma a facilitar o preenchimento inscreveu-se a chave, sempre, no início de cada folha do questionário.

2ª) Há perguntas dicotómicas SIM ou NÃO. Nestas era pedido que inscrevesse um



na quadrícula correspondente à respectiva opinião.

3º) Há perguntas de resposta múltipla e de resposta única. Nestas era pedido que se



inscrevesse um na quadrícula correspondente às respectivas opções.

1.3.3 - A preparação para a aplicação

O questionário foi previamente testado. Constava de 53 questões na I parte, 52 questões na II parte, 19 questões na III parte e 50 questões na IV parte.

Procedeu-se à aplicação de 21 questionários, o que corresponde a 16,4% do número de enfermeiros que tinham condições para fazer parte da amostra (128 enfermeiros), atendendo-se que seria o suficiente para verificar a compreensão do instrumento.

Aplicou-se o questionário a uma população idêntica, ou seja, a enfermeiros que já haviam concluído o CSE e que se encontram a trabalhar em diferentes Instituições de Saúde.

Fizemos um levantamento dos enfermeiros nas condições exigidas e obtivemos 100% de colaboração. Foram aplicados os 21 questionários em Instituições de Saúde de Lisboa, Almada e Barreiro. Numa carta introdutória (Anexo I) explicava-se o âmbito do trabalho, o objectivo e pediam-se todas as sugestões e críticas que considerassem pertinentes.

Disponibilizamo-nos para discutir dúvidas. Pedia-se ainda que registassem o tempo dispendido com o preenchimento.

A aplicação teve lugar em Março de 1996.

Não houve "não respostas".

Após discussão com alguns enfermeiros que para isso se disponibilizaram, fizemos uma reflexão profunda sobre os resultados e procedemos a algumas modificações: retiraram-se das partes I, II e IV um total de 5 perguntas que se consideraram óbvias ou repetidas.

A média do tempo dispendido foi de 50 minutos. Fica em anexo um exemplar do questionário definitivo. (Anexo III)

1.3.4 - A aplicação

A aplicação do questionário definitivo realizou-se em Abril de 1996, mais concretamente de 3 a 21 de Abril.

Fizemos contactos telefónicos individuais com os enfermeiros, através dos números de telefone que vinham nas listas nominativas que havíamos solicitado a cada Escola Superior de Enfermagem.

Também recebemos de colegas de duas das escolas, indicação de serviços onde se encontravam a trabalhar algumas das enfermeiras que faziam parte da amostra, o que muito nos facilitou os contactos.

Tivemos de proceder a 23 das 30 substituições dos elementos que haviam recaído primeiramente na amostra pelas seguintes razões:

- eliminámos à partida os que trabalhavam fora da área da grande Lisboa pela dificuldade do envio pelo correio dada a exiguidade de tempo de que dispunhamos.
- não se terem encontrado elementos que recaíram primeiramente na amostra.
- alguns, pelo menos dois, por terem abandonado a profissão.
- um, por recusa do elemento da amostra.

Combinámos as datas de entrega e de recolha dos questionários; a maioria foi entregue e recebida pessoalmente. Com o questionário foi enviada carta a pedir a colaboração (Anexo II).

Dos que não foi possível receber pessoalmente (e que foram muito poucos), foram entregues em envelope fechado no gabinete da Enfermeira Chefe, conforme previamente combinado.

Tivemos muito boa aceitação.

Dos 128 questionários distribuídos, todos foram recebidos.

Verificámos que os elementos que fizeram parte da amostra definitiva se encontravam a trabalhar em Instituições de Saúde diversificadas, tanto hospitalares como de Cuidados de Saúde Primários, tanto públicas como privadas, o que, à partida nos garantia uma maior amplitude de vivências e, portanto, opiniões diferentes.

1.3.5 - Limitações do estudo

Para avaliar a fiabilidade dos resultados obtidos, verificou-se a consistência interna das duas dimensões em estudo:

- **Percurso escolar**

- **Percurso profissional**

através do cálculo de Alpha de Cronbach.

Verificou-se a consistência interna de todas as categorias, sub-categorias e indicadores.

Os valores obtidos ficam em anexo (Anexo IV).

Tendo em conta a opinião de alguns autores a propósito da fiabilidade que os resultados podem oferecer e conforme se pode verificar pelos valores obtidos, o único que está abaixo do limite para que se possa considerar que há consistência interna suficiente nas questões é o referente à sub-categoria "factores do próprio" relacionada com a pergunta P. 8, com 8 alíneas, em 36 casos, em que o Alpha obtém um valor de 0,1315. Pensamos que nas 8 alíneas da pergunta 8 se medem diferentes características, o que pode justificar este valor. Este nosso comentário decorre de uma análise multivariada que fizemos.

Todos os outros valores de Alpha se encontram dentro do que é necessário para considerar consistência interna nas questões.

2 - O PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

O procedimento estatístico foi informático, tendo-se utilizado o programa SPSS, tanto no tratamento descritivo como indutivo. Utilizou-se o tratamento descritivo para a caracterização da população em estudo, para a análise univariada, apresentando-se frequências absolutas e relativas, scores médios, medidas de tendência central e coeficiente de correlação de Spearman.

Para o tratamento indutivo realizaram-se os testes de independência de Mann-Whitney e do Qui-Quadrado. Realizou-se também o Teste à Diferença de médias.

A partir das variáveis primitivas, definiram-se as novas variáveis

Dimensões

Categorias

Sub-categorias

Indicadores

Para proceder a essa definição realizaram-se as seguintes etapas:

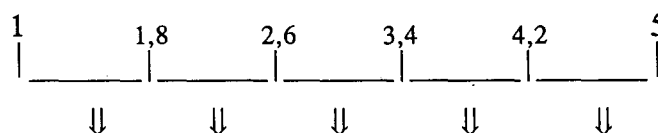
Nas perguntas em escala, somaram-se as proposições indicadas para cada nova variável e dividiu-se pelo mesmo número de proposições. A divisão tem por objectivo permitir obter uma nova variável cujo intervalo de valores oscile exactamente entre 1 e 5 valores da escala de Likert original; Exemplificando para a categoria "Aquisição de capacidades da área psico-motora":

$$\text{Dim1}_4 = ((P.4.1 + P.4.3 + P.4.11 + P.5.4 + P.7.1 + P.7.2)/6)$$

1. Com este procedimento obteve-se uma **variável quantitativa** cujos valores constituem os scores representativos da opinião dos inquiridos que estarão sempre situados entre um e cinco, mas que não são necessariamente números inteiros, consequência da divisão.
2. Enquanto variáveis quantitativas foram usadas para calcular médias de opinião, para calcular o coeficiente de correlação e para realizar o teste.

Como para realizar a análise descritiva era necessário construir tabelas com essas novas variáveis considerou-se mais operacional reclassificá-las, obtendo-se também essas novas variáveis enquanto **variáveis qualitativas**, cujo critério foi o de manter os mesmos níveis da escala de Likert usada no questionário.

Assim:



Os valores intermédios foram calculados por este processo:

Dado que se trata de uma escala ímpar, fez-se uma divisão por forma a obter 5 intervalos que têm a seguinte correspondência com as escalas de Likert originais:

1. scores situados entre 1 e 1,8 foram incluídos na categoria
1 - Discordo totalmente; nada; nenhuma
2. scores situados entre 1,8 e 2,6 foram incluídos na categoria
2 - Discordo parcialmente; muito pouco; reduzida
3. scores situados entre 2,6 e 3,4 foram incluídos na categoria
3 - Não concordo nem discordo; parcialmente; moderada
4. scores situados entre 3,4 e 4,2 foram incluídos na categoria
4 - Concordo parcialmente; quase totalmente; elevada
5. scores situados entre 4,2 e 5 foram incluídos na categoria
5 - Concordo totalmente; totalmente; muito elevada

As proposições inversas foram estatisticamente tratadas e analisadas na sua forma invertida.

Para evitar que a terminologia possa levar a erros de interpretação na análise descritiva, às categorias da Escala de Likert atrás descritas, chamaremos *níveis* uma vez que definimos como categorias os agrupamentos de proposições que constituem cada dimensão em estudo.

CAPÍTULO II - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Todos os resultados que se vão apresentar referem-se à aplicação do instrumento de pesquisa - Questionário - que já referimos.

Dispensar-nos-emos de indicar nos quadros que apresentarmos a fonte da colheita dos dados por ser sempre e só o questionário aplicado. Omitiremos também nos seus títulos, por uma questão de facilidade, a referência ao grupo inquirido e data abrangida pelo estudo, por já ambos terem sido definidos.

Referir-nos-emos a "Enfermeiro" independentemente do sexo.

Iniciamos a análise com a apresentação da caracterização da amostra. Seguidamente passamos a apresentar a análise e discussão dos dados obtidos no que se refere às posições expressas e que foram agrupadas nas duas dimensões, categorias correspondentes e indicadores (quando for o caso). Reportar-nos-emos às próprias variáveis (perguntas - proposições) sempre que acharmos necessário para a compreensão do "peso" individual na análise global.

Formulámos as perguntas de investigação sempre que nos pareceu pertinente, à medida que fomos analisando os dados e procedemos à sua resposta estatística (descritiva e/ou indutivamente).

1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do nosso estudo é constituída por 128 enfermeiros diplomados nos anos de 1993 e 1994 em três Escolas Superiores de Enfermagem de Lisboa e que se encontram a trabalhar em diversos hospitais e centros de saúde nos distritos de Lisboa, Sintra e Setúbal, estatais e privados. Para a análise da sua composição social consideraram-se as seguintes variáveis:

- Idade
- Sexo
- Ano de término do curso
- Filiação associativa

No que respeita à IDADE, pela distribuição de frequências, verificamos que as idades variam entre os 22 e os 31 anos. A média de idade dos 128 enfermeiros inquiridos, assume o valor de 25,11, a mediana 25,00 e a moda 24,00. É portanto uma população maioritariamente jovem, o que era esperado.

Quanto à composição por sexos predomina largamente o sexo feminino, 105 (82%) versus 23 (18%) do sexo masculino, o que vem confirmar a dominância feminina que historicamente se tem verificado na enfermagem.

No que respeita ao ano de conclusão do Curso Superior de Enfermagem como se pode verificar no quadro nº II.1, 97 (75,8%) dos enfermeiros inquiridos concluíram o curso em 1993 e 31 (24,2%) em 1994.

Todos estes enfermeiros frequentaram o curso em Escolas Superiores de Enfermagem em Lisboa o que representa uma homogeneidade dos seus campos de socialização na preparação profissional.

Quadro II.1

Distribuição da amostra pelo ano de conclusão do curso

ANO CONCLUSÃO DO CURSO	Nº	%
1993	97	75,8
1994	31	24,2
TOTAL	128	100,0

Por último, em relação à filiação em alguma associação profissional ou sindical, é curioso verificar uma repartição equitativa entre os enfermeiros sindicalizados ou inscritos numa associação profissional e os que não têm qualquer vínculo sindical ou associativo, como se pode verificar no quadro II.2. Era de esperar uma maior adesão ao vínculo sindical ou associativo, na medida em que são todos enfermeiros muito jovens, no início da sua carreira profissional, provavelmente com forte poder reivindicativo para pregarem por melhores condições de contratação e de serviço.

Para além disso, no último semestre do CSE todas as ESE contemplam nos currícula um período onde são abordados aspectos relacionados com estes assuntos com o objectivo de sensibilizar os futuros jovens profissionais para as vantagens do associativismo no progresso da profissão.

Quadro II.2

Distribuição da amostra segundo a filiação em associações
profissionais ou sindicais

MEMBRO DE ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL OU SINDICAL	Nº	%
SIM	64	50,0
NÃO	64	50,0
TOTAL	128	100,0

2 - O PERCURSO ESCOLAR

Nesta dimensão incluímos quatro categorias

- *Expectativas em relação à formação, à escolha do curso e percurso profissional*
- *Aquisição de capacidades da área cognitiva*
- *Aquisição de capacidades da área afectiva*
- *Aquisição de capacidades da área psicomotora*

Globalmente, como se pode verificar pelo quadro II.3, constatamos que a maioria dos inquiridos considera que o **percurso escolar** correspondeu **quase totalmente** às suas **expectativas** - 57,9% - em relação à formação inicial, escolha do curso e formação posterior, tendo contribuído também **quase totalmente** para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de capacidades, proporcionando experiências nos **domínios cognitivo, afectivo e psicomotor**, facilitando o início da actividade profissional. Poderíamos ainda acrescentar a este valor, o correspondente à resposta de um elemento (0,8%), que considera que os aspectos contemplados nesta dimensão - percurso escolar - foram totalmente atingidos, o que perfaria um valor de 58,7% num posicionamento **muito favorável**. Com posicionamento menos favorável temos um valor de 41,3% correspondendo respectivamente, a respostas posicionadas em

muito pouco (2,5%) e **parcialmente** (38,8%). Há 7 pessoas (5,5%), que não entram na análise desta dimensão por não terem respondido a algumas questões que a integram. De realçar, no entanto, que estamos a qualificar a percentagem de 38,8% como posicionamento menos favorável quando ela apenas expressa que o percurso escolar, em todos os aspectos citados, correspondeu **parcialmente**, o que pode ser considerado realista e esperado, uma vez que a Escola, como diz Carneiro (1988) deve proporcionar ao estudante um processo de formação que permita a aquisição de uma sólida formação de base que favoreça a reconversão e a mobilidade dos profissionais. Para tal, estes deverão não só possuir conhecimentos profundos de aspecto amplo no seu domínio profissional como também devem possuir conhecimentos sobre a realidade do país quer em matéria de saúde quer dos aspectos relacionados com as dimensões políticas e sociais, características que devem estar presentes no perfil do futuro quadro superior português.

Quadro II.3

Apreciação global do nível de posicionamento na Escala de Likert em relação ao

PERCURSO ESCOLAR

Nível de posicionamento da Escala de Likert	PERCURSO ESCOLAR	
	Nº	%
Muito pouco → 2	3	2,5
Parcialmente → 3	47	38,8
Quase totalmente → 4	70	57,9
Totalmente → 5	1	0,8
Não respondem	7	-
TOTAL	128	100,0

- PERCURSO ESCOLAR -

- EXPECTATIVAS -

Se analisarmos as categorias que compõem esta dimensão, verifica-se, no que se refere à 1ª categoria - **expectativas** -, pela análise do quadro II.4, que a maioria das respostas se situa a nível de um posicionamento **moderado** com 65,3%, isto é, as expectativas foram, na globalidade, moderadamente atingidas. Os valores que traduzem níveis de posicionamento mais e menos favorável, isto é, **elevado e reduzido**, são praticamente idênticos, respectivamente - 17,7% versus 16,4% -. Houve 4 elementos que não responderam.

Se analisarmos já aqui as perguntas referentes às "necessidades de formação" no futuro profissional, ao facto de, já após ter obtido o grau de bacharelato em enfermagem, "ter frequentado ou estar a frequentar formação adicional" ("quais" e "em que área", ligadas ou não à enfermagem), completaram, de algum modo, a posição que os recém-formados expressam sobre as expectativas em relação à formação, à escolha do curso e à formação posterior (no percurso profissional).

Assim, 123 (96,9%) são de opinião de que vão ter outras necessidades de formação. A grande maioria, praticamente a totalidade, parece compreender que a Escola só lhes pode dar os princípios, as bases, as ferramentas e que é a educação permanente que deve guiar o Homem para o desenvolvimento das suas potencialidades pessoais e profissionais. É o entendimento de que "ninguém viverá a vida inteira no mundo em que nasceu nem morrerá no mundo em que viveu" (Margareth Mead).

Há já 23 recém-formados (18%) que estão a frequentar formação adicional. Esta formação está a fazer-se tanto no âmbito da enfermagem como fora dele e as razões mais importantes para essa formação adicional prendem-se, por ordem decrescente, como se segue:

- valorização profissional	43,5%
- melhoria do desempenho profissional	30,4%
- mudança de área de actuação	8,7%
- progressão na carreira	4,3%
- outras não especificadas	2,3%

Analisou-se ainda que 15 dos 23 que fizeram ou estão a fazer formação adicional, fizeram-na ou estão a fazê-la apenas 3 (20%) ou fizeram ou estão a fazer no âmbito da enfermagem, através de estágios. Os outros 12 (80%) indicam apenas "outra formação" mas não especificam. Fora do âmbito da enfermagem, dos 9 casos a considerar, há 2 (22,2%) que estão a frequentar CESE e 5 (55,6%) estão a frequentar Licenciaturas. Há 2 (22,2%) que não especificam que "outra formação" obteve ou está a obter.

Resumindo, dos 128 inquiridos, há 105 (82%) que não teve ou não está a frequentar formação adicional, mas há 123 (96,1%) que expressam haver necessidade de formação adicional para o futuro.

Quanto às respostas sobre "especificação dessas necessidades" há muita diversidade e só se obtiveram 98 respostas mas conseguimos fazer sete grupos diferentes que passamos a enunciar, por ordem decrescente:

TIPOS	Nº de RESPOSTAS
CESE (em enfermagem)	50
Acções de Formação Permanente	50
Investigação	14
Estágios	12
Gestão	11
Informática	5
Línguas estrangeiras	4
Mestrado	4
Psicologia	3

Quadro II.4

Apreciação global do nível de posicionamento na Escala de Likert em relação a
- EXPECTATIVAS -

Nível de posicionamento da Escala de Likert	1ª Categoria da 1ª Dimensão	
	Nº	%
Reduzida → 2	21	16,9
Moderada → 3	81	65,3
Elevada → 4	22	17,7
Não respondem	4	-
TOTAL	128	100,0

No que se refere às 2ª, 3ª e 4ª categorias, que correspondem às diferentes áreas dos saberes, verifica-se, pelo quadro II.5, comparativamente, que é na área cognitiva que os posicionamentos são mais favoráveis: -71,6% - seguindo-se a área afectiva com 62,9% e por fim a área psicomotora com 61,8%. Estamos, também aqui, a considerar apenas como valores muito favoráveis os posicionamentos a nível de totalmente e quase totalmente, que adicionamos.

Os valores das respostas obtidos a nível de nada e muito pouco não têm praticamente expressão; a nível de parcialmente são valores próximos e consideramo-los favoráveis.

Quadro II.5

Comparação do nível de posicionamento na Escala de Likert em relação à 2^a, 3^a e 4^a categorias que integram a 1^a Dimensão

PERCURSO ESCOLAR

Nível de posicionamento da Escala de Likert	2 ^a Categoria Área Cognitiva		3 ^a Categoria Área Afetiva		4 ^a Categoria Área Psicomotora	
	N ^o	%	N ^o	%	N ^o	%
	Nada → 1	-	-	1	0,8	-
Muito pouco → 2	2	1,6	5	4	3	2,3
Parcialmente → 3	34	26,8	40	32,3	46	35,9
Quase totalmente → 4	77	60,6	65	52,4	72	56,3
Totalmente → 5	14	11,0	13	10,5	7	5,5
Não respondem	1	-	4	-	-	-
TOTAL	128	100,0	128	100,0	128	100,0

Tivemos curiosidade em perceber quais as proposições (variáveis) que mais teriam contribuído para estes valores e estas diferenças.

Assim, pela análise da distribuição de frequências, constatamos o seguinte:

No que se refere à razão que levou à **inscrição** no CSE, constata-se que a mais indicada é a **1^a opção**, com 101 respostas (78,9%) e só 27 (21,1%) apresentam outras.

Verifica-se que há 15,6% que se inscreveram no CSE por outra opção que não a 1^a (não seria o curso que preferiam) e há 5,5% que o escolheram porque lhes dariam acesso futuro a um Curso de Estudos Especializados (CESE).

Verifica-se, no entanto, que há ainda 29,9% que não se decidiu por que CESE optará.

Os interesses à cerca dos CESE que tencionam vir a frequentar, são como se indica (por ordem decrescente):

CESE em enfermagem, relacionados com:	
- Saúde do Adulto e do Idoso	26,0%
- Saúde Infantil e Pediátrica	15,7%
- Medicina, Cirurgia e Reabilitação	8,7%
- Gestão	7,1%
- Saúde Mental e Psiquiátrica	5,5%
- Saúde Materna e Obstétrica	3,9%
- Saúde na Comunidade	2,4%
- Saúde Mental Comunitária	0,8%

Não deixa de ser interessante verificar que há apenas 4 pessoas (3,2%) que se referem à Enfermagem Comunitária (2,4% e 0,8%). Esta é a área de eleição da prestação de Cuidados de Saúde Primários e o Comité consultivo para a formação no domínio de Cuidados de Enfermagem, da Comissão das Comunidades Europeias tem vindo sistematicamente a fazer recomendações sobre as linhas de orientação para o ensino de CSP no âmbito da formação de enfermeiros responsáveis por cuidados gerais. O Comité adoptou a seguinte declaração relativamente ao equilíbrio e coordenação do ensino teórico e clínico de enfermeiros:

O número de horas de ensino teórico e de ensino clínico deverá ser de, pelo menos, um terço e metade respectivamente do total de horas de ensino previstos no programa de formação completo. O período de formação referente deverá ser distribuído de acordo com as necessidades dos programas educativos aprovados pelas autoridades competentes dos Estados membros.⁽¹⁾

Face a uma posição tão desfavorável nesta área da Enfermagem, é de perguntar: será que as Escolas de Enfermagem estarão a dar a necessária ênfase a estes aspectos?

⁽¹⁾ Comissão das Comunidades Europeias, Doc. III / F / 537015/90-95
Orig. FR/EN-CCFI-, p 1
Bruxelas, 30.10.1992

As recomendações são dirigidas às Escolas para a formação de enfermeiros responsáveis por cuidados gerais mas aí se deve fazer sentir a necessidade cada vez mais imperiosa de investir na articulação entre cuidados diferenciados, de modo a fomentar a compreensão e a reflexão da necessidade imperiosa de intervir na Comunidade com cuidados especializados, em equipas pluri-disciplinares.

É uma reflexão que se deixa.

Se analisarmos as razões indicadas de entre as diversas que apresentámos como podendo ter influenciado a **escolha do CSE**, constata-se que há uma grande concentração nos aspectos que se referem a **relacionamento interpessoal, ajuda a pessoas dependentes, tratar pessoas doentes**, respectivamente com 89,1%, 78,1% e 61,8% em posicionamentos **muito favoráveis**, isto é, a nível de influência **elevada e muito elevada**. Nenhuma das outras razões apresentadas obteve valores semelhantes. Contudo, parece-nos pertinente destacar a distribuição do posicionamento das outras razões apresentadas. Verifica-se que as razões que podemos considerar relacionadas com aspectos práticos e pragmáticos - *oferta de emprego; versatilidade; investigação; prestígio da profissão* - tiveram predominantemente uma influência **moderada**. Já a razão de *"poder trabalhar com médicos"* e *"não ter tido vaga noutra curso"* revelam ter tido **reduzida** ou **nenhuma** influência, o que está em concordância com o facto da maioria se ter inscrito no CSE por 1ª opção. Parece ainda revelar um sentimento relevante de "demarcação do campo médico" e do "perfil técnico", associada à reabilitação da "relação com o doente", ou seja "sente-se" a necessidade de se investir na revalorização da profissão com ênfase na "especialização do cuidar", enquanto processo de autonomização da dependência face ao campo médico.

De realçar que também a razão *"sugestão de familiares e amigos"* revela ter tido **nenhuma** ou **reduzida** influência o que contraria o que geralmente se lê sobre o assunto. De facto alguns autores sugerem que uma das principais razões que influenciam muitos jovens a frequentarem o curso de enfermagem poderá ter origem na família e amigos principalmente se estes têm actividades ligadas à área da saúde. Mardaras Platas (1985) é até de opinião que são razões mais "tipo emocionais", que

poderão corresponder a uma identificação com pessoas que se amam e admiram mas não propriamente com o trabalho que realizam.

Contudo, estes dados também nos deixam de certo modo surpresas, uma vez que nos 10 cursos superiores de enfermagem onde temos leccionado desde 1990, temos aplicado um pequeno questionário aos estudantes no primeiro dia de aulas, onde entre outras questões, esta é apresentada. Da análise que temos vindo a fazer, verificamos que muitos estudantes indicam a família como tendo tido, de algum modo, influência na decisão de terem vindo frequentar este curso pelo facto de ter sido integrado no Ensino Superior Politécnico. Até 1990 as pressões eram até muito fortes no sentido de não se inscreverem no curso de Enfermagem, ainda que tivessem experiência nesta ou em outra área da saúde.

Parece que algo se está a modificar e esperamos que o facto do curso de enfermagem ter sido integrado no Ensino Superior Politécnico, possa contribuir para a concreta definição do Estatuto dos Enfermeiros de forma a poder ser reconhecida e aceite socialmente, a competência profissional dos enfermeiros.

Globalmente, a análise dos dados sobre as escolhas, revela que persiste àcerca da concepção da Enfermagem, um núcleo duro ligado ao conceito de assistir, aliado, porém a um pragmatismo de não a considerar já um acto de caridade mas sim uma profissão em que a necessidade de produção de conhecimentos novos é reconhecida. Este reconhecimento não será alheio à recente integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional a nível do ensino superior politécnico, já que permite a formação de enfermagem a nível superior proporcionando não só que os enfermeiros beneficiem do pensamento dos outros, mas que também contribua para o enriquecimento da reflexão dos grupos de trabalho, podendo levar "a profundas mudanças no seio da enfermagem" (Collière, 1989), o que corresponderá a uma valorização social dos enfermeiros, já que lhes permite situarem-se noutros papéis sociais. Estas mudanças têm ocorrido na enfermagem, influenciadas pelas correntes de pensamento da comunidade científica e que se tem feito sentir na forma de encarar a Saúde e a Doença à luz de novos "paradigmas" que têm inspirado as concepções mais recentes da disciplina de enfermagem (Kérouac, 1994).

No sentido de visualizar a nossa análise, traçamos o seguinte quadro resumo da distribuição.

Quadro II.6
- PERCURSO ESCOLAR -
QUANTO ÀS RAZÕES DE ESCOLHA DO CSE

- Razões relacionadas

com "assistência", que revelam ter tido predominantemente uma influência **muito elevada**, ou **elevada**:

- <i>relacionamento interpessoal</i>	89,1%
- <i>ajuda a pessoas dependentes</i>	78,7%
- <i>tratar pessoas doentes</i>	62,7%

- Razões relacionadas

com aspectos "**práticos e pragmáticos**" que revelam ter tido predominantemente uma influência **moderada**:

- <i>grande oferta de emprego</i>	34,4%
- <i>versatilidade</i>	38,9%
- <i>fazer investigação</i>	43,0%
- <i>prestígio</i>	45,2%

- Razões relacionadas

com "**factores externos à profissão**", que revelam não terem tido predominantemente **nenhuma** influência ou **reduzida**:

- <i>trabalhar com médicos</i>	85,2%
- <i>não ter tido vaga noutra curso</i>	82,6%
- <i>sugestões de familiares e amigos</i>	75,2%

- O PERCURSO ESCOLAR -

- AQUISIÇÃO DE CAPACIDADES DA ÁREA COGNITIVA -

Incluimos nesta 2ª categoria, doze proposições (variáveis), relacionadas essencialmente como o curso ter facilitado as capacidades de reflexão e análise - de si próprio e de situações reais -, partindo do princípio que estas capacidades levam os estudantes a desenvolver autonomia, a formar opiniões, a pôr-se em causa, aprendendo a perspectivar, relacionar, procurar meios, produzir soluções.

Verificamos que as percentagens com maiores valores se situam a nível do **quase totalmente** (em 8 perguntas) a nível do **totalmente** (em 2 perguntas) e a nível do **parcialmente** (em 2 perguntas). Todavia, apenas as 2 perguntas sobre "reflexão sobre situações reais", e "reflexão pessoal sobre a função principal do enfermeiro" obtêm valores acima dos 50% - a nível do **quase totalmente** - (respectivamente 57% e 50,8%). As restantes 6 perguntas situadas a este nível de posicionamento variam entre os 49,2% e os 39,8%, citando, em sentido decrescente "autoavaliação", (49,2%), "reflexão" e "reavaliação do processo de cuidados" (46,1%), "análise" e "formação de opiniões" (44,5%) e "ser autónomo" (40,2%).

As duas perguntas situadas ao nível de **totalmente**, relacionam-se com a construção de "percepções do papel do enfermeiro"; não incluindo nesse papel, como essencial, a execução de tarefas (40,6%) nem o cumprimento de prescrições médicas (46,9%) traduzem uma visão mais ampla do papel do enfermeiro e a perspectiva do seu poder decisório, que dá origem à autonomia.

A pergunta sobre "Investigação" procura obter a valorização da procura de meios e produção de soluções. A maior percentagem (36,7%) obtém-se a nível do posicionamento **parcialmente**, sendo certo que há também uma percentagem próxima a nível do posicionamento do **quase totalmente** (33,6%).

Foi incluída nesta categoria uma pergunta de âmbito mais abrangente mas que pode funcionar como resumo das outras ou teste:

- Até que ponto o curso permitiu adquirir conhecimentos/qualificações suficientes para iniciar a actividade profissional -

Obteve-se um valor de resposta a nível do posicionamento de **parcialmente**, de 46,1%, logo seguido de um valor de 41,4% a nível do **quase totalmente**.

Estes valores situam-se abaixo dos valores da categoria - *aquisição de capacidades da área cognitiva* - (que obteve um valor de 71,6%, muito favorável, considerando as percentagens dos posicionamentos em **quase totalmente** (60,6%) e **totalmente** (11,0%)); situam-se também abaixo dos obtidos para a 1ª dimensão - *percurso escolar* - mas não tão distante. O "**percurso escolar**" obteve um valor de 57,9% na globalidade, a nível do **quase totalmente**. Já tecemos algumas considerações à cerca do papel da Escola segundo Carneiro (1988), no que se refere ao processo de favorecer a aquisição de conhecimentos. A Escola, contudo, deve, essencialmente, na nossa opinião, "ensinar a aprender", proporcionando aos estudantes as ferramentas para tal. É natural que crie nos estudantes e nos recém-formados um sentimento de que nem tudo foi dito ou feito e que estes, face às vivências da profissão, sintam e expressem a opinião de que o curso lhes proporcionou **parcialmente** e/ou **quase totalmente**, a aquisição de conhecimentos/qualificações.

Temos necessariamente de voltar a este assunto após a análise da 3ª categoria e da 4ª categoria do Percurso Escolar.

No sentido de visualizar a análise que acabamos de fazer, traçamos o quadro resumo que se segue.

Quadro II.7

- PERCURSO ESCOLAR -

QUANTO À AQUISIÇÃO DE CAPACIDADES DA ÁREA COGNITIVA

- Experiências e conhecimentos/qualificações facilitadoras do desenvolvimento	
Ao nível de totalmente	
- relacionadas com a construção de percepções sobre o papel essencial do enfermeiro	
• não é a execução de tarefas.....	40,6%
• não é o cumprimento de prescrições médicas.....	46,9%
A nível de quase totalmente	
- relacionadas com reflexão e análise	
• reflexão sobre situações reais.....	57,0%
• reflexão sobre a função principal do enfermeiro.....	50,8%
• autoavaliação.....	49,2%
• reflexão (global).....	46,1%
• reavaliação do processo de cuidados.....	46,1%
• análise.....	44,5%
• formação de opiniões.....	44,5%
• autonomia.....	40,2%
A nível de parcialmente	
- relacionadas com procura de meios e produção de soluções	
• investigação.....	36,7%
O curso, na globalidade , considera-se ter contribuído para o início das actividades profissionais, a nível de	
parcialmente.....	46,1%
quase totalmente.....	41,4%

- O PERCURSO ESCOLAR -

- AQUISIÇÃO DE CAPACIDADES DA ÁREA AFECTIVA -

Incluimos nesta 3^a categoria onze proposições (variáveis), relacionadas essencialmente com os aspectos da dimensão relacional e dos direitos da pessoa quer no que diz respeito à relação com o utente (doente ou não), à relação com outros profissionais da equipa de saúde (enfermeiros ou não); consideramos que as variáveis contempladas podem traduzir uma observação reflectida e revelar a sensibilidade, a humanização e sentido de responsabilidade nas acções que o enfermeiro desenvolve, independentemente do grau de conhecimentos teóricos, que a formação inicial terá proporcionado.

Já tínhamos verificado que esta categoria, na sua globalidade, tinha sido apreciada **muito favoravelmente**, com um valor de 62,9% resultando da soma dos posicionamentos em **quase totalmente** (52,4%) e **totalmente** (10,5%).

Tendo agora analisado cada uma das variáveis verificamos que reflectem, na globalidade, esse mesmo posicionamento **muito favorável**, situando-se os valores percentuais mais elevados a nível do **quase totalmente e totalmente**. Aqui se inclui a capacidade de observação (62,5%) e o domínio relacional: estudante/utente (63,2%), estudante/equipa (57,1%), utente como sujeito com direito a intervir no processo de cuidados (76,5%), com direito à informação (73,4%), com direito à decisão (61,7%).

É interessante verificar que tanto nas variáveis que implicam a exteriorização de sentimentos e características pessoais como nas de capacidade de enfrentar a realidade, os valores percentuais são mais dispersos pelos diversos níveis de posicionamentos. Embora esses valores percentuais mais elevados se situem a nível do **parcialmente**, (variando entre 59,4% e 34,4%), não devemos desprezar os valores que reflectem uma opinião **muito desfavorável** versus os que reflectem uma opinião **muito favorável** (variando os primeiros entre 29% e 18,7% e os segundos entre 36,7% e 21,1%).

Estamos a falar de "verbalização de emoções/medos para evitar ou diminuir o stress", "tomada de consciência das realidades profissionais" e "integração progressiva" quer na Instituição onde decorrem os ensinamentos clínicos quer nas equipas de saúde.

De realçar ainda, também a integrar esta categoria, uma pergunta que pode funcionar como resumo ou teste: *"em que medida a dimensão humano-relacional foi aprofundada na formação inicial"*.

A maioria emite um parecer **muito favorável**, distribuindo-se a percentagem de 73,5% pelos posicionamentos a nível de **quase totalmente** (47,7%) e **totalmente** (25,8%). Este parecer, reflecte, em princípio, que durante a formação inicial, há, da parte dos professores de enfermagem, uma preocupação de quererem substituir o papel tradicional do professor (que se impunha pela transmissão do seu saber, sem atender ao ritmo individual dos estudantes, em que os seus medos, dúvidas e inseguranças não eram consideradas ou tidas em conta), para uma atitude que reflecte estar mais de acordo com os actuais modelos de formação e modos de trabalho pedagógico. Estes métodos são centrados na díade estudante/professor que permite aos estudantes, através de uma observação e análise reflexiva, estarem atentos aos acontecimentos do meio e atribuir-lhes o significado dos fenómenos que cada estudante percebe de acordo com as suas experiências e competências cognitivas. Cabe sem dúvida ao professor fazer a análise integradora permitindo que essas diferentes percepções da realidade se transformem num processo apropriativo do saber, um saber diferente, vivido, discutido, reflectido e assumido. Esta apropriação só será possível se existir da parte do professor a abertura necessária para os estudantes exteriorizarem a forma como de facto percebem a realidade que estão a viver, que os envolve totalmente, sendo certo que decorrente deste envolvimento, a aprendizagem assume uma dimensão afectiva, importante, talvez duradoura.

De facto, Ferry (1987), considera que os formandos desenvolvem a capacidade de análise, "não exactamente a aprender, mas a aprender a referenciar o que é conveniente aprender". Consideramos que os estudantes, futuros profissionais, irão ter uma relação de ajuda efectiva com os utentes bem como com outros profissionais

de acordo com o modelo de ajuda que tiverem vivido durante a formação inicial e da qual muito provavelmente se apropriaram.

No quadro resumo II.8, que a seguir apresentamos, procuramos visualizar a análise que anteriormente descrevemos.

Quadro II.8
- PERCURSO ESCOLAR -
QUANTO À AQUISIÇÃO DE CAPACIDADES DA ÁREA AFECTIVA

- Experiências/qualificações facilitadoras do desenvolvimento		
1) Ao nível de muito favorável		
- relacionadas com a reflexão da experiência de factos internos da consciência (fenómenos):		
• observação.....		62,5%
Quase totalmente	55,5%	
Totalmente	7,0%	
- relacionadas com o domínio relacional :		
• estudante/utente.....		63,2%
Quase totalmente	48,4%	
Totalmente	14,8%	
• estudante/equipa.....		57,1%
Quase totalmente	47,6%	
Totalmente	9,5%	
• utente com direito a intervir no processo de cuidados.....		76,5%
Quase totalmente	44,5%	
Totalmente	32,0%	
		%

(cont.)

• utente com direito à informação..... 73,4%

Quase totalmente 45,3%

Totalmente 28,1%

• utente com direito à decisão..... 61,7%

Quase totalmente 36,7%

Totalmente 25,0%

2) Aos diversos níveis de posicionamento (dispersão de respostas)

- relacionadas com a **exteriorização de sentimentos:**

• verbalização de emoções/medos para evitar/diminuir
o stress do estudante

- **parcialmente**..... 34,4%

- **muito favorável**..... 36,7%

quase totalmente 28,1%

totalmente 8,6%

- **muito desfavorável**..... 29,0%

muito pouco 22,7%

nada 6,3%

- relacionadas com o **confronto com as realidades profissionais:**

• tomada de consciência das realidades

- **parcialmente**..... 42,2%

- **muito favorável**..... 29,7%

quase totalmente 23,4%

totalmente 6,3%

- **muito desfavorável**..... 26,5%

muito pouco 23,4%

nada 3,1%

%

(cont.)

• integração progressiva na realidade dos campos de estágio

- parcialmente	59,4%
- muito favorável	21,8%
quase totalmente	19,5%
totalmente	2,3%
- muito desfavorável	18,7%

• integração progressiva na equipa de saúde dos campos de estágio

- parcialmente	58,6%
- muito favorável	21,1%
quase totalmente	18,8%
totalmente	2,3%
- muito desfavorável	20,3%
muito pouco	19,5%
nada	0,8%

O curso, na globalidade, considera-se ter

aprofundado a **dimensão humano-relacional,**

muito favoravelmente	73,5%
quase totalmente	47,7%
totalmente	25,8%

- O PERCURSO ESCOLAR -

- AQUISIÇÃO DE CAPACIDADES DA ÁREA PSICO-MOTORA -

Incluimos nesta 4ª categoria seis proposições (variáveis), relacionadas essencialmente com o saber aliar os aspectos da cognição e da afectividade à acção manual. A acção ou destreza manual, em enfermagem, deve ser reflectida e não apenas produto de treino ou repetição e, para tal, a formação inicial deve proporcionar uma base sólida de conhecimentos científicos e técnicos e oportunidades de os pôr em prática e reflecti-los; deve ter em consideração a personalidade de cada um, as suas próprias características e o seu ritmo, aspectos que têm influência no desenvolvimento das potencialidades de cada um. E, só assim, o estudante, futuro profissional, será capaz de individualizar os cuidados ao utente, no nosso entender.

Verificamos, pela distribuição das frequências que, das duas dimensões "técnica" e "técnico-científica", a maioria dos inquiridos considera que a "técnico-científica" foi **mais aprofundada** na formação inicial do que a "técnica" (70,3% versus 43,0%).

Por outro lado, no que se refere às **experiências** proporcionadas, podem ser consideradas **moderadamente facilitadoras do relacionamento dos conhecimentos adquiridos**, uma vez que a distribuição das respostas mais favoráveis obtém um valor muito próximo do das respostas parcialmente favoráveis (49,2% versus 46,1%).

Por outro lado ainda, as **experiências** proporcionadas para o **desenvolvimento psico-motor**, obtém, nos níveis de posicionamento mais elevados, um valor inferior ao obtido num posicionamento parcial (35,9% versus 52,3%), isto é, prevalece a opinião de que essas experiências foram apenas **moderadamente facilitadoras**.

Reflectindo sobre estes quatro aspectos citados, parece-nos poder inferir que as Escolas Superiores de Enfermagem tendem a valorizar os conhecimentos científicos, tendo em conta a complexidade técnica e cognitiva inerente ao trabalho de enfermagem. Conhecem-se, contudo, as dificuldades cada vez maiores dos campos de estágio onde na generalidade decorre o ensino clínico e onde nem sempre se encontram situações suficientemente ricas para poder agir e reflectir. Por outro lado, os estágios são curtos e é fácil que os professores exijam um saber fazer com

demasiada rapidez, não dando o tempo suficiente para que o estudante faça a tão necessária ligação psico-motora em que o "todo" tem de ser implicado: conhecimentos teóricos, emoções, execução. Para além da pressão do tempo e das rotinas, o ratio professor-aluno é quase sempre demasiado baixo, o que complica ainda mais o processo. É natural, pois, que, no que se refere às **experiências** proporcionadas, atendendo ao **ritmo individual**, elas tenham sido consideradas moderadamente facilitadoras: 39,9% dos posicionamentos podem considerar-se **muito favoráveis** havendo 47,7% que os consideram **parcialmente** facilitadoras, mas 12,5% consideram-nos **muito desfavoráveis**.

Contrariamente ao que se podia esperar, pela relação que fizemos anteriormente (na medida em que se atende ao ritmo individual, assim o estudante individualizará o processo de cuidados), 74,2% dos inquiridos referem que **os conhecimentos adquiridos** na formação inicial **permitiram desenvolver muito favoravelmente** a capacidade da **individualização** do processo de cuidados (quase totalmente 52,3% e totalmente 21,9%). Há também uma percentagem de 21,9% que se posiciona a nível de parcialmente. A pergunta é sobre "conhecimentos", o que, de algum modo poderá ter enviesado a resposta. Não podemos deixar de salientar, contudo, que tanto no plano teórico como na prática, isto é, junto do utente (são ou doente) se dá ênfase à individualização e que, portanto, parece que houve interiorização desses conhecimentos, que virão a ser construídos na prática clínica, através da experiência, da reflexão e da acção.

Traça-se um quadro para se visualizar os aspectos que analisámos.

Quadro II.9
 - PERCURSO ESCOLAR -
 QUANTO À AQUISIÇÃO DE CAPACIDADES DA ÁREA PSICO-MOTORA

Aprofundamento das dimensões		
- técnico-científica:		
Muito favoravelmente.....		70,3%
Quase totalmente	60,9%	
Totalmente	9,4%	
- técnica:		
Muito favoravelmente.....		43,0%
Quase totalmente	34,4%	
Totalmente	8,6%	
Experiências como factor facilitador:		
- do relacionamento dos conhecimentos adquiridos		
Muito favoravelmente.....		49,2%
Quase totalmente	42,2%	
Totalmente	7,0%	
Parcialmente favorável.....		46,1%
- do desenvolvimento das capacidades psico-motoras		
Muito favoravelmente.....		35,9%
Quase totalmente	33,6%	
Totalmente	2,3%	
Parcialmente favorável.....		52,3%
		%

(cont.)

- do desenvolvimento das potencialidades

atendendo ao ritmo individual

Muito favoravelmente.....	39,9%
Quase totalmente	35,2%
Totalmente	4,7%
Parcialmente favorável.....	47,7%
Muito desfavoravelmente.....	12,5%

Conhecimentos como factor de desenvolvimento

- da capacidade de individualização do processo de cuidados

Muito favoravelmente.....	74,2%
Quase totalmente	52,3%
Totalmente	21,9%
Parcialmente favorável.....	21,9%

3 - PERCURSO PROFISSIONAL

Nesta 2ª dimensão incluímos duas categorias:

- *Factores interferentes relacionados com o próprio*
- *Factores interferentes relacionados com a instituição*

Atendendo às características da 1ª categoria (que contém perguntas de filtro) optámos por não trabalhar esta 2ª dimensão como um todo. Tivemos necessidade de definir como que "sub-categorias", tendo em conta que nos factores relacionados com "o próprio", temos de diferenciar aqueles que com ele interferem mas lhe são "impostos" pela Instituição onde iniciaram a vida profissional ou "proporcionados" pelo tipo de contratação a que ficou sujeito.

Começamos por referir a 1ª "sub-categoria" relacionada com os factores "impostos" pela Instituição.

Assim, em relação ao Serviço onde os recém-formados foram colocados, verifica-se que, a maioria, (92) ou seja 71,9%, foi colocada no Serviço que escolheu.

Dos 36 (28,1) que ficaram colocados noutros serviços, é de realçar que a "proximidade do local de residência" teve, para 47,2% dos inquiridos, influência **quase total e total** (11,1% e 36,1% respectivamente) mas não teve influência nenhuma em igual percentagem de inquiridos (47,2%).

Dos factores apresentados como podendo influenciar a permanência no Serviço, apesar de não ter sido o escolhido, verifica-se que o único que teve adesão favorável é o "acolhimento inicial ter impressionado bem". Apesar de, para 25% este aspecto não ter tido nenhuma ou muito pouca influência, para 75% teve-a, distribuída a nível de quase totalmente (38,9%), parcialmente (22,2%) e totalmente(13,9).

É interessante destacar que "encontrar colegas do seu curso" nesse Serviço, não teve, para 50%, **nenhuma influência**.

No que se refere à 2ª "sub-categoria", relacionada com os factores "proporcionados" pelo tipo de contratação, verificamos o seguinte: a maioria, 97 ou seja (75,8%) pertence ao quadro; 6 ou seja (4,7%) estão a contrato a termo certo e 25 ou seja (19,5%), estão a recibo verde. . É destes 19,5% que vamos analisar os factores que influenciam a sua satisfação, face a este tipo de contratação.

Nesta pergunta (P. 23) é utilizada uma escala que varia entre "nada" e "totalmente" para medir o grau em que a satisfação é afectada por cada um dos factores apresentados; assim, o "nada" corresponde a nenhuma afectação ou seja a total satisfação e, pelo contrário o "totalmente" corresponde a muita afectação ou seja a total insatisfação. Foi tratada na sua forma invertida.

Assim, conforme se pode verificar pela análise do quadro II.10 é de realçar que "poder faltar sem se preocupar" (92%), "poder mudar de Instituição com facilidade" (40%), "poder trabalhar em vários locais" (36%) são factores considerados como de **total satisfação** por grande percentagem de recém-formados, apesar de serem factores que consideramos impeditivos ou dificultadores da integração nos Serviços.

Por outro lado, verifica-se que "não poder frequentar acções de formação por conta da Instituição" (44%) é factor de **total insatisfação** o que é congruente com o

posicionamento de "poder faltar para frequentar acções de formação permanente" (64%) que é considerado factor de **total satisfação**. Estas posições sugerem-nos que os recém-formados se preocupam com a formação e conseqüente desenvolvimento pessoal e profissional: com efeito, o facto de assumirem em "ficar prejudicado na progressão da carreira" como factor de total insatisfação (56%), que se verifica também no mesmo quadro, leva-nos a esta análise.

Por último, é factor de **insatisfação total** (52%) "não poder dispôr de ordenado em dias certos", porém, "não poder gozar férias" (56%) não afecta nada a satisfação. Estes resultados podem estar ligados a várias ordens de razões que consideramos por um lado, ligadas às exigências de progressão na carreira, relacionadas com a formação contínua, regalia que os recém-formados sem vínculo à Instituição não auferem e por outro, à grande mobilidade que a actual contratação permite aos enfermeiros recém-formados. Esta mobilidade é sentida com alguma preocupação pelos responsáveis dos Serviços, que consideram a atitude dos enfermeiros recém-formados, de "certa" irresponsabilidade pelo facto de estarem a trabalhar em vários locais, o que parece trazer implicações a nível da integração no Serviço e inserção na equipa de Saúde. Contudo, por outro lado, os enfermeiros recém-formados são jovens, têm os seus projectos pessoais e profissionais e o pluriemprego é uma das saídas que veêm para racionalizar a incerteza e a insegurança face a esta situação. Veêm-no como recurso para poderem organizar a sua vida pessoal e responderem a determinados compromissos (carro, casa, casamento), o que explica de certo modo a insatisfação de não poderem dispôr do ordenado em dias certos, na medida em que anseiam pela sua independência e alguns também com a perspectiva de poderem quiçá entrar no quadro em alguma das instituições onde estão a trabalhar.

A questão do pluriemprego voltará a ser alvo da nossa análise no decorrer deste estudo, com outras variáveis, que a literatura consultada e a nossa experiência nos permitem fazer.

Quadro II.10

APRECIACÃO DO NÍVEL DE POSICIONAMENTO NA ESCALA DE LIKERT EM RELAÇÃO AOS FACTORES QUE INFLUENCIAM A SATISFAÇÃO DOS ENFERMEIROS A RECIBO VERDE

Nível de Posicionamento na Escala de Likert	Poder mudar de Instituição com facilidade		Poder trabalhar em vários locais		Poder faltar sem se preocupar		Não poder dispôr do ordenado em dias certos		Não poder frequentar acções de formação permanente por conta da Instituição		Poder faltar para poder frequentar acções de formação profissional		Ficar prejudicado na promoção da carreira		Não poder gozar férias	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nada → 1	10	40,0	9	36,0	23	92,0	1	4,0	4	16,0	16	64,0	3	12,0	14	56,0
Muito pouco → 2	5	20,0	6	24,0	0	0,0	1	4,0	5	20,0	3	12,0	0	0,0	1	4,0
Parcialmente Quase totalmente → 3	6	24,0	6	24,0	0	0,0	4	16,0	2	8,0	2	8,0	5	20,0	3	12,0
totalmente → 4	2	8,0	3	12,0	1	4,0	6	24,0	3	12,0	2	8,0	3	12,2	4	16,0
Totalmente → 5	2	8,0	1	4,0	1	4,0	13	52,0	11	44,0	2	8,0	14	56,0	3	12,0
Total	25	100,0	25	100,0	25	100,0	25	100,0	25	100,0	25	100,0	25	100,0	25	100,0

Continuando a análise desta 1ª categoria, à cerca dos factores interferentes no percurso profissional, relacionados com o próprio, verifica-se que a maioria dos inquiridos (59,4%) (percentagem referida agora à totalidade da amostra - 128-), considera que, globalmente, esses factores tiveram uma **influência parcial** nas dificuldades no início da actividade profissional.

Vamos diferenciar a análise da adesão assumida no âmbito dos sentimentos perante as dificuldades e no âmbito das valorizações perante configurações ideológicas da profissão. Assim, verifica-se que a tendência das respostas no âmbito das dificuldades sentidas, é para um posicionamento moderado que oscila entre o parcialmente e os quase totalmente e totalmente (estes dois apreciados como um conjunto) ou seja, os recém-formados referem ter tido dificuldades, nessa medida, no que se refere a "concretização de expectativas", "adaptação relacionada com as suas próprias características" e a "confronto com responsabilidades atribuídas para as quais não se sentiam habilitados". De realçar que é na "adaptação..." que o posicionamento revela maior dificuldade (53,9% em quase total e totalmente e 33,6% em parcialmente). É uma **tendência superior ao moderado**.

Por outro lado, no âmbito das configurações ideológicas da profissão, manifesta-se ainda uma orientação tradicional de concepção da profissão como "vocação": 46,9% concordam **parcialmente** e 28,1% concordam **totalmente** com a afirmação de que "para ser bom enfermeiro é necessário sentir a profissão como uma vocação"; para além disso, as afirmações de que "a dimensão relacional distingue a enfermagem de outras profissões" e de que "o contacto com o utente é o factor mais gratificante do trabalho da enfermagem", obtêm uma concordância a nível de **parcialmente** e **totalmente** de, respectivamente, 50% e 30,5%; 42,2% e 39,8%.

Pareceu-nos que seria interessante saber se haveria «relação entre os níveis de posicionamento da razão '*curso que permite relacionamento interpessoal*' (que o influenciou na escolha do CSE) e do '*contacto com o utente como factor mais gratificante no trabalho de Enfermagem*'».

Traçamos uma tabela de contingência que se anexa (Anexo V), entre a variável P.3.4. (relativamente ao curso) e a variável P. 16.5 (relativamente ao contacto com o utente).

No sentido de aferir se as duas variáveis estão associadas calculou-se o Coeficiente de Correlação de Spearman adequado quando as duas variáveis são ordinais (ou pelo menos), o que é o caso.

Assim:

P. 16.5

0,2976 N (128) Sig 0,000

Obteve-se uma correlação de 0,2976 o que indica que a relação entre as duas variáveis é fraca, contudo estatisticamente significativa ($\text{sig} = 0,000 < 0,05$). Maior influência da razão "curso que permite o relacionamento interpessoal" tende a estar associado ao facto de se concordar que o "contacto com o utente é o factor mais gratificante no trabalho de Enfermagem".

Perante a afirmação "A relação com o utente requer fundamentalmente sensibilidade pessoal e não conhecimentos teóricos", obtém-se uma concordância menor na valorização da sensibilidade versus conhecimentos teóricos.

Há distribuição dispersa das respostas, aos diversos níveis de posicionamento: concordam parcialmente e discordam parcialmente exactamente na mesma percentagem: 32,8%; serão os motivos os mesmos? Discordam completamente 23,4%. Só 5,5% concordam totalmente e igual percentagem não tem opinião (não concorda nem discorda). A pergunta é muito redutora mas de certo modo, julgamos poder daqui deduzir que se faz um balanço entre sensibilidade e conhecimentos, considerando-os ambos importantes, logo, considerando a profissão como mantendo o seu carácter humanizante mas, por outro lado, necessitando de se afirmar no domínio cognitivo. A afirmação relativa à valorização da "Investigação em Enfermagem como componente decisiva para a revalorização social da profissão", vem confirmar a tendência de uma nova configuração ideológica da profissão: 46,9% concordam parcialmente e 28,1% concordam totalmente. Por outro lado, o posicionamento obtido na afirmação que considera como "função principal da enfermagem efectuar prescrições médicas", de discordância total em 85,2% e parcial em 13,3%, leva-nos

a pensar estar perante uma tendência para a demarcação da tradicional imagem da profissão como "ajudante do médico", que quer caminhar para a autonomia, para a decisão, através da procura de meios e soluções para situações reais, não abdicando, contudo, da componente humanizante.

Foi incluída nesta categoria uma pergunta "resumo" que pode contribuir para a compreensão das respostas obtidas nas afirmações que analisámos e que denotam uma certa ambiguidade no entendimento global da profissão de enfermagem.

Com efeito, ao pretender saber-se em que medida é que a vivência do recém-formado tem permitido concretizar a concepção que tinha da Enfermagem quando iniciou a profissão, a maioria, 51,6% posiciona-se em **quase totalmente**, seguida de uma percentagem de 32,8% posicionada em **parcialmente**. Parece-nos natural que, face às realidades e aos contextos onde estão inseridos, os sujeitos tendam a reconfigurar as suas ideologias mas o pouco tempo de vivência profissional deste grupo também nos pode levar a pensar que os contributos da formação inicial são ainda predominantes, podendo influenciar quer a manutenção de uma configuração ideológica da profissão ainda marcada pela componente vocacional quer o desafio da necessidade de demarcação do campo médico, apelando à Investigação para a construção de um corpo de conhecimentos autónomo.

Daí que, no nosso entender, a maioria dos recém-formados, opte por considerar que a vivência profissional tem permitido concretizar, quase totalmente, a sua concepção de enfermagem, pois o confronto com outras gerações de enfermeiros e com outros grupos profissionais e até o confronto com os utentes contribuem tanto para a manutenção de concepções veiculadas à vocação como para a valorização de outras componentes mais profissionalizantes.

Lembramos que, quando analisámos as razões relacionadas com a escolha do CSE (no percurso escolar) se verificou que a maioria das respostas revelou uma concentração nos aspectos relacionados com aquilo a que então chamámos "assistência" - relacionamento e ajuda - (ver quadro II.6). Logo, parece que se escolhe enfermagem por, socialmente, a profissão estar relacionada com aspectos humanitários, concepção que parece ser inculcada pela formação inicial e que parece permanecer após o

confronto inicial com a realidade profissional. Esta configuração, no entanto, pelas "nuances" de profissionalismo e desejo de autonomia, parece estar em transição para outro tipo de modelo.

Traçamos um quadro resumo para a elucidação desta análise.

Quadro II.11

PERCURSO PROFISSIONAL

FACTORES INTERFERENTES RELACIONADOS COM O PRÓPRIO (I)

FACTORES "IMPOSTOS PELA INSTITUIÇÃO"	
Nível de influência dos 36 (28,1%) que ficaram colocados em Serviços não escolhidos para a permanência	
- proximidade do local de residência	
• quase total e total	47,2%
• nenhuma	47,2%
- "boa" impressão do acolhimento inicial	
• total, quase total e parcial	75%
• nenhuma e muito pouca	25%
- encontrar colegas de curso	
• nenhuma	50%
FACTORES "PROPORCIONADOS" PELO TIPO DE CONTRATAÇÃO	
Nível de satisfação dos 25 (19,5%) que se encontram a recibo verde	
- poder faltar sem se preocupar	
• total satisfação	92%
- poder mudar facilmente de Instituição	
• total satisfação	40%
- poder trabalhar em vários locais	
• total satisfação	36%
	%

(cont.)

- não poder frequentar A.F.P. por conta da Instituição	
• total insatisfação	44%
- poder faltar para frequentar A.F.P	
• total satisfação	64%
- ficar prejudicado na progressão da carreira	
• total insatisfação	56%
- não poder dispôr do ordenado a dias certos	
• total insatisfação	52%
- não poder gozar férias	
• nenhuma satisfação	56%

Quadro II.12

PERCURSO PROFISSIONAL

FACTORES INTERFERENTES RELACIONADOS COM O PRÓPRIO

FACTORES RELACIONADOS COM	
- Sentimentos perante dificuldades -	
"concretização de expectativas"	49,2%
"confronto com responsabilidades acima das suas habilitações	35,9%
Posicionamento a nível de dificuldade moderada	
"adaptação relacionada com características pessoais"	53,9%
Posicionamento a nível de dificuldade total e quase total	

FACTORES RELACIONADOS COM	
- Valorizações das configurações ideológicas da profissão-	
VOCAÇÃO; RELAÇÃO; SENSIBILIDADE; CONHECIMENTOS; INVESTIGAÇÃO; AUTONOMIA	
"Para ser bom enfermeiro é necessário .sentir a profissão como vocação"	
concordância parcial	46,9%
concordância total	28,1%
"A dimensão relacional distingue a enfermagem de outras profissões"	
concordância parcial	50,0%
concordância total	30,5%

(cont.)

"O contacto com o utente é o factor mais gratificante da enfermagem"	
concordância parcial	42,2%
concordância total	39,8%
"A relação com o utente requer essencialmente sensibilidade pessoal e não conhecimentos teóricos"	
concordância parcial	32,8%
discordância parcial	32,8%
discordância total	23,4%
concordância total	5,5%
não concordam nem discordam	5,5%
"A Investigação em Enfermagem é a componente decisiva para a revalorização social da profissão"	
concordância parcial	46,9%
concordância total	28,1%
"A função principal da enfermagem é efectuar as prescrições médicas"	
discordância total	85,2%
discordância parcial	13,3%
A vivência Profissional tem permitido concretizar a concepção que se tinha sobre Enfermagem quando se iniciou a profissão, a nível de	
quase totalmente	51,6%
parcialmente	32,8%

Continuando a analisar o percurso profissional, no que se refere aos factores interferentes do próprio e, quanto a nós, ainda no âmbito dos sentimentos, a respeito da "elevação do prestígio profissional dos enfermeiros relacionado com a integração do ensino de enfermagem no E.S.P.", verifica-se que a posição global se centra no "NÃO" atingindo valores superiores a 50% em todos os grupos profissionais, com

excepção da "opinião pública". Há 59,4%, que considera que a opinião pública atribui agora mais prestígio à profissão.

Não sabemos determinar as razões da expressão destes sentimentos, todavia ousamos fazer algumas considerações:

- os recém-formados trabalham efectivamente, em relação próxima, com "médicos", "auxiliares de acção médica" e "utentes". Já vimos, por análises anteriores, que há uma vontade de demarcação em relação aos médicos e talvez se "sinta" um conflito latente entre as duas classes. Em relação aos "auxiliares de acção médica", da nossa experiência, talvez tenha ligação com a falta de delimitação de fronteiras nas funções o que também poderá ser factor de conflito. Os conflitos podem levar ao sentimento de que há competitividade e não há reconhecimento das acções de enfermagem. Não nos podemos esquecer que o Estatuto de Enfermagem ainda não foi aprovado embora já tenha sido amplamente discutido.

Quanto aos utentes poderíamos aqui considerar algumas variáveis passíveis de interferência. Com efeito, já foi analisado no "percurso escolar" que os recém-formados ficam sensibilizados para a relação e consideram o utente como sujeito activo no processo de cuidados, com direito a decisão e com direito à informação; por outro lado, no "percurso profissional" valorizam a relação com o utente e consideram-na como o factor mais gratificante do trabalho de enfermagem. Como explicar, então, que "sintam" (expressem) que o seu prestígio junto dos utentes não se elevou? Será que não conseguem, por factores da Instituição, pôr em prática um processo de cuidados de qualidade? Será que os factores já analisados, relacionados com o actual tipo de contratação, que favorece a grande mobilidade, terá influência negativa na prestação de cuidados de qualidade reflectindo-se na satisfação dos utentes? (cansaço, insegurança, pouca disponibilidade, entre outros).

Quando analisarmos a 2ª categoria do "percurso profissional" (factores interferentes da Organização), talvez encontremos outras razões que complementem as nossas considerações.

Em relação ao sentimento mais favorável que expressam sobre "opinião pública" talvez se deva, por um lado, ao reconhecimento que os próprios dão à profissão e/ou

que desejam que outros reconhecessem e por outro lado é inegável que, como curso superior, o número de candidaturas aumentou, as Escolas Superiores de Enfermagem têm participado nos Forum Estudante para divulgação de saídas profissionais a par com outros cursos superiores o que talvez tenha influenciado o posicionamento dos recém-formados nesta resposta.

Quadro II.13

DISTRIBUIÇÃO DA OPINIÃO DOS RECÉM-FORMADOS À CERCA DA ELEVÇÃO DO PRESTÍGIO DA ENFERMAGEM FACE À INTEGRAÇÃO NO E.S.P.

Grupos Profissionais	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Opinião Pública	76	59,4	52	40,6
Médicos	43	33,6	85	66,4
Aux. Acção Médica	40	31,3	88	68,8
Utentes	52	40,6	76	59,4

As considerações que tecemos à cerca da opinião expressa pelos recém-formados sobre a medida em que "a vivência profissional lhes permitiu concretizar a concepção que tinham sobre a Enfermagem quando iniciaram a profissão" (P. 17), relacionadas com a opinião que expressam sobre o "prestígio profissional face à integração da Enfermagem no E.S.P." (P. 19) levaram-nos às seguintes reflexões:

- se por um lado, os recém-formados expressam um posicionamento moderado no que se refere à concretização das expectativas sobre a Enfermagem
- e por outro expressam a opinião de que em relação ao aumento de prestígio, nenhum grupo profissional o considera (excepção para a opinião pública em geral),
- será que continuará a haver motivação para continuar na profissão? Quantos a desejariam abandonar, se para isso tivessem oportunidade? E se sim, que razões predominantes?

Pela análise das frequências, verifica-se que dos 128 recém-formados há apenas 16 (12,5%) que expressam o desejo de mudar de profissão se tivessem oportunidade, versus 112 (87,5%) que o não expressam. Destes 16 só 10 é que expressam as suas razões relacionadas predominantemente com:

- falta de reconhecimento social da profissão
- falta de prestígio
- falta de estatuto

o que pode influenciar negativamente a satisfação. Confirma-se que, destes 10, 60% consideram que as vivências permitiram concretizar parcialmente a concepção que tinham da profissão, o que faz pensar que são realmente os aspectos relacionados com a falta de prestígio dos grupos profissionais de maior proximidade e dos utentes, que os afectam.

É evidente que estamos a fazer considerações apenas à cerca de 10 sujeitos que expressaram a vontade de abandonar a profissão mas lembramos que, pela distribuição das frequências da totalidade da amostra (128), se verifica que os aspectos relacionados com o prestígio têm posicionamento identicamente desfavorável (ver quadro n II.13). Para estes 10, estes factores são gravosos provavelmente para a auto-estima e auto-realização que valorizam versus algumas vantagens que a profissão lhes poderá trazer.

Por último, ainda relacionado com factores interferentes no Percurso Profissional, relacionados com o próprio, quizemos saber se haveria *"relação entre a razão que levou à inscrição no C.S.E. e a vontade de mudar de profissão se tivessem oportunidade"*.

Traçámos uma tabela de contingência em que cruzamos as três variáveis indicadas pelos inquiridos como razão de inscrição no C.S.E. (P.1) com a variável relativa ao desejo de mudar de profissão (P. 20). Não estando reunidas condições necessárias para a correcta interpretação do teste (Qui-Quadrado) que se escolheu (ver razões no Anexo VI), vamos analisar apenas descritivamente os dados da tabela de contingência (quadro II.14).

Pela distribuição de frequências já se tinha verificado que havia 16 (12,5%) dos inquiridos que tinham expressado a vontade de abandonar a profissão, respondendo afirmativamente. Verifica-se agora pela análise do quadro II.14 que, em relação à totalidade dos 128 inquiridos, há 10 (7,8%) que, tendo-se inscrito no C.S.E. por 1ª opção, expressam o desejo de a abandonar, enquanto que há 6 (4,7%) que, apesar de se terem inscrito por outras razões expressam esse desejo mas em menor percentagem.

Quadro II.14

RELAÇÃO ENTRE A RAZÃO QUE LEVOU À INSCRIÇÃO NO C.S.E. E A OPORTUNIDADE DE MUDAR DE PROFISSÃO

RAZÕES INSCRIÇÃO C.S.E.	DESEJO DE ABANDONAR A PROFISSÃO		TOTAL
	SIM	NÃO	
1ª Opção	10	91	101
	9,9	90,1	78,9
	62,5	81,3	
	7,8 *	71,1 *	
Outra Opção que não a 1ª	4	16	20
	20,0	80,0	15,6
	25,0	14,3	
	3,1 *	12,5 *	
Vir a Obter Diploma de CESE	2	5	7
	28,6	71,4	5,5
	12,5	4,5	
	1,6 *	3,9 *	
Total	16	112	128 *
	12,5	87,5	100,0

- O PERCURSO PROFISSIONAL -

Vamos agora analisar a 2ª categoria,

- *factores interferentes da organização* -

que engloba dois indicadores:

- *Integração em contexto de trabalho*

- *Organização do trabalho.*

Analisada na sua globalidade, verifica-se que os factores em apreciação tiveram interferência no percurso profissional, maioritariamente (para 79 inquiridos - 70,0%), a nível que se pode considerar de "**muita influência**" (quase totalmente - 55,8% e totalmente - 14,2%). Há 15 (11,7%) sujeitos que não podem ser incluídos nesta apreciação por não terem respondido a algumas variáveis que integram esta categoria.

Analisando globalmente cada um dos dois indicadores, verifica-se que ambos obtêm valores idênticos aos níveis de influência quase total e total, respectivamente - 69,8% - em relação a - *integração em contexto de trabalho* - e - 65,0% - em relação a - *organização do trabalho* -.

De realçar, no entanto, que em - *organização do trabalho* - não aparecem posicionamentos ao nível de "nada" e as percentagens a nível de "parcialmente" são muito diferentes: 32,5% em - *organização do trabalho* - versus 21,0% em - *integração em contexto de trabalho* -.

Segue-se um quadro comparativo destes indicadores:

Quadro II.15

COMPARAÇÃO ENTRE OS POSICIONAMENTOS NA ESCALA DE LIKERT,
DOS INDICADORES QUE INTEGRAM A CATEGORIA
- FACTORES INTERFERENTES DA ORGANIZAÇÃO -

Posicionamento na Escala de Likert	Integração em Contexto de Trabalho		Organização do Trabalho	
	Nº	%	Nº	%
Nada → 1	3	2,5	0	0,0
Muito pouco → 2	8	6,7	3	2,5
Parcialmente → 3	25	21,0	39	32,5
Quase totalmente → 4	49	41,2	64	53,3
Totalmente → 5	34	28,6	14	11,7
Não respondem	9	-	8	-
Total	128	100,0	128	100,0

Passamos de seguida à análise de cada um destes indicadores, decompondo-os nas suas variáveis, de modo a fazer realçar os valores que consideramos mais relevantes para se compreender algumas relações que possam existir e perceber o "peso" da influência no percurso profissional.

- INTEGRAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO -

Quisemos em primeiro lugar saber até que ponto os recém-formados tinham sido colocados no Serviço que tinham escolhido. Sabe-se, à partida, pela nossa experiência, que, ainda em situação de finalistas, se inscrevem em várias Instituições mas fazem provavelmente uma escolha. Verifica-se, pela distribuição das frequências que a maioria (71,9%) ficou colocada no local de escolha, o que em princípio deve ser considerado factor de satisfação de modo a inculcar motivação.

Verifica-se também, que 119 sujeitos, a maioria (93%), teve um período de integração na Instituição onde ficou colocado. Só 9 (7%) não tiveram integração. A duração desse período variou entre uma 1 semana e 6 meses, no entanto a maior percentagem situa-se no grupo entre 2 a 4 semanas - 45,3% -, seguido do grupo de 1 a 2 meses - 23,1% -. Não responderam a este item 2 sujeitos.

Dos 119 recém-formados que tiveram um período de integração, a maioria 82, (68,9%), considera-o suficiente. Dos 37 (31,1%), que o consideraram insuficiente, só 36 dão sugestões sobre o período que consideram como suficiente: variam desde pelo menos 2 semanas, passando por 1 mês, 1 a 2 meses, 3 meses, 6 meses até entre 6 meses e 1 ano; houve até 1 sujeito que refere que o período devia depender do indivíduo a integrar. A maior percentagem, no entanto, refere o período de 3 a 6 meses como o que considera suficiente (22,2%), seguido do período de 6 meses a 1 ano (16,7%).

A este respeito alguns autores (Stoner, 1982, p. 363); (Chiavenato, 1983, p. 367), são de opinião que os gestores ao receberem os candidatos a emprego deveriam proceder a entrevistas de selecção com o objectivo de se aperceberem das perspectivas que cada um dos candidatos tem em função da actividade profissional que vai iniciar, os anseios, as incertezas e também colher dados do próprio que lhe permitam fazer uma avaliação da capacidade de integração do candidato. Deste modo, cada gestor de enfermagem, pese embora que o tempo para a integração possa estar estabelecido na sua instituição, deve adequar esse tempo, tendo em conta o ritmo individual, neste caso específico, o de cada enfermeiro recém-formado, acabado de sair do sistema formal de formação, afim de proporcionar uma integração e adaptação o mais personalizada possível. É concerteza muito agradável a cada um dos enfermeiros recém-formados sentirem que estão a ser reconhecidos como "pessoa", sendo certo que esta atitude facilitará este processo, permitindo a progressiva satisfação de necessidades de segurança, tão importantes no comportamento humano, principalmente no momento da integração em contexto de trabalho, em que o ambiente e as decisões administrativas podem provocar-lhes grande incerteza, insegurança, podendo contribuir até para abandono do Serviço e, quem sabe, até da profissão.

Àcerca do "orientador" durante esse período de integração, verifica-se também alguma variação, todavia a maioria (59,7%), foi orientada pelo responsável da equipa de enfermagem e a maior percentagem a seguir, foi orientada por "outros" (35,3%) sendo certo que nestes outros não estão contemplados nem o enfermeiro chefe (que orientou apenas 5 sujeitos - 4,2%), nem a enfermeira supervisora, que era uma das possibilidades apresentadas e que não foi indicada por ninguém. Há apenas 1 sujeito que foi orientado por um colega com curso há menos de 6 meses (0,8%).

O facto de a maioria ter sido assistida pelo responsável da equipa não nos dá garantia de que esse orientador tenha experiência; passamos a explicar: quando inserimos no nosso questionário essa hipótese de resposta, estava no nosso espírito, pela nossa experiência e conhecimentos da dinâmica dos Serviços em geral, que um responsável de equipa deveria ser escolhido de entre os enfermeiros mais categorizados, de nível mais elevado ou pelo menos com tempo e experiências que lhe tivessem dado oportunidade para desenvolver competências.

Durante a distribuição do questionário, porque falámos com a maior parte dos chefes e responsáveis e com praticamente todos os sujeitos da nossa população, ficámos a saber que se assiste, neste momento, a alguma perversão deste "princípio" e se estão a colocar como responsáveis de equipa (em Serviços altamente diferenciados), recém-formados até com menos de 6 meses de curso, inclusivamente, a abrir determinados Serviços. De certo modo é de lamentar esta situação que contradiz alguma da literatura consultada, que aponta para pelo menos dois aspectos que assumem grande importância para qualquer principiante que ingressa em contexto de trabalho e parece terem grande significado no seu posterior sucesso na carreira. São eles, por um lado, o grau de desafio que lhe é atribuído e por outro a experiência do seu primeiro orientador (Stoner, 1982, p. 378-379).

Face a estas perspectivas e no que diz respeito aos responsáveis pela integração dos enfermeiros recém-formados, parece ser pertinente que as primeiras actividades a atribuir ao enfermeiros recém-formados, estejam, se possível, de acordo com as suas expectativas e capacidades de forma a que possam efectua-las com "suficiente" nível de desempenho e que dele tenham reconhecimento.

Em relação ao enfermeiro orientador dos enfermeiros recém-formados, segundo estudos feitos no Canadá, conduzidos por (Benner, 1982), orientam para a necessidade de que seja escolhido de entre os enfermeiros com pelo menos três anos de experiência e que demonstrem perícia nas intervenções em enfermagem, face às situações clínicas apresentadas pelos utentes. Só desta forma poderão acompanhar e orientar os enfermeiros recém-formados, transmitir-lhes segurança, ajudá-los a reflectir, supervisá-los na acção, facilitando o desenvolvimento de todo o seu potencial. É evidente que o facto de ser um enfermeiro que esteja ele próprio em "período inicial", não parece poder garantir que reúna as condições para assumir a responsabilidade de integrar enfermeiros recém-formados com todas as complexidades que estão implícitas neste processo.

OUTROS foram orientadores de 42 dos recém-formados (35,3%) durante o período de integração. São enfermeiros graduados e/ou especialistas, cujo tempo de experiência é muito variado. Pelo Quadro II.16 que a seguir apresentamos, pretende-se visualizar esta distribuição que pode significar falta de critérios. na atribuição da orientação dos recém-formados.

Quadro II.16

DISTRIBUIÇÃO DOS ORIENTADORES SEGUNDO A EXPERIÊNCIA (TEMPO)
E O N° DE RECÉM-FORMADOS QUE ORIENTARAM

Com Experiência de	
12 anos	1
10 anos	1
8 anos	1
6 anos	2
5 anos	1
4 anos	1
3 anos	7
18 meses	2
12 meses	10
6 meses	3
com "experiência" sem especificar	13
TOTAL	42

Dos 42 sujeitos orientados por OUTROS verificou-se que essa orientação variou também em relação a ter sido feita "por uma pessoa" ou "por várias pessoas" (conforme as disponibilidades e independentemente da experiência). Há exactamente o dobro (24 - 66,7%) de recém-formados orientados pela "mesma pessoa" durante o período de integração dos que o foram por "várias pessoas" (12 - 33,3%).

Pareceu-nos interessante saber até que ponto haveria "diferenças entre

- *quem é orientados por uma pessoa*

e

- *quem é orientado por várias, indiferentemente*

no que se refere às dificuldades sentidas no início da vida profissional, face ao

tempo de integração

e

programa de integração".

Realizou-se, para isso, um Teste, para aferir se existia relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis anteriormente referidas.

Escolheu-se o Teste de Mann-Whitney (Anexo VII) com a seguinte justificação:

- uma variável qualitativa com duas categorias

- *"orientado por uma pessoa"*
- *"orientado por várias pessoas"*

- uma variável ordinal em escala (P.12.1 - *tempo* e P. 12.2 - *programa*).

Em relação a estes dois aspectos aceita-se que existe relação significativa entre as variáveis (respectivamente, $p=0,0357 < 0,05$ e $p = 0,0409 < 0,05$).

Relativamente ao **tempo de integração** foram os indivíduos que foram orientados por várias pessoas em simultâneo, que mais dificuldades sentiram (vidé scores no Resumo).

Quanto ao **programa de integração**, a situação vai no sentido anterior, ou seja, a "pluri-orientação" não beneficia a integração.

RESUMO DOS VALORES			
P.12.1 - tempo			
P.10.1 - orientação por outros			
	\bar{X}	sd	F
orientado por uma pessoa	3,3783	0,8587	24
orientado por várias	2,6667	1,4355	12
P.12.2 - Programa			
P.10.1			
	\bar{X}	sd	F
orientado por uma pessoa	3,2500	0,7372	24
orientado por várias	2,4167	1,3790	12

Ainda a propósito da **orientação**, pretendemos saber como tinha decorrido em relação à **facilitação da integração**. Verificou-se que a maioria, 83 sujeitos (69,8%) entendem que a orientação facilitou a integração: quase totalmente (43,7) e totalmente (26,1%). Há 26 sujeitos (21,8%) que só a entendem como parcialmente facilitadora da integração.

Dos factores que apresentamos, passíveis de ter influência no sucesso da integração, verificamos que qualquer deles foi considerado factor facilitador, para a maioria, com posicionamentos repartidos a nível de quase totalmente e totalmente:

Disponibilidade

do responsável		72,3%
quase totalmente	35,3%	
totalmente	37,0%	

Discussão de situações dos utentes

com o responsável		62,2%
quase totalmente	33,6%	
totalmente	28,6%	

Experiências variadas proporcionadas

pelo responsável		70,6%
quase totalmente	31,9%	
totalmente	38,7%	

Face aos resultados obtidos na análise descritiva, pretendemos saber se haveria *"relação entre a orientação da integração e as dificuldades sentidas ao iniciar a actividade profissional, no que se refere a tempo e programa de integração"*.

Foi calculado o Coeficiente de Correlação de Spearman (Anexo VIII) com a finalidade de medir a relação entre cada uma das duas variáveis: a "orientação" (P.11) e cada uma das variáveis das "dificuldades" (tempo e programa - P. 12.1 e P. 12.2).

Assim, consideraram-se estatisticamente significativas as correlações que tiveram associadas uma significância menor ou igual a 0,05. O valor de correlação indica-nos a intensidade da relação entre as duas variáveis.

Como se pode verificar pelo quadro II.17 que se segue, todas as correlações encontradas são estatisticamente significativas de intensidade média.

Quadro II.17

VALORES DO CÁLCULO DO COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN, SOBRE "*RELAÇÃO ENTRE A ORIENTAÇÃO DA INTEGRAÇÃO E AS DIFICULDADES SENTIDAS AO INICIAR A ACTIVIDADE PROFISSIONAL (TEMPO E PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO)*"

ORIENTAÇÃO	DIFICULDADES	
	TEMPO	PROGRAMA
FACILITAÇÃO P.11.1	P.12.1 0,4676 N(119) Sig. 0,000	P.12.2 0,6090 N(119) Sig. 0,000
DISPONIBILIDADE DO RESPONSÁVEL P.11.2	P.12.1 0,4433 N(119) Sig. 0,000	P.12.2 0,5271 N(119) Sig. 0,000
DISCUSSÃO DE SITUAÇÕES DE UTENTES P.11.3	P.12.1 0,4615 N(119) Sig. 0,000	P.12.2 0,5602 N(119) Sig. 0,000
EXPERIÊNCIAS VARIADAS PROPORCIONADAS P.11.4	P.12.1 0,4660 N(119) Sig. 0,000	P.12.2 0,5246 N(119) Sig. 0,000

Quanto às dificuldades sentidas no início da actividade profissional, face a alguns factores interferentes na integração em contexto de trabalho, demos relevância ao tempo de integração e ao programa de integração.

Mas será que existe *"diferença, perante as dificuldades sentidas no início da vida profissional, entre os enfermeiros recém-formados que foram sujeitos a um período de integração (ainda que curto) e os que não tiveram integração"*?

Lembramos que nesta amostra existem apenas 9 sujeitos nessas condições (7%); assim, e para cruzar com as dificuldades (P.12), procedemos ao apuramento do score médio de cada uma das variáveis da P.12 em cada um dos grupos "com" e "sem" período de integração (Anexo IX). Pela comparação dos valores das médias obtidas, verifica-se que estas são sempre superiores no grupo "com" aos do grupo "sem", isto é, a actividade profissional inicial foi mais facilitada tendo tido integração do que não tendo tido.

Ficam também em anexo (X) as tabelas de contingência traçadas para cada uma das variáveis da P.12 (dificuldades) segundo os grupos "com" e "sem" integração.

Relativamente aos factores interferentes **tempo** e **programa** de integração, a que temos vindo a dar realce especial, apresentamos os níveis de posicionamento, comparativamente, nos dois grupos "com" e "sem" integração, no quadro que se segue. Verifica-se efectivamente, que tanto face ao factor "tempo" como ao "programa" o grupo "com" integração posiciona-se mais favoravelmente que o grupo "sem" integração, tendo em conta que esta pergunta sobre dificuldades, porque sofreu inversão, o posicionamento mais favorável significa nenhuma dificuldade.

Quadro II.18

COMPARAÇÃO DOS POSICIONAMENTOS NA ESCALA DE LIKERT, DOS ENFERMEIROS RECÉM-FORMADOS "COM" E "SEM" INTEGRAÇÃO, EM RELAÇÃO ÀS DIFICULDADES "TEMPO" E "PROGRAMA" DE INTEGRAÇÃO

NÍVEIS GRUPOS	TEMPO (P.12.1)					TOTAL	PROGRAMA (P.12.2)					TOTAL
	-1-	-2-	-3-	-4-	-5-		-1-	-2-	-3-	-4-	-5-	
"COM"	5	13	39	42	20	119	6	18	47	42	6	119
	4,2	10,9	32,5	35,3	16,8	93,0	5,0	15,1	39,5	35,3	5,0	93,0
"SEM"	4	2	3	0	0	9	4	2	3	0	0	9
	44,4	22,2	33,3	0,0	0,0	7,0	44,4	22,2	33,3	0,0	0,0	7,0
TOTAL	9	15	42	42	20	128	10	20	50	42	6	128
	7,0	11,7	32,8	32,8	15,6	100,0	7,8	15,6	39,1	32,8	4,7	100,0

Nota: P.12.1 e P.12.2 já estão invertidos, logo, (1=5) (2=4) (3=3)(4=2) e (5=1).

A propósito do programa de integração, apresentámos quatro aspectos que considerámos indispensáveis a abordar nesse período:

- Filosofia da Instituição
- Funcionamento da Instituição
- Funcionamento do Serviço
- Legislação relativa à Carreira de Enfermagem

Pediam-se, para além disso, que fossem indicados "outros" aspectos que pudessem ter sido incluídos. Podia esperar-se, por exemplo, que alguém pudesse ter tido acesso a "manuais de serviço", ou formação teórica complementar sobre patologias e cuidados específicos de determinados serviços, contudo ninguém se inscreveu em "outros". Para além disso, verifica-se que os próprios aspectos que considerámos imprescindíveis, não são ainda abordados em percentagens consideráveis. Por outro lado, verifica-se que a maior ênfase é dada ao funcionamento do Serviço (97,5%) e da Instituição (78,2%) o que leva a pensar que, na integração, as Instituições (e só

algumas) denotam preocupação em obter rendimento prático a curto prazo e menos preocupação com as particularidades mais específicas, inerentes à categoria e ao estágio do recém-formado que lhe permita adaptação pessoal e profissional, que o estimule e motive.

Quadro II.19
DISTRIBUIÇÃO DOS ASPECTOS ABORDADOS NO PROGRAMA DE
INTEGRAÇÃO

ASPECTOS ABORDADOS	SIM		NÃO		TOTAIS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Funcionamento do Serviço	116	97,5	3	2,5	119	100,0
Funcionamento da Instituição	93	78,2	26	21,8	119	100,0
Filosofia e Objectivos da Instituição	74	62,2	45	37,8	119	100,0
Legislação da Carreira	47	39,5	72	60,5	119	100,0
Outros	--	--	--	--	0	0,0

Temos vindo a referir a importância da **integração**, enfatizando os factores tempo, programa e orientação.

A **avaliação** é factor tão importante quanto

- ter tempo de integração suficiente e que atenda às necessidades individuais;
- existir um programa de integração que integre aspectos conducentes à adaptação progressiva às actividades que vão fazer parte do quotidiano profissional;
- haver um orientador experiente e disponível que discuta as situações e proporcione experiências variadas.

Esta avaliação reveste-se de grande importância tanto para os enfermeiros recém-formados como para os enfermeiros responsáveis pela sua integração. Ela representa o balanço entre os adquiridos escolares e os desempenhos observados ou praticados em situações concretas da vida real, o que por vezes provoca insegurança e suspeição

quanto à utilidade da formação escolar o que conduz ao tal "Choque da Realidade", que gera um "síndrome do potencial não aproveitado" (Hall, citado por Stoner, 1982, p.377), em qualquer recém-formado. Também (Benner, 1982) descreveu este "Choque da Realidade", verbalizado por enfermeiros recém-formados no estudo elaborado no Canadá, e nós próprios já temos sido confrontadas com esta realidade no nosso dia-a-dia e muito recentemente quando aplicámos o nosso questionário. Neste sentido, e exactamente para diminuir esta insegurança, deve haver feed-back várias vezes durante este período, de forma a que os enfermeiros recém-formados possam por um lado, verbalizar as dúvidas e anseios e por outro, beneficiar das opiniões que os orientadores vão formando a seu respeito, sendo certo que irão contribuir para os enfermeiros recém-formados aferirem o que há a melhorar e/ou a mudar. Este é o momento por excelência para os enfermeiros orientadores ajudarem os recém-formados a fazerem uma reflexão dialogante sobre a observação e o vivido, que os conduza à construção activa do conhecimento na acção, segundo uma metodologia de aprender a fazer, fazendo. A experiência e reflexão são dois elementos auto-formativos que contribuem para "um longo processo no qual um saber é criado, graças à transformação da experiência" (Kolb, 1984). Os momentos de avaliação servirão para uma maior personalização da formação o que implica a criação de estratégias flexíveis centradas na pessoa. Destas destacam-se as práticas de reconhecimento e validação dos adquiridos: o tomar conhecimento das aspirações e projectos individuais, a organização de processos personalizados de formação que impliquem a valorização da auto-formação, na formação experiencial e informal.

Verifica-se pela distribuição de frequências, que dos 119 recém-formados que tiveram um período de integração, tendo passado por um programa de integração mais ou menos criterioso, a maioria não foi sujeita a um processo de avaliação: 66 (55,5%) versus 53 (44,5%) que foram avaliados.

Destes 53 (44,5%), verifica-se que os enfermeiros recém-formados foram implicados na avaliação em 50,9% juntamente com a enfermeira chefe e o responsável pela integração e em 22,6% apenas com o enfermeiro responsável.

De acordo com o que se tem vindo a dizer sobre a filosofia da avaliação e tendo em conta o que os autores referem sobre o assunto, entendemos que só implicando os enfermeiros recém-formados nesta avaliação ela se tornará um momento electivo de formação.

Conforme se pode verificar pelo Quadro II.20, por um lado, a avaliação ainda não foi incluída como imprescindível no programa de integração e, por outro lado, ainda se fazem avaliações sem que o próprio intervenha; há como que decisões que se toma sobre o outro sem que ele possa argumentar. Impõem-se até algumas perguntas:

- terá havido supervisão ou controlo?
- quem beneficia?
- quem e como institui medidas correctivas e/ou complementares?
- quem se desenvolve quando não é implicado no processo?

Quadro II.20

**DISTRIBUIÇÃO DOS GRUPOS IMPLICADOS NO PROCESSO DE AVALIAÇÃO
DOS RECÉM-FORMADOS**

GRUPOS DE AVALIAÇÃO	SIM		NÃO		TOTAIS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Enfº Supervisor e chefe	3	5,7	50	94,3	53	100,0
Enfº supervisor e responsável pela integração	2	3,8	51	96,2	53	100,0
Enfº chefe e responsável pela integração	24	45,3	29	54,7	53	100,0
Enfº chefe e responsável pela integração + enfº recém-formado	27	50,9	26	49,1	53	100,0
Enfº responsável pela integração + enfº recém-formado	12	22,6	41	77,4	53	100,0

- O PERCURSO PROFISSIONAL -
- ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO -

Neste indicador estão incluídas variáveis relacionadas com "dificuldades sentidas", "incentivos obtidos", "exigência de competências (não técnicas)", "utilização de conhecimentos/competências", "modo de desenvolvimento das competências (não técnicas)", "contratação", "tipos de serviço", "duplo emprego".

Quisemos em primeiro lugar saber em que medida é que os recém-formados sentiram dificuldades, relacionadas com a organização do trabalho, no início da sua actividade profissional, na globalidade. Já apresentámos, no início da análise - dos factores interferentes da organização -, um quadro comparativo entre os dois indicadores aqui integrados: - integração em contexto de trabalho - (já analisado) e - organização do trabalho - (ver quadro II.15).

Lembramos apenas que, globalmente, o posicionamento relativo a -organização do trabalho - obtém a maioria - 53,3% - a nível de **quase totalmente** (influência quase total), valor mais favorável ao obtido em - integração em contexto de trabalho - (41,2%) ao nível de quase totalmente, mas adicionando os posicionamentos em quase total e totalmente, considerando-os como um conjunto característico de **muito favorável**, verificando-se que - *organização do trabalho* - obtém um posicionamento **menos favorável** do que a -*integração em contexto de trabalho* - (65,0% versus 69,8%).

A propósito das dificuldades relacionadas com a organização do trabalho, analisámos em primeiro lugar um conjunto de aspectos:

- disponibilidade da equipa de enfermagem
- falta de trabalho de equipa
- experiências práticas pouco variadas.

Entendemos que estes três aspectos poderiam funcionar como pedra angular na facilitação/dificultação no início da actividade profissional na medida em que, por um lado, no que diz respeito à equipa vai influenciar o recém-formado a sentir-se da casa

e em casa, e o desenvolvimento de clima de confiança que lhe permita exteriorizar as suas ansiedades e dificuldades face a situações concretas e a pedir ajuda; por outro lado, no que se refere às experiências, se forem proporcionadas situações diferentes, dar-se-ão oportunidades de fazer relações, reflexões e transferências, estimulando o estudo pela procura do próprio e a discussão com os colegas mais experientes (Landry, 1989).

Por vezes assiste-se exactamente ao contrário: "dão-se" aos recém-formados. repetidamente, situações "iguais" (que só não o são efectivamente porque o homem é um ser complexo diferente um do outro nas suas reacções), o que pode levar ao trabalho por tarefa, por rotina, desmotivando a reflexão; e faz-se isto, muitas vezes com o sentido de facilitar tanto a "vida" do recém-formado como a dos colegas de serviço, pois o primeiro vai "treinando" e, portanto, fará menos perguntas e deixará os outros mais livres para situações mais complicadas. Isto leva-nos a pensar que ao recém-formado atribui-se o trabalho menos diferenciado, colidindo, por vezes, com as tarefas dos auxiliares de acção médica; perante os utentes, provavelmente, algumas vezes também não haverá diferenciação.

Lembramos aqui o problema do prestígio, que já foi analisado. Estará aqui a causa de uma opinião tão negativa dos recém-formados sobre o que os outros pensam da Enfermagem, apesar de ser já um curso superior?

Estas considerações que tecemos são essencialmente fruto da nossa experiência, da troca de ideias com colegas de Serviços e com os próprios recém-formados com quem informalmente falamos com alguma frequência.

Analisando agora os posicionamentos obtidos nestes três aspectos, na nossa amostra verifica-se que expressam dificuldades em todos eles. Confirma-se o que acabámos de expôr.

Expressam ter tido *muitas dificuldades*, posicionando-se em **quase totalmente e totalmente**, 46,1% face à *"falta de disponibilidade da equipa"*; 59,4% em *"falta de trabalho de equipa"*; e 51,6% em *"experiências pouco variadas"*. Em qualquer das variáveis, o posicionamento que é expresso logo a seguir com maior percentagem situa-se a nível do parcialmente, respectivamente 32,0%, 21,9%, 29,7%, que são

sempre valores superiores aos posicionamentos em nada e muito pouco, tomados como um conjunto.

Passamos a analisar um segundo conjunto de aspectos que também consideramos como podendo funcionar como factores influenciadores da facilitação do início da actividade profissional e que, de certo modo, podem explicar o conjunto anteriormente referido e analisado.

Assim, consideramos:

- ratio enfermeiro-utente
- falta de oportunidade para participar em acções de formação contínua
- falta de tempo para elaborar o processo de enfermagem
- resistência da equipa a qualquer tipo de mudança

O aspecto que obteve um posicionamento menos favorável, ou seja, que expressa mais dificuldades, refere-se à "falta de tempo para elaborar o processo de enfermagem", com a maioria 50,8% a colocar-se em nível de **quase totalmente e totalmente** considerados como um conjunto (32,8% e 18,0%) e 38,3% em parcialmente. Parecem-nos uma dificuldade esperada com muitos factores possíveis de a explicar e de que apenas destacamos os que nos parecem mais óbvios:

- relacionada com a própria Escola em que algumas vezes o processo de enfermagem não é utilizado como um instrumento dinâmico de prestação de cuidados ao utente (família) e ainda muito utilizado como instrumento de avaliação do próprio aluno.

As dificuldades inerentes à própria utilização de um modelo teórico são exacerbadas com a confrontação de que grande parte dos Serviços não utiliza nenhum modelo ou utiliza outro que não o que a Escola exige, o que pode ser factor de insegurança e, até, de descrédito se não se investir numa discussão reflectida deste assunto (Pearson, 1992).

- relacionada com as dificuldades sentidas no Serviço, podem advir do que atrás se considerou e, por outro lado, aliada à falta de segurança na elaboração desse instrumento de trabalho, poderá estar a "pressão" do Serviço no sentido

de que é necessário levar a cabo, no menor tempo possível e com o menor dispêndio de pessoal, um "sem número" de tarefas, gastando-se muito tempo em rotinas e aspectos puramente burocráticos. Por outro lado, não estará a dificuldade expressa relacionada com a falta de instituição efectiva da própria elaboração do processo de enfermagem em muitos Serviços?

No que se refere a "resistência da equipa a qualquer mudança", é o segundo aspecto que obteve um posicionamento que traduz muita dificuldade: 45,3% posicionados em **quase total e totalmente** (32,0% e 13,3%), logo seguido de 33,6% em **parcialmente**.

A resistência à mudança é natural e é um fenómeno esperado. É natural que os recém-formados sejam mais susceptíveis a reacções de pouca aceitabilidade às suas propostas porque grande parte deles, pelo menos, vai imbuída do ideal de pôr em prática e logo, alguns aspectos que a Escola terá enfatizado. Alguns são afoitos, expressam as suas ideias e, como jovens que são, não terão ainda a diplomacia suficiente para esperar pelo momento mais oportuno para fazerem as suas propostas. Por outro lado, a Escola incute-lhes a ideia de que deverão actuar como agentes de mudança e os recém-formados, no início da sua actividade, não contam com a resistência dos mais velhos que, muitas vezes até apreciam as suas ideias mas, ou por falta de segurança ou até por defesa contra o esforço adicional que a mudança traz, não lhes proporcionam as oportunidades que eles esperariam, o que os frustra. É um dos aspectos do "choque da realidade"; é o idealismo aliado à inexperiência versus a experiência muito manietada com a rotina que produz segurança e que não quer sobressaltos. (Benner, 1982), (Dominicé, 1980).

Mas o baixo ratio enfermeiro-utente, que é uma realidade, não será também factor interferente tanto na disponibilidade da equipa, inclusivamente no proporcionar experiências variadas, no tempo para elaboração do processo de enfermagem e até na resistência à mudança? Na nossa opinião este é um factor decisivo na melhoria das relações interpessoais (Rogers, 1961) e da equipa propriamente dita (na definição de funções, delegações e repartição de actividades) e, em última análise, factor decisivo

na melhoria da qualidade dos cuidados. Não vale a pena pensar em mudanças ou mesmo tentar implementá-las sem recursos humanos suficientes. A não ser que se queira apresentar uma "história de fadas", que, na prática, rapidamente se transforma em "história de monstros".

Os enfermeiros recém-formados da nossa amostra expressam as suas dificuldades perante este factor: 42,2% situam-se a nível do **quase totalmente e totalmente** (31,3% e 10,9%) e 32,0% referem ter tido parcialmente este tipo de dificuldades.

Falta analisar neste segundo conjunto de factores que apresentámos, o que se refere à "falta de oportunidade para participar em acções de formação contínua".

Neste aspecto específico, a percentagem que expressa ter tido mais dificuldades a nível de **quase total e totalmente**, é 37,5% (22,7% e 14,8%), valor menor do que em qualquer outro dos aspectos já analisados; todavia é também o que apresenta uma percentagem de dificuldades maior a nível **parcial** - 39,1%-.

A este posicionamento não estará alheio o facto de alguns terem oportunidade, por conta própria e faltando ao Serviço, de frequentarem acções de formação, o que revela que estão interessados em desenvolver a competência de auto-aprendizagem, "competência chave" da formação contínua (Nyhan, 1991).

Os que já estão colocados no quadro, a quem já é, por direito próprio, possível candidatar-se a determinadas acções de formação, podem ter de enfrentar a hierarquia dos mais velhos e até as necessidades de pessoal, relacionado, portanto, com o ratio enfermeiro-utente que já foi analisado.

Analisámos um grupo de factores - *dificuldades* - e vamos analisar outro grupo de factores - *incentivos* -. Quizemos saber em que medida é que os enfermeiros recém-formados são incentivados a pôr em prática determinados aspectos que, espera-se, a Escola tenha enfatizado, a saber:

- necessidade de aprofundamento de conhecimentos
- benefícios do investimento na Investigação
- desenvolvimento do sentido de auto-responsabilidade nos cuidados prestados
- importância de participar na organização do seu trabalho
- necessidade de trabalhar em equipa multi-disciplinar

- desenvolvimento do assegurar a autonomia da Enfermagem face à autonomia dos outros profissionais.

Analisando os posicionamentos obtidos em cada uma destas variáveis, vamos apresentá-los numa sequência que nos permita tecer algumas relações sobre a medida em que os Serviços incentivam mais uns aspectos do que outros.

Assim, verifica-se que em primeiro lugar é referida a "auto-responsabilização pelos cuidados prestados": 82,8% dos inquiridos expressam a posição de que foram incentivados **quase total e totalmente** (44,5% e 38,3%) a sentirem-se individualmente responsáveis pela qualidade de cuidados que prestam. Na nossa opinião, este incentivo pode ser apreciado sob o ponto de vista do interesse no crescimento pessoal e profissional do recém-formado por parte dos colegas de Serviço, incluindo provavelmente as chefias e/ou responsáveis de equipa mas também o pode ser sob o ponto de vista de se quererem demarcar duma quota parte de responsabilidade nessa prestação de cuidados; de facto, só se deve pedir responsabilização quando o que se exige é adequado à preparação e, inicialmente, de acordo com a nossa experiência, nem sempre se exigem aos recém-formados actividades em que se possam sentir à vontade. De qualquer modo, o incentivo à auto-responsabilização é positivo (Stoner, 1982).

Esperar-se-ia, por isso, que o aspecto relacionado com o "aprofundamento de conhecimentos" tivesse obtido um posicionamento idêntico; mas não, neste aspecto só 57,8% dos inquiridos expressam ter sido **quase total e totalmente** incentivados (37,5% e 20,3%); há no entanto 32,8% que referem ter sido parcialmente incentivados a aprofundar conhecimentos. Há como que uma compensação, já que no aspecto referido anteriormente (auto-responsabilização) a posição em parcial obteve apenas 14,1%.

Não podemos deixar de lembrar, no entanto, o nível de dificuldades que os inquiridos expressaram face às oportunidades de participar em acções de formação contínua (37,5% com muita dificuldade) que já analisámos:

O incentivo à "investigação" deveria, seguir a senda desta linha de pensamento: investir na produção de conhecimentos, levará ao aprofundamento de conhecimentos

de base, à procura de meios e soluções e contribuirá para assegurar a "autonomia das competências específicas da enfermagem face às competências dos outros profissionais" (Santos, 1986). Verifica-se no entanto que se valoriza mais o incentivo à "autonomia" que o incentivo à "investigação": 59,4% referem **quase total e total** incentivo à "autonomia" (40,6% e 18,8%) enquanto que apenas 33,6% assim se referem à "investigação". Comparando o posicionamento ao nível de parcialmente, verifica-se também uma diferença com essa tendência, mas menor: 28,1% em "autonomia" e 27,3% em "investigação".

Como se pode obter autonomia das competências específicas de enfermagem sem maior investimento no desenvolvimento do nosso corpo de conhecimentos próprio? (Santos, 1986)

É evidente que não se poderá exigir aos recém-formados que comecem desde logo a realizar trabalhos de investigação, mas deveriam ser mais incentivados, no nosso entender, a sistematizar o seu trabalho quotidiano, a descrever situações, a procurar relacionar causas e efeitos e, principalmente, para que pudessem realizar esses aspectos, deveriam ser mais incentivados a observar, analisar e registar com precisão, como sugere (Benner, 1982).

É provável que a falta de tempo, a "pressão do serviço", "as baias das rotinas e burocracia" a que os enfermeiros estão ainda muito sujeitos, quer pelo baixo ratio enfermeiro-utente quer pelo tipo de organização do trabalho que perdura, sejam os principais obstáculos a uma mudança imprescindível e desejável. (Colliere, 1990)

É interessante verificar que 64,8% dos inquiridos referem que são muito incentivados a "participar na definição da organização do seu trabalho", a nível de **quase total e totalmente** (44,5% e 20,3%), devendo considerar-se também a percentagem de 20,3% que referem ter sido parcialmente incentivados, visto que é um valor igual ao do incentivo expresso a nível de totalmente. Coloca-se uma pergunta: como aliar esta posição muito favorável, aos valores obtidos na apreciação das dificuldades face à falta de trabalho em equipa (59,4%) e falta de disponibilidade da equipa (46,1%).

Falta apenas analisar o aspecto referente ao incentivo a "trabalhar em articulação com outros profissionais": obtém-se aqui um valor de 62,5% a nível de incentivo **quase**

total e total (41,4% e 21,1%) e ainda um valor de 23,4% a nível de incentivo parcial. É um valor muito favorável e que pode traduzir que, cada vez mais, se entende que cuidados de saúde de qualidade devem ser prestados com a participação dos saberes de todos os grupos profissionais; defende-se e incentiva-se a autonomia das competências específicas de cada grupo mas para se articularem e complementarem no cuidar, entendido holisticamente (Basto, 1991).

Depois de analisados os conjuntos de "dificuldades" e "incentivos", impunha-se analisar em que medida é que têm sido exigidas aos recém-formados, durante este período da sua experiência profissional, determinadas competências (não técnicas). Verifica-se que a maior exigência recai na "responsabilidade", com um valor de 96,1% a nível de exigência **total e quase total** (70,3% e 25,8%). Parece existir uma certa congruência entre a exigência e o incentivo para a "auto-responsabilização" que já analisámos e cujo valor lembramos: 82,1% a nível de **quase total e total**.

Segue-se a "adaptabilidade" com um valor de 90,6% de exigência a nível **quase total e total** (53,9% e 36,7%). Lembramos aqui que, quando analisámos os "factores interferentes do próprio", no que se refere a **sentimentos perante dificuldades**, se verificou que houve 53,9% que expressou dificuldade **quase total e total** no que se refere a capacidade de **adaptação** relacionada com características pessoais. A exigência de capacidade de adaptação tão valorizada pode levar a esse sentimento e gerar sentimentos negativos da auto-estima (Orofiamme, 1990).

A "capacidade de trabalho em equipa" é muito exigida: 82,1% indicam que lhes é exigida **total e quase totalmente** (43,0% e 39,1%). Este aspecto parece-nos incongruente. Verificou-se que 59,4% e 46,1% consideraram ter tido muita dificuldade respectivamente no que se refere à "falta de trabalho em equipa" e "falta de disponibilidade da equipa". Já analisámos também, no que se refere a incentivos, que o "trabalhar em articulação com outros profissionais" é muito valorizado: (62,5%); será que se está a exigir e muito, e a incentivar, uma capacidade que, em confronto com a realidade não se vê concretizada? Aliado, aliás, à resistência à mudança que também já analisámos e que se verificou ter grande expressão (45,3%). Não serão também estes factores de "choque"?

Segue-se a exigência de "capacidade de iniciativa", com um posicionamento de 78,1%, **quase total e totalmente** (54,7% e 23,4%). Para haver iniciativa é preciso por um lado, ter conhecimentos (para se ter segurança) e por outro ter, à partida, alguma garantia de aceitação; senão corre-se o risco de frustração repetida. Por outro lado se é incentivada a auto-responsabilização e já se verificou que sim (82,8%), parece coerente exigir capacidade de iniciativa. Interligadas com esta capacidade, estão, em nosso entender a "autonomia" e a "criatividade". Se, por um lado, a exigência da autonomia se situa em níveis idênticos ao da iniciativa (72,6% em quase total e total), já a capacidade de criatividade não é tão valorizada; é exigida a nível quase total em 30,5% e a nível parcial em 50,8%. Nas competências referidas até agora é a única que é referida como sendo exigida, em maior percentagem, a nível de **parcialmente**. Continua a verificar-se que as capacidades de "expressão oral e escrita" e "argumentação" são exigidas a nível de **quase total e totalmente**, respectivamente com 67,8% e 57,8%. Apesar de valorizados acima dos 50%, verifica-se já um aumento de as considerar mais exigíveis a nível parcial (34,4% e 25,8%). Será que a comunicação não é valorizada? Como se fazer "bons" registos, "boas discussões de casos, "boa" articulação do trabalho com outros profissionais se não desenvolvermos estas competências?

Por último, apreciou-se a exigência da "capacidade de liderança"; é a capacidade menos fortemente exigida: apenas 25,8% refere exigência a nível de quase totalmente e 44,5% a nível de **parcialmente**. Talvez não se espere que os recém-formados a revelem e, por outro lado, a estrutura rígida e hierárquica que predomina nos nossos serviços não parece de molde a desejar líderes, que podem ser factor de instabilidade e insegurança dado que, como já se verificou, a resistência à mudança é grande.

Para facilitar a visualização da análise que acabámos de fazer, sobre a Organização do Trabalho, traçámos o quadro resumo que se segue (Quadro II.21).

Quadro II.21
- PERCURSO PROFISSIONAL -
FACTORES INTERFERENTES RELACIONADOS COM
- ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO - (I)

DIFICULDADES EXPRESSAS A NÍVEL DE QUASE TOTAL E TOTALMENTE RELACIONADAS COM:		
1	- falta de disponibilidade da equipa	46,1%
	- experiências pouco variadas	51,6%
	- falta de trabalho de equipa	59,4%
2	- falta de tempo para elaborar o processo de enfermagem	50,8%
	- resistência da equipa a qualquer tipo de mudança	45,3%
	- ratio enfermeiro-utente	42,2%
	- falta de oportunidade para participar em acções de formação contínua	37,5%

Quadro II.22
- PERCURSO PROFISSIONAL -
FACTORES INTERFERENTES RELACIONADOS COM
- ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO (II)

INCENTIVOS EXPRESSOS A NÍVEL DE QUASE TOTAL E TOTALMENTE RELACIONADOS COM:	
- auto-responsabilização dos cuidados prestados	82,8%
- participação na definição da organização do seu trabalho	64,8%
- trabalhar em articulação com outros profissionais	62,5%
- assegurar a autonomia das competências específicas da enfermagem face às competências dos outros	59,4%
- aprofundamento de conhecimentos	57,8%
- realização de trabalhos de Investigação	33,6%

Quadro II.23
- PERCURSO PROFISSIONAL -
FACTORES INTERFERENTES RELACIONADOS COM
- A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO (III)

EXIGÊNCIAS DE COMPETÊNCIAS (NÃO TÉCNICAS) EXPRESSAS A NÍVEL
DE QUASE TOTAL E TOTALMENTE

RELACIONADAS COM:

- responsabilidade	96,1%
- adaptabilidade	90,6%
- capacidade de trabalho em equipa	82,1%
- capacidade de iniciativa	78,1%
- autonomia	72,6%
- capacidade de expressão oral e escrita	67,8%
- capacidade de argumentação	57,8%
- criatividade	36,8%
- capacidade de liderança	27,4%

Já analisámos, até agora, integrados no -Percurso Profissional-, todas as variáveis que considerámos interferentes e influenciadoras do grau de dificuldades, tanto a nível da "integração em contexto de trabalho" como da "organização do trabalho".

Pareceu-nos pertinente colocar a questão:

- será que há relação entre as dificuldades sentidas pelos recém-formados ao iniciarem a actividade profissional e aquilo que lhes é exigido (competências não técnicas)?

Como a pergunta sobre as "competências" (P.28) tem 9 variantes e a pergunta sobre as "dificuldades" (P.12) tem 13, optou-se por criar um indicador das "dificuldades sentidas ao iniciar a actividade profissional" (agregando as variantes da P.28) e outro para a "exigência ao nível das competências não técnicas" (agregando as variantes da

P.12). Obtida a distribuição de frequências de cada um dos novos indicadores, procedeu-se ao cruzamento entre eles (na sua forma de variáveis qualitativas ordinais), que se anexa (Anexo XI).

Calcularam-se as medidas descritivas dos dois indicadores enquanto variáveis quantitativas, verificando-se que a \bar{X} de exigência (P.28) é superior à \bar{X} das necessidades

Variável	\bar{X}	σ	Minimum	Maximum	Valid N
P.12 total	3,20	0,64	1,62	4,69	126
P.28 total	3,87	0,52	2,0	4,89	126
nº de observações válidas = 124,00					

Procedeu-se de seguida ao Cálculo do Coeficiente de Associação entre os dois indicadores através do coeficiente de correlação de Spearman:

P.28 total	
	0,1527
	N(124)
	Sig 0,045
	P.12 total

Verificou-se que a associação entre as duas variáveis é estatisticamente significativa: sig. = 0,045 < 0,05, todavia é de intensidade fraca (0,1527).

Há uma tendência, embora fraca, para a exigência, acima das dificuldades expressas.

Tendo analisado "dificuldades", "incentivos", "exigências", vamos agora analisar a "utilização", ou seja, em que medida utilizam os recém-formados os **conhecimentos e as competências** adquiridas na formação inicial no desempenho das suas funções.

Verifica-se que a maioria funciona a nível de quase totalmente (56,3%) e de totalmente (18%) o que constitui uma resposta **muito favorável** - 74,3% -.

Quanto ao modo como têm vindo a desenvolver as competências (não técnicas), a "experiência prática" é a via mais considerada (99,2%) seguido de 67,2% que se refere a "acções de formação permanente". Os estágios em regime de voluntariado quer no local de trabalho, quer fora do local de trabalho obtêm apenas resposta afirmativa de 4,7% dos inquiridos.

Dadas as exigências, que já verificamos que são grandes (na maioria destas competências), parece natural que os recém-formados se esforcem por retirar da prática diária, o máximo da experiência e desenvolvam essas competências. Por outro lado, já tinham revelado que sentiam dificuldades face à falta de oportunidades para frequentarem acções de formação permanente e o facto de (os que ainda estão a "recibo verde") poderem faltar para poder frequentar acções de formação e não as poder frequentar por conta da Instituição é, respectivamente, factor de total satisfação para a maioria (64%) e factor de total insatisfação para uma grande percentagem (44%).

Falta-nos analisar os aspectos relacionados com a política de contratação, no que se refere ao "vínculo" e às repercussões que daí advêm.

Verifica-se pela análise dos dados que a maioria dos recém-formados, 97 (75,8%) já se encontra no quadro com vínculo à Instituição. Em situação precária mantêm-se ainda 25 (19,5%) em "recibo verde" e 6 (4,7%) em "contrato a termo certo".

Em relação ao tempo em que os 75,8% se encontram no quadro, verifica-se que varia entre 1 mês e 47 meses, destacando-se contudo o seguinte:

30 inquiridos	24 meses
13 inquiridos	12 meses
13 inquiridos	23 meses

\bar{X} 18,990

med 23,000

moda 24,000

Dada a dispersão, quisemos saber se haveria "relação entre o término do curso e o momento em que obteve vínculo à Instituição".

Tal como os dados se encontram, não foi possível interpretar o Teste de independência do Qui-Quadrado. Como existem apenas seis indivíduos com contrato a termo certo, se os retirarmos temporariamente e, se se fizer a comparação entre quem já pertence ao quadro e quem está a recibo verde, poder-se-à então interpretar o teste (Anexo XII).

Escolheu-se este teste dado que existe uma variável qualitativa nominal e a outra tratada como tal "Ano de conclusão do CSE" (só tem duas categorias); pretende-se aferir se existe relação estatisticamente significativa entre as duas variáveis.

Verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre o término do curso e o tipo de vínculo à Instituição.

Sig. = 0,00020 < 0,05

São os enfermeiros que terminaram o curso em 1993 que, tendencialmente, já pertencem ao quadro.

Através do Coeficiente V de Cramer pode constatar-se que a relação entre as duas variáveis é média-fraca ($V = 0.33667$).

É um resultado que excedeu as nossas previsões.

Quanto ao tipo de Serviços e tempo superior a 6 meses que aí tenham trabalhado, verificou-se que há grande variedade, todavia é de destacar a seguinte distribuição:

TIPO DE SERVIÇO	Nº
U.C.I	30
Med. e Círg. gerais	30
Centros de Saúde	17
SAP	2
Psiquiatria	13
Pediatria	12
Neonatologia	1
Urgência Pediátrica	1
Urgência Geral	10
Urgência Queimados	1
Especialidades Médicas	7
Neurocirurgia	7
Hematologia	6
Oncologia	5
Bloco Operatório	5
Hemodiálise	4
Obstetrícia	2
Ortopedia	1
D. Infecto-Contagiosas	1
Casa de Repouso	1
Medicina do Trabalho	1

Não é possível sistematizar o tempo dado que um grande número o não indica e, alguns que o fazem, indicam "vários serviços" e não especificam o tempo em cada um deles.

Estes números revelam que há "duplo emprego" o que pode estar relacionado com a grande oferta de emprego e esta, sabe-se que é devida à carência de enfermeiros. O tipo de contratação permite esta grande mobilidade (rotatividade) e a "grande procura" dificulta as mudanças que os organismos sindicais pretendem introduzir.

De salientar que os Serviços de UCI, apesar de serem serviços altamente diferenciados são muito procurados pelos recém-formados. Segundo a nossa experiência, os novos enfermeiros referem proporcionar-lhes maior acompanhamento da equipa (sendo estas também mais estáveis), o que lhes transmite maior segurança. É curioso que, durante a formação inicial, a experiência de ensino clínico não é efectuada nestas unidades dado que a Carreira de Enfermagem estabelece que se inicie a profissão pelo nível 1 - categoria de enfermeiro, a quem não é exigida a prestação de cuidados especializados mas sim apenas de cuidados gerais ao indivíduo e família e a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados.

De salientar ainda que os que referem trabalhar em Centros de Saúde, fazem-no essencialmente em "part-time", para prestação de cuidados curativos, quer em sala de tratamentos quer em visita domiciliária para aplicação de tratamentos e administração de injectáveis. Alguns acumulam o trabalho hospitalar e o trabalho no SAP (Serviço de Atendimento Permanente).

A Urgência Geral é também muito procurada.

Enquanto que nas UCI o acompanhamento da equipa pode suprir necessidades e o recém-formado pode aí ir desenvolvendo muitas das competências técnicas e não técnicas que a profissão exige, já a Urgência Geral, no nosso entender, pelo seu ritmo e pela constante necessidade de "adaptar", pode levar a um fazer sem reflexão que prejudica o desenvolvimento.

Verifica-se pois que os recém-formados prestam cuidados em praticamente todo o tipo de serviços.

Quisemos saber se haveria *"relação entre o nível de posicionamento da razão 'grande oferta de emprego' (que o influenciou na escolha do CSE) e o trabalhar em duplo-emprego"*. (P3.1/P.24)

Realizámos o Teste à Diferença de Médias (Anexo XIII) que escolhemos pela seguinte razão:

- há uma variável qualitativa nominal com duas categorias:

"com duplo emprego"

"sem duplo emprego";

- há uma variável em escala, que, por isso, pode ser tratada como quantitativa contínua.

O cálculo indica-nos que é para os indivíduos que não têm duplo emprego que a "grande oferta de emprego" parece ter tido maior influência. Contudo a diferença das médias não é estatisticamente significativa ($\text{sig.} = 0,285 > 0,05$).

É um valor que não era esperado.

Os benefícios financeiros dos que estão em duplo-emprego serão, na nossa opinião superiores à qualidade da experiência obtida dado que o tempo de reflexão tem de ser escasso e se pode esperar que há contacto mas não reflectido com as situações diminuindo a aprendizagem.

4 - SÍNTESE DOS DADOS

Foram analisadas as duas dimensões para o estudo das dificuldades sentidas pelos enfermeiros recém-fomados, na integração à vida actual, relativamente aos

- *percurso escolar* -

- *percurso profissional* -

baseadas nas categorias formuladas para cada uma das dimensões tendo em conta a contextualização desenvolvida na primeira parte deste trabalho, face à problemática em estudo.

Assim, no *percurso escolar*, focalizámos aspectos relacionados com o *porquê* da escolha do curso, como factor mediador da concretização das expectativas; demos ênfase à aquisição: dos *saberes*, englobando o conjunto de conhecimentos de natureza teórica, indispensáveis para a actuação dos enfermeiros; do *saber-ser*, abrangendo as atitudes e comportamentos compatíveis e integrantes daquela actuação; do *saber-fazer*

respeitante ao domínio de instrumentos, métodos e práticas utilizadas em contextos muito específicos, onde deve ser desenvolvida a maior criatividade na sua aplicação; do *saber-aprender* desenvolvendo a capacidade de auto-aprendizagem, indispensável na evolução permanente que caracteriza o trabalho dos enfermeiros.

No *percurso profissional* demos ênfase aos aspectos relacionados com a integração dos enfermeiros recém-formados em contexto de trabalho, tendo em conta quer os factores que se relacionam com as características individuais, quer com os relacionados com a organização/instituição, quer ainda com os que se referem aos aspectos da política de contratação. Foi também dada ênfase à influência que estes factores têm no *fazer-saber*, uma vez que na área da saúde o desenvolvimento do conhecimento científico é alimentado a partir da prática clínica.

A primeira conclusão global relaciona-se com o *percurso escolar*: os enfermeiros inquiridos que acabaram o Curso Superior de Enfermagem há três e dois anos em três Escolas Superiores de Enfermagem oficiais de Lisboa, consideram que a formação inicial lhes permitiu concretizar as expectativas face à:

- *escolha do curso e expectativas face à profissão;*
- *aquisição de capacidades da área cognitiva;*
- *aquisição de capacidades da área afectiva;*
- *aquisição de capacidades da área psico-motora.*

Nem todas estas quatro categorias, definidas para analisar o percurso escolar, obtiveram o mesmo nível de concordância mas a maioria dos enfermeiros considera que a Escola, durante a formação inicial, lhes permitiu desenvolver capacidades de análise e reflexão, de inovação e de aprender, o que pressupõe que lhes favoreceu uma transição segura para iniciarem a actividade profissional.

Assim, face à nossa pergunta:

- *que contributos são dados pela Escola durante o percurso escolar, de forma a que os estudantes adquiram capacidades de análise e reflexão, de inovação e de aprender a aprender -,*

podemos considerá-la respondida e com uma resposta a nível de *muito favorável*.

A segunda conclusão global relaciona-se com o *percurso profissional*:

- *factores interferentes relacionados com o próprio*

- *"impostos" pela Instituição*

- *"proporcionados" pelo tipo de contratação*

e

- *factores interferentes relacionados com a Instituição*

- *"integração em contexto de trabalho"*

- *"organização do trabalho"*.

Face a estes factores que indicámos como passíveis de influenciar esse percurso, os enfermeiros recém-formados consideram-nos como susceptíveis de o condicionar.

Verificámos que a maioria dos inquiridos considera que "a vivência profissional" tem permitido concretizar a concepção que tinha sobre enfermagem quando iniciou a profissão, quase totalmente ou parcialmente.

Fomos analisando a influência dos diversos factores e suas repercussões formulando as perguntas de investigação à medida que nos pareciam poder ser estabelecidas determinadas relações.

Elas relacionam-se, pois, com os seguintes aspectos:

- sentimentos e valorizações face à enfermagem

- programa e tempo de integração

- orientação no início da vida profissional

- dificuldades sentidas

- exigência de capacidades (não técnicas)

- política de contratação.

Vamos, pois, sistematizá-las.

Assim, a *primeira pergunta de investigação* que formulámos, diz respeito aos factores que se relacionam "com o próprio" e que podem ter influência no percurso profissional:

- *Será que há relação entre a razão que levou à inscrição no Curso Superior de Enfermagem e a vontade de mudar de profissão, se tivesse oportunidade?*

A propósito desta pergunta só foi possível fazer a análise descritiva:

assim verificámos que (12,5%) dos inquiridos expressaram a vontade de abandonar a profissão, dos quais (7,8%) que se tinham inscrito no CSE por primeira opção e (4,7%) que se tinham inscrito por "outras razões".

Ainda relacionado com as razões de escolha do curso e para tentarmos perceber de que maneira essas razões interferem com a maneira de estar na profissão formulámos a *segunda pergunta de investigação*:

- *Será que há relação entre o nível de posicionamento da razão "grande oferta de emprego" (que influenciou na escolha do CSE) e o "trabalho em duplo emprego"?*

Para analisar esta pergunta, foi realizado o Teste à Diferença das Médias. O cálculo indica-nos que é para os indivíduos que não têm duplo emprego que a "grande oferta de emprego" parece ter tido maior influência. Contudo, a diferença das médias não é estatisticamente significativa (sig. = 0,285 > 0,05).

Esperávamos uma relação mais significativa.

Relativamente aos sentimentos e valorizações da Enfermagem, formulámos a *terceira pergunta de investigação*:

- *Será que há relação entre os níveis de posicionamento da razão "curso que permite relacionamento interpessoal" (que o influenciou na escolha do CSE) e do "contacto com o utente como factor mais significativo no trabalho de Enfermagem"?*

Embora a relação obtida (pelo cálculo do coeficiente de correlação de Spearman) entre as duas variáveis, seja estatisticamente significativa, é fraca. Há de facto, uma tendência a associar a concordância entre considerar o CSE como um "curso que permite relacionamento interpessoal" e considerar que o "contacto com o utente é o factor mais gratificante no trabalho de Enfermagem".

Por considerarmos que a Integração é indispensável para uma harmoniosa adaptação dos enfermeiros recém-formados nos contextos de trabalho e dado que nem todos os

inquiridos tiveram um período de integração, formulámos a *quarta pergunta de investigação*:

- *Será que existe diferença perante as dificuldades sentidas no início da vida profissional, entre os enfermeiros recém-formados que foram sujeitos a um período de integração (ainda que curto) e os que não tiveram integração?*

Pela comparação dos valores das médias obtidas, verifica-se que estes são sempre superiores no grupo "com integração" aos do grupo "sem integração", ou seja, a actividade profissional inicialmente foi mais facilitada tendo tido integração (em todas as variáveis consideradas).

Tendo-se também verificado que o modo como a orientação decorreu foi variado, quisemos saber que influência poderia ter tido e formulámos a *quinta pergunta de investigação*:

- *Será que há diferenças entre quem é orientado por uma só pessoa e quem é orientado por várias, indiferentemente, no que se refere às dificuldades sentidas no início da vida profissional, face ao tempo e programa de integração?*

Pelo cálculo do Teste de Mann-Whitney verifica-se que a pluri-orientação não beneficia a integração, tendo esses recém-formados expressado mais dificuldades face ao tempo e programa.

Ainda quanto à orientação quisemos saber se o tipo de orientação (alguns aspectos proporcionados ou não) podia ter influência nas dificuldades sentidas pelos recém-formados. Formulámos a *sexta pergunta de investigação*:

- *Será que há relação entre a orientação na integração e as dificuldades sentidas ao iniciar a actividade profissional, no que se refere a tempo e programa de integração?*

Pelo coeficiente de correlação de Spearman verifica-se que há relação estatisticamente significativa, de intensidade média entre o tipo de orientação (alguns aspectos proporcionados ou não) e as dificuldades expressas ao iniciar a actividade profissional, no que se refere a tempo e programa de integração.

A diversidade de situações que se colocam no dia-a-dia dos profissionais de enfermagem exige-lhes que sejam capazes de tomar as decisões mais adequadas a

essas situações. Assim, os enfermeiros devem ao longo do seu percurso profissional desenvolver as competências indispensáveis para um efectivo trabalho de qualidade que os utentes exigem por direito, bem como para satisfação e auto-estima do enfermeiro.

Verificando-se que as competências não técnicas têm sido exigidas, embora não todas com a mesma intensidade e face às dificuldades que tinham sido expressas pelos enfermeiros, nesse âmbito, formulou-se a *sétima pergunta de investigação*:

-Será que há relação entre as dificuldades sentidas pelos recém-formados ao iniciarem a actividade profissional e o que lhes é exigido (em competências não técnicas)?

Pelo coeficiente de associação entre o indicador "dificuldades" e o indicador "exigência", através do coeficiente de correlação de Spearman verificou-se que há uma tendência (embora fraca) para a exigência, superior às dificuldades o que, pela nossa experiência, não é factor de admiração.

Finalmente, relacionada com a política de contratação e, face aos resultados sobre a percentagem de enfermeiros que já obtiveram vínculo à Instituição (no quadro) (75,8), quisemos saber quem eram e formulámos a *oitava pergunta de investigação*:

- Será que há relação entre o término do curso e o momento em que obteve vínculo à Instituição?

Após a análise verifica-se que existe relação estatisticamente significativa entre o término do curso e o tipo de vínculo à Instituição;

$$\text{Sig.} = 0,000 < 0,05$$

São os enfermeiros que terminaram o curso em 1993 que, tendencialmente, já pertencem ao quadro.

É um resultado que excedeu as nossas previsões, todavia, é uma tendência média fraca (coeficiente V de Cramer $V = 0,33667$).

CONCLUSÕES GERAIS

Ao elaborarmos este trabalho tivemos em conta que as modificações que se têm vindo a sentir tanto a nível mundial como a nível nacional, no que diz respeito à organização do trabalho, ao desenvolvimento dos recursos humanos e à competitividade, também têm tido, na Enfermagem, as suas repercussões.

Se por um lado, são cada vez mais exigidas capacidades e competências aos sujeitos nos seus contextos de trabalho, e, se por outro lado, a formação dispensada pelas instituições de formação é insuficiente para fornecer aos trabalhadores as competências desejadas, emerge a necessidade de uma verdadeira articulação entre o sistema educativo e o sistema produtivo.

Torna-se, pois, necessário, que se proporcione aos trabalhadores nos seus contextos de trabalho, verdadeiros espaços formativos que lhes permitam desenvolver os adquiridos na formação inicial.

Nesta perspectiva, no que diz respeito à Enfermagem, têm-se vindo a investir nessa articulação Escola/Instituições de Saúde que colaboram connosco, quer mais particularmente nos períodos do ensino clínico dos estudantes de enfermagem, quer ainda de uma forma geral, na integração dos recém-formados no final do curso.

Assim, para o nosso estudo traçámos como objectivos:

- Reflectir sobre o contributo que a Escola poderá dar durante a formação inicial, de modo a facilitar a adaptação dos enfermeiros recém-formados à vida profissional
- Identificar os factores referidos pelos enfermeiros recém-formados como dificultadores da sua integração nos contextos de trabalho
- Identificar as implicações que a actual política de contratação poderá ter no percurso profissional dos enfermeiros.

Considerando que as dificuldades na integração dos enfermeiros recém-formados são fruto da interdependência de múltiplos e variados factores, pretendemos delimitar o campo de estudo, às capacidades que a Escola permite desenvolver nos estudantes de enfermagem durante a formação inicial, bem como aos factores que interferem nas

dificuldades sentidas na integração dos enfermeiros recém-formados, à vida profissional.

Do trabalho de investigação empírica realizado constatámos que os enfermeiros inquiridos expressam o seguinte:

As principais razões indicadas como tendo tido influência na escolha do CSE, são apresentadas com valorizações diferentes:

Assim tiveram

"influência elevada"

- aspectos relacionados com o âmbito assistencial ligados à profissão;

"influência moderada"

- aspectos relacionados com a grande versatilidade e perspectivas de emprego que são atribuídas à profissão;

"influência reduzida" (ou nenhuma)

- aspectos relacionados com factores externos, ligados a outros grupos profissionais ou sugestões de familiares.

Parece-nos que as duas primeiras razões poderão estar ligadas, por um lado com as características mais importantes que se continuam a atribuir aos enfermeiros, e que estão relacionadas com o "ter vocação", "ser carinhoso", "ser simpático", e, por outro, com o facto da profissão de enfermagem ter uma multiplicidade de campos de acção o que poderá motivar os jovens.

Consideramos ainda que a instabilidade de emprego e/ou desemprego, maior facilidade de emprego na enfermagem, fama social de que os enfermeiros ganham bons ordenados e a maior facilidade de ingresso nas escolas de enfermagem, haver grande número de escolas e o acesso poder ser feito com médias menos elevadas, são circunstâncias sociais que não estão alheias certamente à razão desta escolha.

Quanto ao curso, na sua globalidade, é considerado como tendo contribuído "parcialmente" ou "quase totalmente", para a facilitação do início das actividades profissionais.

Todavia, a maioria (96,9%) é de opinião que vai necessitar de posterior formação de forma a poder:

- valorizar-se pessoalmente;
- melhorar o desempenho;
- mudar de área de actuação;

são aspectos que consideramos correcto pois a formação tem um papel determinante ao longo de toda a vida profissional do indivíduo. (Le Bouedec, 1988)

Analisada a "área cognitiva", verificamos que a Investigação, relacionada com os aspectos da procura dos meios e produção de soluções, é indicada, pela maior percentagem dos inquiridos (36,7%) como uma capacidade que o curso apenas permitiu desenvolver a nível de "parcialmente", o que, em nosso entender, é de lamentar dado que um dos objectivos preconizados no Decreto-Lei nº 480/88 (que integra as Escolas de Enfermagem no E.S.P.) é o de que compete às escolas de enfermagem desenvolver a investigação científica e técnica, indispensável para o desenvolvimento da prática profissional (Basto, 1985).

Assim, sendo, como podemos criar hábitos de investigação efectiva nos enfermeiros? Relacionada com a "área afectiva" em que a maioria (73,5%) considera que a dimensão humano-relacional foi aprofundada de uma forma "muito favorável" na formação inicial, é de realçar que nos aspectos relacionados "com a exteriorização de sentimentos" no que diz respeito à "verbalização de emoções/medos para evitar/diminuir o stress do estudante", há ainda um posicionamento de (29%) que a consideram como muito desfavorável".

Consideramos que a relação docente/estudante se reveste da maior importância, uma vez que o estudante tende a transferir para o utente o modelo de relação estabelecido com ele durante a formação.

Da análise da "área do desenvolvimento psico-motor" evidenciamos que em relação a experiências como factor facilitador, "do desenvolvimento das potencialidades, atendendo ao ritmo individual", se observa um posicionamento, "muito favorável"

(39,9%), versus um posicionamento "parcialmente favorável" (47,7%) e "muito desfavorável" (12,5%).

Também relacionado com este aspecto, consideramos que é necessário que os professores de enfermagem invistam ainda mais nos métodos de ensino que reflectam uma atitude pedagógica, que permitam aos estudantes, através da observação e análise reflexiva, estarem atentos aos conhecimentos do meio e atribuir-lhes o significado dos fenómenos que cada estudante percebe de acordo com as suas experiências e competências cognitivas. (Lesne, 1989)

Pela análise que temos vindo a referir, consideramos que o primeiro objectivo do nosso estudo foi atingido.

No que se relaciona ao "percurso profissional" e tendo em conta que nele interferem vários factores, iniciamos a nossa análise por aqueles que estão relacionados com o "próprio".

Assim, do que expressam os enfermeiros inquiridos, verificamos o seguinte:

A maioria (71,9%), foi colocada nos serviços que escolheu. Para os que não foram colocados no serviço pretendido(28,1%) o que os influenciou a permanecerem nesse serviço, foi o facto de o acolhimento inicial os ter impressionado bem (75%).

Consideramos que o acolhimento inicial é de extrema importância, pois as relações interpessoais em contexto de trabalho são indispensáveis para o sucesso de cada um em particular e para a Instituição em geral. O primeiro contacto com os responsáveis do serviço onde o recém-formado vai iniciar a sua actividade, pode ser o motor de arranque para a satisfação da necessidade de pertença, uma vez que pode indiciar a existência de um grupo de trabalho que favoreça um tipo de relações necessárias à adaptação ao serviço e a inserção na equipa de saúde, do jovem enfermeiro.

Consideramos que, para os enfermeiros recém-formados, o ficar no serviço pretendido pode constituir factor de maior motivação, uma vez que acreditamos que trabalhamos melhor em contextos por nós desejados. Se tivermos em conta a hierarquia das necessidades de Maslow não será mais fácil caminhar para a auto-realização?

Para além deste aspecto, pode constituir factor de satisfação ter ficado no serviço preferido, se atendermos que ele possa corresponder a uma área científica à qual o

recém-formado pretende dar continuidade, através de um CESE naquela área (no momento actual, um dos critérios de prioridade para admissão aos CESE, é que o candidato tenha experiência, na área a que está a concorrer).

Em relação ao vínculo à Instituição, factor que interferindo com o próprio, lhe é imposto pelo tipo de contratação, a maioria dos enfermeiros inquiridos (75%), já se encontra com vínculo à Instituição, colocada no quadro. Mantém ainda condições precárias de contratação, (24,2%) sendo (4,7%) a "contrato a termo certo" e (19,5%) a "recibo verde".

Verificámos que o tipo de contratação precária influencia negativamente a satisfação nomeadamente nos aspectos relacionados com:

- dificuldades na progressão na carreira
- pagamentos sem dia certo
- não poder gozar férias
- não poder frequentar A.F.P.

Consideramos que a segurança é uma necessidade vital de todo o ser humano, sem a qual muitos terão dificuldades em subsistir. Nesta perspectiva, entendemos que para os enfermeiros recém-formados, o facto de poderem ingressar no quadro em alguma das instituições onde estão a trabalhar, é factor de segurança, quem sabe até, de maior empenhamento. O factor social, de pertença a um serviço de uma empresa, corresponde também a um reconhecimento social, em que os profissionais negociam os seus saberes, legitimados por um diploma (Le Bouedec, 1988).

Ainda, àcerca dos factores interferentes no percurso profissional, relacionados com o próprio, "sentimentos perante as dificuldades", respeitantes a:

- concretização de expectativas
- adaptação relacionada com características pessoais
- confronto com responsabilidades acima das suas habilitações,

foram consideradas com uma

- dificuldade "moderada".

Consideramos que devem ser sempre feitas entrevistas aos enfermeiros recém-formados, pelos enfermeiros gestores, antes de iniciarem as suas actividades, com o

objectivo de se aperceberem das perspectivas futuras de cada um dos enfermeiros, dos anseios, das dificuldades, bem como dados do próprio, que lhes permitam fazer uma avaliação das capacidades de adequação de cada enfermeiro.

Quanto aos factores relacionados com determinadas valorizações da profissão, obtêm diferentes posicionamentos mas destaca-se:

- a valorização da dimensão relacional
- a tendência para a demarcação do campo de outros profissionais de saúde,

e ainda

- um sentimento de falta de prestígio junto de outros grupos profissionais e dos próprios utentes.

Verificámos, no entanto, que há (12,5%), que mudariam de profissão se tivessem oportunidade.

Consideramos que em relação ao primeiro sentimento expresso, estará relacionado com os aspectos de relação de ajuda que estão e sempre têm estado relacionados com o papel específico do enfermeiro. O enfermeiro, na extensão do seu papel é um verdadeiro "advogado dos utentes".

Em relação ao segundo, prender-se-à com a própria evolução da concepção da Enfermagem, que tem vindo progressivamente a afirmar-se mais autonomamente, em relação ao papel que lhe era atribuído, o de "auxiliar de médico".

Quanto ao sentimento de "falta de prestígio" sabemos que a enfermagem continua, ainda hoje, a ser desvalorizada socialmente; contudo, assistimos cada vez mais a uma grande afluência de jovens às escolas de enfermagem e já algumas vezes nos temos interrogado se não estará relacionado com a opção vocacional na área da saúde, no 11º ano.

Em relação à "vivência profissional", os enfermeiros do nosso estudo consideram que lhes tem permitido concretizar a concepção que tinham sobre Enfermagem quando iniciaram a profissão, "quase totalmente" (51,6%) e "parcialmente" (32,8%).

Ainda no que respeita ao "percurso profissional" relacionado com a integração em contextos de trabalho, a maioria (93%) teve um período de integração na instituição onde ficou colocada, que variou entre 1 semana e 6 meses, sendo considerado

maioritariamente (68,9%) como "suficiente". Para (31%), que o considerou "insuficiente", a maior percentagem (22,2%) sugere um período entre "3 a 6 meses", e (16,7%) sugere um período de "6 meses a 1 ano" como sendo o considerado suficiente. Só (7%) não tiveram integração.

Quanto ao "orientador" a maioria (59,7%) foi orientada pelo responsável da equipa de enfermagem, enquanto (35%) foram orientados por "outros", havendo um sujeito (0,8%) que expressa ter sido orientado por um colega com curso há menos de 6 meses.

Em relação à orientação, a maioria (69,8%) expressa que a orientação facilitou a integração: "quase totalmente" (43,7%) e "totalmente" (26,1%).

Os factores apresentados como podendo influenciar o sucesso da integração:

- disponibilidade do responsável pela integração;
- discussão de situações dos utentes;
- experiências proporcionadas pelo responsável;

foram consideradas como factores facilitadores para a maioria, com posicionamento de "quase totalmente" e "totalmente".

Consideramos que todo o processo de integração dos enfermeiros é complexo e, assim sendo, torna-se necessário que os responsáveis por essa integração procedam a um planeamento, tendo como objectivo proporcionar aos recém-formados um período de integração que se adeque às características e ao ritmo individual. Ainda que cada Instituição de Saúde tenha no seu "processo de integração" um determinado período fixo, ele não deve ser encarado muito rigidamente, porque cada indivíduo é diferente do outro e essa exigência pode provocar em alguns enfermeiros recém-formados, sentimentos de incapacidade o que pode conduzir a perda de auto-estima (Chiavenato, 1993).

Face ao expresso pelos enfermeiros, consideramos que as Instituições de Saúde devem ter em conta uma das primeiras características de uma organização qualificante, que consiste no facto de ela gerir explicitamente o tempo. Afinal, trata-se de reconhecer que a gestão do recurso que é o tempo, é a condição indispensável à aprendizagem, o que implica frequentemente sacrificar a eficácia imediata (Lopes, 1996).

Quanto aos orientadores devem ser escolhidos de entre os enfermeiros com mais experiência e que demonstrem capacidades pedagógicas que permitam aos recém-formados uma adaptação progressiva, com feedback que oriente os recém-formados sobre o maior ou menor sucesso, sendo certo que desta maneira eles poderão melhorar o seu desempenho. Trata-se afinal de lhes dar o "tempo para aprender", aprendizagem que terá concerteza mais êxito se os orientadores responsáveis pela integração demonstrarem disponibilidade quer para ajudarem a analisar e reflectir sobre as situações clínicas dos utentes quer para lhes proporcionar experiências variadas.

Constatámos que (35,3%) dos enfermeiros inquiridos, foram orientados por vários enfermeiros com tempo de experiência muito variada e que essa orientação variou também em relação a ter sido feita "por uma pessoa" ou por "várias pessoas".

Verificámos que, relativamente ao "tempo de integração", os sujeitos que foram orientados por várias pessoas em simultâneo, sentiram mais dificuldades. Idêntico resultado quanto ao "programa de integração", ou seja, a pluri-orientação não beneficia a integração (o que se pretende com esse período).

Face ao que dissemos em relação aos orientadores, anteriormente, este resultado não nos causa admiração.

Ainda relacionadas com as dificuldades sentidas no início da actividade profissional, face a alguns factores interferentes na integração em contexto de trabalho quer em relação ao "tempo" de integração quer ao "programa", verificámos que em relação a estes factores "tempo" e "programa", o grupo de enfermeiros recém-formados "com integração" posiciona-se mais favoravelmente que o grupo "sem integração".

Este resultado era esperado, uma vez que consideramos que ainda que o período de integração seja curto, esse tempo de integração, traz sempre vantagens para a adaptação do recém-formado.

Quanto ao "programa" de integração constatámos que a maior ênfase é dada ao funcionamento do Serviço (97,5%) e da Instituição (78,2%).

Consideramos que os aspectos legislativos dos direitos e deveres, bem como os relativos à Carreira de Enfermagem deveriam fazer parte dos programas de integração

pois facilitariam a socialização dos enfermeiros recém-formados (em continuação do que as escolas já debatem nos últimos semestres).

Em relação à avaliação da integração constatámos que dos 119 recém-formados que tiveram período de integração a maioria não foi sujeita a um processo de avaliação: 66 (55,5%) versus 53 (44,5%).

Consideramos indispensável que a avaliação seja feita e que os enfermeiros recém-formados nela sejam implicados, pois a avaliação é um momento formativo por excelência: é feito o balanço dos adquiridos, necessário para os motivar e para os ajudar a elaborar o seu projecto profissional.

Relacionado ainda com o Percurso Profissional no que diz respeito à organização do trabalho, estão incluídas variáveis relacionadas com:

- dificuldades sentidas
- incentivos obtidos
- exigência de competências (não técnicas)
- utilização de conhecimentos/competências
- modo de desenvolvimento das competências (não técnicas)
- contratação
- tipo de Serviço
- duplo emprego.

Comparativamente ao indicador "integração em contexto de trabalho", o indicador "organização do trabalho", em relação às dificuldades sentidas pelos enfermeiros no início da actividade profissional tem um posicionamento "menos favorável" (65,0% versus 69,8%).

A propósito das dificuldades relacionadas com a "organização do trabalho" destacamos em primeiro lugar um conjunto de aspectos:

- disponibilidade da equipa de enfermagem
- falta de trabalho em equipa
- experiências práticas pouco variadas.

Verificámos que os posicionamentos obtidos nestes três aspectos na nossa amostra, expressam ter havido muitas dificuldades em "quase totalmente" e "totalmente" face:

- à disponibilidade da equipa (46,1%)
- à falta de trabalho de equipa (59,4%)
- a experiências pouco variadas (51,6%).

Consideramos que a lógica de aprendizagem no posto de trabalho se encontra fortemente ligada aos aspectos interactivos da socialização profissional, tais como a inserção no colectivo de trabalho, a construção de saberes profissionais e o significado do trabalho para o indivíduo. Nesta perspectiva, a abordagem da aprendizagem não se pode reduzir às dinâmicas internas do sujeito em formação, mas também às condições ambientais e ao colectivo do trabalho (Friedberg, 1993).

Como conseguir esta dinâmica face às dificuldades expressas, pelos enfermeiros recém-formados, com uma equipa pouco disponível, com experiências pouco variadas, e sem trabalho de equipa?

Como desenvolver as competências relacionais?

Eis questões para continuarmos a reflectir...

Ainda relacionados com factores influenciadores da facilitação do início da actividade profissional temos outro conjunto de aspectos a considerar:

- ratio enfermeiro- utente
- falta de oportunidade para participar em acções de formação contínua
- falta de tempo para elaborar o processo de enfermagem
- resistência da equipa a qualquer tipo de mudança.

Verificamos que o aspecto que obteve um posicionamento menos favorável, ou seja, que expressa mais dificuldades, se refere à "falta de tempo para elaborar o processo de enfermagem", com a maioria (50,8%) posicionada em "quase totalmente" e "totalmente".

Em relação à "resistência da equipa a qualquer mudança", (45,3%) situam-se em "quase totalmente e totalmente"; ao baixo "ratio enfermeiro-utente", (42,2%) situam-se em "quase totalmente e totalmente"; à falta de oportunidade para participar em

acções de formação contínua", (37,5%) situam-se em "quase totalmente" e "totalmente".

Este conjunto de aspectos está relacionado com o que anteriormente tínhamos comentado.

Relacionados com aspectos que a Escola enfatizou, os enfermeiros inquiridos expressam que têm sido incentivados a nível de "quase totalmente" e "totalmente", nomeadamente:

- auto-responsabilização dos cuidados prestados	82,8%
- participação na definição da organização do seu trabalho	64,8%
- trabalhar em articulação com outros profissionais	62,5%
- assegurar a autonomia das competências específicas do enfermeiro face às competências dos outros	59,4%
- aprofundar conhecimentos	57,8%
- realização de trabalhos de Investigação	33,6%

Constatamos que a "Investigação" é o incentivo que apresenta valores mais baixos, já se tendo verificado a mesma situação quando foi analisada a "área cognitiva", no "percurso escolar", relacionada com os aspectos da procura de meios e produção de soluções indicada apenas por 36,7% dos inquiridos como uma capacidade que o curso apenas permitiu desenvolver a nível de "parcialmente".

Será que estamos "parados" no tempo?

Como é possível que num mundo em constante mutação nos deparemos com os resultados expressos?

Assistimos a discussões, a reflexões, fazemos propósitos, mas apenas produzimos algo em função de trabalhos puramente académicos, aos quais não damos continuidade...

Já em 1966, o 5º relatório do comité de peritos da O.M.S. fazia referência à investigação em enfermagem como parte integrante da prática profissional:

"Uma profissão consciente das suas responsabilidades deve levantar questões que mereçam suscitar investigações relacionadas com a sua actividade e a utilizar na prática os resultados das suas investigações".

Como poderá esta profissão afirmar-se se não valorizamos suficientemente esta prática?

Ainda em relação ao "Percurso Profissional" no que diz respeito ao que tem sido exigido aos enfermeiros durante este período da sua experiência profissional, determinadas competências (não técnicas) são expressas em "quase totalmente" e "totalmente", tais como:

- responsabilidade	96,1%
- adaptabilidade	90,6%
- capacidade de trabalho em equipa	82,1%
- capacidade de iniciativa	78,1%
- autonomia	72,6%
- capacidade de expressão oral e escrita	67,8%
- capacidade de argumentação	57,8%
- criatividade	36,8%
- capacidade de liderança	27,0%

Parece haver uma certa incoerência entre o grau de dificuldades expressas em relação a aspectos já analisados como: a disponibilidade da equipa, o trabalho em equipa, as experiências pouco variadas, o baixo ratio enfermeiro-utente, e o nível de exigências aos enfermeiros inquiridos. Como explicar?

Segundo alguns autores, o profissionalismo está mais ligado à capacidade de fazer face à incerteza do que à definição minuciosa de um posto de trabalho (Scheifer, 1992), o que parece estar de acordo com uma certa exigência do desenvolvimento da adaptabilidade, da responsabilidade, da autonomia, da iniciativa, da capacidade de trabalhar em equipa, a que os jovens enfermeiros parecem corresponder, porque acreditamos que, sendo jovens, conseguem fazer face à incerteza, a uma certa

instabilidade e insegurança e conseguem adaptar o comportamento que emerge da tensão energética, correspondendo de forma positiva ao que lhes é exigido.

Quanto ao modo como têm conseguido desenvolver as competências (não técnicas), os enfermeiros inquiridos expressam ter sido através da:

- experiência prática (99,2%)
- acções de formação permanente (67,2%).

A maioria dos inquiridos considera ter adquirido as competências não técnicas através da experiência prática e da formação contínua o que está de acordo com a literatura consultada, já que grande parte dos autores considera que o indivíduo aprende a partir de "experiências" que faz em interacção com o seu meio sócio-político e profissional, designado em inglês por "experiential learning", (Finger, 1989, p.20). Esta representa uma abordagem progressista em que, para este autor, o indivíduo é visto como sendo possuidor de um grande potencial ao serviço da sociedade, com o dever de contribuir para o seu desenvolvimento, num processo de modernização.

Também Gaston Pineau (1991) considera que a formação experiencial é "uma formação por contacto directo, mas reflectido", sem a mediação de programas, de conteúdos, de suportes, de formadores. É a formação realizada pela experiência próxima, pelos acontecimentos; a experiência constitui, pois, a rotura de uma continuidade, uma vez que surge algo de novo, um acontecimento que provoca uma descontinuidade. Desta forma, para que a experiência seja formadora, é indispensável que esta seja reconstruída, modificada, reorganizada, ou seja, reflectida, o que pressupõe a existência de um processo cognitivo, que percepcione e transforme a experiência.

Por último os aspectos relacionados com a política de contratação no que se refere ao "vínculo" e às repercussões que daí advêm, constatamos que a maioria dos recém-formados (75,8%) já se encontra no quadro, com vínculo à Instituição e que são os enfermeiros que terminaram o curso em 1993 que, tendencialmente, já se encontram nessa situação.

Em relação ao "tipo de serviços" e "tempo superior a 6 meses" em que tenham trabalhado, é de realçar que se distribuem em maior número pelas unidades de cuidados intensivos e serviços de medicina e cirurgia gerais.

Há uma grande variedade de serviços indicados, sem especificarem o tempo, a que não deve estar alheio o "duplo emprego", que parece estar relacionado com a carência de enfermeiros e que permite grande mobilidade.

Quando falamos de "duplo emprego" estamos provavelmente a enviesar a questão, dado que se trata efectivamente, de um "emprego" e de uma "ocupação". Quase se podia dizer que o "primeiro" é aquele em que se entra no mercado de trabalho e onde se espera obter segurança (a escolha tem de ser relativizada) e o "segundo" é como que "uma ocupação de tempos livres". O ritmo intenso a que os jovens estão habituados na Escola, com programas muito densos, exames frequentes, cargas horárias das 8h às 16h30 (acrescidas de trabalhos necessariamente desenvolvidos em casa), estágios clínicos muito longos e sujeitos ao stress das situações, à rotina dos serviços e à supervisão contínua dos professores, incutem um tal ritmo enquanto alunos que, uma vez recém-formados, lhes é difícil adaptar-se ao tempo livre que a profissão lhes oferece. A falta de enfermeiros e a mobilidade que a política de contratação lhes permite, leva-os a procurar uma compensação, que, obviamente, lhes traz benefícios financeiros mas, no nosso entender, não os enriquece como pessoas porque o tempo social se reduz e porque o acúmulo de cansaço acaba por se reflectir, afinal, na menor qualidade de cuidados; ainda que as competências técnicas se desenvolvam, a reflexão não pode ser estimulada e a disponibilidade para o desenvolvimento de capacidades não técnicas, tão importantes nesta profissão, fica concerteza diminuída.

Para terminar gostaríamos de dizer ainda que em relação às situações precárias de contratação vão manter-se e até agudizar-se uma vez que está para aprovar um Decreto-Lei que se prevê entrar em vigor em Junho próximo, e que levará as empresas a optar por contratar a prazo a maioria dos trabalhadores (Jornal Expresso, 25 de Maio de 1996).

Já tínhamos sido informadas pela Presidente do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, desta situação, que vem manter e/ou aumentar a insegurança de alguns enfermeiros recém-formados.

Podemos concluir, com este estudo, que os pressupostos básicos em que nos baseamos e que deram origem às dimensões a estudar, foram trabalhados e que os resultados que obtivemos - nível de posicionamento - mais favorável e/ou menos favorável -, podem ser tidos em consideração para se estabelecerem estratégias coordenadas entre a "formação inicial", que compete à Escola e o "desenvolvimento do percurso profissional", que compete às instituições empregadoras.

De permeio, teremos de contar com a política de contratação que, com a tendência actual, pode vir a agudizar alguns problemas que aqui foram focados.

Assim, consideramos ser atribuição da Escola, na formação inicial, definir e pôr em prática estratégias que visem:

- 1) desenvolvimento da competência clínica e auto-confiança;
- 2) transição para o papel de Enfermeiro (1º nível da carreira de enfermagem em Portugal);
- 3) desenvolvimento da capacidade do estabelecimento de prioridades na prestação de cuidados;
- 4) facilitação do processo de socialização e aquisição de identidade profissional.

Para que o desenvolvimento pessoal e profissional se concretize, as Instituições devem continuar a incentivar esses aspectos, sendo certo que um período de integração adequado em tempo, tipo e atendendo à individualidade de cada um, é condição indispensável para que tal objectivo se possa concretizar.

Pelas considerações que temos vindo a fazer a propósito dos dados obtidos e analisados, consideramos que todos os objectivos que traçámos para o nosso estudo nos parecem ter sido atingidos.

1 - LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO E PROJECTOS FUTUROS

Era nossa intenção utilizarmos uma metodologia qualitativa que era a que mais se adequava à problemática do nosso estudo. Pretendíamos saber que dificuldades eram sentidas na integração à vida activa dos profissionais de enfermagem, sendo certo que essas dificuldades são fruto da interdependência de múltiplos e variados factores que se relacionam com a escola quer com os contextos de trabalho.

O facto de termos utilizado uma metodologia quantitativa deve-se ao facto de pretendermos corresponder a exigências profissionais (de carreira) até final de Julho p.f. .

Ao terminarmos o estudo apercebemo-nos das suas limitações uma vez que apenas identificamos alguns dos factores que são expressos como podendo dificultar a integração, sem contudo podermos compreender de forma mais profunda como se interrelacionam esses factores.

Todavia, é nossa intenção darmos continuidade a este estudo de maneira a contribuir quer a nível da Escola quer das Instituições, para a melhoria das condições da integração à vida activa dos profissionais de enfermagem.

Estamos convictas que há um longo caminho a percorrer, dado que a investigação destes temas, no campo da formação poderá contribuir:

- para um renovar de questões;
- para permitir debate permanente;
- para possibilitar a abertura a novas concepções e práticas.

2 - LINHAS DE ESTUDO E DE INTERVENÇÃO RESULTANTES DO TRABALHO

Este estudo proporcionou-nos óptimos momentos de reflexão, dos quais gostaríamos de propôr algumas sugestões que nos parecem pertinentes. Estas prendem-se com a

diversidade dos aspectos ligados à problemática do nosso estudo, que ressaltam das conclusões, que nos levam a um determinado número de questões que vamos expôr:

- A necessidade de questionarmos as estratégias de formação inicial no que diz respeito aos aspectos relacionados com a aquisição:

dos saberes

dos saberes ser

dos saberes fazer

- A necessidade de nos referirmos ao papel determinante das organizações:

Na gestão dos Recursos Humanos

- Orientação e avaliação da Integração à Vida Profissional
- Organização do trabalho
- Contratação e precaridade de emprego

- Em relação aos saberes

A investigação é considerada por alguns dos enfermeiros do nosso estudo como não tendo tido grande expressão na formação inicial, o que é preocupante, uma vez que o progresso científico da enfermagem deve ser um objectivo relevante para o enfermeiro. A investigação permitirá reanalisar conceitos, reformular teorias e modelos, renovar as práticas, que são condições sem as quais nenhuma disciplina científica sobrevive.

Temos talvez em enfermagem privilegiado a aprendizagem por imitação e por tentativa-erro, tornando-se urgente passar do "fazer" ao "fazer como" e "porquê". Daqui resulta a necessidade da conciliação da teoria e da prática, ou seja, se por um lado é importante investigar operacionalmente ao nível dos cuidados práticos, (o que também é expresso no nosso estudo como não tendo tido grande expressão), porque é importante fazer cada vez melhor e com maior eficiência, por outro lado, impõe-se implementar a investigação fundamental renovando a matriz teórica dos programas escolares, que estão na base da formação dos enfermeiros.

É pois necessário que se procure:

- Tornar mais dinâmica a iniciação à investigação na formação inicial proporcionando aos estudantes:
 - a interpretação de resultados de investigação
 - a discussão desses resultados
 - a aplicação de alguns desses resultados, principalmente durante os períodos de ensino clínico
- Sugerimos a elaboração de um estudo que vise identificar a forma como as escolas poderão desenvolver estas estratégias.

Ainda no respeitante aos saberes "ser" e "fazer", também a relação professor/estudante não será sentida por alguns dos enfermeiros do nosso estudo como sendo uma relação que facilite um clima de diálogo efectivo de modo a permitir uma comunicação libertadora de tensões e receios que podem prejudicar a aprendizagem. É sentido também que nem sempre é tido em conta o ritmo individual, no processo ensino aprendizagem o que pode levar à desmotivação.

Autores como Rogers e Ferry, que referimos no enquadramento teórico, sugerem, com efeito, que os formadores devem proporcionar estratégias de formação e acção pedagógica que proporcionem aos estudantes:

- a experiência necessária para descobrirem o seu próprio caminho, assente numa liberdade para aprender no sentido de que o Homem de amanhã se encontra, sempre, em processo de mudança;
- a análise e reflexão de situações que levam ao questionamento das práticas, permitindo a mobilização de conhecimentos variados e diferenciados, facilitando-lhes a prestação de melhores cuidados de enfermagem.

Relembramos a sugestão de Knowles em relação à aprendizagem dos adultos e que para nós deve servir como um "lema" em toda a acção pedagógica:

- «Os adultos motivam-se para a formação quando percebem que ela vem de encontro às suas necessidades;
- O seu modo de aprendizagem baseia-se sobre a realidade;

A experiência constitui-se no maior factor de aprendizagem» (1990, p. 45)

As nossas últimas reflexões sobre a formação inicial dos enfermeiros vão no sentido de relembrar as vantagens da cooperação entre os dois espaços de formação, Escola e Instituições de Saúde, uma vez que são essenciais para assegurarem uma formação que procura conciliar a aquisição de saberes e competências inerentes ao exercício da profissão, com o desenvolvimento pessoal e social dos jovens (Nóvoa et al, 1992). Sem dúvida que se tem privilegiado a escola como o espaço formativo dos enfermeiros, mas a experiência tem-nos mostrado a necessidade de se fazer o estabelecimento da tal "ponte sólida" a que nos referimos no enquadramento teórico. Esta "ponte" permitirá uma aproximação mais efectiva ao mundo do trabalho que possibilitará a aquisição de aprendizagem relativas ao exercício da profissão bem como a de elementos constitutivos do sistema de valores das instituições. Irá garantir também uma melhor inserção no colectivo de trabalho, assim como o desenvolvimento de adaptação e de transferência de saberes e saberes fazer para novas situações (Cabrito, 1994, p.22).

As nossas sugestões vão no sentido de se elaborar um estudo sobre a utilização de estratégias já experimentadas em outras profissões, como a "formação em alternância", que remete para um modelo de formação onde o elemento dominante do processo formativo é a Empresa, em que as aprendizagens que nela decorrem são negociadas com o formando, numa filosofia de "aprender através do trabalho"; ou a "formação alternada", que remeta para uma formação onde a lógica dominante é a Escola, numa perspectiva de "aprender sobre e o mundo do trabalho", através da aproximação ao contexto de trabalho (Cabrito, 1994, p.27).

Estamos conscientes que é um assunto muito controverso, que já se tem feito sentir entre nós, bem como a nível de outras profissões, mas pensamos ser um desafio a aceitar.

Em relação à gestão dos recursos humanos, assiste-se hoje cada vez mais, a nível das empresas, à necessidade de se criarem estratégias de gestão que visem o desenvolvimento pessoal, enquadrado no desenvolvimento global da empresa.

Nesta perspectiva e "partindo do reconhecimento de que os recursos humanos são um factor central do sucesso da empresa, procura-se passar a compatibilizar a sua valorização permanente com os objectivos económicos desta, nomeadamente através do reforço das políticas de formação profissional, de comunicação interna, de melhoria das condições e da organização do trabalho." (Rodrigues, M.J., 1991, p. 142)

Atendendo a que as instituições de saúde são grandes empresas que gerem um grande número de profissionais entre os quais, os enfermeiros, estes estão, concerteza, na linha do que é preconizado pela autora a que nos referimos. Assim sendo, e considerando que o desenvolvimento profissional se inicia com a integração à vida profissional e tendo por base o que que é expresso pelos enfermeiros da nossa amostra, ocorre-nos sugerir que:

- a orientação da integração dos enfermeiros recém-formados seja feita por enfermeiros que tenham pelo menos três anos de experiência profissional na área em que o enfermeiro recém-formado está a integrar-se. Para Benner (1984), este é o tempo considerado, pelo menos, como o necessário para que o enfermeiro adquira capacidade de tomar decisões face a situações clínicas mais complexas, o que significa com mais segurança e competência, fruto da experiência reflectida, pessoal e sócio profissional.

Consideramos também muito importante que o orientador seja sempre o mesmo, durante o período da integração, porque permite o feed-back permanente, facilitando a adaptação progressiva do enfermeiro recém-formado.

- a avaliação seja sempre realizada durante e no final da integração pelo orientador e por outros elementos que sejam indicados pelo orientador, mas sempre com a implicação do enfermeiro recém-formado.

Este é um momento muito importante, pois ele representa, fazer o balanço entre os adquiridos escolares e os extra escolares, que resultaram da vivência do contexto de trabalho, em que a disponibilidade do orientador é uma componente indispensável, pois só desta forma poderão ser discutidas as situações clínicas dos utentes, bem como as experiências variadas que devem ser proporcionadas pelo orientador.

Esta orientação pode representar por um lado, uma fase de balanço pessoal (diagnóstico) - motivações, conhecimentos, capacidades - e por outro lado, uma fase que consiste na integração das informações exteriores com o auto-conhecimento, contribuindo para o projecto pessoal e profissional do enfermeiro recém-formado. (Pires, 1995, p. 168)

Presentemente os novos modelos de organização do trabalho, dão oportunidade a novas formas de aprendizagem em situações de actividade profissional que são reconhecidas como processo de formação não institucionalizadas, pois revestem-se de grande importância para o desenvolvimento do colectivo do trabalho. Aliás, esta é uma das características do que é hoje designado por Organização Qualificante, que se baseia em determinados princípios de base, que segundo Philippe Zarifian (1992) assentam:

- na resolução de problemas em comum desde que sejam resolvidos por estratégias de análise, compreensão, de generalização e de comunicação, atribuindo um papel mais activo ao indivíduo;
- na comunicação pluriprofissional;
- na maior iniciativa e responsabilidade na reelaboração dos objectivos dos indivíduos, o que segundo (Madelin, P.; Thierry, D. 1992), é uma organização educativa na medida em que potencia as aprendizagens de forma permanente, conseguindo obter uma maior eficácia económica.

Também neste sentido, as instituições de saúde têm como objectivo o empenhamento de todos os grupos profissionais na resolução dos problemas, com interdisciplinidade na comunicação, e na definição de objectivos comuns, que visam por um lado, aprendizagens pessoais e por outro, eficácia nos recursos económicos.

Daqui resulta que, em relação ao grupo profissional dos enfermeiros e atendendo ao que alguns dos enfermeiros recém-formados do nosso estudo expressam em relação a algumas dificuldades sentidas durante a integração à vida profissional, elas seriam minimizadas se:

- existisse mais disponibilidade e trabalho de equipa em enfermagem
- o ratio enfermeiro/utente não dificultasse o trabalho científico.

Em enfermagem a falta de trabalho em equipa, bem como o grande número de utentes atribuídos a cada enfermeiro (por vezes trinta utentes para dois enfermeiros nos turnos da tarde e noite, quando o preconizado pela OMS é de dois utentes e meio por enfermeiro) resulta em ineficácia para os cuidados de enfermagem a prestar aos utentes e conseqüentemente resultará em dispêndio de recursos económicos que põe em causa o objectivo final da instituição, que será concerteza prestar os melhores cuidados de saúde aos utentes com o menor dispêndio de meios económicos, mas com a máxima satisfação do seu pessoal e dos beneficiários dos cuidados.

Este é um assunto que merece muita reflexão por parte dos responsáveis pela integração dos enfermeiros recém-formados pois pensamos que ainda há um longo percurso a fazer, para que as instituições de saúde sejam de facto organizações qualificantes.

Por último, as nossas sugestões não terão tanto a ver com as instituições de saúde, uma vez que o tipo de contratação que é estabelecido com cada enfermeiro recém-formado está de acordo com a legislação em vigor, que não é da competência das instituições, mas sim do governo.

Contudo, gostaríamos de deixar como sugestão que as instituições, nos seus órgãos administrativos, tivessem uma filosofia comum nos benefícios que atribuem aos enfermeiros recém-formados que estão a trabalhar na modalidade de "recibo verde". Isto porque há administrações que para aliciarem os enfermeiros recém-formados, lhes atribuem benefícios que, embora estejam contemplados na carreira de enfermagem, não estão previstos que sejam aplicados aos enfermeiros em "recibo verde".

Por outro lado, temos conhecimento de algumas administrações, que preocupadas com a qualidade dos cuidados a prestar aos utentes e como política de fixação de pessoal, não recebem nenhum enfermeiro recém-formado que esteja inscrito em outras instituições para trabalharem em duplo emprego, (com seu conhecimento) muito embora, em contrapartida, lhes atribuam também os benefícios.

Estas decisões têm provocado alguma discriminação, nomeadamente no que diz respeito à autorização para frequentarem acções de formação contínua a expensas da instituição. Este é aliás um dos factores da insatisfação de alguns dos enfermeiros recém-formados do nosso estudo, que expressam até que o facto de poderem faltar para frequentar acções de formação permanente por sua conta, não os preocupa.

Sabemos que o SEP, anda em negociações com o governo sobre vários assuntos, um dos quais relacionado com o regime de contratação.

Na sua revista "Enfermagem em Foco", de Fevereiro/Abril p.p. lê-se:

- Enfermeiros organizam-se no país -

Fruto da existência de 11.179 vagas nos quadros das instituições públicas e da existência de 3.931 vínculos inadequados (688 a CTC e 3.243 a recibo verde), [enfermeiros do nosso estudo (6 a CTC e 25 a recibo verde)], os enfermeiros organizam-se com a noção clara de que são alvo de uma profunda injustiça:

1. Exercem funções permanentes
2. Têm horário completo (35h/semana)
3. Têm subordinação hierárquica
4. São continuamente necessários nas instituições e fazem o mesmo que os colegas do quadro.

Por isso todos os enfermeiros a recibo verde e contratados, querem a passagem a Contrato Administrativo de Provedimento...

É uma pretensão justa, pena é que não seja atendida e que, inclusivamente, se esteja a negociar a entrada em vigor dos contratos a prazo, de que já falámos e que são a forma mais precária de contratação.

Esperamos poder dar continuação ao estudo desta problemática e pensamos que este trabalho terá sido o primeiro passo concreto uma vez que, no decorrer da nossa vida profissional já tínhamos tido a percepção de algumas dificuldades nomeadamente desde que temos moderado painéis na Integração à Vida Profissional para alguns finalistas integrando todos estes intervenientes:

- enfermeiros recém-formados (vários cursos e várias experiências)
- Coordenadora do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Enfermeira(s) Supervisora(s) de Hospitais Centrais
- Enfermeira(s) de Centros de Saúde.

AGRADECIMENTOS

- À Professora Doutora Teresa Ambrósio pela coragem que sempre nos conseguiu inculcar, pela pertinência das suas sugestões, pelo excelente contributo das suas esclarecedoras observações;
- Aos professores do curso de mestrado, pelo agradável clima que souberam criar entre os mestrandos e entre estes e os professores;
- Aos colegas do curso pelo óptimo ambiente de entre-ajuda e demonstração de amizade e solidariedade;
- À Dra. Helena Carvalho, pelo muito que me permitiu aprender;
- Aos amigos que me ajudaram, sem os quais não teria vencido as dificuldades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDEL - AL, Hende - Les soins infirmiers: leur nature: définitions et champs de competence. (documento distribuido na École des Sciences Infirmières, Université Laval / Laval, s. ed., 1991, 20 p. mimeog.)
- ADAM, Evelyn - Hacia donde va la enfermeria; Madrid, Interamericana, 1982, 118 p.
- ADAM, Evelyn - Ser enfermeira, Instituto Piaget, Lisboa, 1994, 260 p.
- ALARCÃO, Isabel - Reflexão crítica sobre o pensamento e os programas de formação de professores. "Cadernos Cidine", 1991, p. 5-22.
- ALBERDI CASTELL, R. M. - Sobre las concepciones de la enfermeria. "Revista Rol de Enfermeria", Barcelona, 11 (115) Março 1988, p. 26-31.
- ALBERDI CASTELL, R. M. - Las enfermerias para el tercer millenio. "Revista Rol de Enfermeria", Barcelona, 16 (178) Junho 1993, p. 44-50.
- AMBRÓSIO, Teresa - Formação contínua de recursos humanos - a questão das novas competências, comunicação ao 2º Congresso de Sociologia; Actas do colóquio, Vol. I, Lisboa, 1992.
- AMBRUN, Simone; OROFIAMME, Roselyne - Les competences de 3ª Dimension. Ouverture professionnelle? - Conservatoire National des Arts et Metier, Centre de Formation de Formature, Paris, 1990, 193 p.

- AMIGUINHO, Abílio - Viver a formação - construir a mudança. Coleção Educa, Lisboa, 1992, 183 p.
- AZEVEDO, Joaquim - Portugal não é só um país de doutores. Entrevista à Revista "Educação" Lisboa nº 5, 1992, p. 5-12.
- BASTO, Marta Lima - Consequências para a enfermagem das mudanças na sociedade. "Revista Portuguesa de Saúde Pública" Lisboa, 9 (1) Jan./Mar., 1991, p. 23-26.
- BASTO, Marta Lima - Cuidados de Enfermagem em Portugal: o como e o porquê?. "Servir" Lisboa, 39 (2) Março/Abril, 1991, p. 75-80.
- BASTO, Marta Lima - Saúde para todos no ano 2000 - contributo dos Enfermeiros. "Revista Portuguesa de Saúde Pública" Lisboa, 3 (1) Jan./Mar., 1985, p. 59-60.
- BASTO, Marta Lima - Valores profissionais: opções a fazer. "Enfermagem em Foco" Lisboa, 3 (10) Fev./Abr., 1993, p. 42-47.
- BEKOURIAN, Ágnes - Les bilans des compétences: une approche sociologique de l'outil-notion, Paris, "Educação Permanente", nº 108, Out. 1991, p. 117-127.
- BELAND, June; PASSOS, Joyce - Enfermagem clínica, vol. 1, S. Paulo, EPU, 1978, 446 p.
- BENNER, Patrícia - De novice à expert: excellence en soins infirmiers. Paris, Interditions, 1995, 253 p.

- BESSA, Maria Aurora - Integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, "Revista Sinais Vitais", Lisboa, Fev. 1995, p. 9-12.

- BESSA, Maria Aurora - Integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, "Enfermagem", Lisboa (5/6) Julho/Dezembro 1986, p. 32-38.

- BOTERF, Guy le - De la compétence - Essai sur un attracteur étrange, Paris, Les editions d'organization, 1992, 158 p.

- CABRITO, Belmiro Gil - Formação em alternância: conceitos e práticas, Educa, Lisboa, 1996, 136 p.

- CANALS, Joséf - La imagem femenina de la Enfermeria, "Revista Rol de Enfermeria", Barcelona, XV (172) Dic 1992, p. 30.30.

- CARNEIRO, Maria da Graça Neves - Qualidade dos cuidados de saúde: Formação Profissional e Educação Permanente. "Enfermagem em Foco", Lisboa, IV (15) Maio/Julho 1994, p. 46-47.

- CARNEIRO, Roberto - Educação e Emprego em Portugal: uma leitura de modernização, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1988.

- CARVALHO, Sérgio Simões Antunes - Que formação para os enfermeiros, "Enfermagem em Foco", Lisboa, (14) Fev./Abr., 1994.

- CATARINO, Helena e outros - Enfermagem uma profissão autónoma: o desafio do futuro. "Servir", Lisboa 41, (6) Nov./Dez. 1993, p. 300-305.

- CHAGNON, Monique - A competência profissional, um elemento essencial da qualidade dos cuidados, "Revista Cuidar", Porto (1) Janeiro 1993, p. 2.

- CHIAVENATO, Idalberto - Introdução à teoria geral da administração, McGraw-Hill, 3ª ed., S. Paulo, 1993, p. 363-369.
- COLLIÈRE, Marie Françoise - Promover a vida, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa, 1989, 385 p.
- COLLIÈRE, Marie Françoise - Autonomia da profissão, Boletim Sindical dos Enfermeiros Portugueses, Lisboa 11 (3/4) Maio/Agosto 1990, p. 42-90.
- CORREIA, Maria Adelina Bandeira - Qualidade dos cuidados de saúde: Formação profissional e Educação Permanente, "Enfermagem em Foco", Lisboa IV (15) Maio/Julho 1994, p. 42-43.
- COSTA, Maria A. S. M. - Humanizar no Ensino de Enfermagem: O tempo... e o contratempo. "Servir", Lisboa 2 (42) Março/Abril 1994, p. 89.
- CROIZIER, Michel et FRIEDBERG - L'acteur et le systeme: Les contraintes de l'action collective, Paris, éditions du Seuil, 1977, 413 p.
- DONAHUE. M. Patrícia - História de la Enfermeria, Barcelona, Doyma, 1988, 506 p.
- ESTEVE, José M. - Mudanças sociais e função docente; in Nóvoa, António (org.) - Profissão professor, Lisboa, Porto Editora, 1991.
- FERREIRA, Virgínia - O inquérito por questionário na construção dos dados sociológicos, in Santos Silva, Augusto M.; Pinto José (org); Metodologia das Ciências Sociais, Lisboa, Afrontamento, p. 164-194.
- FERRY, Gilles - Le traject de la formation, Paris, Dunod, 1987, p. 57-60.

- FIGUEIRA, Maria José - Le choc de la réalité vécu par des nouveaux diplômés en soins infirmiers dans leur première année de travail. Dissertation apresentada à l'École de Sante Publique de la Université Libre de Bruxelles. Bruxelles, 2/ ed., 1984, 111 f. mimeog.
- FINGER, Mathias - Apprendre une issue - L'education des adultes à l'age de la transformation de perspectives. Lausanne, Ed LEP, 1989, 125 p.
- GANDARA, Maria Manuela e outros - Os modelos teóricos e a crise de identidade da enfermagem portuguesa. "Servir", 40 (3) Maio/Junho 1992, p. 116-128.
- GRILO, Marçal e outros - Algumas considerações sobre as reformas da educação. "Colóquio: Educação e Sociedade" Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian I, 1992, p. 11-27.
- HENDERSON, Virginia; HILDEGARD, Peplau - "Leur conception de soins infirmiers". Entrevista concedida à revista "Soins", nº 440, Outubro, 1984, p. 26.
- HONORÉ, Bernard - Pour une pratique de la formation, Payot, Paris, 1977.
- HONORÉ, Bernard - Vers l'Oeuvre de formation L'ouverture à l'existence, Paris, L'Harmattan, 1992.
- IED - As aspirações dos jovens face ao trabalho e a formação profissional, Cadernos Juventude, Lisboa IED (Ed) XIV, 1988.
- JAMIESON; SEWALL; SUHRIE; História de la Enfermeria, 6ª ed., México, Interamericana, SA, 1966, 423 p.

- JOBER, G. - Les formateurs/producteurs au coeur des situation de travail formatrices in L'organisation qualifiante, Paris, Education Permanente, n° 112, 1991, p. 62.
- KATZ, F.M.; SNOW, R. - Evaluation des competences professionnelles des personnels de santé, guide pour la formation et la supervision, Geneve, OMS 1988, 192 p. (Cahiers de Santé Publique n° 72).
- KÉROUAC, et al - La pensée infirmière. Editions Études Vivantes, Lavac (Quebec), 1994.
- KNOWLES, M. - L'apprenant adulte, un novell art de la formation, Paris, Les Editions d'Organisation, 1990.
- KRON, Thora - Manual de Enfermagem, 4^a ed., Rio de Janeiro, 1976, 251 p.
- LANDRY, Francine - La formation experientielle origines, definition et tendances, in "Education Permanente", Paris, n° 100-101, 1989, p. 13-21.
- LE BOUEDEC, Guy - Les défis de la formation continue: developpement personnel ou developpement professionnel? Ed. L'Harmattant, Paris, 1988.
- LESNE, Marcel - Trabalho pedagógico e formação de adultos: elementos de análise, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1984, 255 p.
- LIMA, Marinús Pires - O inquérito sociológico: problemas de metodologia, 3^a ed., Lisboa, Presença, 1987, 117 p.

- MADELIN, Philippe et THIERRY, Dominique - Organisations qualifiantes: quel définition et quelles méthodes d'evaluations? in "Educations Permanente", n° 112, 1990.

- MARDARÁS, Platas, Eduardo F. - Enfermeria y calidad de vida "Revista Rol de Enfermeria" Barcelona, 8 (83), Junho 1985, p. 16-20.

- MARTIN, Christine - Soigner pour apprendre - acquérir un savoir infirmier, France, LEP, Education 2000, 1991, 215 p.

- NÓVOA, António - A formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto Prosalus: in Nóvoa, António; Finger, Matthias (org) - O método (auto) biográfico e a formação, Lisboa, DRH de Saúde, 1988, p. 109-130.

- NÓVOA, António; (org) - Profissão Professor. Colecção Ciências da Educação, Porto Editora, Porto, 1991, 190 p.

- OLIVEIRA, Lúcia - O clima e o diálogo na supervisão do professor; in "Cadernos Cidine" (5), 1992, p. 13-21.

- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUEBEC - L'evaluation de la compétence professionnelle de l'infirmiere et l'infirmier au Quebec. Tome 1 méthode d'evaluation de la compétence professionnelle de l'infirmiere et infirmier du Quebec, 1980, p. 42.

- PAZ, Aniceta Maria V. de - O Enfermeiro Competente: dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende no âmbito do 4º CPAEE, sn, 1995, 182 p.

- PEARSON, Alan; VAUGHAN, Barbara - Modelos para o exercício de enfermagem. Lisboa, Associação Católica dos Enfermeiros e Profissionais de Saúde, 1992, 178 p.

- PEREIRA, Maria Teresa Quintão - O exercício da profissão de Enfermagem em Portugal. "Boletim Sindical dos Enfermeiros Portugueses", Lisboa 11 (3/4) Maio/Agosto 1990, p. 57-59.

- PINTO, Cidália Maria Brun - Colaboração escola/serviços: a propósito das opiniões dos orientadores de alunos de enfermagem em ensino clínico. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende no âmbito do 4º CPAEE, Lisboa, sn, 1995, 254 p.

- PIRES, Ana Luisa Rebelo de Oliveira - Desenvolvimento pessoal e profissional: um estudo dos contextos e processo de formação das novas competências profissionais. Dissertação apresentada para obtenção de grau de mestre em Ciências da Educação, Educação e Desenvolvimento pela FCT/UNL, Lisboa, 1995, 182 p.

- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 135/80, DR, Lisboa, I Série (116) (20.05.80) p. 1046-1049.
(Cria a prestação eventual de serviço nos serviços e estabelecimentos oficiais dependentes da Secretaria de Estado da Saúde)

- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 41/84, DR, Lisboa, I Série (29) (03.02.84) p. 372 (1-13).
(Estabelece o contrato de avença e o contrato de tarefa na admissão de pessoal).

- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 427/89, DR, Lisboa, I Série (281) (07.12.89) p. 5322-5329.
(Estabelece o contrato administrativo de provimento e o contrato de trabalho a termo certo).
- PORTUGAL, Assembleia da República - Lei nº 46/86, DR, Lisboa, I Série (237) (14.10.86) p. 3067-3081.
(Estabelece a Lei de Bases do Sistema Educativo).
- PORTUGAL, Direcção Geral dos Hospitais - Curso de Enfermagem Geral: directrizes para o funcionamento do curso, Lisboa,sn, 1965, 20 p.
- PORTUGAL, Ministério da Educação e Ciência - Decreto-Lei nº 185/81, DR, Lisboa, I Série (148) (01.07.81) p. 1546.
(Cria a carreira do pessoal docente do ensino superior).
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 480/88, DR, Lisboa, I Série (295) (23.12.88) p. 5070-5072.
(Estabelece a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico).
- PORTUGAL, Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 437/91, DR, Lisboa, I Série A (257) (08.11.91) p. 5723-5740.
(Reestrutura a carreira de Enfermagem e revoga o Decreto-Lei nº 178/85 de 23 de Maio e legislação complementar).
- POSTIC, Marcel - A relação pedagógica. Coimbra, Coimbra Editora, 1984, 295 p.
- QUIVY, Raymond; CAPENHOUDT, Luc Van - Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa, Gradiva, 1992, 275 p.

- RAMOS, Lucília Carreira - A escola na inserção social dos jovens: Portugal - anos 90. Análise dos discursos de diversos actores sociais. Dissertação apresentada para obtenção de grau de mestre em Ciências da Educação, pelo Departamento de Educação da Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, 1992, 136 p.

- RIBEIRO, Lisete Fradique - Ser enfermeira, uma visita à geração de 60. "Servir". Lisboa, 41 (1) Jan/Fev, 1993, p. 38-39.

- RODRIGUES, Maria João - Competitividade e recursos humanos. Publicações D. Quixote, Lisboa, 1991.

- ROGERS, Carl - Liberdade para aprender em nossa década. Porto Alegre, Artes Médicas, 1985, 334 p.

- ROGERS, Carl - Tornar-se pessoa, 2^a ed., Moraes Editora, Lisboa, 1961, 330 p.

- SALVAGE, Jane - Enfermagem: uma perspectiva europeia. "Nursing", Lisboa, 6 (69) Out 1993, p. 14-15.

- SANTOS, Maria Teresa Silva - A investigação como um meio para desenvolver a relação docência exercício de enfermagem. "Enfermagem", Lisboa (5/6) Jul/Dez, 1986, p. 28-31.

- SANTOS, Maria Teresa Silva - Da formação ao desempenho profissional da/o enfermeira/o. Conferência realizada no I Congresso de Enfermagem do Hospital de S. José, Lisboa.

- SCHLEIFER, M. - La formation du jugement, Les Edition Loquiques, Montreal, 1992, 267 p.

- SEP, Acção Sindical - Enfermeiros organizam-se no país. "Enfermagem em Foco", Lisboa, VI (22), Fevereiro/Abril 1996.
- SOARES, Maria Isabel - Da blusa de brin à touca branca: contributos para a história do ensino de enfermagem em Portugal 1880 - 1950. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre em Ciências da Educação - Área da pedagogia da saúde da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Lisboa, sn, 1993, 176 p.
- SOUSA, Mariana Dinis de - Evolução do Ensino de Enfermagem em Portugal nos últimos 25 anos. "Servir", Lisboa, 31 (2) Março/Abril, 1983, p. 89-103.
- STONER, J A F - A colocação de pessoal e a função de pessoal, in Administração, 2ª ed, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, 1982.
- STUSSI, Elizabeth - Enfermagem na Europa: seu desenvolvimento e perspectivas de futuro. "Enfermagem", Lisboa (1) Jan/Mar, 1985, p. 7-13.
- VIENS, Chantal - Le choc du futur des nouvelles diplômées. "L'infirmière Canadienne", Canadá, 2 (92), Fev, 1996, p. 40-44.
- WILSON, Am; STARTUP, Richard - Nurse socialization: issues and problems. "Journal of advanced nursing", Oxford, 16 (12) Dec 1991, p. 1478-1486.
- ZARIFIAN, Philippe - Acquisition et reconnaissance de compétences dans une organization qualifiante. Educação Permanente. Paris (112), Out 1992, p. 15-22.
- ZEICHNER, Kennth, M. - A formação reflexiva de professores - ideias e práticas. Colecção Educa, Lisboa, 1993, 111 p.

ÍNDICE DE AUTORES

Autores referidos ou citados no texto

ABDEL - AL, Hende: 29

ADAM, Evelyn: 28,124

ALARCÃO, Isabel: 111

ALBERDI CASTELL: 108, 124, 132

AMBRÓSIO, Teresa: 74, 75

AMBRUN, Simone: 135, 216

AMIGUINHO, Abílio: 81

AZEVEDO, Joaquim: 100

BASTO, Marta: 77, 84, 124, 126, 131, 216, 234

BEKOURIAN, Agnes: 96

BELAND, Irene: 59, 124

BENNER, Patrícia: 97, 199, 207, 212, 215, 251

BESSA, Maria Aurora: 46, 47, 55

CABRITO, Belmiro: 109, 250

CANALS, Joséf: 132

CARNEIRO, Maria da Graça: 104

CARNEIRO, Roberto: 100, 160, 170

CATARINO, Helena: 131, 132

CHAGNON, Monique: 108

CHIAVENATO, Idalberto: 197, 238

COLLIÈRE, Marie Françoise: 29, 30, 33, 34, 36, 37, 42, 45, 48, 51, 56, 58, 68, 69,
77, 86, 91, 101, 107, 117, 131, 132, 133, 167, 215

CORREIA, Maria Adelina: 104

COSTA, Maria Arminda: 112

CROIZIER, Michel: 64, 117, 241

DOMINICÉ, Pierre: 212
DONAHUE, M. Patrícia: 40
DUBAR, Claude: 109
ESTEVE: 82
FERREIRA, Virgínia: 146
FERRY, Gilles: 104, 110, 173, 249
FIGUEIRA, Maria José: 20, 66, 97
FINGER, Mathias: 134, 244
GANDARA, Maria Manuela: 124, 125
GRILO, Marçal: 102
GUY LE BOUEDEC: 141, 234, 236
HENDERSON, Virginia: 59, 123
HONORÉ, Bernard: 134, 135
JAMIESON: 33, 35
JOBBER: 135
KATZ, F.M.: 96
KÉROUAC: 52, 88, 167
KNOWLES: 249
KRON, Thora: 124
LANDRY, Francine: 134, 210
LESNE, Marcel: 51, 54, 56, 89, 90, 104, 110, 235
LOPES: 238
MADELIN, Philippe: 252
MARDARÁS, Platas: 128, 133, 166
NYHAH: 94, 213
NÓVOA, António: 103, 250
OLIVEIRA, Lúcia: 117
PAZ, Aniceta: 19
PEARSON, Alan: 57, 58, 106, 131, 211
PEREIRA, Maria Teresa: 131, 132

PINEAU: 244
PIRES, Ana Luisa: 123, 252
RAMOS, Lucília: 121, 137
RIBEIRO, Lisete: 68, 69
RODRIGUES: 251
ROGERS, Carl: 56, 62, 63, 212, 249
SALVAGE, Jane: 132
SANTOS, Maria Teresa: 93, 106, 132, 133, 215
SCHLEIFER, M.: 91, 243
SOARES, Maria Isabel: 45
SOUSA, Mariana: 53, 55, 191
STONER, J: 197, 198, 207
STUSSI, Elizabeth: 30, 36
VIENS, Chantal: 137
WILSON, Am: 19
ZARIFIAN, Philippe: 103, 252
ZEICHNER, Kennth: 71, 72

INDÍCE TEMÁTICO

- Auto-formação: 104, 110, 111, 122
- Avaliação do período de integração: 67, 206, 207, 251
- Choque da Realidade: 19, 76, 98, 99, 113, 114, 140, 207, 212
- Co-formação: 100, 101, 102, 110
- Competência: 71, 72, 91, 93, 94, 96, 101, 111, 127
- Competências não técnicas: 65, 71, 78, 92, 112, 135, 136, 222
- Competências técnicas: 65, 78, 92, 125, 129
- Contexto de trabalho: 25, 65, 100, 102, 107, 117, 232, 250
- Cuidados de Enfermagem: 28, 29, 80, 87, 90, 101, 103, 249
- Cuidar: 27, 85, 87
- Desempenho profissional: 62, 64, 65, 66, 67, 115
- Desenvolvimento de capacidades: 77
- Desenvolvimento pessoal: 62, 64, 66, 71, 109, 115
- Duplo emprego: 120, 121, 182, 245
- Educação permanente: 108, 110, 122, 161, 222
- Ensino teórico: 76, 80, 103, 177
- Ensino teórico-prático / Ensino clínico: 63, 80, 111, 177
- Experiência: 30, 62, 71, 72, 93, 96, 97
- Formação / Aprendizagem experiencial: 57
- Formação inicial: 25, 64, 73, 74, 77, 86, 92, 93, 95, 101, 102, 106, 108
- Formação técnica: 78, 92, 93, 95, 103
- Formação profissional: 25, 75, 76, 251
- Instabilidade de emprego / política de contratação: 74, 77, 119, 191, 244, 254
- Integração dos enfermeiros recém-formados: 25, 94, 116, 118, 229
- Investigação: 66, 68, 72, 75, 79, 80, 85, 92, 101, 105, 106, 112, 214, 234, 242
- Métodos pedagógicos: 56

Modelos de enfermagem: 57, 58, 90, 211

Organização qualificante: 103, 108, 110, 118, 129, 138, 238

Orientação profissional: 118, 197, 198, 199, 206

Perito: 97, 199

Prática profissional: 64, 91, 103, 106

Processo de enfermagem: 65, 91, 105, 211

Profissionalização: 91, 127, 167

Programa de integração: 67, 71, 119, 120, 129, 201

Progressão na carreira: 74, 236, 254

Qualidade dos cuidados de enfermagem: 93, 102, 103, 104, 108, 110, 191

Qualificação: 93, 94, 96, 122

Reconhecimento de adquiridos: 206, 207, 252

Reflexão da prática: 72, 90, 104, 111, 112, 134, 178

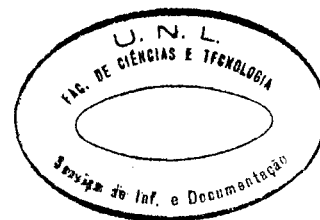
Relação interpessoal: 34, 63, 105, 107, 108, 123, 127, 135, 173, 212

Sistema de cuidados de saúde: 30, 33, 38, 93

Sistema produtivo: 76, 232

Socialização: 86, 91, 99, 109, 113, 119, 240

Teoria / Prática: 19, 90, 101, 104, 110, 111, 248



ERRATA

- Folha 57 - 2º parágrafo 1ª linha
onde se lê “técnicos”
deve ler-se “teóricos”

- Folha 59 - 5º parágrafo 2ª linha
onde se lê “1966”
deve ler-se “1952”

- Folha 110 - 4º parágrafo 10ª linha
onde se lê “1984”
deve ler-se “1987”

- Folha 143 - 1.2 - 2º parágrafo 1ª e 4ª linhas
onde se lê “alunos”
deve ler-se “enfermeiros”

- Folha 148 - QUADRO 1.1, 1ª DIMENSÃO - PERCURSO ESCOLAR
1ª categoria
onde se lê “17 proposições”
deve ler-se “18 proposições”

- Folha 149 - QUADRO 1.2, 2ª DIMENSÃO - PERCURSO PROFISSIONAL
1ª categoria
onde se lê “30 proposições”
deve ler-se “31 proposições” - Incluir a proposição P193

- Folha 149 - QUADRO 1.2, 2ª DIMENSÃO - PERCURSO PROFISSIONAL
2ª categoria - 2º indicador
onde se lê “30 proposições”
deve ler-se “31 proposições” - Incluir a proposição P27
- Folha 150 - QUADRO 1.3 - QUADRO RESUMO
1ª DIMENSÃO - PERCURSO ESCOLAR
1ª categoria
onde se lê “17 proposições”
deve ler-se “18 proposições”
- 3ª categoria
onde se lê “12 proposições”
deve ler-se “11 proposições”
- 2ª DIMENSÃO - PERCURSO PROFISSIONAL
1ª categoria
onde se lê “30 proposições”
deve ler-se “31 proposições”
- 2ª categoria
onde se lê “51 proposições”
deve ler-se “52 proposições”
- 2ª categoria - 2º indicador
onde se lê “30 proposições”
deve ler-se “31 proposições”