UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Prática Clínica e Regresso à Escola

Reflexões sobre trajectórias formativas no âmbito do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem

CARLA SOFIA DA SILVA PISCARRETA DAMÁSIO

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Área de Especialização Formação de Adultos

2006

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Prática Clínica e Regresso à Escola

Reflexões sobre trajectórias formativas no âmbito do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem

CARLA SOFIA DA SILVA PISCARRETA DAMÁSIO

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Área de Especialização Formação de Adultos
Dissertação orientada pelo Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu

2006

À Marta e ao Luís.

AGRADECIMENTOS

O primeiro agradecimento vai para o meu marido Luís Damásio pelo seu incentivo, apoio e disponibilidade total para que eu pudesse dedicar-me ao mestrado. Também para a minha pequenina Marta Sofia que, desde o início da sua vida, tem sido obrigada a privar-se da sua mãe… foi também para ti filha…

À minha mãe Beatriz que me educou e incentivou para esta caminhada. À minha irmã Sara pela partilha de alguma bibliografia e apoio. À família tomarense um agradecimento especial pela compreensão pelas nossas longas ausências.

Ao meu orientador Professor Doutor Wilson Abreu pelo longo caminho que comigo percorreu numa franca disponibilidade e pelas aprendizagens que me proporcionou em todos os momentos. Ao coordenador deste Curso de Mestrado, Professor Doutor Rui Canário, que sempre se mostrou disponível para acompanhar o rumo do trabalho.

Aos enfermeiros do Hospital de São José que se mostraram disponíveis para colaborar neste estudo, bem como ao Conselho de Administração, nas pessoas da Senhora Enfermeira Directora Teresa Carneiro e Doutora Maria do Carmo Perloiro, que facilitaram e incentivaram a realização do estudo na instituição.

À Zé Moacho, Celeste Diogo, Fátima Cardoso e Gina Barros, colegas do Serviço de Imunohemoterapia, um muito obrigada pelo vosso amparo. Às Doutoras Maria Dias e Ana Martins, médicas e amigas, pela sua cooperação fundamental neste percurso.

Aos colegas da Escola Superior de Saúde de Faro da Universidade do Algarve que me acolheram e incentivaram a continuar e concluir o trabalho.

À colega, companheira e grande amiga Amélia Simões Figueiredo por todo a ajuda, incentivo, momentos de reflexão e, principalmente, pelas palavras amigas e oportunas nos momentos mais difíceis. À Celeste Duque por ser boa ouvinte.

À Cláudia, Mónica Caixinha, seu Henrique e ainda à Helena Vieira pela partilha dos seus saberes com o domínio da língua inglesa.

Não posso esquecer todo o auxílio e incentivos dados pelos verdadeiros amigos que foram pacientes e compreenderam a longa ausência. A todos que em algum momento se preocuparam comigo, e me perguntaram pela tese… Não mencionarei os seus nomes porque eles sabem com certeza quem são. Ainda estão comigo.

ABREVIATURAS E SIGLAS

Artº - artigo
cit. – citado
Enfem - Enfermagem
E - Entrevistado
Ibid. - *Ibidem*
p. - página

ACP – *Adaptative Competence Profile*
CCFE – Curso de Complemento de Formação em Enfermagem
CDR – Clínica de Doenças Renais
CESES – Cursos de Estudos Superiores Especializados
CIPQ – Comissão Independente População e Qualidade de Vida
DEP – Departamento de Educação Permanente
EPQ – *Environmental Press Questionnaire*
ESEAR – Escola Superior de Enfermagem Artur Ravara
ESEBB – Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto
ESECVP – Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa
ESEFG – Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil
ESEMFR – Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende
ESEP - Escola Superior de Enfermagem de Portalegre
ICN – *International Council of Nurses*
IPO – Instituto Português de Oncologia
OMS – Organização Mundial de Saúde
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SO – Sala de Observação
SUIC – Serviço de Urgência de Internamento Curto
TAC – Tomografia Axial Computorizada
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCInt. – Unidade de Cuidados Intermédios
UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos
UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente
UTIC – Unidade de Tratamentos Intensivos Cirúrgicos
UUC – Unidade de Urgência Cirúrgica
UUM – Unidade de Urgência Médica

ÍNDICE

	p.
RESUMO …….……...…….	xvii
ABSTRACT …….…….	xviii
PALAVRAS CHAVE ……..……...….	xix
KEY WORDS …….…….	xx
INTRODUÇÃO …….……..	1
PARTE I	
ENFERMAGEM: FORMAÇÃO E PERCURSOS PROFISSIONAIS	13
1. ENFERMAGEM E CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM ……	15
1.1. PRODUÇÃO SOCIOHISTÓRICA DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM …….…...……	17
1.2. O CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM: DA TEORIA À PRÁTICA ……	38
1.3. AS FONTES DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM .	52
2. CONTEXTOS E PRÁTICAS ……..……	72
2.1. NATUREZA E CONTEXTOS DAS PRÁTICAS ……	73
2.2. MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO …….	88
2.3. A APRENDIZAGEM NO CONTEXTO DA PRÁTICA ….	115
3. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM …..……..	135
3.1. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: PERCURSOS E DESAFIOS ……	136
3.2. APRENDIZAGEM PELA EXPERIÊNCIA: O MODELO DE KOLB …….……...….	151
3.3. CURSO DE COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM …….…….	170

p.

PARTE II

O CASO EM ESTUDO ……..…….……. 177

1. MODO E ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO …….. 179

1.1. ENTRE O QUANTITATIVO E O QUALITATIVO …….. 180

1.2. QUESTÕES ORIENTADORAS E UNIDADES DE ANÁLISE …….. 183

1.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS ……..…. 187

1.3.1. Entrevista semi-estruturada ……. 188

1.3.2. Questionários: ACP e EPQ …..…….. 199

1.3.3. Análise documental …….……...…… 202

1.4. VALIDAÇÃO DA INFORMAÇÃO COLHIDA ……..….. 203

2. O CONTEXTO EM ANÁLISE: HOSPITAL DE SÃO JOSÉ …. 206

2.1. HOSPITAL DE SÃO JOSÉ: MAIS DE 500 ANOS AO SERVIÇO DA SAÚDE ….…….…. 206

2.2. CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-CLÍNICA DA ORGANIZAÇÃO …… 214

3. OS ACTORES DO ESTUDO ……..…… 219

3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES DO ESTUDO ….. 219

3.2. LOCAIS DE EXPERIÊNCIA CLÍNICA ……. 219

3.3. CURSO DE COMPLEMENTO: LOCAIS DE FORMAÇÃO …… 230

4. ENTRE OS CONTEXTOS E AS COMPETÊNCIAS ……. 239

4.1. OS ACTORES E O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS …….…... 240

4.2. ESTILOS DE APRENDIZAGEM E REPRESENTAÇÕES SOBRE O TRABALHO …….. 259

4.3. REPRESENTAÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS …… 271

p.

5. TRAJECTOS DE FORMAÇÃO ……..…… 305

5.1. REPRESENTAÇÕES SOBRE A FORMAÇÃO ……. 306

5.2. REGRESSO À ESCOLA: UMA NOVA FASE DO PERCURSO…FORMATIVO?... PROFISSIONAL?... PESSOAL?... ……. 328

5.3. FORMAÇÃO E CONTEXTOS DAS PRÁTICAS: QUE ARTICULAÇÃO? ……..……. 351

6. CONCLUSÕES ……..……. 384

7. BIBLIOGRAFIA ……..……..…. 407

PARTE III

ANEXOS ……..……..…..……. 437

Anexo I – Guião da Entrevista

Anexo II – Exemplar de Protocolo de Entrevista

Anexo III – Codificação das Unidades de Registo da Entrevista 5

Anexo IV – Exemplo da Análise de Conteúdo realizada referente à Unidade de Análise "*Potencialidades formativas do contexto de trabalho*"

Anexo IV – Grade de Análise da Informação

Anexo VI – Adaptative Competence Profile

Anexo VII - Environmental Press Questionnaire - Hospital

Anexo VIII - Environmental Press Questionnaire - Escola

ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

FIGURAS

	p.
Figura 1 – A disciplina de enfermagem ……..…….….	56
Figura 2 – O Domínio da enfermagem ……	57
Figura 3 – Quadro de referência para o modelo orgânico-funcional para os serviços de proximidade proposto pela Ordem dos Enfermeiros …….…….	75
Figura 4 – As principais Teorias Administrativas e seus principais enfoques ……..	92
Figura 5 – Partes-chave da organização ……..…….……	101
Figura 6 – Cultura Organizacional e cultura local ….…….…….	107
Figura 7 – O profissionalismo no cruzamento …….	132
Figura 8 – Aprendizagem pela experiência como um processo que articula Educação, Trabalho e Desenvolvimento Pessoal	155
Figura 9 – As três tradições da Aprendizagem pela Experiência ….	157
Figura 10 – Modelo de Aprendizagem pela Experiência de Dewey	158
Figura 11 – Modelo de Aprendizagem pela Experiência Lewiano ..	159
Figura 12 – Modelo de Aprendizagem e do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget …….…….….	160
Figura 13 – Modos adaptativos de aprendizagem das duas dimensões do processo de aprendizagem ……..	162
Figura 14 – Representação esquemática das funções dos dois hemisférios do Neocortéx …….	163
Figura 15 – Dimensões estruturais do processo de aprendizagem pela experiência e formas básicas de conhecimento ….	164
Figura 16 – Orientações Adaptativas e Complexidade Integrativa dos Modos de Aprendizagem ……..…..	167
Figura 17 – Modelo do comportamento pergunta-resposta segundo a perspectiva do interaccionismo simbólico ……..……	189
Figura 18 – Ciclo de Competências – representação gráfica dos valores médios das cotações obtidas por competência, com aplicação do ACP e do EPQ (hospital e escola) ...	369

GRÁFICOS

	p.
Gráfico 1 – Distribuição dos actores do estudo por Escolas Superiores de Enfermagem onde frequentaram o CCFE .	231
Gráfico 2 – Representação gráfica dos valores médios atribuídos às competências de relação ……...	245
Gráfico 3 – Representação gráfica dos valores médios atribuídos às competências de conceptualização…….	247
Gráfico 4 – Representação gráfica dos valores médios atribuídos às competências de experimentação ……..	252
Gráfico 5 – Representação gráfica dos valores médios atribuídos às competências de acção …….	254
Gráfico 6 – Estilos de aprendizagem desenvolvidos pelos enfermeiros	263
Gráfico 7 – Estilos de aprendizagem que o contexto hospitalar permite desenvolver com maior predominância ……	357
Gráfico 8 – Estilos de aprendizagem que o contexto escolar permite desenvolver com maior predominância ……	363

QUADROS

	p.
Quadro 1 – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais ...….	77
Quadro 2 – Quadro síntese das características fundamentais das organizações, segundo Porter, Lawer e Hackman (1975) com referência a definições dadas por diferentes autores	90
Quadro 3 – As principais Escolas e Teorias que influenciam o pensamento administrativo …….……..……	91
Quadro 4 – As Teorias Organizacionais ao longo da história ….....	93
Quadro 5 – Características dos cinco tipos de estrutura de Mintzberg	103
Quadro 6 – Questões Orientadoras e Unidades de Análise …..….....	186
Quadro 7 – Unidades de Análise e Técnicas de Colheita de Informação ……	187
Quadro 8 – Grade de Unidades de Análise e Domínios após a realização da Análise de Conteúdo ……..……	199
Quadro 9 – Principais tipos de triangulação usados em investigação (Baseado na Tipologia de Denzin) ……...	205
Quadro 10 – Carga horária total por tipo de ensino no CCFE da ESEBB …….....	232
Quadro 11 – Distribuição da carga horária por unidades curriculares do CCFE da ESECVP …….	233
Quadro 12 – Carga horária total por tipo de ensino no CCFE da ESEAR …….....	234
Quadro 13 – Distribuição da carga horária por unidades curriculares do CCFE da ESEFG ……	235
Quadro 14 – Carga horária total por tipo de ensino no CCFE da ESEMFR …….	237
Quadro 15 – Carga horária total por tipo de ensino no CCFE da ESEP ……	238
Quadro 16 – Quadro de competências utilizado no ACP e respectivos cálculos estatísticos …….……	241
Quadro 17 – Quadro de competências utilizado no EPQ - Hospital e respectivos cálculos estatísticos …….…….	353
Quadro 18 – Quadro de competências utilizado no EPQ - Escola e respectivos cálculos estatísticos ……	359
Quadro 19 – Estilos de aprendizagem obtidos através do ACP, EPQ – Hospital e EPQ – Escola ……..…..	366
Quadro 20 – Valores médios das cotações, por competência, do ACP, do EPQ Hospital e do EPQ Escola ……	367

RESUMO

A enfermagem, acompanhando a realidade social, tem vivenciado transformações nos modelos de formação, paradigmas de referência, contextos sócio-clínicos e identidades profissionais.

Algumas destas transformações ocorreram com a criação da Licenciatura em Enfermagem e com a implementação do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE), para profissionais com bacharelato, possibilitando-lhes a obtenção da licenciatura. O espírito da lei e a filosofia deste curso apontavam para a necessidade de desenvolver um espaço de formação no qual se reconhecessem adquiridos experienciais, com ganhos para ambos (formando e contextos de trabalho). Partindo destas reflexões, surgiu-nos uma dúvida, que se traduziu na questão de partida: "*De que forma as experiências profissionais vividas pelos enfermeiros se traduzem nos trajectos de formação ao nível do CCFE*?"

O referencial teórico começa com a caracterização da produção sócio--histórico-antropológica da profissão, na epistemologia e nos tipos de conhecimento, na natureza e contextos do exercício. Abordam-se os modelos de organização do trabalho, a aprendizagem no contexto da prática, os percursos e desafios da formação e caracteriza-se o CCFE.

O estudo de natureza indutiva desenrolou-se num Hospital Central, sendo sujeitos os enfermeiros que frequentaram o primeiro CCFE. Recorremos a uma estratégia multimétodo baseada no recurso à entrevista semi-estruturada, análise documental e questionários (*Adaptative Competency Profile* e *Environmental Press Questionnaire*).

As principais conclusões apontam para a existência de articulação entre experiências profissionais e formação realizada a nível do CCFE. Esta passa pela influência e complementaridade dos contextos de aprendizagem (escola e hospital) no desenvolvimento de competências, pela "osmose" de saberes e experiências entre ambos os contextos e pela definição dos estilos de aprendizagem. Dada a "ancoragem" nas experiências de trabalho, os estudantes assumiram um papel activo no seu processo de aprendizagem e na qualidade do exercício profissional, o que se reflectiu também na definição de projectos para o futuro.

ABSTRACT

Nursing, just like the society in which it operates, has been through many changes in what concerns educational models, paradigms, social and medical contexts and professional identities. One of those changes occurred with the creation of the graduation (licenciature) in Nursing. The *Curso de Complemento de Formação em Enfermagem* (CCFE) was also created for bachelors of Nursing, allowing them to obtain a graduation.

The spirit and ideas underlying the course clearly pointed out the need to create a training area in which the experience previously acquired would be valued. This way, both trainee and working environment would profit. Bearing this in mind, the following question arises: *How does the working experience gained by the nurses reflect itself in the different training paths in the CCFE ?*

The theoretic reference pattern begins with the characterization of the social, historical and anthropological production of this profession, in epistemology and the different kinds of knowledge, in the nature and in the context of the practice. In this study the role models for work organization, learning in a working environment and the different paths and challenges of this kind of training course are dealt with.

This qualitative study took place in a Central Hospital. The participants were nurses who attended the first CCFE and the strategy adopted used different methods and was based on semi-structured interviews, questionnaires (*Adaptive Competency Profile* and *Environmental Press Questionnaire*) and document analysis.

The study showed a link between work and learning experiences. This is related to the influence and complementation of both learning environments (school and hospital) in the development of skills; to the exchange of theoretical knowledge and practical work experiences between both learning environments; and to the definition of the learning styles. Since this study is based on working experiences, students have taken on a more active role in their own learning process and in their actual working practice, which in turn has made their professional choices for the future easier.

PALAVRAS-CHAVE

Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE)

Aprendizagem experiencial

Formação em contexto de trabalho

Estilos de Aprendizagem

Identidade Profissional

KEY-WORDS

Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE)

Experiential Learning

Forming in a working environment

Learning Styles

Professional Identity

INTRODUÇÃO

"*O crescimento do homem não se faz de baixo para cima, mas do interior para o exterior*"

Franz Kafra, s.d.

A mudança, a transformação e a adaptação são três realidades que acompanham a natureza do ser e das sociedades humanas, processo que também é transponível para as profissões. A enfermagem não é uma excepção a esta regra, o que é visível a nível da identidade profissional, recursos para a acção e qualidade das práticas.

A enfermagem é dos sectores socioprofissionais cuja trajectória identitária mais se tem transformado, num processo contingente e estratégico em que se realçam a tentativa de demarcação do poder médico, a construção de modelos de racionalidade facilitadores da conquista de autonomia profissional e a valorização crescente das diferentes dinâmicas formativas que se articulam ao longo dos percursos de vida dos enfermeiros. A formação ocupa um estatuto de relevo, na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão (Abreu, 1994b).

No nosso país temos assistido a intensas transformações no curso de enfermagem, que o colocaram em lugar de destaque, tanto em termos de reconhecimento académico como de representação social (Carvalho, 2004).

> "As grandes dinâmicas de mutação económica, tecnológica, política e social têm colocado novos desafios aos sistemas de ensino superior. É neste contexto que também se insere a realidade portuguesa, com a particularidade de ser uma sociedade que se encontra a recuperar de dezenas de anos de atraso em termos educativos e numa altura em que tensões e desafios decorrentes da expansão recente do sistema não se encontram ultrapassados" (Direcção Geral do Ensino Superior, 1999: 39).

No nosso país, e no início do século XX, o curso de enfermagem era relativamente simples e pouco ambicioso, exigindo como requisitos de admissão a escolaridade primária. Fruto de sucessivas reformas e transformações, permaneceu como ensino médio até 1988, altura que se viu integrado no Ensino Superior Politécnico, passando a conferir passados poucos anos os graus académicos de bacharelato e de licenciatura. Em 1999, inicia-se a licenciatura de raiz. Poucos anos depois chegavam os graus de mestre e de doutor em enfermagem.

De modo a possibilitar a obtenção do grau de licenciado em enfermagem aos enfermeiros titulares do grau de bacharel ou do seu equivalente legal, em 1999, foi criado o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE), cujo objectivo era assegurar o reforço, a extensão ou o aprofundamento da formação em enfermagem, de modo a garantir a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais (Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de Setembro).

A propósito de um estudo que desenvolvíamos na Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa, subordinado ao tema *Modelos de Formação em Enfermagem*, surgiu o interesse em analisar a forma com se traduziam as experiências profissionais vividas pelos enfermeiros nos trajectos profissionais de formação ao nível do CCFE que frequentavam.

A pertinência do tema centra-se no facto de se apostar, a nível do CCFE, em dispositivos de formação inovadores, que convidavam à aproximação entre as experiências de trabalho e o trabalho escolar. Convida-se a regressar à Escola muitos profissionais distantes da vida académica. Mas nem sempre prevalecia esta visão optimista. Referindo-se ao "*complemento de habilitações*" dos professores, Canário (2005) diz-nos que esta estratégia de formação pode (de um ponto de vista optimista) ser encarada como uma valorização da profissão, mas também pode ser vista como um processo de instalar a generalidade dos profissionais numa situação de défice, apenas superável com o recurso a mais formação. Será ou não este o caso?

Foi este "convite" associado à forma escolar, bem como o receio de iniciar projectos de aprendizagem com alguma exterioridade relativamente à sua experiência quotidiana que, de certa forma, surgia por vezes um clima de dúvida.

A mudança em termos de ascensão ou de progressão na carreira pelo facto de se adquirir esta habilitação não estava nem está prevista, apesar do alargamento da qualificação académica, o que não acontece com outros profissionais. A mudança, além de ser difícil, imprevisível e arriscada, implica quase sempre um certo grau de conflitualidade, cuja primeira resposta é a ansiedade (Timothy, 2000). Esta ansiedade foi, quanto a nós, manifesta no seio da comunidade de enfermagem e até reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros, na sua Assembleia Geral de Março de 2000, onde aprovou as suas recomendações para o CCFE.

O interesse do estudo centra-se também na recolha de informações sobre o CCFE como dispositivo de formação que actualmente se encontra na sua fase terminal, mas que pode ter desenvolvido um potencial com prováveis benefícios para outras realidades de formação.

Ao ingressar neste curso, o enfermeiro passou a ter assim duplo papel: de estudante e de profissional, pois não deixa de exercer as suas funções de enfermeiro e assume entretanto o papel de aluno. Refira-se ainda que, para estes profissionais, a formação é por vezes esperada como algo conflitual com o seu desempenho quotidiano. Além disso, como é mencionado por Canário (2005) para os professores, os enfermeiros passaram a ser avaliados mais pela formação que realizam e menos por aquilo que verdadeiramente fazem em termos profissionais.

No CCFE, a estrutura curricular deveria ser preparada para que existisse uma ligação entre a formação obtida a nível do bacharelato e a ministrada na licenciatura. O plano de estudos inclui, de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico. Esta é assegurada através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade.

A formatividade de uma situação de formação não depende exclusivamente do trabalho dos formadores, mas do funcionamento de um dispositivo que os transcende. O dispositivo é uma instância de auto-mediação: mediação do formando com o seu mundo subjectivo, mediador do grupo de formação com as suas subjectividades, mediador do grupo com um projecto de acção através do qual ele se exteriorizou. O dispositivo de formação não é apenas produtor de competências que se acumulariam a outras já existentes. O trabalho de formação procura induzir situações em que os indivíduos se reconheçam nos seus saberes e sejam capazes de incorporar no seu património experiencial os próprios saberes produzidos pelas experiências de formação (Correia, 1997).

Ao explorar a natureza da prática profissional, Schön (1983) sugere que os profissionais encaram situações de incerteza, instabilidade e complexidade que são únicas e que são, por isso, incompatíveis com abordagens teóricas (ou mesmo práticas) durante os cursos. Para este autor, a maior parte das actividades profissionais não se baseiam em conhecimentos aprendidos e aplicados na prática,

mas em abordagens integradas de conhecimento-em-acção que, na maior parte dos casos, é espontâneo.

O conhecimento em enfermagem sofreu um desenvolvimento acentuado, acompanhando o processo de profissionalização. O *centro de interesse* da enfermagem como uma disciplina profissional é caracterizada por Newman, Sime e Corcoran-Perry (1991, cit. por Newman, 1992) como o "*cuidar na experiência de saúde humana*". Presentemente, *cuidar em enfermagem* alcançou um sentido particular, retomando o sentido original, mas exigindo-se que tenha determinadas características para ser considerado da disciplina de enfermagem. Quando o papel da enfermeira era nitidamente o de auxiliar o médico, não se justificava formalizar saberes em enfermagem, pois estes decorriam dos saberes médicos. À medida que a formação passou a ser da sua responsabilidade, começou a ser sentida a necessidade de identificar os saberes de enfermagem (Collière, 1989).

O saber em enfermagem desenvolveu-se no sentido de expandir um quadro conceptual, uma estrutura prática, que lhes sejam próprios, únicos e diferentes dos demais, ou seja, de explicar qual a essência dos cuidados de enfermagem, qual a função social específica e autónoma da enfermagem (Bento, 1997). Para Watson (2002), o desafio actual da profissão é romper com os laços da preocupação com os procedimentos, com os factos *per si*, definições inflexíveis, racionalismo severo, operacionismo, manipulação variável, entre outros. É necessário identificar outras vias de conhecimento e perspectivas alternativas da ciência. A enfermagem ao progredir continuamente como a ciência humana através da teoria e da investigação, tem de continuar a questionar os seus velhos dogmas, transcender os seus paradigmas existenciais e refocar a sua atenção nos fenómenos humanos que estão de acordo com a natureza da enfermagem e com a preservação da humanidade.

A missão da enfermagem revela que os enfermeiros cuidam dos seus clientes (indivíduos, famílias, grupos) e dos seus ambientes de modo a promover e manter a saúde, prevenir a doença, cuidar de pessoas doentes e apoiá-las no fim da vida e aos seus significativos. Quando cuida, o enfermeiro interage com as pessoas em diferentes fases do processo de enfermagem, auxilia-as a superar várias mudanças através de cuidados de enfermagem. As actividades dos enfermeiros baseiam-se em conhecimento que tem origem na ciência de enfermagem e em disciplinas relacionadas com valores humanistas. A enfermagem está em busca permanente de

novas necessidades e de novo conhecimento (Meleis, 1991; OMS, 1996, 2002; Donaldson e Crowley, 1997; Ordem dos Enfermeiros, 2002; Royal College of Nursing, 2003; ICN, 2004).

Cuidar tem sido referenciado como um conceito complicado (Raij, 2000) ou mesmo complexo (Hesbeen, 2000). A confusão entre o complicado e complexo influiu bastante a representação que se tem de quem trabalha o complicado em prejuízo dos que lidam com o complexo. Como resultado temos toda uma hierarquização social, que também existe no seio da profissão de cuidados, na qual quem domina o complicado, o espectacular é muito mais reconhecido – *brilha mais* – do que quem está em contacto com o complexo.

A relação interpessoal, entre a pessoa que "precisa de ajuda" e outra "prestadora de cuidados" que tem por missão ajudar, faz a *essência* da prática do cuidar. O *acessório* da prática do cuidar faz-se através de vários meios, mais ou menos específicos, de um grupo de profissionais que servem de suporte à acção do cuidar. Apesar da essência ser comum a todos os prestadores de cuidados, o acessório de cada um pode ser muito diferente (Hesbeen, 2001), devendo estar articulados de modo a que se atinja o objectivo de dar resposta às necessidades do outro.

Com uma orientação de natureza filosófica, Hesbeen (2000) faz também referência ao conceito de cuidar enquanto *valor*, o que permite a cada pessoa subscrever este valor ou dele se desvincular seleccionando uma orientação mais compatível com as suas ideias, mais adequada ao seu projecto de vida ou profissional.

A Ordem dos Enfermeiros Portuguesa (2004c) assume como competências do enfermeiro de cuidados gerais as definidas pelo *International Council of Nurses* (ICN), que são definidas a partir de três domínios: a prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e o desenvolvimento pessoal.

Os contextos da prática profissional dos enfermeiros baseiam-se, maioritariamente, em dois tipos de organizações: os hospitais e os centros de saúde públicos. O sector privado constituiu-se, desde sempre, como uma franja muito pequena dos cuidados clínicos prestados em Portugal, tratando-se de um local de trabalho pontual, onde poderiam auferir um complemento do vencimento no sector público (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2004). No entanto, a precariedade contratual oferecida pelo sector público aos profissionais de enfermagem associada à expansão do sector

privado conduziu a que actualmente cada vez haja mais enfermeiros a optar por trabalhar exclusivamente neste.

A expressão *organização* remete, por um lado, para um objecto social, por outro, para um processo social que está no cerne da acção humana (Friedberg, 1995b). A este respeito, Bilhim (1996: 35) diz-nos que "*as organizações são fenómenos sociais complexos, ambíguos e paradoxais, os quais podem não só serem lidos de diferentes ângulos, como serem efectivamente poliédricos na sua constituição*". As organizações não são mais que um contexto de acção entre outros, com características especiais (Friedberg, 1995a), qualquer uma é composta por agentes humanos de que é necessário compreender e explicar o comportamento (Friedberg, 1995b).

A educação é cada vez mais reconhecida como reflexo de uma participação colectiva e de uma conjugação de esforços de diferentes instituições e de diferentes actores (Caixinhas, Ramos e Santos, 1996). A acção e práticas educativas passaram a ser reconhecidas independentemente do contexto, da instituição onde ocorrem, o que permite ultrapassar a divisão entre instituições educativas e não-educativas. De forma análoga surgiu também uma nova figura na formação, o *educador* ou *formador de adultos* (Canário, 1999), cuja profissionalização foi questionada como critério indispensável ao exercício de formador ou educador. A especificidade da formação de adultos fundamenta a consideração da experiência no seu processo de formação, uma vez que se localiza e ocorre na interface da autobiografia e do meio sociocultural em que as pessoas vivem (Jarvis, 1992).

Malglaive (1995) defende que a experiência pessoal é necessária, a que designa como *saber da acção* e recorre ao uso do termo *competência*, que corresponde a um processo multidimensional, tanto individual como colectivo e subordinado a um determinado contexto e projecção da acção (Reinbold e Breillot, 1993, cit. por Canário, 1996). Não se trata de um estado ou saber que se possui, nem um adquirido da formação, podendo apenas ser produzida em contexto de acção (Le Boterf, 1994). Silva (1997) acrescenta ainda que a existência da competência pressupõe a sua aplicação, ou seja, o local do exercício intervém na produção de competências, não pressupõe apenas a escola, mas também o local de trabalho.

Conceitos como formação em alternância (Lesne e Mianvielle, 1990; Cabrito, 1994) Malglaive, 1995; Ambrósio, 1997) e formação alternada (Cabrito, 1994) completam a abordagem teórica sobre a aprendizagem no contexto da prática.

Refira-se ainda que a formação é beneficiada pela experiência por possibilitar que o indivíduo mobilize uma diversidade de referências que aumenta a sua flexibilidade nas diferentes situações (Josso, 1989). A formação é integradora (Lerbert, 1986) se permitir a aplicação, em contexto de trabalho, das aprendizagens realizadas na escola. Por sua vez, para Dominicé (1989) a experiência pode não constituir em si uma aprendizagem, mas a aprendizagem não pode passar sem a experiência. A formação é válida se desenvolver saberes práticos, úteis para o trabalho e adquiridos pelo seu exercício (Dubar, 1995). Além disso, "*para potencializar formativamente a situação de trabalho, é necessário que a interacção com essa situação faça sentido para os que nela estão envolvidos*" (Amiguinho et al., 1995: 107).

A teoria de aprendizagem pela experiência de David A. Kolb (1984) oferece os alicerces para uma abordagem da educação e da aprendizagem baseada na concepção de um processo ao longo da vida bastante ligado às tradições intelectuais da psicologia social, filosofia e psicologia cognitiva. O autor desenvolveu um modelo de aprendizagem pela experiência, que prossegue uma estrutura que tem como objectivo analisar e integrar diversas perspectivas críticas sobre educação, trabalho e desenvolvimento pessoal.

A perspectiva de aprendizagem de Kolb é designada de "baseada na experiência" por realçar o papel central que a experiência tem no processo de aprendizagem (Kolb, 1984). O conhecimento resulta da "*combinação de compreender a experiência e transformá-la*" (Kolb, 1984: 41).

Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschiger, 1990) também descreveram uma tipologia dos contextos de aprendizagem que corresponde à tipologia dos estilos de aprendizagem. Esta noção reflecte o argumento de Kolb de que o estilo de aprendizagem é desenvolvido e reforçado pelo uso repetido de certas competências realçadas em contextos particulares. Os contextos de aprendizagem são classificados como *afectivos, perceptivos, simbólicos* e *comportamentais*.

O tipo de competências realçadas em cada contexto de aprendizagem cria o que Kolb (1984) designou por "*environmental press*". Para ter sucesso na organização, o

sujeito deve recorrer a um conjunto particular de competências de aprendizagem adaptadas ao contexto. O impacto da força contextual e do desempenho profissional no estilo de aprendizagem foi evidente nos estudos de Laschinger e Boss (1989*), Marcinek (1983*) e de Seidemen (1983*) a partir da teoria de Kolb. Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger, 1990) desenvolveram dois instrumentos que visavam a sua operacionalização: o ACP - *Adaptative Competency Profile* e o EPQ - *Environmental Press Questionnaire*, que têm como objectivos avaliar o estilo de aprendizagem dos sujeitos, determinar as competências mais desenvolvidas e medir as percepções da força contextual (Kolb et al., 1981, cit. por Stusky e Laschinger, 1995).

Kolb (1976, cit. por Laschinger, 1990) constatou que as diferentes profissões poderiam gerar estilos específicos. À semelhança de Schön (1991), Kolb (1984) considera que em profissões onde se reconhece alguma complexidade, instabilidade e conflito, há uma tendência para o pluralismo em termos de estilos de aprendizagem.

A prática de enfermagem reveste-se de grande complexidade, por trabalhar com o ser humano, mas também por mobilizar o valor da vida, que se constitui como supra--ordenado (D'Espiney, 1999). Costa (2001) acrescenta que em enfermagem o contexto de trabalho surge como o local privilegiado da aprendizagem, constatando--se no entanto a existência de alguma dicotomia entre os locais e os tempos de produção teóricos e os locais e os tempos da sua aplicação não sendo, contudo, inibidores de que os saberes formalizados se confrontem com a prática e que os saberes práticos se formalizem, num ciclo recursivo.

A aquisição de aprendizagens no domínio da profissão e de elementos do sistema de valores da instituição onde é desenvolvida a prática facilita a inserção no trabalho (Barbier, 1992), bem como o desenvolvimento de capacidades de adaptação e transferência de saberes e saberes-fazer para novas situações (Deret e Parlier, 1990). Contudo, se este processo não for alvo de reflexão, não passará de "*um processo passivo de aquisição mais ou menos inconsciente de esquemas e respostas, que correspondem ao processo de adaptação do indivíduo ao seu meio*" (D'Espiney, 1999: 15). O envolvimento de uma pessoa numa situação de intervenção beneficia a reflexão sobre a prática, exige a identificação de cenários para resolver problemas e

* Citado por Laschinger, 1990

cria condições para o estabelecimento de diálogo e para a compreensão de diferentes pontos de vista (Nunes, 1995). Embora exista pensamento na acção, tem de haver outros momentos distantes da acção para se poder pensar, reflectir e produzir saber (Rebelo, 1996). Zeichner (1993) cita Dewey (s.d.) ao definir a acção reflexiva como uma acção que implica uma consideração activa, persistente e cuidadosa daquilo em que se acredita, à luz dos motivos que o justificam e das consequências a que conduz. A reflexão implica intuição, emoção e paixão; não é, portanto, nenhum conjunto de técnicas que possa ser empacotado e ensinado. A reflexão sobre o domínio da profissão é favorecida nas visitas de estudo, estágios de observação e/ou desempenho de funções produtivas, desde que haja exploração dos mesmos pela instituição escolar (Eggleston, 1983; Miller et al., 1991).

Os saberes profissionais "*têm sempre conhecimentos teóricos, fundamentais e indispensáveis*" (Malglaive, 1995b: 56). Para Le Boterf (1997) o profissionalismo constrói-se no cruzamento de três domínios: a bibliografia e a socialização, o contexto profissional e a formação profissional. Os recursos do saber aumentam as oportunidades de ser competente, mas não constituem a competência. Esta deve ser definida em referência ao contexto onde é mobilizada, tratando-se da integração, com sucesso entre a teoria e a prática (Milligan, 1998).

Baseada na pesquisa desenvolvida, na nossa própria vivência pessoal, deparámo-nos com uma dúvida que de forma progressiva foi surgindo e se tornou mais clara: "De que forma as experiências profissionais vividas pelos enfermeiros se traduzem nos trajectos de formação ao nível do CCFE?"

Propusemo-nos estudar experiências profissionais vividas por enfermeiros do Hospital de São José, em Lisboa e a forma como estas se reflectiram e foram "recuperadas" nos trajectos de formação ao nível do CCFE. O conhecimento da unidade social e a explicação de fenómenos socioculturais foram a base para responder à questão de partida. Procuramos centrarmo-nos num determinado contexto - o Hospital de São José, em Lisboa. O grupo estudado incluiu enfermeiros que exerciam funções na referida instituição e que frequentaram o primeiro CCFE. No momento em que iniciámos o trabalho tínhamos apenas um grupo de enfermeiros que já tinham terminado o seu CCFE.

Não podemos ignorar que ao tratar-se do primeiro curso, este teve um impacto diferente, tanto para as escolas como para as instituições de saúde. Trata-se de uma mudança que, para Perroux (s.d., cit. por Valade, 1995: 312) é uma "*combinação das transformações mentais e sociais de uma população que a tornam apta a aumentar com carácter cumulativo e permanente, o seu produto real global*". Por outro lado, previa-se uma transformação observável no tempo, que iria afectar, de maneira provisória ou efémera, a estrutura ou funcionamento da organização social das instituições escolares e prestadoras de cuidados de saúde e que iria modificar o curso da sua história (Rocher, 1968, cit. por Valade, 1995).

Esta dissertação está dividida em três partes. Na primeira parte propomo-nos a enquadrar teoricamente a problemática estudada, caracterizando a enfermagem quanto à formação e aos percursos profissionais. Num primeiro ponto dedicado à enfermagem e às ciências de enfermagem centramo-nos na produção sócio-histórico--antropológica da profissão, nos diferentes tipos de conhecimento em enfermagem e na sua epistemologia. Num segundo ponto, dedicado aos contextos e às práticas, é feita referência à natureza do exercício da profissão de enfermagem, bem como aos contextos em que a mesma é exercida. Para uma melhor contextualização passamos a abordar os modelos de organização do trabalho e a aprendizagem no contexto da prática. Por fim, no terceiro ponto dedicado à formação em enfermagem começamos por fazer alusão aos seus percursos e desafios. A importância do saber prático na formação em enfermagem direccionou-nos para a teoria de aprendizagem pela experiência, realçando-se o modelo de Kolb (1984). Num último sub-capítulo, é caracterizado o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

A segunda parte é dedicada ao caso em estudo. Começamos por abordar um conjunto de dimensões de ordem metodológica: modo e estratégias de investigação, incidindo na distinção entre a perspectiva quantitativa e qualitativa. Abordam-se ainda as questões orientadoras e unidades de análise, os instrumentos de colheitas de dados e a validação da informação colhida. Em seguida procuramos elaborar a caracterização histórica e sócioclínica do contexto em análise. O terceiro ponto é dedicado à caracterização dos actores do estudo em relação a dados pessoais, aos locais de experiência clínica e aos contextos de formação em relação ao CCFE. O quarto e o quinto pontos dedicam-se à apresentação e análise dos resultados em que se aborda o processo de desenvolvimento de competências dos actores, os seus estilos de

aprendizagem e as suas representações sobre o trabalho, as práticas profissionais, a formação, o CCFE e a sua articulação com os contextos das práticas. Por último, são apresentadas as conclusões da investigação.

Na última parte deste estudo estão incluídos os anexos. Remetemos para anexos alguns dos instrumentos utilizados na colheita de informação [guião da entrevista e questionários – *Adaptative Competency Profile* e *Environmental Press Questionnaire,* ambos de Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger, 1990)], um exemplar das entrevistas realizadas e as grades de análise da informação colhida através das mesmas com recurso à análise de conteúdo, elaboradas por domínios e categorias. A selecção destes materiais foi naturalmente complexa mas essencial, uma vez que a informação referente ao estudo se encontra registada em centenas de folhas.

PARTE I

I. ENFERMAGEM: FORMAÇÃO E PERCURSOS PROFISSIONAIS

1. ENFERMAGEM E CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

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

A enfermagem, à semelhança de muitas outras áreas de saber relacionadas com a promoção da saúde, embora uma ciência relativamente recente, vem de tempos imemoriais cujo objectivo primordial consistia na "ajuda", no cuidar da pessoa doente.

Aos poucos o cuidar da pessoa doente foi-se afastando das crenças que remetiam para o sobrenatural e as curas físicas começaram a ser encaradas como resultantes de intervenções dos "médicos", inicialmente filósofos, membros do clero ou "físicos" estudiosos que dedicavam a sua vida à permanente pesquisa das melhores estratégias para tratamento das "maleitas" do povo.

A par de uma evolução no cuidar em enfermagem, temos também vindo a assistir a um salto qualitativo na sua formação. Este desenvolvimento tem também vindo a acompanhar as rápidas mudanças no conhecimento que influencia os próprios contextos de trabalho.

As ciências de enfermagem têm vindo a afirmar-se no seio das ciências do homem. O recurso ao saber oriundo das ciências humanas atenua o efeito tecnicista gerado pela utilização progressiva e mais acentuada de meios tecnológicos no âmbito do exercício profissional (Abreu, 1998). Contudo, para além de todo este conjunto de saberes oriundos das ciências, Abreu (1998: 158 - 159) considera que "*a enfermagem é uma disciplina com uma perspectiva particular e bem delimitada, que se consubstancia num domínio próprio de conhecimentos*".

A afirmação das designadas *Ciências de Enfermagem* foram também influenciadas pela evolução da ciência, ao que Boaventura Sousa Santos (1998) designa também por "*paradigma emergente*", em que houve a superação da distinção entre ciências

naturais e ciências sociais. De entre várias explicações para tal evolução, o autor revela-nos que os modelos explicativos das ciências sociais vêm subjazendo ao desenvolvimento das ciências naturais pela facilidade com que as teorias físico--naturais, uma vez formuladas no seu domínio específico se aplicam ou aspiram aplicar-se no domínio social. A pessoa, que a ciência moderna lançara na diáspora do conhecimento irracional, regressara investida da tarefa de fazer erguer sobre si uma nova ordem científica. O avanço do conhecimento das ciências naturais e a reflexão epistemológica que ele tem suscitado têm vindo a mostrar que os obstáculos ao conhecimento científico da sociedade e da cultura são de facto condições do conhecimento em geral, tanto científico-social como científico-natural.

Estudar as profissões abstraindo-se da sua história, é condenar-se a dar conta do modo de existência das profissões na realidade social, apenas por intermédio de variáveis como a divisão técnica do trabalho (Johnson, 1972, cit. por Rodrigues, 2002).

A sociologia, ciência que tem como principal objectivo estudar a influência complexa da estrutura dos sistemas de interacção sobre as acções e sentimentos dos agentes que a compõem, estuda as relações formais e conceptuais da vida nas sociedades presentes e históricas (Boudon, 1983). O fenómeno das profissões tem vindo a ser reflectido desde o final do século XIX por pensadores como Spencer, Saint-Simon, Weber, Durkeim, Beatrice e Sidney Webb. Porém, só na segunda metade do século XX o fenómeno das profissões é abordado na sociologia de forma sistemática, desenvolvendo-se um processo interno de especialização científica que conduziu à constituição de um subdomínio usualmente designado por *sociologia das profissões* (Rodrigues, 2002).

Compreender o passado em relação às causas ou tendências poderá ser esclarecedor de condutas ou práticas presentes, pois o conhecimento das raízes permite colocar as teorias e os procedimentos no contexto adequado. Além disso, recordar a experiência passada pode evitar erros, pois tal como Nunes (2003: 13) refere "*a história é um instrumento de auto-conhecimento e um modo de construção do mundo humano*".

A Antropologia, ou a ciência do homem, é usada como um termo único que abrange subdisciplinas que, apesar do parentesco que as une, estão altamente individualizadas. Cada uma dessas divisões determina um conjunto especializado de técnicas e cada uma delas pretende atingir um objectivo diferente (Titiev, 1992).

Para Massé (1995, cit. por Abreu, 2003a) a antropologia da saúde é uma subdisciplina da antropologia que se destina à análise das formas como os indivíduos, nas diversas culturas e grupos sociais, reconhecem e definem os seus problemas de saúde, tratam as suas doenças e protegem a sua saúde. Os seus objectos de estudo baseiam-se nas concepções populares e profissionais das causas dos problemas de saúde, a natureza dos tratamentos da doença, os terapeutas que aplicam os tratamentos, os processos pelos quais os indivíduos procuram assistência e as instituições que gerem o espaço sociocultural da saúde. De acordo com Silva (1989: 206), o contributo da antropologia para a enfermagem baseia-se na possibilidade de orientar uma "*reagrupação de conhecimentos necessária a todos aqueles que, como o enfermeiro, lidam constantemente com a pessoa*" dada a unidade biopsicossocial do ser humano.

É neste sentido que abordaremos a produção da enfermagem, incluindo-se uma dimensão sociológica, histórica e antropológica.

1.1. PRODUÇÃO SOCIOHISTÓRICA DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

A ideia de que a enfermagem era considerada como uma arte, fora dos domínios intelectual e estético (Donahue, 1985, cit. por Carvalho, 1994: 48) esteve vigente durante anos. Contudo, ***Cuidar*** tem origem etimológica na palavra latina *cogitare*, que significa "*agitar no espírito, resolver no pensamento, pensar, apresentar pelo espírito, meditar* (...)" (Machado, 1977a: 263).

A prestação de cuidados não teve início apenas com a génese da enfermagem como grupo socio-profissional. A sua emergência e evolução ocorreram no desenvolvimento das práticas de saúde e de doença.

As práticas de saúde instintivas foram as primeiras formas de prestação de assistência. Numa primeira fase da civilização, estas acções garantiam ao Homem a manutenção da sua sobrevivência, estando na sua origem, associadas ao trabalho feminino, caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nómadas primitivos, tendo como referência as concepções evolucionistas e teológicas (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, 2001).

No mundo ocidental e ainda durante o período pré-cristão, as doenças eram

consideradas como um castigo de Deus ou resultado do poder do demónio. Eram os sacerdotes ou feiticeiros que prestavam assistência aos doentes. O tratamento consistia em pacificar as divindades, afastando os maus espíritos através de sacrifícios. Recorria-se a massagens, banhos de água fria ou quente, purgantes e substâncias que provocavam náuseas. Mais tarde os sacerdotes adquiriram conhecimentos sobre plantas medicinais e passaram a ensinar pessoas, delegando--lhes algumas funções (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, 2001).

Os egípcios tinham receitas médicas que deviam ser tomadas acompanhadas da recitação de fórmulas religiosas. Praticava-se o hipnotismo, a interpretação de sonhos, acreditava-se na influência de algumas pessoas sobre a saúde de outras. Haviam ambulatórios gratuitos onde era recomendada a hospitalidade e o auxílio dos desamparados (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, 2001).

A história revela que religiões como o budismo e o hinduísmo tiveram forte influência na prática assistencial. O budismo é o sistema religioso fundado na Índia, no século VI a.C. por Siddattha, Gautama ou o Buda – o Iluminado. Inicialmente criada como religião de monges e monjas na qual, mais tarde se veio a possibilitar a integração dos fiéis conservando os ofícios e ocupações habituais. A sua missão era ensinar as *Quatro Verdades Nobres*: a Existência da Dor, a Causa da Dor, a Cessação da Dor e o Nobre Caminho das Oito Vias.

Num outro contexto, as práticas de saúde mágico-sacerdotais abordavam a relação mística entre as práticas religiosas e de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes nos templos. Este período corresponde à fase do empirismo, que se verificou antes da emergência da especulação filosófica que ocorreu por volta do século V a.C.. Estas acções foram desenvolvidas durante muitos séculos nos templos que, a princípio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados. Posteriormente foram desenvolvidas escolas específicas para o ensino da arte de curar (escolas pré-hipocráticas) no sul da Itália e da Sicília, propagando-se pelos grandes centros do comércio, nas ilhas e cidades costeiras.

Com a evolução do ensino, as práticas de saúde passaram a relacionar a sua evolução à emergência da filosofia e ao progresso da ciência, baseando-se nas relações de causa e efeito. Este período teve início no século V a.C. e prolongou-se até aos primeiros séculos da era cristã (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de

Janeiro, 2001).

A prática de saúde, antes mística e sacerdotal, passou a basear-se na experiência, no conhecimento da natureza, no raciocínio lógico (que desencadeou a relação de causa e efeito para as doenças) e na especulação filosófica, baseada na investigação livre e na observação de fenómenos, limitada pela ausência quase total de conhecimentos anatomofisiológicos. Esta prática personalista voltou-se para o homem, para as suas relações com a natureza e para as suas leis imutáveis. Este período foi considerado pela medicina grega como período hipocrático, destacando Hipócrates que propôs uma nova concepção em saúde ao dissociar a arte de curar dos preceitos místicos e sacerdotais, através da utilização do método indutivo, da inspecção e da observação (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, 2001), com vista a uma descrição meticulosa das doenças e da sua evolução para estabelecer um prognóstico correcto. A sua hipótese é que a natureza tem por ela própria virtudes e que a medicina deve exercer o papel de "assistir" em vez de "alterar". A sua fisiologia reside sobre a teoria dos humores (o sangue, a linfa, o mau e o bom humor que provêm respectivamente do coração, do cérebro, do fígado e do baço), a sua boa proporção origina a saúde, a sua desarmonia a doença (Freidson, 1984).

As práticas de saúde monástico-medievais focalizavam a influência dos factores sócio-económicos e políticos do medieval e da sociedade feudal nas práticas de saúde e as relações destas com o cristianismo (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, 2001). A história revela que o *cuidar* como acto feminino teve início com a difusão do cristianismo em Roma, levando muitas damas distintas a dedicarem-se aos pobres e enfermos e a transformarem os seus palácios em asilos e hospitais (Paixão, 1979, cit. por Ferreira, 2001; Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1994), para assim se redimirem dos seus pecados e ganharem um lugar junto de Deus.

Esta época corresponde ao aparecimento da enfermagem como campo leigo, desenvolvido por religiosos e abrange o período medieval compreendido entre os séculos V e XIII. Tratou-se de um período que deixou como legado uma série de valores que, com o passar dos tempos, foram a pouco e pouco legitimados e aceites pela sociedade como características inerentes à enfermagem. A abnegação, o espírito de serviço, a obediência e outros atributos deram à enfermagem uma conotação de sacerdócio e não de prática profissional (Conselho Regional de Enfermagem do Rio

de Janeiro, 2001).

Neste mesmo período, mas noutro ponto do globo desenvolvia-se a civilização islâmica, que "*não negava as bases culturais de muitas sociedades europeias e que abria novas perspectivas no mundo das artes, das ciências e da filosofia*" (Abreu, 2003a: 35). Em poucos anos esta civilização expandiu-se desde o oceano Atlântico, ao ocidente, às fronteiras da China, ao oriente. Oitenta anos após a morte do *Profeta Muhammad*, os árabes chegaram a França depois de terem atravessado Espanha. Alguns locais estratégicos no sul da Europa foram ocupados no século X; enquanto que locais importantes no centro da Europa, chegando mesmo a Viena foram conquistados sob o reinado de *Sulayman I* e posteriormente de *Muhammad IV* (Abreu, 2003a).

O início do século IX ficou marcado pela tentativa por parte dos califas em concentrar em Bagdade sábios de todas as áreas, incentivando a criação de oficinas de produção, tornando-se importantes espaços de promoção da arte e da ciência. As obras de Aristóteles, Hipócrates, Galeno, Dioscórides, Arquimedes ou Pitágoras foram traduzidas para árabe e trabalhadas. O conhecimento que hoje possuímos de clássicos da literatura e da filosofia devemos a muitos destes centros, pois com a destruição de muitas bibliotecas na Europa, somente estas traduções permitiram que aquelas não se perdessem para sempre (Abreu, 2003a).

A medicina islâmica atingiu o seu apogeu, tanto na clínica como no ensino, entre os séculos X e XII. No final do século X podiam encontrar-se hospitais (*Al-Bimaristan*) bem concebidos e apetrechados, construídos em moldes inovadores, considerando-se a situação miserável que se vivia na Europa (Abreu, 2003a)a.

Nesta época já se observava uma relação entre a investigação e as opções organizativas. Estes hospitais possuíam enfermarias separadas por patologias e por sexos, uma farmácia e havia articulação com a comunidade, por exemplo através do trabalho nas prisões. Quanto à gestão, já existia um orçamento e introduziam-se, pela primeira vez, os registos hospitalares, os cuidados com os valores dos doentes e as bibliotecas, promovendo-se também a avaliação destas instituições a partir de um conjunto de referências objectivas. Do mesmo modo, as escolas de saúde formavam profissionais que só poderiam ingressar no mercado de trabalho após uma avaliação rigorosa (Abreu, 2003a).

Entre os séculos IX e XI surgiram médicos e pedagogos que se destacaram, figuras

distintas da medicina islâmica: *Al-Razi, Al-Zahrawi, Ibn-Sina, Ibn-Rusd, Ibn-El-Nafis, Ibn-Maimon* (este último natural de Córdova, Espanha). Princípios de saúde pública, utilização do mercúrio, sistema circulatório, redução de determinadas fracturas, oftalmologia ("*Natigat-El-Fikr fi Ilag Amrad El-Bassar*"), anestesia e obstetrícia foram contributos pioneiros e essenciais para a medicina. Para além dos aspectos científicos, as escolas tinham também influência social, veiculando os três suportes do islamismo: o *Alcorão* (palavra de Deus), o *Hadith* (ditos do profeta) e a *Sirah* (actos do Profeta descritos pelos seus discípulos). Os mongóis, então comandados por *Ghengis Khan*, destruíram violentamente grande parte das bibliotecas de Bagdade. As batalhas consecutivas com os cristãos e as grandes divergências no mundo muçulmano contribuíram para o progressivo esmorecimento da medicina islâmica (Abreu, 2003a).

Com o desenvolvimento das monarquias e, principalmente depois de começarem a aparecer os hospitais no século XII, como instituições especificamente destinadas aos doentes pobres, surgiram igualmente as primeiras ordens religiosas hospitaleiras (masculinas, femininas ou mistas) (Graça e Henriques, 2000c).

Santo Agostinho fundou a sua Ordem em 1155. As monjas agustinianas, "*de hábito branco e de cruz ao peito, sorriso bondoso, mãos carinhosas estavam sempre disponíveis para cuidarem a chaga, a ferida imunda*" (Carvalho, 1994: 49). Era este o modelo mais desejado para os doentes e infelizes, que perdurou durante séculos no ocidente.

Aquando da fundação de Portugal e da reconquista, a medicina, na Península Ibérica, era exercida pelos religiosos (sem formação escolar e baseada no sobrenatural e no carácter punitivo da doença) e pelos médicos, judeus e árabes (dotados de espírito analítico, em melhores condições de exercerem uma medicina com bases científicas). Estes poderão ter influenciado os hospitais da época, transformando-os de meros albergues em estabelecimentos mais próximos do conceito de hospital. As albergarias, na sua maior parte situadas junto aos conventos, fundadas por religiosos, damas abastadas e alguns nobres, foram os primeiros estabelecimentos com disposição para acolherem doentes pobres, pois as classes mais elevadas tratavam-se nas suas residências. As primeiras albergarias foram fundadas por D. Tareja, no tempo do condado portucalense (Portugal, 1998).

Até ao século XV, a situação foi-se mantendo e como resposta às pressões sociais de

grupos, cujo poder se ia instituindo, o número destas instituições foi aumentando. As rendas avultadas, muitas vezes controladas de forma pouco credível, aumentavam o poder das albergarias de fundação monástica, sendo este compensado pela rede de instituições dependentes das corporações. A juntar a estes factores, as sucessivas pestes que devastaram o país conduziram a uma proliferação destas instituições, dispondo-se de mais de quinhentos estabelecimentos, sendo que só em Lisboa existiam quarenta e dois hospitais e treze albergarias. A sua lotação variava entre quatro e oito camas, atingindo raramente as vinte e cinco. Destaca-se o Hospital Termal das Caldas da Rainha, cuja construção teve início em 1485, que dispunha de cento e dezassete camas e foi o primeiro hospital termal do mundo (Portugal, 1998).

No final do século XV o poder monástico e da alta nobreza deu lugar ao poder burocrático e das corporações e ofícios, alargando-se o poder centralizador do Estado. À semelhança da Europa, surge em Portugal, o Hospital moderno, cuja expressão é o Hospital Central e, entre nós, surgirão as Misericórdias que terão um papel fulcral na sua organização e gestão (Portugal, 1998).

As práticas de saúde pós-monásticas evidenciam a evolução das acções de saúde e, em especial, do exercício da enfermagem no contexto dos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante. Corresponde ao período que vai do final do século XIII ao início do século XVI. O retomar da ciência, o progresso social e intelectual da Renascença e a evolução das universidades não constituíram factores de crescimento para a enfermagem.

Enclausurada nos hospitais religiosos, manteve-se empírica e desarticulada por muito tempo, tendo-se desagregado ainda mais a partir dos movimentos da Reforma Religiosa e das perturbações da Santa Inquisição. O hospital passou a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizavam as mesmas dependências, amontoados em leitos colectivos (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, 2001).

Ao ser considerada um serviço doméstico sob exploração deliberada, cujos padrões morais que a sustentavam viram sofrer uma queda, a prática de enfermagem tornou-se indigna e sem atractivos para as mulheres de casta social elevada. Esta fase tempestuosa teve como significado uma grave crise para a enfermagem, tendo permanecido por muito tempo. Apenas no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram de iniciativas religiosas e sociais,

tentaram melhorar as condições do pessoal que trabalhava nos hospitais (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, 2001).

No século XVI, os discípulos do santo português São João de Deus fundaram a Ordem Hospitaleira de São João de Deus, ou Irmãos da Misericórdia, cujo lema era "*Irmãos fazei o bem*". Esta ordem criou hospitais e a sua influência foi alargada a grande parte do mundo. A separação dos enfermos consoante a natureza da doença é da autoria de São João de Deus. Foi também pioneiro em separar doentes mentais, a quem era dado carinho; em ter salas bem ventiladas para as doenças contagiosas e a usar roupas brancas nas camas. Não era dado espaço para a investigação, pois o lugar dos Irmãos era junto do leito dos doentes (Nogueira, 1990).

Este século ficou também marcado pela extinção das ordens monásticas em Inglaterra, em que a prestação de cuidados básicos aos enfermos era entregue a mulheres sem qualquer preparação específica ou perfil vocacional. Surgiu a *matron*, que se encarregava pelo pessoal menor, que para além de vigiar as mulheres da limpeza vigiava as próprias enfermeiras. A enfermagem não era mais que uma variante do trabalho doméstico: servir e ajudar com espírito de caridade os doentes internados; manter a higiene mínima e o conforto dos doentes, a medicação ou a dieta prescrita pelo médico (Graça e Henriques, 2000c).

A institucionalização da ideologia da *vocação* foi também uma das estratégias do processo de configuração socio-profissional da enfermagem. O *ideal de servir* devia consubstanciar a fonte de gratificação pessoal e profissional, em que a dedicação e a bondade de carácter eram considerados atributos necessários à missão de apoio moral a quem sofria. Por outro lado, obediência e firmeza perante os que se encontravam sob a sua autoridade eram valores que evidenciavam um modelo disciplinar inspirado na ordem militar (Glaser, 1966 e Aiken, 1983 cit. por Lopes, 2001).

Desde meados do século XVI e até aos finais do século XIX, o hospital português foi um estabelecimento assistencial com fraca diferenciação técnica, fundamentalmente vocacionado para o acolhimento de doentes pobres e praticamente sob a administração das Misericórdias (Portugal, 1998; Graça, 2000a).

No século XVII, em França vivia-se um ambiente de dificuldades económicas e sociais, com a ocorrência de várias guerras, fomes e epidemias, em que havia uma elevada taxa de mortalidade infantil. São Vicente de Paulo – sacerdote, fundou várias sociedades, das quais se destaca a *Sociedade das Irmãs da Misericórdia*, conhecidas

como *Irmãs* ou *Filhas de Caridade*. Estas tinham uma particularidade, "*não tomavam votos nem faziam qualquer tipo de promessas. Estavam imbuídas por profundas convicções humanitárias*" (Donahue, 1985, cit. por Carvalho, 1994: 49). A sua principal inovação foi ter dirigido as freiras para cuidar dos doentes que se mantinham em casa, tornando-se grande impulsionador dos *cuidados domiciliários* (Nogueira, 1990).

A prática de enfermagem não tinha grande visibilidade, pois havia uma fraca aceitação da sabedoria da mulher, resumindo-se apenas à transmissão oral. A instrução profissional era proibida, uma vez que as *Irmãs de Caridade* não saíam da atmosfera hospitalar desde o dia da sua admissão até à sua morte devendo ser preparadas apenas para "*tomar conta de doentes*". Os únicos locais de aprendizagem de enfermagem não diferenciados, eram a escola e o hospital, onde era aprendido o papel moral e o técnico, base das práticas de cuidar e de auxiliar do médico, que iriam determinar os diferentes programas de formação. Após a formação, as denominadas *enfermeiras visitadoras* poderiam desempenhar o aprendido junto das famílias, sendo-lhes possível regular as situações domiciliárias.

Comelles (1993, cit. por Nunes, 2003) considera que, em França, a invenção da profissão de enfermagem foi consequência da fundação, por São Vicente de Paulo, das *Irmãs de Caridade*. Tal afirmação é justificada por ter sido a primeira vez na história, que se definiu da prática um trabalho técnico assistencial.

Durante o século XVII viveu-se numa época em que se idealizava que os cuidados ao corpo só eram possíveis porque eram "*suporte dos cuidados espirituais*", dirigindo-se apenas "*aos corpos sofredores, miseráveis atingidos por numerosos males*", em que as "*práticas das mulheres consagradas*" se dirigiam "*aos pobres, aos humildes, aos indigentes*" (Collière, 1989: 66). Uma vez que estas mulheres estavam ao serviço de Deus e da Igreja, a sua prestação era de caridade e isento de qualquer gratificação, apesar do desenvolvimento económico vivido na época. "*Era a imagem da religiosa, feita de amor pelo próximo, que não necessitava de grande instrução, mas somente qualidades de coração*" (Parrot, 1973, cit. por Carvalho, 1994: 49). "*Um pouco de prática e alguma habilidade chegavam para fazer um enfermeiro em condições*" (Nogueira, 1990: 99).

No século XVIII, os hospitais começaram a ser lugar de tratamento e cura, não de refúgio. As ideias revolucionárias trazidas pela Revolução Francesa, centradas em

valores como os da liberdade, igualdade e fraternidade, vieram agitar os espíritos e determinar um enorme desenvolvimento científico. As instituições hospitalares eram elementos fulcrais e foram-se transformando em estabelecimentos estritamente médicos, baseadas na observação e no conhecimento científico. A Medicina Hospitalar eclodia com toda a sua magnitude (Portugal, 1998). Começaram-se a fazer estudos médicos e estes sentiram a necessidade de melhor seleccionar e instruir os enfermeiros e enfermeiras. No entanto, a realidade era a carência de religiosas para os hospitais. Os doentes eram, então, confiados às denominadas *beguinas* que não eram mais que "*raparigas arrancadas à má vida*" (Nogueira, 1999: 39), que não tinham qualquer preparação, eram "*mal pagas e de muito duvidosa moralidade*" (Nogueira, 1999: 119). Há também referência, nesta época, da separação por sexos em que a enfermeira tratava das mulheres e o *hospitaleiro* tratava dos homens (Graça e Henriques, 2000d).

Médicos alemães tentaram solucionar a questão da instrução das enfermeiras com a elaboração de manuais escritos. Contudo, verificaram que quase todas eram analfabetas e tiveram de desistir. Com o objectivo de solucionar tal situação e de dar resposta às exigências hospitalares e sanitárias que eram cada vez maiores, foi fundado em 1836, na Alemanha, por Theodor Fliedner, um instituto de diaconisas (*Instituto de Haiserwerth*). Para além de se dedicarem a obras de caridade, já tinham conhecimentos de enfermagem. Foi organizado um programa de estudos com a duração de três anos que incluía, para além dos conhecimentos teóricos e práticos de cuidados aos doentes, os conhecimentos da ética e da doutrina religiosa. Era imposto um princípio rígido, que iria perdurar no tempo: as ordens do médico deviam ser cumpridas de forma exacta, sendo este o único responsável pelo resultado dos cuidados (Donahue, 1985, cit. por Carvalho, 1994). Este instituto foi como um modelo para outras instituições que rapidamente se ergueram noutros pontos do mundo. Apesar de haver já uma aproximação aos cuidados de enfermagem, "*no sentido de ajudar o doente a viver, preservando ou restabelecendo a sua saúde ou a ultrapassar as dificuldades ligadas às perturbações próprias da doença*" (Carvalho, 1994: 50), e de desenhar já uma forte componente da inserção social, prevalecia ainda a enfermagem religiosa e dependente.

As práticas de saúde no mundo moderno analisam as acções de saúde e, em especial, as de enfermagem, sob a óptica do sistema político-económico da sociedade

capitalista. Destacam-se a emergência da enfermagem como grupo socioprofissional. Esta análise teve início com a Revolução Industrial no século XVIII e culminou com a emergência da enfermagem moderna na Inglaterra, no século XIX (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, 2001). Davies (1980, cit. por Lopes, 2001) refere que a génese da enfermagem como grupo socioprofissional relaciona-se com a expansão do sistema hospitalar, ocorrida a partir do século XIX, e às transformações técnicas e sociais que estiveram na origem desta expansão.

O avanço da medicina favoreceu a reorganização dos hospitais. Foi nesta reorganização e no posicionamento do médico como principal responsável por esta reordenação que se encontraram as raízes do processo de disciplina e seus reflexos na enfermagem, ao ressurgir da fase sombria em que esteve submersa até então (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, 2001; Lopes, 2001). A complexificação técnica dos cuidados de saúde, resultante da institucionalização da medicina científica moderna, como a consequente complexificação administrativa e burocratização organizacional do sistema hospitalar, levaram a exigir da enfermagem responsabilidades e competências para as quais não estavam preparadas as religiosas ou o pessoal indiferenciado que, até então, assegurava as prestações não médicas (Freidson, 1984; Lopes, 2001).

No Ocidente, até ao final do século XIX, eram os membros da família ou o pessoal doméstico que, normalmente, cuidavam dos doentes nas suas próprias casas, sendo os hospitais recurso para indigentes ou para pessoas com desequilíbrios mentais. "*A família é o mais antigo e ainda utilizado serviço de assistência à saúde no mundo*" (Roper, Logan e Tierney, 1995: 3). Assim, o primeiro enquadramento do cuidar insere-se ao nível do domicílio (Nunes, 2003). Predominavam as doenças infecto--contagiosas e careciam pessoas preparadas para cuidar dos doentes. Além disso, os pobres tornaram-se objecto de instrução e experiências que resultariam num maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada (Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro, 2001).

Referindo-se também ao final do século XIX, Ramalho Ortigão (1944, cit. por Nunes, 2003) refere que a *doença física* era explicada muitas vezes como mais do que um sintoma objectivo da apatia da inteligência e da vontade. O ideal seria deixar a natureza seguir o seu caminho já que o princípio dominante baseava-se na crença que, em termos biológicos, o organismo tende para a saúde. A obrigação humana

centrar-se-ia no princípio da vida, sugerindo-se uma crescente preocupação com uma boa nutrição, exercício, banhos e higiene do vestuário.

Nunes (2003) considera, pelo contrário, que fora do discurso científico ou "positivo", a *doença* se anunciava como infelicidade, sendo imputada à natureza, à sociedade e/ou agentes exteriores (vindas de navios de outros países, por exemplo). Numa acepção religiosa assumia-se um aspecto benéfico, como purificação pelo sofrimento e prova de santidade.

Florence Nightingale (1820 – 1910) tem sido considerada a geradora da enfermagem profissional, motivo pela qual na data do seu aniversário – 12 de Maio – é celebrado como o Dia Internacional do Enfermeiro (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1994: 2). O seu modelo consistiu na sabedoria, ternura, empatia, '*insight*', sobriedade, obrigação, humanitarismo, moralidade, alívio e adaptação de indivíduos (Baly, 1986, cit. por Christman, 1991). Conhecida como a *Dama da Lanterna*, a fundadora da Enfermagem Moderna veio revolucionar as estruturas básicas da saúde comunitária. Filha de pais ricos ingleses, possuidora de uma inteligência pouco vulgar, tenacidade de propósitos, determinação e perseverança, desde muito nova que manifestou forte inclinação para cuidar dos enfermos. Aos 24 anos pediu que a deixassem estagiar num hospital, o que lhe foi negado. Passou o Inverno em Roma a estudar as actividades das Irmandades Católicas. Passados cinco anos fez uma viagem ao Egipto e decidiu servir a Deus. Só aos 31 anos de idade conseguiu vencer todas as dificuldades e fazer um estágio de três meses no *Instituto de Haiserwerth*. A sua realização foi plena, mas a formação ministrada às diaconisas não a deixou entusiasmada.

Viajou pela Europa e publicou estudos comparativos sobre a enfermagem dos vários países. A pedido do Ministro da Guerra do seu país e nomeada como Superintendente do Corpo de Enfermeiras, Nightingale deslocou-se para a Guerra da Crimeia (1854-1856) com um grupo de 38 enfermeiras voluntárias, onde as condições de higiene não eram as melhores. Algumas enfermeiras foram despedidas por incapacidade de adaptação e principalmente por indisciplina. Organizou o hospital e de noite percorria as enfermarias, de lanterna na mão, confortando os feridos. A mortalidade decresceu de 40% para 2%. Adoeceu gravemente ao contrair febre tifóide e depois de recuperada a sua saúde, regressou a Inglaterra, onde passou o resto da sua vida mergulhada em estudos sobre hospitais e organizações de

enfermagem. De entre os vários trabalhos publicados, realçam-se "*Notas sobre os Hospitais*" (1858) e "*Notas sobre Enfermagem*" (1859).

Em Portugal os hospitais também eram locais de aprendizagem, principalmente das cidades universitárias – Lisboa, Porto e Coimbra, em que os doentes eram pobres, pois quem tinha recursos económicos era cuidado em casa. Deste modo, os hospitais públicos tinham uma afluência superior à sua capacidade, o que contribuiu para a existência de más condições de trabalho e, consequentemente, dificuldades dos profissionais de saúde. A *enfermagem hospitalar* no nosso país "*deixava muito a desejar*", se comparada com a dos países europeus como a Inglaterra ou a Alemanha (Graça e Henriques, 2000a). Quem prestava cuidados básicos aos doentes pertencia originariamente a ordens religiosas e militares ou a confrarias e irmandades. Ao longo do tempo apareceram designados como *enfermeiros maiores* e *enfermeiros pequenos*, *hospitaleiros* e *hospitaleiras*, *irmãos* e *irmãs*, *religiosos* e *religiosas*, *enfermeiras*, *servas* ou simplesmente *mulheres* (Graça e Henriques, 2000e). A enfermeira exercia, tal como afirma Soares (1997: 29 – 30), funções que vão "*desde as actividades relacionadas com a higiene e terapêutica, passando pela obrigatoriedade de participar em actos religiosos, até às tarefas administrativas a executar, aos pesados horários que cumpria, à disciplina a que estava obrigada*".

Em 1857, aquando das epidemias de cólera e febre-amarela, em Portugal ocorreu uma violenta campanha jornalística contra as irmãs de caridade da Congregação de São Vicente de Paulo, exaltando a opinião pública. A questão foi discutida no Parlamento e na rua. As freiras chegaram a ser apedrejadas e os campos extremaram-se, uma vez que a corte e os meios aristocráticos as defendiam, enquanto as forças progressistas rejeitavam a sua acção no nosso país (Proença e Manique, s.d., cit. por Nunes, 2003). Tratou-se de um conflito ideológico travado entre as correntes religiosas e as portadoras de uma mentalidade entre enfermagem laica e religiosa (Nunes, 2003).

À semelhança da medicina, com a expulsão das ordens religiosas e a laicização do pessoal hospitalar, a enfermagem começou a ganhar alguma especificidade e visibilidade, podendo-se mesmo falar de uma enfermagem hospitalar para os pobres e de uma enfermagem privada para os ricos (Graça e Henriques, 2000a).

Para Petitat (1989, cit. por Soares, 1997) o movimento de profissionalização da enfermagem surgiu na viragem do século XX, tendo origem num novo corpo de

saberes, baseado na ciência moderna em ruptura com a tradição oral empírica. Este movimento teve origem na negação progressiva dos saberes tradicionais. Começou-se a aceitar a ideia de que uma boa formação científica era a melhor garantia de cuidados eficazes.

Nunes (2003) considera que a criação de um curso de enfermagem, independentemente de ser uma iniciativa de curta duração, marca em Portugal a passagem da enfermagem a profissão. A formalização do ensino (1881–86), em Portugal, poderá ser considerada uma fase intermédia de passagem do ofício a profissão.

No início do século XX, com o desenvolvimento da tecnologia, houve valorização do estatuto da enfermeira como auxiliar do médico, através da técnica. A prática de enfermagem era construída em referência à prescrição com vista à investigação e ao diagnóstico médico. *Cuidar* era "*esforçar-se por prestar correctamente os cuidados prescritos pelo médico*" (Collière, 1989: 93), havendo um realce da imagem da mulher que era enfermeira e em simultâneo uma maior vulnerabilidade por não se conseguir valorizar numa função própria. A *técnica* passou a ser o foco de atenção.

Em Portugal, as obrigações dos enfermeiros e enfermeiras foram definidas, pela primeira vez, no *Regulamento Geral dos Serviços Clínicos do Hospital Real de São José e Anexos*, através da publicação do Decreto n.º 204 do Diário do Governo I Série de 12 de Setembro de 1901 (cit. por Nunes, 2003), incidindo principalmente em três áreas: os aspectos administrativos (registos de doentes, expediente, manutenção do inventário e cumprir e fazer cumprir horários, entre outros), a medicação e as questões de higiene e asseio dos doentes, enfermarias e anexos.

A publicação do Decreto 4:563, de 9 de Julho de 1918 (cit. por Nunes, 2003) veio criar a Escola Profissional de Enfermagem em Portugal. Sendo esta considerada uma *Escola Profissional*, conferia-lhe um estatuto diferente, mais vinculado ao ensino técnico. Considerada como arte doméstica, como ocupação benemérita ou conjunto de actos nascidos da caridade cristã, a enfermagem assume, de acordo com esta nomenclatura oficial, a designação de profissão. Este dispositivo legal contemplava também a vertente do exercício, em que foram definidos os modos de promoção e a equiparação dos anteriores enfermeiros, ajudantes e praticantes efectivos respectivamente a uma nova tipologia de enfermeiros chefes, enfermeiros sub-chefes e enfermeiros de primeira e segunda classe.

Na segunda década do século XX foi realizado o primeiro estudo profissional sobre as enfermeiras visitadoras de higiene. A enfermeira era então vista como qualquer pessoa que prestava "*habitualmente cuidados prescritos ou aconselhados por um médico, seja no domicílio, seja nos serviços públicos ou privados*" (Collière, 1989: 111). As enfermeiras visitadoras faziam os domicílios munidas de uniforme, para que fossem reconhecidas facilmente pela população. Entre nós, a enfermeira visitadora deveria andar pelas casas dos pobres, dar-lhes conselhos de higiene e ensinar-lhes medidas preventivas no combate aos grandes flagelos da época (Fontes, 1937, cit. por Nunes, 2003), tendo sido valorizadas muito cedo, nomeadamente no panorama da saúde escolar (Nunes, 2003).

Em 1938 as enfermeiras visitadoras juntaram-se às assistentes sociais, havendo separação entre o "sanitário" e o "social", empobrecendo assim a prática de enfermagem hospitalar e, com uma consequente, desvalorização dos cuidados domiciliários. Toda esta alteração levou a um questionar "*sobre uma concepção do exercício profissional, sobre a natureza da função a exercer*" (Collière, 1989: 111).

Em Portugal, a preocupação com a falta de protecção da integridade física dos enfermeiros foi manifestada nos anos trinta. Em relação à vida hospitalar, as enfermarias eram ocupadas por todo o tipo de doentes em conjunto e as modalidades de trabalho instituídas não eram as melhores para a saúde. Foi instituído um regime de noventa "*velas*", ou seja um período trimestral de trabalho nocturno, sendo que os turnos eram de doze a catorze horas seguidas, durante três ou quatro dias consecutivos, com uma folga entre eles. O grupo profissional tinha uma elevada taxa de incidência de tuberculose atribuído ao esforço físico, má alimentação, más condições de habitação, fadiga e contacto com doentes portadores da doença (Voz do Enfermeiro, 1932, cit. por Nunes, 2003).

O processo que fundamentou a génese da constituição da enfermagem como grupo socioprofissional originou o desenvolvimento de duas estruturas diferenciadas: a estrutura de cuidados e a de cura. Apesar da estrutura de cuidados emergir como o campo por excelência da enfermagem, este não irá assentar num campo de exercício profissional efectivamente autónomo, pois a sua génese surge condicionado pela estrutura de cura enquanto campo exclusivo da autoridade médica (Mauksch, 1966, cit. por Lopes, 2001). A enfermagem era considerada uma arte que tinha por fim coadjuvar a medicina nas suas relações com os doentes, cuja missão dos seus

profissionais era vigiar os enfermos e aplicar-lhes a prescrição dos clínicos (Alves e Barbosa, 1940, cit. por Nunes, 2003). Na relação médico-enfermeiro era sempre reforçada a dependência daquele que seria o colaborador, o executante, o auxiliar do médico. Apenas numa situação não lhe estava vedada a iniciativa nomeadamente, quando tem de prestar socorros de urgência, substituindo o médico até que este chegue. A enfermeira deveria abster-se de diagnosticar, tratar, pois de outro modo incorreria no exercício ilegal de medicina, formular receitas e indicar medicamentos, de acordo com o disposto no Decreto n.º 32612 do Diário do Governo, I Série de 31 de Dezembro de 1942 (cit. por Nunes, 2003).

O desenvolvimento da técnica e a guerra levaram ao desenvolvimento das ciências sociais e humanas. A evolução das ciências humanas terá tido, inicialmente, pouca influência na prática dos cuidados, mas sim na gestão e administração dos serviços. O exercício de responsabilidades conduziria à estruturação de uma hierarquia vertical da profissão por várias vias de especialização, dando origem ao aparecimento das escolas de "especialização" e de "quadros". Todavia, a tecnicidade não ajudou a compreender os problemas do doente e família. A parcelarização dos actos técnicos manteve o enfermeiro desligado do conjunto das situações vividas pelas pessoas. Além disso, a participação das enfermeiras em trabalhos de investigação passava apenas pela colaboração em estudos feitos por médicos, através da observação e vigilância do doente (Collière, 1989).

A profissão de enfermagem era, fundamentalmente, uma profissão de mulheres. Em Portugal, à semelhança e por influência de outros países da Europa, em 1938 foi determinado pelo Decreto – Lei n.º 28794, de 1 de Julho (cit. por Soares, 1997), que nos lugares dos serviços de enfermagem a preencher por pessoal feminino só podiam de futuro ser admitidas mulheres solteiras e viúvas sem filhos, as quais seriam substituídas, logo que se deixassem de se verificar tais condições. Posteriormente, em 1942, o Decreto – Lei n.º 31913, de 12 de Março (cit. por Soares, 1997 e Nunes, 2003) veio confirmar esta norma para os serviços femininos hospitalares. A *vocação* que se evidenciou com a prática religiosa veio ainda consubstanciar-se com a valorização do *celibato*, como situação ideal para o exercício da profissão. Não havia, portanto, dissociação entre a vida privada e a vida profissional (Lopes, 2001).

Neste mesmo ano, com a publicação do Decreto 32612 no Diário do Governo I Série, de 31 de Dezembro (cit. por Soares, 1997 e Nunes, 2003), ficou claro que os

voluntários que trabalhassem há mais de cinco anos ou tivessem dois anos de exercício comprovados por um médico, passavam a ser enfermeiros. Foi assim decretado o exercício público da profissão de enfermagem a quem tivesse diploma, designados por "*enfermeiros da prática registada*".

Com a reforma do ensino de enfermagem de 1947 (Decreto – Lei 36219, de 10 de Abril, cit. por Soares, 1997 e Nunes, 2003) e a criação de dois níveis de formação, com enfermeiros e auxiliares de enfermagem tentou fazer face à falta de enfermeiros. A primeira carreira pública de enfermagem definiu as categorias de: enfermeiro-geral, enfermeiro-chefe, enfermeiro sub-chefe, enfermeiro de primeira classe, enfermeiro de segunda classe, auxiliar de enfermagem e estagiário. Ao enfermeiro-geral competia orientar e fiscalizar o serviço de enfermagem de todo o hospital (Nunes, 2003).

Os anos 50 caracterizaram-se, em Portugal, por carência de enfermeiras, em que para além do número reduzido de profissionais, entre estes contava ainda com cerca de 18% do seu total de praticantes ilegais, havendo uma proporção de um profissional diplomado para 3275 habitantes (Miller Guerra, 1961, cit. por Nunes, 2003). O mesmo autor considerou que as causas particulares da escassez de enfermeiras passaram pela má remuneração, a proibição de constituir família e o regime de ensino. Além disso, muitas enfermeiras abandonavam prematuramente a profissão, sendo o casamento a possível causa.

No final dos anos 50, as enfermeiras começavam a ser encaradas como o "*capital técnico*" da nação. As funções básicas que lhe estavam atribuídas eram a educação e a "*consciencialização dos indivíduos*" (Corrêa, 1962, cit. por Nunes, 2003).

De realçar que os enfermeiros não se encontravam só nas grandes instituições ou nos grandes hospitais. Existiam enfermeiros na marinha mercante, nos rebocadores de alto mar, nas colónias, nas companhias de seguros, nas grandes empresas, nos serviços médico-sociais e no exército (Nunes, 2003).

Só no fim da década de 60 é que se começou a verificar uma valorização da *relação* no que diz respeito à enfermagem não psiquiátrica. Foi nesta altura que, ao nível do pensamento científico, surgiu a teoria dos sistemas, contestando o positivismo da ciência clássica. Tal facto deu origem a uma profunda mudança na enfermagem, tanto nos vários domínios do conhecimento como na prestação de cuidados ao introduzir perspectivas sistémicas, concepções holísticas e, posteriormente,

abordagens sócio-antropológicas (Collière, 1989).

> "A enfermagem foi também influenciada por disciplinas como a psicologia, a sociologia, a administração e acompanhou o desenvolvimento da ciência e tecnologia. Contudo, estas influências afastavam-na do seu marco conceptual, sentindo-se necessidade de utilizar o conhecimento científico com o objectivo de criar um corpo de conhecimentos próprios da profissão" (Mestrinho, 1995: 29).

Foi a partir dos anos 60 que surgiu a discussão sobre a ciência de enfermagem. As concepções de Virgínia Henderson são um marco desta década, até pelo impacto que vieram a ter, tanto a nível do *International Council of Nurses*, como em Portugal (Nunes, 2003).

Em Portugal, esta década viu-se assinalada, quase desde início pela guerra colonial. O papel das enfermeiras é realçado na guerra, quer no contexto das enfermeiras pára-quedistas quer na área da recuperação dos acidentes de guerra, fazendo surgir o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Alcoitão (Nunes, 2003). Outro acontecimento marcante foi a permissão das enfermeiras constituírem família, terminando a proibição do casamento com a publicação da Lei 2120, de 19 de Julho de 1963, que apenas foi regulamentada em 1971.

Em 1967, com a publicação do Decreto-Lei 48166, de 27 de Dezembro, a carreira de enfermagem foi estruturada, passando a ter três carreiras:

- a de *saúde pública*, que incluía os enfermeiros que tinham formação especializada, aos quais era atribuído um suplemento, e os Auxiliares de Enfermagem Especialistas de Saúde Pública, com o curso de auxiliar de enfermagem que estava apenas definido para esta área;
- a *hospitalar*, que incluía os Auxiliares de Enfermagem que eram a maior força de trabalho na prestação de cuidados e os Enfermeiros com o Curso Geral, que se destinavam mais para os cargos de chefia. Caso tivessem feito um curso de Aperfeiçoamento, estes poderiam concorrer a Chefe após quatro anos de curso;
- e a do *ensino*, que compreendia o director da escola (enfermeiro), o enfermeiro professor, o monitor e o auxiliar de monitor.

Refira-se que, para além das formações necessárias e das remunerações atribuídas, os horários de trabalho eram diferentes: quarenta e duas horas para a saúde pública, quarenta e oito para o hospitalar e trinta e seis para o ensino.

O início da década de 70 foi marcado pela introdução de uma metodologia científica - o "*plano de cuidados*", e do facto deste se tornar um dos princípios do novo programa de estudos de enfermagem. O doente passou a ser a finalidade e o objecto

dos cuidados, havendo assim um aumento do campo de competência do trabalho de enfermagem. À relação entre quem cuida e quem é cuidado era-lhe dada bastante relevância. A relação restituiu à prática de enfermagem "*um sentido humano, tão desejado e expresso pelas motivações que orientam a escolha da profissão*" (Soares, 1994: 161). No entanto, já em 1950, Ferreira (1950, cit. por Nunes, 2003: 80) caracterizou o plano de cuidados como a transformação na vida do doente de tudo quanto possa concorrer para a tornar, tanto quanto possível, agradável, fazendo parte das atribuições da enfermeira explicar ao doente os tratamentos que ele desconheça, antes de o executar. Além disso, entende que este plano procede da "*Enfermagem moderna, que encara o doente como pessoa humana, como um todo e não como um caso"*.

O doente deixou de ser visto como um sujeito passivo para ser considerado activo, podendo participar nas decisões referentes à sua saúde e até na educação de outros. A comunicação com o doente e família revelou-se importante no sucesso dos tratamentos. A introdução do plano de cuidados nos serviços enfrentava bastantes problemas, uma vez que se tratava de um instrumento pedagógico com origem nas escolas. A compreensão da sua utilização só foi possível graças à formação permanente (Soares, 1997).

Houve uma evolução nos conceitos e *cuidar* era "*aprender a ter em conta os dois 'parceiros' dos cuidados: o que trata e o que é tratado*" (Soares, 1994: 155). Verifica-se que só nesta altura foi valorizado e evidenciado aquilo que a enfermeira sentia ao cuidar.

A definição de saúde vigente na época era egocêntrica e individualista, não considerando o indivíduo como pertencente a um grupo. "*A medicina torna-se uma oficina de reparação e manutenção destinada a conservar em estado de funcionamento o homem gasto por uma produção desumana. É ele que deve exigir o consumo médico para continuar a deixar-se* explorar" (Illich, 1977).

Com o surgir das ciências sociais e humanas, que passaram a realçar a importância de adaptação do homem ao meio, pois uma *"pessoa é um membro da fraternidade humana*", surgia "*o conceito de saúde pública como uma vasta componente de responsabilidade social*" (Soares, 1994: 168). A Organização Mundial de Saúde, desde 1973, que recomenda o desenvolvimento dos "*cuidados de primeira linha*", dos "*cuidados de primeiro recurso*", posteriormente designados por "*cuidados de*

saúde primários". Os cuidados de saúde primários tinham como requisito a participação da população, com o objectivo de a tornar "*activa e implicada na sua saúde*" (Soares, 1994: 169). Uma vez que eram dirigidos ao conjunto da comunidade humana, eram também designados de "*cuidados comunitários*", o que implicava um pensar em conjunto, ou seja, de e para a população. Neste sentido, "*os cuidados de enfermagem que contribuem para os cuidados de saúde primários 'têm como vocação controlar os principais problemas de saúde da comunidade e revestem diversas formas: acção de promoção, de prevenção, de cuidados curativos e de readaptação'* "(Soares, 1994: 171). A enfermagem retomou um "valor de troca", pois a enfermeira deixava a iniciativa para a família, estimulava e ajudava ao reencontro da independência máxima, sendo pois o motor do desenvolvimento dos cuidados.

O direito à saúde só foi reconhecido, entre nós, em 1971, em que metade da população já estava coberta por esquemas de protecção social públicos e privados, generalizando-se em 1978. Só em 1979, com a publicação da Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro, foi criado o Serviço Nacional de Saúde português, que consagrou o direito universal, geral e gratuito à saúde.

Em Portugal a carreira profissional de enfermagem foi criada em 1971 através do Decreto – Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro, juntamente com a carreira médica de saúde pública e a carreira médica hospitalar. A maioria dos prestadores de cuidados de enfermagem era auxiliar.

Com o 25 de Abril de 1974, o regime democrático veio trazer alterações na sociedade portuguesa, em geral, e na enfermagem, em particular. Os enfermeiros começaram a reivindicar melhores salários, melhores condições de trabalho e o reconhecimento do exercício da sua profissão. Após a extinção do curso de auxiliares de enfermagem, foi conferido o título de enfermeiros de terceira classe aos que desempenhavam as funções de enfermeiro há três anos. A realidade nacional era composta por uma discrepância de auxiliares e de enfermeiros. De acordo com diversas fontes, Portugal dispunha de cerca de 15000 auxiliares e 3000 enfermeiros (Nunes, 2003).

O ano de 1976 foi também marcante pois os enfermeiros foram integrados no contexto dos funcionários públicos, subindo nas escalas remuneratórias. Para além da valorização financeira e social que se verificou, a conquista fundamental foi o

trabalho dos enfermeiros passar a ser de trinta e seis horas semanais (Nunes, 2003).

Em 1981, O Decreto – Lei n.º 305/81, de 12 de Novembro veio consagrar uma carreira única para todos os enfermeiros, independentemente da área ou local de exercício. Foram definidas as categorias de enfermeiro (Grau I), graduado e monitor (Grau II), especialista, chefe e assistente (Grau III), superior e professor (Grau IV) e técnico de enfermagem (Grau V). É nesta carreira que se institui que os enfermeiros só podiam ser avaliados por enfermeiros.

A carreira de enfermagem sofreu novamente alterações em 1985 (Decreto – Lei n.º 178/85, de 23 de Maio), introduzindo melhorias nos diplomas anteriores. Em 1987 foi publicada nova alteração (Decreto – Lei n.º 134/87 de 17 de Março), em que foi estabelecido o ingresso na carreira numa letra superior, com a consequente melhoria dos salários; e a contagem do tempo, para efeitos legais, de serviço prestado pelos enfermeiros tarefeiros que não pertenciam aos quadros das instituições.

Em 1990, através da publicação do Decreto – Lei n.º 34/90, de 24 de Janeiro, foram estabelecidas novas regras sobre a duração de trabalho e estatuto remuneratório do pessoal da carreira de enfermagem e aprovada a respectiva escala salarial, em que os enfermeiros da função pública passaram a ter um horário de trinta e cinco horas semanais.

Em 1991 houve nova restruturação da carreira de enfermagem através da publicação do Decreto – Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro. Foi assumido que os enfermeiros exerciam funções em três áreas de actuação distintas:

- *prestação de cuidados*, que abrangia as categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista;
- *gestão*, que incluiu as categorias de enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor, considerando o cargo de enfermeiro director, e
- *assessoria*.

Esta carreira viu-se novamente alterada pelo Decreto – Lei n.º 412/98, de 30 de Dezembro. Das alterações introduzidas pelo referido diploma destacamos os níveis e categorias da carreira de enfermagem, que passaram a ser:

- o *nível 1*, que integra as categorias de enfermeiro e de enfermeiro graduado;
- o *nível 2*, que integra as categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro chefe;
- o *nível 3*, que integra a categoria de enfermeiro supervisor.

Refira-se também que o provimento na categoria de enfermeiro graduado passou a ser automática e a depender da permanência de um período de seis anos de exercício de funções na categoria de enfermeiro com avaliação de desempenho de Satisfaz.

O Decreto – Lei n.º 411/99, de 15 de Outubro veio alterar o regime de concursos e fazer reajustamentos pontuais da tabela indiciária da carreira de enfermagem

Os anos 90 foram também marcados pela publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (Decreto – Lei n.º 161/96, de 04 de Setembro), que veio regulamentar a profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções assim como as regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros. Foram apresentadas *intervenções autónomas* (prescritas pelo enfermeiro, realizadas sob única e livre responsabilidade do enfermeiro que decorrem de um diagnóstico de enfermagem) e as *interdependentes* (desenvolvidas em colaboração com outros profissionais de saúde, no sentido de prescrição, planos de acção conjunta ou protocolos).

Foi também nesta década que se viu, finalmente, criada a Ordem dos Enfermeiros pela publicação do Decreto – Lei n.º 104/98, de 21 de Abril, bem como a aprovação dos seus estatutos. Este diploma veio responder a um imperativo da sociedade portuguesa de ver instituída uma associação profissional de direito público, que promovesse a regulamentação e disciplina dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da enfermagem. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros integra também o código deontológico, tendo sido realizada a revisão do REPE, bem como do estatuto disciplinar.

> "Os conceitos de enfermagem variam ao longo dos tempos segundo as leis e os campos de acção, as áreas geográficas, as funções dos enfermeiros, bem como as crenças das pessoas e dos grupos, mas a grande ênfase é dada sempre ao respeito pela dignidade da pessoa humana, sendo o trabalho do enfermeiro dirigido à satisfação das necessidades básicas do indivíduo, família ou comunidade, tendo por conseguinte de possuir sólidos conhecimentos científicos e técnicos" (Carvalho, 1994: 26).

É preciso conhecer e ter consciência da evolução da profissão, pois a "*experiência não é o simples passar do tempo, o percurso, sendo reflectido, produz conhecimento. Com experiências passadas também se aprende a melhorar o processo de vivências futuras – e este conhecimento confere mais habilidade, de construção progressiva, para saber gerir uma situação profissional complexa*" (Nunes, 2003: 352).

1.2. O CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM: DA TEORIA À PRÁTICA

> "*Para sermos o que queremos ser, primeiro e antes de tudo temos de saber o que queremos ser.*"
>
> Roberts, 1967

O conhecimento em enfermagem tem vindo a evoluir ao longo dos tempos, o que influenciou o seu desenvolvimento teórico e a sua afirmação como profissão. Numa primeira parte deste ponto abordaremos a importância da teoria e da prática para o desenvolvimento do saber em enfermagem e em seguida faremos referência à influência da prática na profissionalização da enfermagem.

A enfermagem constitui uma força humana e profissional de primeira ordem. As suas competências são diversificadas e encontram-se em todas as esferas de actividades relacionadas com a saúde: os enfermeiros cuidam, educam, aconselham, administram e também investigam. De alguma forma, está marcada pela polivalência, flexibilidade e multidisciplinaridade. Aos enfermeiros é-lhes exigido que desenvolvam um espírito analítico e tenham em conta a globalidade, competências técnicas de alto nível mantendo o calor humano e a simplicidade no contacto (Saillant, 1996, In: Kérouac et al., 1996). Mas além da diversidade e da mudança, os cuidados permanecem a razão de ser da profissão (Benner, 2001; Collière, 1989; Hesbeen, 2000, 2001, 2002; Kérouac, et al., 1996; Newman, 1992; Swanson, 1993; Watson, 2002).

Desde há muito que os enfermeiros tentam delimitar a sua própria área de investigação e de prática. Segundo a sua perspectiva singular e os seus próprios processos de reflexão, conceptualização e investigação, as disciplinas profissionais têm por objecto desenvolver os conhecimentos que deverão estar intimamente relacionados com a sua prática (Donaldson e Crowley, 1997, Kérouac et al., 1996, Mc Farlane, 1977). O *centro de interesse* da enfermagem como uma disciplina profissional pode ser caracterizada como "*cuidar na experiência de saúde humana*" (Newman, Sime e Corcoran-Perry, 1991, cit. por Newman, 1992). No seu património, a enfermagem conta com saberes milenários e seculares, cuja natureza se baseia na experiência do cuidar como fenómeno humano e que evoluem de forma natural, acompanhando o homem no decurso da sua existência. No seu âmago, trata-se de um saber situado na prática profissional (Abreu, 1998).

Meleis (1991) apresenta a enfermagem como uma disciplina orientada para a prática porque os seus membros procuram conhecimento nas respostas dos seres humanos à saúde e à doença para os poder apoiar e ajudar nas várias fases. Smith (1994, cit. por Raij, 2000) concorda que a enfermagem é uma disciplina prática já que gera e desenvolve conhecimento baseado na prática. Pode então afirmar-se que a natureza da ciência de enfermagem requer uma relação próxima entre teoria, prática e investigação (Meleis, 1991).

Lopes (2000) coloca a hipótese da enfermagem ser uma ciência humana prática, pois o seu desenvolvimento teórico tem como finalidade o conhecimento específico de uma área da prática. Ou seja, a enfermagem tem potencial para futuro desenvolvimento teórico porque integra o teórico e o prático com o objectivo da excelência no cuidado aos utentes.

Os saberes de enfermagem confundiram-se durante muito tempo com os saberes das mulheres, a quem cabia cuidar das parturientes e dos familiares dependentes, sãos ou doentes. Actualmente, *cuidar em enfermagem* atingiu um sentido particular, retomando o sentido original, mas exigindo-se que tenha determinadas características para ser considerado um saber da disciplina de enfermagem. Quando o papel da enfermeira era claramente o de auxiliar do médico, não se justificava identificar saberes em enfermagem, pois eram transmitidos pelos médicos que formavam as enfermeiras, em quem iam progressivamente delegando alguns procedimentos técnicos. À medida que a formação das enfermeiras passou a ser da sua responsabilidade, começou a ser sentida a necessidade de identificar os saberes de enfermagem (Collière, 1989).

Por outro lado, tal como Reverby (1987) mencionou, da mesma forma que o conhecimento em enfermagem se encontra oculto em actos de cuidar, os próprios actos são frequentemente ocultados, subvalorizados e subcompensados. O autor aponta como causas para tal o(s) facto(s):

- da enfermagem ser recusada por ser considerada "trabalho feminino";
- das tarefas de cuidar serem normalmente vistas como oriundas do coração e não do cérebro;
- da enfermagem ser considerada por muitos como uma extensão da medicina que envolve capacidades técnicas e uma disposição para obedecer; e a nossa sociedade valorizar a cura da doença e o evitar da morte em vez da prevenção

de problemas de saúde, da promoção da qualidade de vida e preservação da dignidade pessoal.

É com frequência que a *praxis* de enfermagem permanece oculta, se não manifesta, alinhada com o modelo médico (Engebretson, 1997). Este saber oculto no agir profissional, é assim designado por Schön (1996), ao referir que

> "Uma vez que se colocou de lado o modelo de ciência aplicada que nos conduziu a pensar que a prática inteligente é uma aplicação do saber teórico destinado a resolver os problemas práticos, não há agora nada de estranho que se diga que um certo tipo de saber é inerente a um agir inteligente. O bom senso admite a categoria do saber-fazer. (...) O bom senso não contém nada que nos permita dizer que o saber fazer seja constituído por regras ou por planos cultivados no nosso espírito e que precedem a acção. Se bem que nós chegamos a pensar antes de agir, (...) o nosso comportamento espontâneo em matéria de capacidades práticas não resulta de uma operação intelectual prévia e, portanto, nós demonstramos um tipo de saber." (pp. 205 – 206)

A enfermagem, como uma ciência humana, lida com a experiência das pessoas em torno dos acontecimentos e problemas de saúde, sendo fundamental compreender o significado da saúde em termos do bem-estar individual (Carper, 1997). Dado que estas experiências são formadas por história, outros significados, políticos, estruturas sociais, género e cultura, os enfermeiros também se preocupam com o modo como estas perspectivas formam acções e reacções de seres humanos. E, tal como se referiu anteriormente, esta preocupação faz da enfermagem uma disciplina prática. Além disso, os seus membros procuram conhecimento a partir das respostas dos seres humanos para a saúde e doença, de modo a ajudar a monitorizar e promover a saúde, cuidar, promover o auto-cuidado e para que se capacitem para desenvolver e usar os recursos adequados a cada situação (Meleis, 1991).

Uma disciplina orientada para a prática como a enfermagem pode conter, segundo Carper (1997), quatro padrões fundamentais de conhecimento: o empírico (a ciência de enfermagem), o estético (a arte de enfermagem), a componente do conhecimento pessoal em enfermagem (que diz respeito à qualidade dos contactos interpessoais, promoção das relações terapêuticas e cuidados individualizados) e o ético (a componente do conhecimento moral em enfermagem). O trabalho de Carper foi significativo por realçar não apenas a centralidade do conhecimento teórico resultante empiricamente, mas também por reconhecer como igualmente importante, o conhecimento obtido através da prática clínica (Stein, Corte, Colling e Whall, 1998, cit. por Fawcett et al., 2001). Fawcett et al. (2001) fazem referência aos padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem de Carper, como constituintes das fundações ontológicas e epistemológicas da disciplina de

enfermagem, em que cada padrão de conhecimento pode ser considerado como um tipo de teoria. Estes quatro tipos de teorias são subjugados para diferentes tipos de investigação. Para estas autoras os quatro tipos de teorias constituem muito, senão todo, do conhecimento necessário para a prática de enfermagem.

Segundo Swanson (1993), quando se ocupa algum tempo a observar e interpretar as acções de enfermagem, torna-se claro que a prática de enfermagem é o resultado da compreensão harmoniosa dos aspectos empírico, estético, ético e intuitivo de uma dada situação clínica e relacionado com a manutenção de crenças, o conhecer, estar com, fazer por e possibilitar o outro.

O conceito de *prática* resulta da vontade de ultrapassar a alternativa dicotómica do "subjectivismo"/"objectivismo", entre o ponto de vista do actor e a lógica do sistema. Trata-se da realização de um *habitus*, ou seja, de um conjunto de códigos e de disposições adquiridas de forma precoce e que o indivíduo coloca em prática na diversidade das circunstâncias. Este conjunto dá origem a condutas objectivamente reguladas e regulares sem que por isso sejam produto de obediência a regras. A acção não é uma resposta aos constrangimentos, nem um comportamento porque o *habitus* é em simultâneo programação e estratégia, sendo esta necessária pelo facto da racionalidade social não ser "deliberadora" (Bourdieu, 1980, cit. por Dubet, 1994). A prática designa a totalidade das actividades humanas (Latour, 1996).

Para Kolb (1984) a experiência é a fonte das ideias, raciocínio e conhecimento. O conhecimento é fundado na experiência e deriva da experiência. Este autor faz referência a observações e reflexões como mecanismos para as experiências a serem traduzidas em ideias. A experiência não é limitada a sentidos externos, no entanto estas sensações são extremamente importantes para o desenvolvimento do conhecimento, mas também incluem sentidos internos, reflexões da mente. Trata-se da combinação do discurso entre sentidos externos e internos, entre observações e reflexões, o diálogo interno e externo que cria ideias. A experiência consciente é muito significativa mas inseparável da experiência interna. A reflexão crítica sobre a prática torna-se uma exigência da relação teoria/prática.

Também Kolb (1984), na sua teoria de aprendizagem pela experiência realça também o papel central que a experiência tem no processo de aprendizagem, pois "*o conhecimento resulta da combinação de compreender a experiência e transformá-la*" (p. 42). A aprendizagem em meio profissional abrange um conjunto de

instâncias e envolve o indivíduo no seu todo. Trata-se de uma perspectiva integrativa holística na aprendizagem que combina experiência, percepção, cognição e comportamento.

A prática crítica envolve o movimento dinâmico, dialéctico entre o fazer e pensar sobre o fazer (Freire, 1997).

> "No mundo concreto da prática, os problemas não surgem de forma completamente determinada entre os meios do prático, (...) devendo ser construídos a partir dos materiais provenientes de situações problemáticas, que surgem como intrigantes, embaraçosas e incertas. (...) Compreende-se facilmente não apenas porque a incerteza, a singularidade, a instabilidade e o conflito dos valores são os fenómenos tão perturbadores na epistemologia positivista da prática, mas também porque os práticos ligados por esta epistemologia se sentem presos num dilema. A sua definição rigorosa do saber profissional exclui os fenómenos que aprenderam a considerar como o centro da sua prática" (Schön, 1996: 205).

Quando um sujeito reflecte sobre a acção, transforma-se num investigador do contexto da prática, pois não depende de categorias resultantes de uma teoria e de uma técnica pré-estabelecidas mas edifica uma nova teoria do caso particular. A sua investigação não se limita a uma deliberação sobre os meios que dependem de um acordo prévio sobre os fins. Além disso, não mantém nenhuma separação entre o fim e os meios, mas define-os, de forma interactiva, à medida que estrutura uma situação problemática. Uma vez que a sua experimentação é uma forma de acção, a sua colocação em prática é inerente à sua investigação. Deste modo, a reflexão em curso sobre a acção pode continuar a fazer-se mesmo nas situações de incerteza ou de singularidade, pois esta reflexão não obedece aos constrangimentos das dicotomias da "racionalidade técnica", como a oposição entre o meio e o fim, o saber e a acção, a decisão e a invenção, a investigação e a prática, enunciados por Schön (1996). Por outro lado, "*o aumento dos meios não serve de nada e não pode ser validamente argumentado se a prática do cuidar não for previamente enriquecida por uma reflexão essencial, a da perspectiva dada às acções*" (Hesbeen, 2000: 7).

Engebretson (1997) refere que a distinção da prática de enfermagem autónoma foi um passo necessário, pois historicamente muitas das funções de enfermagem tiveram origem na biomedicina, desde que as enfermeiras praticaram em contextos "*biomedicamente*" dominados. Com as transformações da era industrial, as antigas formas patológicas tinham tendência a desaparecer, aparecendo novas formas de morbilidade (Illich, 1977). As mudanças impostas pelo aparecimento de novas doenças como a SIDA, o aumento da esperança de vida, com o consequente envelhecimento da população levantaram problemas a que o modelo biomédico não

responde. Apesar do desenvolvimento da tecnologia, nem sempre a cura ocorre, o que é considerado fracasso. Deste modo, emergiu a urgência de aprofundar o estudo de modelos próprios de enfermagem, que valorizassem uma perspectiva orientada para o cuidar. Tal facto deve-se a que o cuidar seja um imperativo imposto pela falência do tratar e que deve estar presente ao longo do tratamento (Ribeiro, 1995). Podemos ainda referir, que um conhecimento próprio encerra também uma das mais importantes estruturas da profissionalização, ou seja, um corpo de conhecimentos só da competência da enfermagem.

Como vimos, Carper (1997) demonstrou que a literatura de enfermagem contém quatro modos de conhecimento, em que apenas um é empírico, sendo os outros estético, pessoal e ético. Benner (2001) reconheceu também o conhecimento incluído na perícia, pois esta desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre princípios em situações da prática real. As experiências dos enfermeiros e a prática de enfermagem foram identificadas como fontes para as teorias das disciplinas e do seu conhecimento (Meleis, 1985, cit. por Meleis, 1991). No entanto, Benner (2001) alerta-nos para o facto de que nem todo o conhecimento, inerente à perícia, possa ser apresentado em proposições teóricas ou com estratégias analíticas que dependem da identificação de todos os elementos que estão presentes na decisão. Contudo, é possível descrever as intenções, as previsões, os significados e os resultados que caracterizam a prática perita. Certos aspectos do saber fazer clínico podem ser apreendidos com base em descrições interpretativas da prática real.

A prática de enfermagem existente também evitou, com alguma frequência as teorias de enfermagem aprendidas nas escolas, e as enfermeiras da prática funcionavam de uma forma mais pragmática, reflexiva, do modelo médico (Barnum, 1994).

As teorias desenvolvidas no final dos anos 50 e início dos anos 60 foram apreciadas para discussão e melhoria nos anos 80. Algumas investigadoras tinham desenvolvido teorias baseadas no perfeito, reconstruindo a realidade e inventando a enfermagem ideal, ou seja a prática de enfermagem que deve ser oposta à que é ou existe. Teorizar estava relacionado com a prática ideal (embora não existente), e a utilidade de uma teoria para a prática foi severamente questionada. Ambas as áreas, prática e teoria, foram mais afastadas e fragmentadas. Refira-se também que em vez de se procurar desenvolver teorias relacionadas com a área de prática substantiva e

conhecimento avançado de enfermagem, uma boa parte destes estudos das décadas de 60 e 80 foi gasta a debater se as enfermeiras seriam ou não capazes de desenvolver teorias, se deveriam desenvolver teorias ou se as teorias seriam mesmo necessárias para a enfermagem (Meleis, 1991).

Os diagnósticos de enfermagem, ao serem definidos como classificações dadas aos problemas que estão no domínio da enfermagem, como um resumo conceptual, uma afirmação conceptual do estado de saúde do cliente (Kim e Moritz, 1982, cit. por Meleis, 1991), determinam uma conclusão que é baseada nalguma ordem e padrão de diagnóstico atingido através da investigação em enfermagem (Durand e Prince, 1966, cit. por Meleis, 1991). Ou seja, incorporam uma avaliação do enfermeiro. Dado que um primeiro passo no desenvolvimento teórico será um período de especificação e classificação, e sendo a prática um campo para o desenvolvimento teórico, então os diagnósticos de enfermagem podem ser considerados como um trampolim para o desenvolvimento teórico (Engebretson, 1997; Meleis, 1991).

Além das fontes de desenvolvimento teórico já mencionadas, não podemos esquecer que cada uma das teorias de enfermagem existentes representa um conjunto de ideias e uma determinada teorização. A complexidade e contextualidade da prática de enfermagem requerem uma multiplicidade de fontes para as suas teorias. Estas fontes incluem clínicos que encontram fenómenos que ainda não foram explicados antes, investigadores que encontram relações que ainda não foram consideradas em teorias desenvolvidas anteriormente, historiadores que obtêm uma nova compreensão no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, filósofos que questionam algumas asserções concordantes ou que revelam outras implícitas; todos dão significado à conceptualização e teorização (Meleis, 1991).

Reed (1995, cit. por Engebretson, 1997) propôs uma abordagem que liga ciência, filosofia e prática no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. A autora defendeu uma meta-narrativa que envolve um diálogo de prática e filosofia. Esta meta-narrativa dá-nos, segundo Engebretson (1997), um excelente formato para o desenvolvimento da teoria de enfermagem que é por natureza holística e pode e deve integrar múltiplos paradigmas da perspectiva do doente e do enfermeiro.

Apesar de ser considerada uma disciplina prática, a teoria e o pensamento teórico não são limitados aos teóricos na enfermagem. O pensamento teórico é uma constante em todos os papéis desempenhados pelos enfermeiros, podendo as teorias em uso ter

origem em outras teorias, outros paradigmas ou outras disciplinas. As teorias desenvolvidas por outras disciplinas são igualmente úteis para formação, integração e síntese com a perspectiva de enfermagem, e este processo produz teorias de enfermagem ou teorias para a prática de enfermagem (Meleis, 1991). Pode-se assim afirmar que a teoria guia a prática e as actividades que são únicas para a profissão, colaboram com a investigação e fornecem a via para futuro desenvolvimento (Newman, 1992). Além disso, permite que os enfermeiros explicitem o que fazem e porque fazem, contribuindo para que possam reivindicar autonomia (Adam, 1994; Bento, 1997; Kérouac et al., 1996).

A teoria é um instrumento que faz com que a prática seja mais eficiente e mais efectiva. Os profissionais de enfermagem aplicam a teoria para escrever, explicar, prever ou prescrever a prática de enfermagem (Van Sell, Kalofissudis, 2003). A linguagem da teoria proporciona aos enfermeiros a possibilidade de apresentarem fundamentos comuns para comunicação, bem como classificações e definições para o fenómeno. Além disso, a prática de enfermagem poderia ser descrita e explicada por conceitos comuns, que lhes permitem comunicar sucintamente entre si. Uma comunicação mais efectiva e eficiente pode eventualmente conduzir ao desenvolvimento de mais teoria, à medida que os conceitos são melhorados, sustentados, alargados e validados. Os conceitos bem definidos aumentam a comunicação entre os profissionais de enfermagem nas suas diversas áreas de acção (Meleis, 1991).

O processo de conceptualização pode ser realizado por indução ou dedução e inclui:

- reconhecimento dos acontecimentos, fenómenos e ideias que têm algo em comum;
- definição clara do conceito;
- listagem do conceito em situação (a pessoa numa situação pensa que pode aplicar o seu constructo teórico, excluindo os estímulos que não fazem parte do conceito específico e que pode prever as consequências;
- desenvolvimento de respostas verbais e comportamentais relacionadas com o conceito (Mitchell, 1977).

Tanto o saber teórico, como o saber prático são interdependentes. Assim, um saber teórico pode servir de base aos saberes de acção, mesmo que estes derivam de outra fonte. É igualmente válido afirmar que toda a acção se inscreve num quadro teórico

mais ou menos explícito, e que toda a elaboração teórica se desenvolve sobre as práticas anteriores e que a eficácia consiste em aprender a servir-se dos saberes teóricos para agir sobre a realidade (Grize, 1996). Sem a distinção entre saber teórico e saber prático, qualquer escolha do essencial à vida pública parece ser, segundo Latour (1996), escolha perdida.

Não há teorias sem ideias, mas há ideias sem teorias. As teorias evoluem a partir das ideias e estas evoluem de conjecturas, experiências pessoais e de grupo, introspecções, intuição e trabalho. As novas ideias podem ser baseadas na descoberta de um novo fenómeno, a invenção de um novo conceito teórico, reintegração de conceitos antigos com novas realidades, uma reformulação de uma ideia existente, ou uma nova forma de organizar conceitos antigos (Meleis, 1991).

Schröck (1981, cit. por Miller, 1985) sugere que quando os conceitos que já foram satisfatórios parecem ser insuficientes, será feita uma tentativa para reestruturar ou recriar os conceitos. As novas ideias podem também evoluir da colocação de novas questões ou mesmo de questões antigas mas descobrir que as respostas antigas já não respondem às questões. O contexto pode ter mudado e assim as respostas já não se adequam (Meleis, 1991). Ao ser produzido, o conhecimento novo supera outro que antes foi novo e se fez velho e se "dispõe" a ser ultrapassado por outro amanhã (Freire, 1997). Os enfermeiros, ao observar um fenómeno novo estão a articular questões significativas e, além disso, desenvolveram as suas próprias teorias pessoais sobre como cuidar dos doentes. A diferença é que não estiveram conscientes do significado ou da eternidade desse fenómeno, relações ou conjecturas; ou simplesmente não os discutiram nem comunicaram, o que iria permitir conjecturas iniciais para crescer, florescer e alcançar um desenvolvimento teórico sistemático (Meleis, 1991).

É neste sentido que para Freire (1983) conhecer é antes de tudo *conscientização*, que envolve intercomunicação, intersubjectividade, e pressupõe a educação dos homens entre si mediatizados pelo mundo, tanto da natureza como da cultura. Deste modo, a prática não se pode resumir à leitura descontextualizada do mundo; pelo contrário, vincula o homem nessa procura consciente de ser, estar e agir no mundo num processo que se faz único e dinâmico, o mesmo é dizer que se apropria da prática ao dar sentido à teoria.

A *práxis* não é mais do que "*acção e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo*" (Freire, 1983: 40). Portanto, a relação teoria e prática não são apenas palavras, é reflexão teórica, pressuposto e princípio que procura uma postura, uma atitude do homem face ao homem e do homem face à realidade. Esta relação procura coerência entre pensamento e acção que é *práxis*. Pelo contrário, a acção sem pensamento é activismo, e o pensamento sem acção é verbalismo. Acção, reflexão e acção dão-se simultaneamente. A fundamentação, teoria e prática numa relação de unidade impõe-se como uma relação dialéctica, pois se a acção-reflexão-acção estiverem ausentes perde-se o ápice do processo de conscientização. Teoria e prática não se separam, ou seja, o vínculo teoria e prática forma um todo onde o saber tem um "*carácter libertador*".

Para além da importância da reflexão e conscientização no processo de teorização é também importante um ambiente favorecedor à mesma. Meleis (1991) define este ambiente como aquele que valoriza a enfermagem teórica, permite tempo para clarificar valores, para articular e relacionar ideias e para questionar. Trata-se de um ambiente que permite ambiguidade, que não impõe soluções imediatas, que permite divergência, não impõe para o consenso e permite discurso filosófico. Ou seja, um ambiente que reconheça capacidades teóricas e recompensas do pensamento teórico.

Para Rebelo (1996), a prática esboça-se no cruzamento de pelo menos três contextos: o do sujeito, o da profissão e o da acção, imersos por sua vez num contexto mais vasto que é o contexto social. A interacção destes contextos é que recorta o campo das práticas e vai influenciar bastante a definição e os limites dos cuidados de enfermagem. Ao definir as práticas por este cruzamento são importantes o percurso dos enfermeiros, os seus grupos de pertença bem como a história e cultura organizacionais.

Não nos podemos esquecer que a forma como se vê e sente a profissão tem repercussões na forma como se está e é no campo do exercício profissional. Além disso, a evolução da profissão provocou nos enfermeiros a necessidade de criar uma identidade e um campo de competências, que permitam a sua afirmação profissional a par do desenvolvimento das outras profissões com as quais interagem (Martins, 1999).

Apesar da evolução conceptual que a enfermagem tem tido,

> "continuamos a encontrar no que os enfermeiros escrevem um 'mal estar do ser enfermagem', parecendo estar generalizada a ideia de que a enfermagem vive uma 'crise de identidade', de que ainda não foi capaz de estabelecer a sua especificidade e de conquistar o 'seu eu' diferente dos outros, a sua autonomia" (Bento, 1997: 5 – 16).

A autonomia profissional é aumentada pelo uso da teoria na prática. Fuller (1978, cit. por Meleis, 1991) refere que a autonomia de uma profissão torna-se mais firme na unidade do seu conhecimento, sendo este reunido através do questionar do estudo científico. Este autor refere ainda que a enfermagem definida por poder não gera conhecimento, mas o conhecimento mais vulgar resulta na declaração de poder e é acompanhada por autonomia.

A reflexão sobre a prática é também considerada por alguns autores como marco no decurso da profissionalização. Não existe um processo de profissionalização uniforme e unilinear de aplicação universal. Mudanças no papel do governo e das organizações académicas afectam substancialmente o controlo e as formas institucionais das actividades ocupacionais (Johnson, 1972, cit. por Rodrigues, 2002). A profissionalização da enfermagem, à semelhança de outras profissões, teve o seu percurso marcado por acontecimentos históricos, sociais, culturais e antropológicos, alguns dos quais já descritos no ponto anterior.

Profissão pode ser definida como um princípio ocupacional de organização do trabalho (Freidson, 1994), ou como uma ocupação que exerce autoridade e jurisdição exclusiva simultaneamente sobre uma área de actividade e de formação ou conhecimento, tendo convencido o público de que os seus serviços são únicos aceitáveis (Wilensky, 1964, cit. por Rodrigues, 2002). Este autor distingue conhecimento técnico de científico, referindo que tanto os sistemas de pensamento científico como os não científico podem servir de base "técnica" para o profissionalismo; no entanto, o sucesso das pretensões é maior quando a sociedade evidencia consenso forte e alargado relativamente aos conhecimentos ou à doutrina a ser aplicada.

As características essenciais das profissões baseiam-se plenamente na ligação entre *tarefas*, para as quais existe procura num *mercado*, *formação* fornecida pelo sistema de educação para a realização de tais tarefas e *acesso privilegiado* de trabalhadores formados para o desempenho dessas tarefas. Esta ligação institucionaliza a relação entre sistema de ensino superior e o mercado de trabalho (Freidson, 1994).

De acordo com Dubar (1991), a abordagem funcionalista definiu três pressupostos que definem o conceito de profissão:

- o estatuto profissional que resulta do saber científico e prático e do ideal de serviço, corporizados por comunidades formadas em torno do mesmo corpo de saber, dos mesmos valores e ética de serviço;
- o reconhecimento social da competência fundada sobre uma formação longa;
- as instituições profissionais como resposta a necessidades sociais: ocupando uma posição de apoio entre as necessidades individuais e sociais, cooperando para a regulação e o controlo sociais e permitindo o bom funcionamento da sociedade.

As *escolas e instituições de formação superior* (que desenvolvem e transmitem o corpo de conhecimentos e constituem importantes instituições de socialização profissional), as *associações profissionais* (que contribuem para promover os valores de orientação para a sociedade e para a manutenção e aumento da autonomia e da autoridade dos profissionais), bem como um *sistema de licenças* (que protege a autoridade e prestígio profissionais e assegura o controlo social) são um conjunto de elementos estruturais que organizam os grupos profissionais.

A *profissionalização* pode ser definida como um processo pelo qual uma ocupação – organizada formalmente ou não, através da reivindicação ou afirmação das suas competências especiais e esotéricas, da particular qualidade do seu trabalho e dos benefícios que com isso proporciona à sociedade – obtém o direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, o controlo sobre a formação e o acesso, bem como o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado (Freidson, 1994). Para Wilensky (1964, cit. por Rodrigues, 2002), a *profissionalização* é uma sequência de eventos ou etapas seguidas pelos grupos ocupacionais até ao estádio do profissionalismo. Este autor, após a análise dos processos de evolução de dezoito profissões, identificou as seguintes etapas:

- passagem de actividade amadora a ocupação de tempo inteiro;
- estabelecimento do controlo da formação;
- criação de associação profissional, cujas principais funções são a definição de tarefas essenciais, a gestão dos conflitos internos entre membros com diferentes recursos de formação e a gestão de conflitos com outros grupos que desenvolvem actividade semelhante;

- protecção legal;
- definição do código de ética.

Como vimos no ponto anterior, a origem da enfermagem como grupo socioprofissional está ligada à expansão do sistema hospitalar, bem como às transformações técnicas e sociais que estiveram na origem dessa expansão (Bento, 1997; Davies, 1980, cit. por Lopes, 2001). A operacionalização da noção de assépsia e a evocação dos requisitos e competências subjacentes à mesma, passaram a conferir um carácter técnico ao trabalho de enfermagem, tanto na prestação directa de cuidados aos doentes, como nas tarefas tradicionalmente inscritas na categoria de trabalho doméstico, como a limpeza das enfermarias e restante meio físico (Gamarnikov, 1991, cit. por Lopes, 2001). A categoria específica de *cuidados de enfermagem* emerge, e é integrada na categoria mais vasta de cuidados de saúde, a partir desta dimensão técnica imprimida ao trabalho de enfermagem. Para além da recomposição da natureza do trabalho, as condições objectivas e subjectivas que materializaram o processo de configuração socio-profissional dos enfermeiros passaram, igualmente, pelas estratégias de formalização da sua formação profissional e pelas estratégias de institucionalização da ideologia e da vocação (Lopes, 2001).

À medida que a enfermagem se tornou uma profissão, procurando mais prestígio social e autonomia em relação às outras profissões de saúde, aumentou a escolaridade de acesso à profissão, relativizando o paradigma vocacional.

A disciplina de enfermagem evoluiu no contexto dos acontecimentos históricos e movimentos sociais que sucederam durante os últimos séculos. Desenvolveu-se ao ritmo das grandes correntes de pensamento que marcaram a evolução dos conhecimentos. As concepções desta disciplina desenvolveram-se igualmente durante as últimas décadas. A multiplicidade de situações de saúde, as mudanças complexas no seio da família, a orientação das opções éticas para um processo que dá prioridade aos valores e à diversidade dos meios clínicos, guiam sempre a evolução das concepções dos cuidados de enfermagem (Kérouac et al., 1996). Uma vez que o desenvolvimento da profissão de enfermagem continua, tornou-se bastante claro que o pensamento crítico e a prática de enfermagem estão intimamente ligados (Alligood, 2002, cit. por Van Sell, Kalofissudis, 2003).

O saber em enfermagem evoluiu no sentido de desenvolver um quadro conceptual, uma estrutura prática, que lhes sejam próprios, singulares e distintos dos demais, ou

seja, de explicitar qual a essência dos cuidados de enfermagem, qual é a função social específica e autónoma da enfermagem (Bento, 1997). O reconhecimento profissional emerge no caso dos profissionais de enfermagem valorizarem com convicção o conteúdo real da sua profissão e a ajuda singular assim prestada, e se esse conteúdo não se tornar prisioneiro de processos redutores ou de jogos de poder. O processo de profissionalização "*deve assentar e encontrar a sua força no concreto das 'pequenas coisas' que constituem os cuidados de enfermagem* (...)" (Hesbeen, 2000: 86). Pode mesmo afirmar-se que

> "Numa evolução normal caminhar-se-á para um cenário em que médicos e enfermeiros estabelecerão uma equilibrada relação de adultícia, com campos de acção e níveis de responsabilidade definidos e mutuamente assumidos. (...) Será um profissional dotado de capacidades e saberes teórico-práticos que o tornarão apto a decidir e intervir com largo campo de autonomia (Dias, 2000)."

A enfermagem ao progredir continuamente como uma ciência humana através da teoria e da investigação, tem de continuar a questionar os seus dogmas e reforçar a sua atenção científica nos fenómenos humanos.

Tal como António Machado (s.d. cit. por Bento, 2000) refere "*é a caminhar que se fazem caminhos*" e, ao reflectir na e sobre a acção desenvolvida, podemos assegurar-nos não só do caminho percorrido, mas também de quais os caminhos percorridos que nos levam para onde quereremos chegar (Bento, 2000).

Analisar o futuro de qualquer profissão como a de enfermagem, ou o sentido da sua evolução, passa por identificar as variáveis que podem afectar o grau de controlo da ocupação sobre o seu próprio trabalho, como o grau de especialização dentro da profissão, e o aumento das complexidades na divisão do trabalho (Rodrigues, 2002).

1.3. AS FONTES DE CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

> *"Theory is no longer a luxury in nursing. (...) Theory is now part and parcel of the nursing lexicon in education, administration and practice."*
>
> Meleis (1991: 4)

Ao referir-se às componentes essenciais de uma concepção completa e explícita do exercício da enfermagem, Adam (1994) faz referência aos valores e crenças, objectivos e conhecimentos. Parahoo (1997) distingue quatro fontes de conhecimento em enfermagem:

- *conhecimento tradicional*, que dá aos enfermeiros um sentido de identidade e orgulho;
- *intuição*, uma forma de saber e saber-fazer aparentemente não baseada no pensamento racional e encontrada nos enfermeiros experientes, em oposição à forma de conhecimento organizado por etapas lógicas encontrada nos menos experientes;
- *experiência*, no sentido da vivência de situações variadas;
- *investigação*, uma forma sistemática de obter conhecimento, que utiliza metodologias reconhecidas no mundo académico.

Ao abordarmos as fontes de conhecimento em enfermagem, urge a necessidade de nos referirmos à Missão do Cuidado de Enfermagem, aos Valores nos Cuidados de Enfermagem, aos Principais Conceitos no Metaparadigma da Ciência de Enfermagem e às Teorias de Enfermagem.

Missão do Cuidado de Enfermagem

A descrição da ***missão da enfermagem*** pode ser encontrada nas diversas definições de enfermagem das diferentes organizações reguladores de políticas de saúde e da profissão de âmbito internacional e nacional.

Para o *Conselho Internacional de Enfermeiras, enfermagem* inclui cuidados autónomos e colaborativos de indivíduos de todas as idades, famílias, grupos e comunidades, sãos ou doentes e em todos os seus ambientes. Compreende também a promoção da saúde, prevenção da doença, e o cuidado de pessoas doentes, incapazes

e a morrer. Protecção, promoção de um ambiente saudável, investigação, participação na definição de políticas de saúde e na gestão de saúde e de doentes, e educação são também papéis chave da enfermagem (ICN, 2004).

A *Organização Mundial de Saúde* refere que os serviços de enfermagem incluem todos os serviços de saúde, tanto pessoais como não pessoais, e ocupam-se dos diversos aspectos da prevenção da doença, a promoção da saúde, o tratamento, a reabilitação e o cuidado paliativo, mediante a aplicação de um enfoque holístico e interdisciplinar. Os profissionais assumem as suas tarefas em diversos ambientes e em todos os âmbitos do sistema de cuidados de saúde, tanto de forma individual como em colaboração com outros profissionais da saúde (OMS, 1996).

As actividades de enfermagem são definidas pela Organização Mundial de Saúde (2002) como:

- avaliação e cuidados inerentes à doença e à saúde física e mental;
- planificação, vigilância e garantia da qualidade das intervenções do cuidado de saúde;
- identificação, sensibilização e coordenação de uma diversidade de recursos e serviços inerentes aos sistemas de cuidados de saúde, com o objectivo de assegurar a cobertura eficaz e diligente das necessidades assistenciais;
- promoção da colaboração com outros membros da equipa de cuidados de saúde num ambiente propício para o cuidado;
- ensino, mediante a divulgação de conselhos e a supervisão dos indivíduos, das famílias, das comunidades e outros profissionais;
- assunção de funções práticas de maior responsabilidade ou próprias do especialista quando outros profissionais não estão disponíveis;
- assunção de uma função de liderança e participação em projectos de investigação destinados a gerar provas científicas para o melhoramento político e prático.

O *Royal College of Nursing* (2003) define enfermagem como o uso de julgamento clínico na prestação de cuidados para permitir que a pessoa melhore, mantenha ou recupere saúde, para enfrentar problemas de saúde, e para alcançar a melhor qualidade de vida possível, qualquer que seja a sua doença ou incapacidade, até à morte. Esta acepção é suportada por seis características específicas da enfermagem:

- *um objectivo particular*, que é promover a saúde, cura, crescimento e desenvolvimento, bem como prevenir a doença e incapacidade. Quando as pessoas se tornam doentes ou incapazes, o objectivo da enfermagem é, além deste, minimizar a angústia e sofrimento e ajudar a pessoa a compreender e enfrentar a sua doença ou incapacidade, o seu tratamento e as suas consequências. Quando a morte é inevitável, o objectivo da enfermagem é manter a melhor qualidade de vida;
- um *modo particular de intervenção*, que se refere a capacitar as pessoas, e ajudá--las a atingir, manter ou recuperar a independência. Trata-se de um processo intelectual, físico, emocional e moral que inclui a identificação das necessidades de enfermagem; intervenções terapêuticas e cuidados pessoais; informação, educação, aconselhamento e auxílio; apoio físico, emocional e espiritual. Além disso, para orientar o cuidado do doente, a prática de enfermagem inclui gestão, ensino, política e desenvolvimento do conhecimento;
- um *domínio particular*, que são as respostas únicas das pessoas em relação à saúde, doença, debilidade, incapacidade e acontecimentos de vida relacionados com a saúde em qualquer ambiente ou circunstâncias que se encontrem. As respostas das pessoas podem ser fisiológicas, psicológicas, sociais, culturais ou espirituais, e são vulgarmente uma combinação de todas elas. O termo "pessoas" inclui indivíduos de todas as idades, famílias e comunidades, ao longo de toda a vida;
- um *enfoque particular*, que se centra em toda a pessoa e na resposta humana em vez de se centrar apenas num aspecto particular ou numa condição patológica particular;
- um *valor base particular*, pois a enfermagem é baseada em valores éticos que respeitam a dignidade, autonomia e unicidade dos seres humanos, na relação privilegiada enfermeiro-doente, e na aceitação da responsabilidade pessoal para decisões e acções. Estes valores são expressos em códigos de ética escritos, e suportados por um sistema de regulação profissional;
- um *desempenho de parceria*, pois os profissionais de enfermagem para além de trabalharem em parceria com os doentes, com os seus familiares e outros cuidadores, colaboram com outros como membros de uma equipa multidisciplinar. Quando adequado liderarão a equipa, ao prescrever, delegar e

supervisionar o trabalho de outros. Contudo, têm uma responsabilidade pessoal e profissional contínua pelas suas próprias decisões e acções.

Para a Ordem dos Enfermeiros Portuguesa, a enfermagem é a

> "profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível" (Ponto 1 do Art.º 4º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com nova redacção dada pelo Decreto–Lei n.º 104/98, de 21 de Abril).

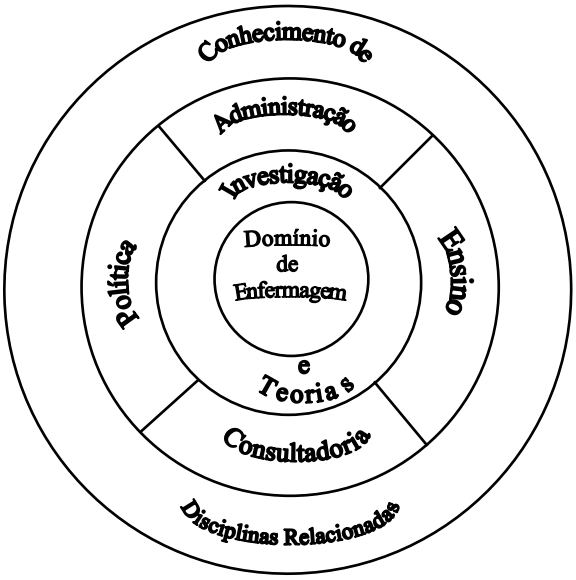
Os cuidados de enfermagem foram então definidos como "*as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais*" (Ponto 4 do Art.º 4º do Decreto – Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com nova redacção dada pelo Decreto – Lei n.º 104/98, de 21 de Abril). Ou seja, o exercício profissional dos enfermeiros desenvolve-se num contexto de acção multiprofissional, em que nas intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico da equipa, os enfermeiros assumem a responsabilidade pela sua implementação. Por outro lado, caso a intervenção tenha sido iniciada na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assumirá a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção. Além disso, os cuidados de enfermagem centram-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (famílias ou comunidades).

O foco de atenção dos cuidados de enfermagem são a promoção dos projectos de atenção que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, pretende-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida, bem como a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – habitualmente através de processos de aprendizagem do cliente. Na gestão dos recursos de saúde, os profissionais de enfermagem promovem, de forma análoga, a aprendizagem de forma a aumentar os recursos especiais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde. Quando a unidade familiar é considerada como alvo do processo de cuidados, as intervenções de enfermagem são optimizadas (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

O Enfermeiro "*é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis de prevenção primária, secundária e terciária*" (Ponto 2 do Art.º 4º do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com nova redacção dada pelo Decreto – Lei n.º 104/98, de 21 de Abril).

A disciplina de enfermagem compreende o conteúdo e processo em relação a todas as regras que a enfermagem movimenta, incluindo administração, ensino, política, clínica e consultadoria. Uma disciplina também inclui as teorias desenvolvidas para descrever, explicar e prescrever assim como as descobertas de investigação em relação ao fenómeno central da disciplina e o conhecimento de disciplinas relacionadas. Todas as disciplinas são formadas em torno de um domínio de conhecimento (Meleis, 1991) (Figura 1).

Figura 1 – A disciplina de enfermagem

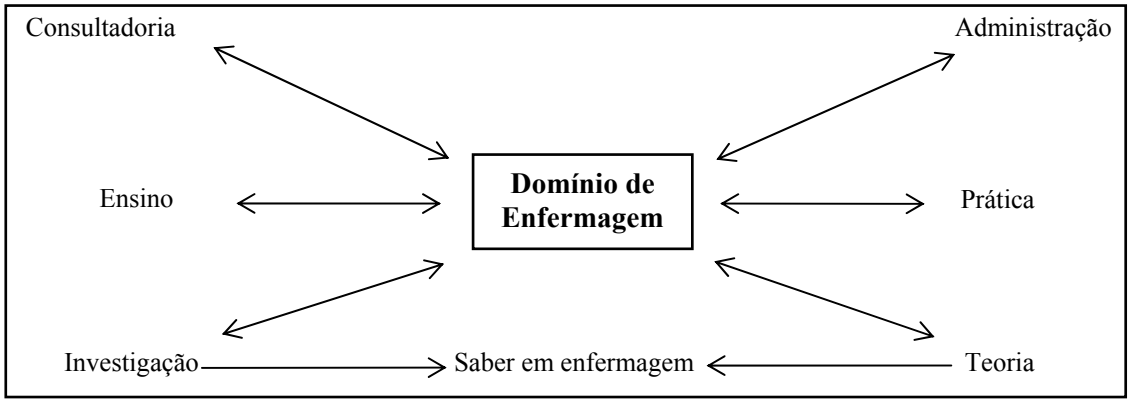


Adaptado de: MELEIS, A. (1991)

Um domínio informa e é informado por todos os círculos envolventes da disciplina. Ou seja, um domínio é revisto e desenvolvido através da sabedoria e perícia dos membros da disciplina, através do conhecimento desenvolvido noutras disciplinas. No entanto, um domínio tem certos elementos centrais de estabilidade, mas a natureza do seu conteúdo é dinâmica e responsável pelas mudanças ocorridas noutras esferas (Meleis, 1991).

Quando a enfermagem é considerada analiticamente, verifica-se que há numerosas indicações de que esta seja realmente uma disciplina com uma perspectiva particular. Essa perspectiva é definida por e no seu domínio. Os problemas centrais do domínio de enfermagem podem ser examinados por outras ciências; contudo, a centralidade destes problemas para o domínio é o que determina a afiliação primária do domínio. Alguns interesses de algumas disciplinas sobrepõem outras. O domínio da enfermagem não se cinge simplesmente aos resultados de investigação, teorias ou prática de enfermagem, mas ao conhecimento da prática de enfermagem, que se baseia na filosofia, história, prática formativa, resultados de investigação, teoria e genealogia de ideias (Figura 2).

Figura 2 – O Domínio da enfermagem



Adaptado de: MELEIS; A. (1991)

O domínio de enfermagem inclui unidades de análise, metodologia congruente, processos de enfermagem, abordagens holísticas de avaliação e outros procedimentos práticos e metodológicos que são essenciais ao desenvolvimento do conhecimento. Os componentes centrais do domínio são:

- Principais conceitos e problemas do campo;
- Processos para apreciação, diagnóstico e intervenção;
- Instrumentos para apreciar, diagnosticar e intervir, e
- Desenhos investigativos e metodologias congruentes com o conhecimento de enfermagem (Meleis, 1991).

Os conceitos identificados pela autora como centrais para o domínio de enfermagem são: cliente de enfermagem, transições, interacção, processo de enfermagem, ambiente, terapêuticas de enfermagem e saúde. O enfermeiro interage (*interacção*) com um ser humano numa situação de saúde/doença (*cliente de enfermagem*), que é uma parte integrante do seu contexto sociocultural (*ambiente*) e que está nalgum tipo

de transição ou antecipa uma transição (*transição*). As interacções enfermeiro-doente são organizadas em torno de alguns objectivos (*processo de enfermagem, resolução de problemas* ou *avaliação holística*), em que o enfermeiro recorre a algumas acções (*terapêuticas de enfermagem*) para melhorar, promover ou facilitar a saúde (*saúde*) (Meleis, 1991).

O domínio de enfermagem incorpora também um foco central em ambientes que incluem contextos sociopolíticos e económicos para clientes de enfermagem e para os seus significativos. Inclui também um foco na terapêutica de enfermagem para ajudar a encontrar as necessidades dos seres humanos na saúde e cuidados de saúde, para aumentar a capacidade de adaptação, para desenvolver as capacidades de auto--cuidado e manter ou promover a saúde e bem-estar. A teoria e investigação são os processos pelos quais os conceitos dominantes e problemas são desenvolvidos, validados e comunicados. Prática, educação e administração são os meios pelos quais os objectivos do domínio são implementados. Todos estes são parte da disciplina de enfermagem (Meleis, 1991).

Ao cuidar, o enfermeiro interage com os seus doentes em diferentes fases do processo de enfermagem, auxilia os doentes a ultrapassar várias transições através de terapêuticas de enfermagem. Os enfermeiros baseiam as suas actividades em conhecimento que deriva da ciência de enfermagem e de disciplinas relacionadas em valores humanistas. A enfermagem está em constante evolução para encontrar novas necessidades e considerar novo conhecimento.

Valores nos Cuidados de Enfermagem

Simon (1966, cit. por Uustal, 1979) define ***valores*** como "*um conjunto de crenças pessoais e atitudes sobre a verdade, beleza e sentido de qualquer pensamento, objecto ou comportamento. São orientados para a acção e são direcção e sentido à vida de cada um*". Os valores são orientações gerais para o comportamento, normas de conduta que se subscrevem com as quais se tenta viver em conformidade, ou tenta manter. Além disso, fornecem um quadro de referência, uma compreensão básica da realidade, através da qual integramos, explicamos e apreciamos novas ideias, acontecimentos e relações interpessoais. Os valores são conceitos e reflectem-se em julgamentos de valor específicos ou afirmações que uma pessoa faz. Ou seja,

comportamo-nos de acordo como percebemos o mundo através da estrutura das nossas atitudes e valores.

A clarificação de valores fornece um processo para classificar de forma sistemática as questões que enfrentamos e pode ajudar-nos a colmatar a lacuna entre aquilo que dizemos e aquilo que fazemos (Uustal, 1979). A educação para os valores afigura-se, para Pintassilgo (1995), como o processo pelo qual a consciência de cada ser humano se apropria dos valores, num processo de alquimia totalmente novo.

Referirmo-nos aos valores em enfermagem implica, portanto, abordar conceitos. De acordo com Pearson e Vaughan (1992) um conceito de determinado assunto é a maneira como este é visto. Trata-se de um sistema de classificação aplicado a uma área específica. Um conceito permite-nos com um conjunto resumido de pensamentos relacionar a um fenómeno; sem esta classificação concisa, teríamos de detalhar bastante ao descrever um fenómeno (Meleis, 1991). Formarier (1995) refere que um conceito se caracteriza por um certo número de propriedades, como: abstracto, universal, diz respeito ao real e é composto por indicadores. Portanto, um conceito não é apenas o conhecimento que se tem sobre os factos, objectos ou fenómenos mas envolve determinados processos mentais (Mitchell, 1977).

A enfermagem tem também sido descrita como *arte* (Adam, 1994; Collière, 1989; Carper, 1997; Hesbeen, 2000; Krepia, 2002; Michalis, 2002). Trata-se da arte do que consegue articular elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação particular. A ciência confere conhecimentos globais, referentes às pessoas em geral, estabelecidos a partir da observação e da experimentação realizadas num grande número de indivíduos e baseados no corpo que se tem. Conseguir apropriar esses conhecimentos globais a uma pessoa em particular não se equipara a reduzi-la à norma cientificamente estabelecida (Hesbeen, 2000; Michalis, 2002).

Esta arte é também mencionada por alguns autores (Curtin, 1979; Silva, 1983) como sendo uma arte moral por envolver outros seres humanos, as relações entre os seres humanos e a promoção de boa saúde. Como objectivo de enfermagem temos a defesa da saúde de outros seres humanos que não tem um fim científico mas um fim moral quando envolve a procura do bem.

No entanto, a caracterização da enfermagem como uma arte tem sido muito pouco compreendida. O suprimento da arte, tal como era encontrada na Antiguidade,

incluía uma consideração ampla e poderia variar de acordo com o contexto. Deste modo, arte na literatura grega significa perícia no trabalho, o sistema de regras, que deve ser aplicado, a soma do conhecimento individual, a profissão. Platão e Aristóteles determinam a *Arte* como uma imitação da natureza e vida. A enfermagem como uma arte tem origem no seu fundamento filosófico da consideração da vida como um valor fundamental e desdobra-se na arte do cuidar – a melhoria causada por valores morais, filosóficos, mentais, sociais e científicos de cada época. Para além da arte ser desenvolvida, evolui sendo a evolução proporcional à evolução social, política, mental, moral e cultural do Ser Humano (Krepias, 2002).

Carper (1997) faz referência a uma admissão tácita de que a enfermagem é, pelo menos, em parte uma arte, em que esta é associada com a categoria geral das capacidades manuais e/ou técnicas envolvidas na prática de enfermagem. Esta situação ocorre por se dar pouca ênfase ao desenvolvimento da ciência de enfermagem. Parece haver uma relutância própria consciente para alargar o termo conhecimento a incluir os aspectos de conhecimento em enfermagem que não são resultado de investigação empírica.

A aptidão para cuidarmos dos outros, que nos define como seres humanos, é o *cimento da sociedade* (CIPQV, 1998), sendo essencial à subsistência da humanidade, tanto no imediato como para garantir a sua continuidade (Hesbeen, 2002). O cuidado por nós próprios, pelos outros e pelo ambiente é a base necessária duma melhoria sustentável da qualidade de vida. "*Cuidar de*" significa também apreciar e amar; ocupar-se dos outros, seguir de perto, alimentar. "*Cuidar de*" implica um acordo que transcende a emoção. O cuidado pelos outros acrescenta-se à racionalidade para definir os comportamentos.

Cuidar é o reverso da indiferença: implica comunicação e uma situação de parceria em que há dar e receber. Uma vez que o cuidado se baseia na constante interacção entre as pessoas, tem nele próprio a capacidade de reforçar atitudes e práticas igualitárias, e situa-se no oposto das relações de força e do exercício da autoridade (CIPQV, 1998). Cuidar indica uma maneira de se ocupar de alguém na situação, considerando o que é realmente necessário para ele, para que exista segundo a sua própria natureza, isto é, de acordo com as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos (Honoré, 2004). O cuidado do outro pode ser, na verdade, a base para o humanismo (CIPQV, 1998).

O humanismo é um dos valores que se pode reconhecer frequentemente na enfermagem e que assenta no valor de ser humano, de existir e na qualidade dessa existência, dando grande ênfase à natureza das pessoas. Este valor está muitas vezes associado ao *existencialismo*, que dá relevo às pessoas, mas com ênfase para o ser humano individual (Pearson e Vaughan, 1992). Stevenson (1974, cit. por Pearson e Vaughan, 1992) refere três características principais do existencialismo:

- a *unicidade do indivíduo*, propondo que teorias genéricas sobre as pessoas são secundárias à importância do indivíduo;
- o *significado e finalidade das vidas humanas com prioridade sobre as verdades relativas a todo o universo e ao seu funcionamento*;
- a *liberdade do sujeito poder escolher*, considerada como a característica humana de maior valor, havendo liberdade para que o mesmo possa dirigir a sua própria vida e escolher os seus pontos de vista e comportamentos.

De acordo com o conceito humanista de um ser humano, nós existimos e realizamo--nos em relação à natureza, ao mundo objectivo, às outras pessoas e a nós próprios. Um ser humano é visto como independente, individual e livre nas suas próprias actividades. São realçados espiritualidade, desenvolvimento e idealismo. Em enfermagem, atribui-se o significado de que ficar doente é visto como uma experiência subjectiva que inclui bons e maus sentimentos e necessidades vivenciadas. Ficar doente inclui também uma forma de se expressar, demonstrando maus sentimentos e solicitando ajuda. As actividades de enfermagem são dirigidas para apoiar e cuidar da ansiedade e pessoas em sofrimento. A relação entre um cliente de enfermagem e um enfermeiro é uma interacção igual entre dois sujeitos (Sarvimäki, 1980, 1988, cit. por Raij, 2000).

A *prestação de cuidados* refere-se a todos os que exercem a sua profissão em contacto directo com as pessoas que deles necessitam. *Prestar cuidados* ou *cuidar* designa a atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive numa situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar e a promover a sua saúde. Por outro lado, o *cuidado* representa a missão principal de qualquer instituição de cuidados (Hesbeen, 2000).

A lógica do cuidar deve, assim, ser distinguida da lógica de enfermagem, pois os cuidados não são apenas de enfermagem (Hesbeen, 2001). Cuidar refere-se aos outros e a si mesmo, assim como às coisas; a tudo o que constitui o mundo e à

própria acção (Honoré, 2004). A lógica do cuidar tem necessidade de reunir todos os actores implicados no processo em torno de uma mesma perspectiva e de não limitar os cuidados a uma única categoria. Cada profissional deve recorrer às competências e características próprias do exercício da sua profissão, cujo conteúdo das suas acções os distingue. Sem perspectiva de enfermagem, as acções não passam de tarefas que nada têm a ver com os cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2001). Distingue-se a significação da palavra *cuidar* do sentido que cada profissional lhe dá. Este sentido é entendido como a compreensão que se tem de determinada coisa, no momento em que a mesma é levada em consideração e na situação profissional em que a pessoa se encontra, de acordo com a orientação que procura, dar à sua experiência, seja esta mais ou menos clara. Isto é, o sentido de uma acção de cuidado é próprio daquele que faz a experiência (Honoré, 2004).

Cuidar tem também sido referenciado como um conceito complicado (Raij, 2000) ou mesmo complexo (Hesbeen, 2000). O princípio do pensamento complexo pressupõe que um sistema vivo deva ser abordado de forma global sem ignorar os elementos que o compõem e principalmente, sem negligenciar as múltiplas interacções que se produzem constantemente entre esses vários elementos. Morin (1995) refere que a consciência da complexidade faz-nos compreender que nunca poderemos escapar à incerteza e que nunca poderemos ter um conhecimento total: *a totalidade é a não verdade*.

Realizar actos num corpo humano relaciona-se, muitas vezes, com o registo do complicado. "*Ajudar alguém numa situação de vida que lhe é própria inscreve-se num processo complexo*" (Hesbeen, 2000: 37). A confusão entre o complicado e o complexo influenciou bastante a representação que se tem de quem trabalha o complicado em detrimento dos que lidam com o complexo. Como consequência temos toda uma hierarquização social, que também existe no seio da profissão de cuidados, na qual quem domina o complicado, o espectacular é muito mais reconhecido – *brilha mai*s – do que quem está em contacto com o complexo.

Os cuidados de enfermagem, compostos de múltiplas acções, são sobretudo, apesar do lugar ocupado pelos gestos técnicos, uma imensidão a que Hesbeen (2001) designa por "*pequenas coisas*", que dão a possibilidade de manifestar uma "*grande atenção*" àquele que beneficia de cuidados bem como aos seus familiares. Estas "*pequenas coisas*" não devem ser confundidas com "*pequenos actos*", "*pequenos*

comportamentos" ou "*pequenos gestos calculados*" que, a esse título, poderiam equivaler a "*quase nada*" ou a "*menos que nada*". São essas "*pequenas coisas*" da vida, que dão sentido e são importantes para uma determinada pessoa. A atenção que o profissional de saúde lhes presta demonstra claramente até que ponto este se preocupa com o outro. Este profissional participa plenamente na saúde das pessoas que recorrem ao sistema de cuidados, proporcionando-lhes ainda bem-estar. É a partir da valorização da utilidade social de todas essas "*pequenas coisas*", que constituem os cuidados de enfermagem, das qualidades profissionais exigidas para lhes dar vida e sentido, que a enfermagem poderá esclarecer e firmar a sua identidade provando que o seu contributo é essencial para a promoção e manutenção da saúde dos indivíduos.

O que faz a *essência* da prática do cuidar é a relação interpessoal entre a pessoa que "precisa de ajuda" e outra "prestadora de cuidados" que tem por missão ajudar, e isso numa situação de vida em que o prestador de cuidados é chamado a intervir. O *acessório* da prática do cuidar faz-se através dos vários meios, mais ou menos específicos, de um grupo de profissionais que servem de suporte à acção do cuidar. Esses meios dependem dos aspectos técnicos, científicos, educativos, organizacionais e são de naturezas diversas. Apesar da essência ser comum a todos os prestadores de cuidados, o acessório de cada um pode ser muito diferente (Hesbeen, 2001), devendo estar articulados de modo a que se atinja o objectivo de dar resposta às necessidades do outro.

Hesbeen (2000) faz também referência ao *cuidar* enquanto *valor*, tratando-se de uma orientação de natureza filosófica. Mencionar o conceito de *cuidar* sob a forma de valor e não de verdade científica permite, espontaneamente, a cada pessoa subscrever este valor ou dele se desvincular seleccionando uma orientação mais compatível com as suas ideias, mais apropriada ao seu projecto de vida ou profissional.

O cuidar, quando aceite como a essência da enfermagem, é a substância e a necessidade de enfermagem (Radsma, 1994). A perspectiva filosófica pode ser encontrada na asserção de que a essência é cuidar. A essência do cuidar em enfermagem é definida como um processo simultâneo psico-social baseado na interacção, significado, interpretação e acção. As características do processo simultâneo da pessoa podem ser encontradas nas dimensões do conceito de cuidar, identificadas por Puolakka (1995, cit. por Raij, 2000): *presença*, *reciprocidade*,

coragem, *amor*, *esteticismo* e *situação*. Estas dimensões vão ao encontro dos conceitos definidos por Parse (1987, 1992) no paradigma da *simultaneidade*, que considera a pessoa como um ser sinergético, num estado de intercâmbio mútuo e simultâneo com o meio. Para esta autora, os cuidados de enfermagem estão centrados no ser humano e na sua participação qualitativa das experiências de saúde. Os seus objectivos são favorecer a qualidade de vida, tal como é percebida pela pessoa ou família e preservar a sua dignidade.

Morse et al. (1990) são de opinião que se cuidar deve ser considerado como a essência de enfermagem o conceito deveria, então, ser clarificado. Neste sentido, identificaram no seu estudo cinco perspectivas de cuidar:

- *Cuidar como um traço humano*, é uma parte da natureza humana e essencial à existência humana;
- *Cuidar como um imperativo moral, ou ideal,* é visto como um valor fundamental ou ideal moral em enfermagem;
- *Cuidar como um efeito*, significa realçar a natureza do cuidado alcançando o envolvimento emocional, ou um sentimento empático, com a experiência do doente;
- *A perspectiva cuidar como a relação interpessoal enfermeiro-doente* realça a relação enfermeiro-doente como a essência do cuidar;
- *Cuidar como intervenção terapêutica* significa relacionar cuidar directamente ao trabalho dos enfermeiros. Nesta perspectiva as acções específicas do cuidar podem ser identificadas como a defesa do doente, o toque, o estar lá.

O *holismo* é outro valor subjacente à enfermagem, que se refere ao estudo do organismo todo ou de sistemas completos. A sua etimologia tem origem na palavra grega *hólos* (*que forma um todo, inteiro, intacto*) (Machado, 1977b: 236). A palavra inglesa "*whole*" é uma inovação que remonta ao século XIV. Subjacente à visão holística das pessoas, existem duas premissas: o indivíduo reage sempre como um todo unificado; o indivíduo, como um todo, é diferente de e mais que a soma das diferentes partes. Ou seja, há necessidade de estudar o ser inteiro e o modo de interacção da mente com o corpo (Pearson e Vaughan, 1992) e o meio.

A abordagem holística apresentada por Rauhala (1989, 1995, cit. por Raij, 2000) realça a totalidade do ser humano. De acordo com a autora, um ser humano existe por possuir um corpo físico, ser consciente e ser um ser situacional. Ter um corpo

físico significa existir como um ser orgânico, consciência inclui experiências mentais-espirituais e relações situacionais com a realidade. Os significados são subjectivos e evoluem. A auto-actualização é o traço característico mais importante no crescimento emocional. Usando a auto-reflexão, um ser humano pode ajustar o comportamento aos acontecimentos específicos em situações seleccionadas.

Outra perspectiva a considerar o conceito de um ser holístico pode ser encontrada na *teoria de adaptação* de Roy (1980, 1984 cit. por Meleis, 1991), que oferece uma visão lógico-empírica. O ser humano é apresentado como um todo bio-psico-social onde o todo é considerado mais do que a soma das suas partes, que está em constante interacção com um ambiente em mudança, a que se tem de adaptar. Para isso, recorre a mecanismos inatos e adquiridos, que têm origem biológica, psicológica e social. A pessoa tem quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, auto-conceito, execução de papéis e interdependência. A enfermagem evidencia uma abordagem humanista ao valorizar as opiniões e pontos de vista de outras pessoas, em que as relações interpessoais são uma parte integral da mesma. Além disso, há um objectivo dinâmico para a existência humana que culmina com o atingir da dignidade e integridade. Mais recentemente, a teoria incorporou referências humanísticas que consideram a dignidade dos seres humanos e o papel dos enfermeiros em promover a integridade na vida e na morte. A evolução da teoria permitiu, assim, a identificação de novos valores humanísticos. Os princípios do humanismo são poder criativo, holismo, subjectividade, importância na vida, relações interpessoais e actividade. Até 1984, Roy realçou a natureza holística de uma pessoa e o cuidado humanístico dos enfermeiros. Em 1987 estes valores humanísticos foram descritos (Meleis, 1991).

À semelhança do que foi mencionado para a definição de enfermagem, também o conceito de *cuidar* é aberto ao conhecimento, a todos os conhecimentos que permitam melhorar, enriquecer, tornar mais própria a ajuda prestada a uma pessoa (Hesbeen, 2000). Os serviços de enfermagem são fundados em valores humanísticos. A dignidade de um ser humano como um valor absoluto satisfaz outros valores. Os cuidados de enfermagem assumem um respeito pela pessoa, defendendo a vida, justiça e a integridade do indivíduo. A relação interactiva depende do respeito pela igualdade, individualismo e os valores e convicções de cada indivíduo. Toda a pessoa é preciosa e tem o direito de viver e ser cuidado (Raij, 2000).

Principais Conceitos no Metaparadigma da Ciência de Enfermagem

O interesse e a forma de considerar a ciência de enfermagem podem ser encontrados no seu metaparadigma. Este consiste em conceitos e proposições que nos guiam para descobrir um objecto único a ser estudado e para a prática. Os conceitos e proposições têm de ser suficientemente abstractos e neutros sem representar qualquer modelo de enfermagem particular. Além disso, o conteúdo deveria ser internacionalmente amplo de modo a que sejam valores livres e aceites em diferentes culturas (Fawcett, 1992, cit. por Raij, 2000).

Conceitos como cuidar, pessoa, saúde e ambiente estão presentes em documentos produzidos por enfermeiros desde Florence Nightingale (1859-1969) e conduziram o desenvolvimento da diversidade conceptual em enfermagem. Schröck (1981, cit. por Miller, 1985) refere que quando os conceitos que já foram defendidos parecem ser insuficientes, tenta-se restruturar ou recriá-los. Também Martin (1995) refere que uma disciplina, uma ciência, não pode constituir-se senão pela ruptura entre formas de pensamento e acção anteriores e outras novas mais fundamentadas cientificamente e mais eficazes para questionar o real. Amendoeira (2000) menciona a imposição de uma reavaliação contínua da disciplina e da profissão quanto às necessidades da sociedade e às descobertas científicas. A investigação das práticas vai conduzir a uma reactualização da estrutura da disciplina no tempo.

Raij (2000), ao citar Yura e Torres (1975), Fawcett (1978, 1984), Stevens (1979) e Chinn e Jacobs (1987), faz referência aos principais conceitos no metaparadigma da ciência de enfermagem identificados pelos autores como o ser humano (pessoa, cliente de enfermagem, receptor de cuidados, doente), ambiente (sociedade), saúde e enfermagem. Por sua vez, Kim (1983) identificou o domínio de cliente, o domínio de ambiente e o domínio da acção de enfermagem como conhecimento dominante na ciência de enfermagem.

Teorias de Enfermagem como Fontes de Conhecimento

De acordo com Riehl e Roy (1980, cit. por Newton, 1993), uma teoria é um princípio geral, cientificamente aceite, que governa a prática, ou que se propõe explicar a observação. Meleis (1991) refere ainda que a teoria é o objectivo de todo o trabalho científico, pois teorizar é um processo central em todos os esforços científicos e o pensamento científico é essencial a todos os desempenhos científicos. As teorias

estão sempre num processo de desenvolvimento. Através da reflexão e da investigação das práticas de cuidados de enfermagem vai-se identificando e delimitando o saber de enfermagem (Basto, 2000).

Teorias de enfermagem são reservatórios nos quais as descobertas relacionadas com conceitos de enfermagem, como conforto, cura, recuperação, mobilidade, descanso, cuidar, tornar apto, fadiga e cuidado à família são depositados. Constituem-se, igualmente, reservatórios para respostas relacionadas com fenómenos de enfermagem significativos (Meleis, 1991).

As teorias de enfermagem, também usadas em educação, foram desenvolvidas desde 1950. Até esta data imperava o modelo biomédico, que valoriza os conhecimentos em ciências físicas e a execução das acções terapêuticas que levam ao diagnóstico ou à cura (Pearson e Vaughan, 1992). Viveu-se a era da técnica e da ciência que orientou o papel desempenhado pela enfermagem durante algumas décadas (Queirós, 2000).

O número de teorias de enfermagem aumentou rapidamente durante os últimos anos. O estudo de modelos e teorias de enfermagem, em Portugal, teve início nos anos setenta e oitenta, do século XX, nas escolas e, só posteriormente nos hospitais e centros de saúde. Destacamos o seu papel na educação em enfermagem, sendo que algumas das teorias são também aplicadas em contextos da prática.

Meleis (1991) identificou dois tipos de teorias de enfermagem: *descritivas* e *prescritivas*. As *teorias descritivas* descrevem um fenómeno, especulam o porquê da sua ocorrência e descrevem as suas consequências. Contudo, têm utilidade explicativa, de relação e de predição. Estas teorias não são orientadas para a acção e não tentam produzir uma situação. As teorias descritivas em enfermagem incluem: processos de vida, interacções pessoa-ambiente, avaliação, diagnóstico, descrições de alterações no processo de vida e terapêutica clínica. A autora refere-se ainda a dois tipos de teorias descritivas: *factor-isolating, category-formulating* ou *labeling theory*, que descreve as propriedades e dimensões do fenómeno; e *explanatory theory*, que descreve e explica a natureza e relações de um determinado fenómeno com outro fenómeno.

As *teorias prescritivas* abordam as terapêuticas de enfermagem e as consequências das intervenções. Incluem proposições que apelam para a mudança e predizem as consequências de uma certa estratégia de intervenção de enfermagem. Estas teorias

devem designar a prescrição e os seus componentes, o tipo de cliente a receber a prescrição, as condições levam à prescrição, bem como as suas consequências. Além disso, articulam as condições no processo de vida, interacções pessoa-ambiente e estado de saúde que precisa da prescrição, bem como o efeito no processo de vida do cliente, estado de saúde e interacção com o seu ambiente. As prescrições podem também ser centradas no ambiente.

São várias as classificações das teorias de enfermagem. Johnson (1974, cit. por Meleis, 1991) classificou as teorias de enfermagem pelas suas origens paradigmáticas em:

- *modelos de desenvolvimento*, baseados nas teorias de desenvolvimento de Erikson (1963), Freud (1949), Maslow (1954), Peplau (1952), C. Rogers (1959) e Sullivan (1953) e na escola behaviorista (Bijou e Baer, 1961);
- *modelos sistémicos*, como o modelo sistémico de adaptação de Roy (1970), o sistema tríade de Howland e McDowell (1964), o sistema de processo de vida de Rogers (1970) e o modelo sistémico de comportamento de Johnson (1968);
- *modelo de interacção*, dependente da teoria de interacção simbólica, sendo os mais conhecidos os de Orlando (1961) e Wiedenbach (1964).

Recorrendo aos critérios pioneiros de Johnson, ao considerar as origens paradigmáticas das teorias como dimensão, Meleis (1991) considerou outras dimensões como o período de tempo de desenvolvimento teórico, dimensões temporais centradas em diferentes contextos socioculturais, questões e conceitos centrais da teoria, e identificou três escolas do pensamento: das *necessidades*, da *interacção* e dos *resultados*.

As *teorias das necessidades* foram desenvolvidas para considerar *o que* os enfermeiros fazem. Funções de conceptualização levaram os teóricos a considerar um cliente de enfermagem em termos de uma hierarquia de necessidades. Quando qualquer uma destas necessidades não são satisfeitas e quando uma pessoa não está apta a satisfazer as suas próprias necessidades, torna-se imperioso o cuidado de enfermagem. Os profissionais de enfermagem ajudarão os doentes a satisfazer as suas próprias necessidades. Teóricas como Abdellah, Henderson e Orem estão incluídas nesta escola de pensamento. Meleis (1991) menciona que as teorias das necessidades muniram a enfermagem com uma visão do ser humano muito próxima do modelo biomédico. Baseadas no modelo de Maslow, a hierarquia de necessidades

começa com necessidades fisiológicas e de segurança e evolui para incluir outras necessidades de níveis mais elevados, tais como a necessidade de pertença, amor e estima. Esta escola de pensamento centra-se em problemas e necessidades de doentes vistas pelos prestadores de cuidados de saúde, em que o papel do enfermeiro é dar resposta a essas necessidades. As percepções dos clientes, o enfoque no ambiente e o papel das interacções enfermeiro-doente em diálogos e intervenções não são completamente desenvolvidos.

Além destas teóricas, referidas por Meleis (1991), a teoria desenvolvida por Roper, Logan e Tierney (1995, 2001), enquadra-se também nesta escola de pensamento. As autoras consideram que o ser humano participa num processo de vida, desde a concepção até à morte e realiza diferentes tipos de actividades, denominadas por actividades de vida. Os doentes são dependentes ou independentes nas actividades de vida nas diferentes funções fisiológicas.

Não ignorando totalmente a preocupação da escola de pensamento das necessidades com o que fazem os enfermeiros, a *teoria da interacção* preocupa-se *como* fazem os profissionais de enfermagem. Estas teorias foram concebidas no final dos anos 50 e início dos anos 60 e viam a enfermagem como um processo de interacção com o enfoque no desenvolvimento de uma relação entre enfermeiro e doente. Apesar de alguns teóricos interaccionistas continuarem a referir-se às necessidades dos doentes, todos os interaccionistas centraram a sua atenção no processo de cuidado e na relação entre enfermeiros e clientes. As suas teorias eram baseadas no interaccionismo, fenomenologia e filosofia existencialista. De acordo com estas teóricas, a enfermagem é um processo interpessoal que ocorre entre uma pessoa que precisa de ajuda e uma pessoa capaz de ajudar. Teóricas como King, Orlando, Paterson e Zderard, Peplau, Travelbee e Wiedenbach incluem-se, segundo Meleis (1991), nesta escola de pensamento.

A *teoria dos resultados* colocou a questão do *porquê* do cuidado de enfermagem. Não ignorando *o quê* e o *como*, este grupo de teóricas procurou conceptualizar o resultado do cuidado de enfermagem, descrevendo também o receptor do cuidado. O objectivo do cuidado de enfermagem seria promover algum equilíbrio, estabilidade e preservação de energia ou promover harmonia entre o indivíduo e o ambiente. Estas conceptualizações basearam-se em teorias dos sistemas, de adaptação e do desenvolvimento e centraram-se no resultado do cuidado. A sua visão de um ser

humano e de cliente de enfermagem incorporou a concepção de ser humano dos teóricos de necessidades. Contudo, falam de harmonia com o ambiente, estabilidade, conservação de energia e homeostase como potenciais resultados. Os enfermeiros não se incluem a si próprios como agentes terapêuticos. Segundo Meleis (1991), as teorias dos resultados munem a enfermagem com uma concepção bem articulada de um ser humano como um cliente de enfermagem e da enfermagem como um mecanismo regulador externo. Neste grupo de teóricas, a autora incluiu Johnson, Levine, Rogers e Roy.

O domínio de enfermagem inclui a pessoa que se assume que esteja em constante interacção com o seu ambiente, possui necessidades não satisfeitas, ou desconhecidas do próprio o que origina uma incapacidade de se cuidarem de si próprias, ou não estão adaptadas ao ambiente o que pode originar interrupções, ou potenciais interrupções, na saúde. O domínio de enfermagem centra-se em terapêuticas para ajudar a encontrar as necessidades da pessoa e para promover capacidade de adaptação, auto-cuidado, saúde e bem-estar. A teoria e a investigação são os processos pelos quais os conceitos dominantes e problemas são desenvolvidos, validados e comunicados. Prática, educação e administração são os meios pelos quais os objectivos do domínio são implementados. No ensino de enfermagem as teorias de enfermagem oferecem instrumentos para lidar com diferentes tipos de conhecimento derivado da ciência de enfermagem e disciplinas relacionadas. Quando se seleccionam as teorias a ser usadas, é necessária uma discussão em relação às suas assunções científicas e filosóficas.

Em conclusão, as fontes de conhecimento em estudos teóricos podem ser apresentadas da seguinte forma:

* A *missão do cuidado de enfermagem*, no qual um enfermeiro é visto como um actor profissional que presta cuidados de enfermagem numa sociedade em relação ao sistema de cuidados de saúde num todo. Inclui os diferentes papéis funcionais e responsabilidades dos enfermeiros, uma explicação do que é necessário para os enfermeiros;
* Os *valores* nos cuidados de enfermagem baseados no conceito de um ser humano em relação ao significado de cuidar em enfermagem;
* Os principais *conceitos no metaparadigma de ciência de enfermagem* e as relações entre eles a ser usados como uma estrutura e para ser usado com

conhecimento que tem origem na ciência de enfermagem e outras disciplinas relacionadas;

* As *teorias de enfermagem* oferecem ferramentas para operacionalizar os principais conceitos a ser aplicados na prestação de cuidados de enfermagem.

2. CONTEXTOS E PRÁTICAS

> "*As organizações de saúde são sistemas complexos com capacidade de influenciar a conduta dos indivíduos que dele fazem parte*"
>
> Frederico, 2001

A natureza dos cuidados de enfermagem centra-se na relação do profissional com o utente e família. De entre vários factores, esta relação é influenciada pelo contexto onde ocorre, seja no hospital ou no centro de saúde. Além disso, o contexto influencia os seus protagonistas, tendo mesmo um potencial formador. De entre os vários contextos onde o enfermeiro pode ter intervenção, abordamos os mais comuns no nosso país: hospital e centro de saúde.

Até aos anos 70 do século XX, a preparação para o mundo do trabalho estava praticamente limitada à preparação técnica para o desempenho de uma dada profissão, situação que progressivamente se foi alterando devido, em grande parte, às próprias modificações verificadas no mundo do trabalho. A formação devia proporcionar também o desenvolvimento de valores, de atitudes e de competências favoráveis ao desempenho profissional e não circunscrever-se apenas ao "apetrechamento" técnico dos indivíduos. A par da alteração na formação, o próprio conceito de trabalho viu-se também alterado com o fim progressivo das instituições de tipo *taylorista* e a emergência de ambientes de trabalho de tipo comunitário (Fonseca, 1996). Num segundo ponto abordamos os modelos de organização do trabalho, articulando com o modelo de formação inerente a cada um.

2.1. NATUREZA E CONTEXTOS DAS PRÁTICAS

> "*Cada ser humano trilha o seu próprio percurso de formação, fruto do que é e do que o contexto vivencial lhe permite que seja, fruto do que quer e do que pode ser*"
>
> Alarcão, 1997:7

O exercício da profissão de enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (famílias ou comunidades). Tanto a pessoa-enfermeiro, como as pessoas-clientes dos cuidados de enfermagem contêm quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual – fruto das condições ambientais diferentes em que vivem e se desenvolvem. No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permitem compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, na qual procura abster-se de juízos de valor em relação à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2004c).

A relação terapêutica promovida no contexto do profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem como objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Diversas são as circunstâncias em que deve ser estabelecida a parceria, envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo) (Ordem dos Enfermeiros, 2004c).

Em relação aos cuidados pessoais, o foco de atenção é a pessoa com necessidades de cuidados de enfermagem decorrentes:

- do desenvolvimento de potencialidades com vista à melhoria dos seus níveis de saúde;
- de défices identificados, instalados e/ou potenciais que decorrem dos problemas ao longo da vida, associados ao processo de saúde/doença, tendo como finalidade potenciar as respostas humanas que tal processo desencadeia (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Na vertente das variáveis de saúde pública, o foco de atenção é a pessoa na sua relação com o ambiente, sendo a promoção da saúde e a prevenção da doença os eixos prioritários das intervenções de enfermagem, que têm como finalidade ajudar

os indivíduos a adoptar respostas adaptativas com vista ao mais elevado nível de saúde que o conhecimento científico e tecnológico disponibiliza (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Os cuidados de enfermagem centram-se, portanto, na promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Procura-se ao longo de todo o ciclo vital prevenir a doença e promover os processos de readaptação; procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida; procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente e família (Ordem dos Enfermeiros, 2004c).

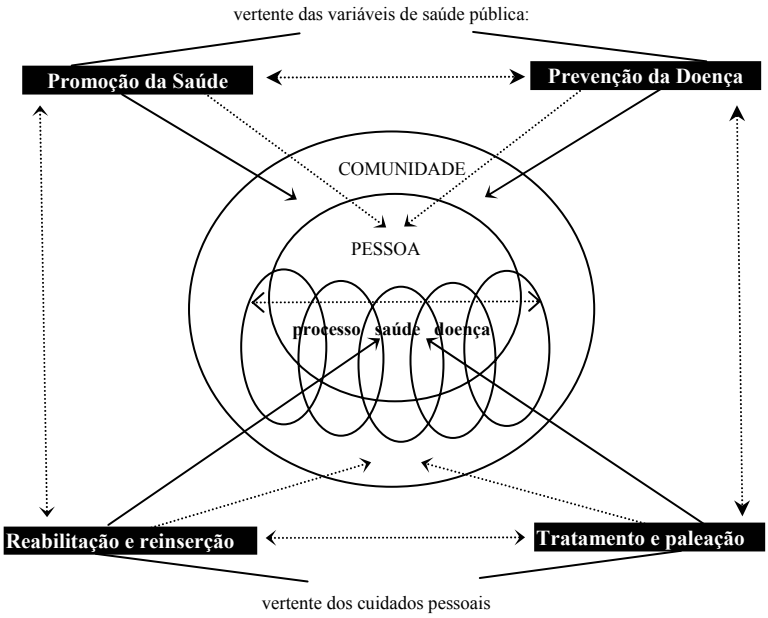
Na vertente da componente intersectorial entende-se, pela natureza dos cuidados de enfermagem, que os enfermeiros podem garantir importantes contributos como interface entre a saúde e os outros sectores. Existem já exemplos no que respeita à área da saúde, (Emergência, Linha Saúde Pública, Linha Saúde 24-Pediatria), da justiça, (como as comissões de protecção de menores), da segurança social (comissões de acompanhamento do rendimento mínimo) e da educação (escolas promotoras de saúde) (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Em síntese, a Ordem dos Enfermeiros (2005), considera ser desejável que o modelo orgânico-funcional dos cuidados de proximidade garanta a potenciação dos recursos existentes, aconselhando para a sua configuração:

- definição de zonas de saúde com uma abrangência populacional semelhante e com recursos mínimos: um hospital com recursos de valências básicas, no máximo a uma distância que em tempo seja inferior a uma hora, e centros de saúde que cubram a dispersão geográfica;
- criação de comissões de coordenação e gestão dos recursos da saúde da respectiva zona (Figura 3).

Figura 3 – Quadro de referência para o modelo orgânico-funcional para os serviços de proximidade proposto pela Ordem dos Enfermeiros

Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2005: 6.



Baseada no Diagrama apresentado na Figura 3 a Ordem dos Enfermeiros (2005) recomenda que, do ponto de vista organizacional, se evolua para um modelo funcional de complementaridade profissional, num quadro de interdependência institucional e de administração e gestão global e sistémica a nível loco-regional, em que:

- a vertente das variáveis de saúde pública deverá contar com estruturas de suporte ao desenvolvimento de programas dirigidos a grupos-alvo e à promoção e manutenção do ambiente e dos estilos de vida saudáveis;
- a vertente dos cuidados pessoais deverá contar com estruturas de suporte tanto para o tratamento e para a paleação como para a reabilitação e reinserção, com níveis de respostas determinados pelas necessidades dos utentes, cujo factor diferenciador se situa nos recursos tecnológicos.

Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, em paralelo, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o conjunto dos recursos pessoais, familiares e comunitários, para lidar com os desafios da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2004c).

O exercício profissional dos enfermeiros inscreve-se num contexto de actuação multiprofissional. Distinguem-se dois tipos de intervenções de enfermagem:

- *interdependentes*, que são iniciadas por outros técnicos da equipa (como é o caso das prescrições médicas), que o enfermeiro assume a responsabilidade pela respectiva implementação;
- *autónomas*, que são iniciadas pela prescrição do enfermeiro, cuja responsabilidade é assumida pela prescrição e implementação técnica da intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2004c).

Dada a crescente complexidade dos cuidados de saúde, a qualidade da respectiva prestação depende cada vez mais de uma boa articulação entre os diversos profissionais da saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2004d).

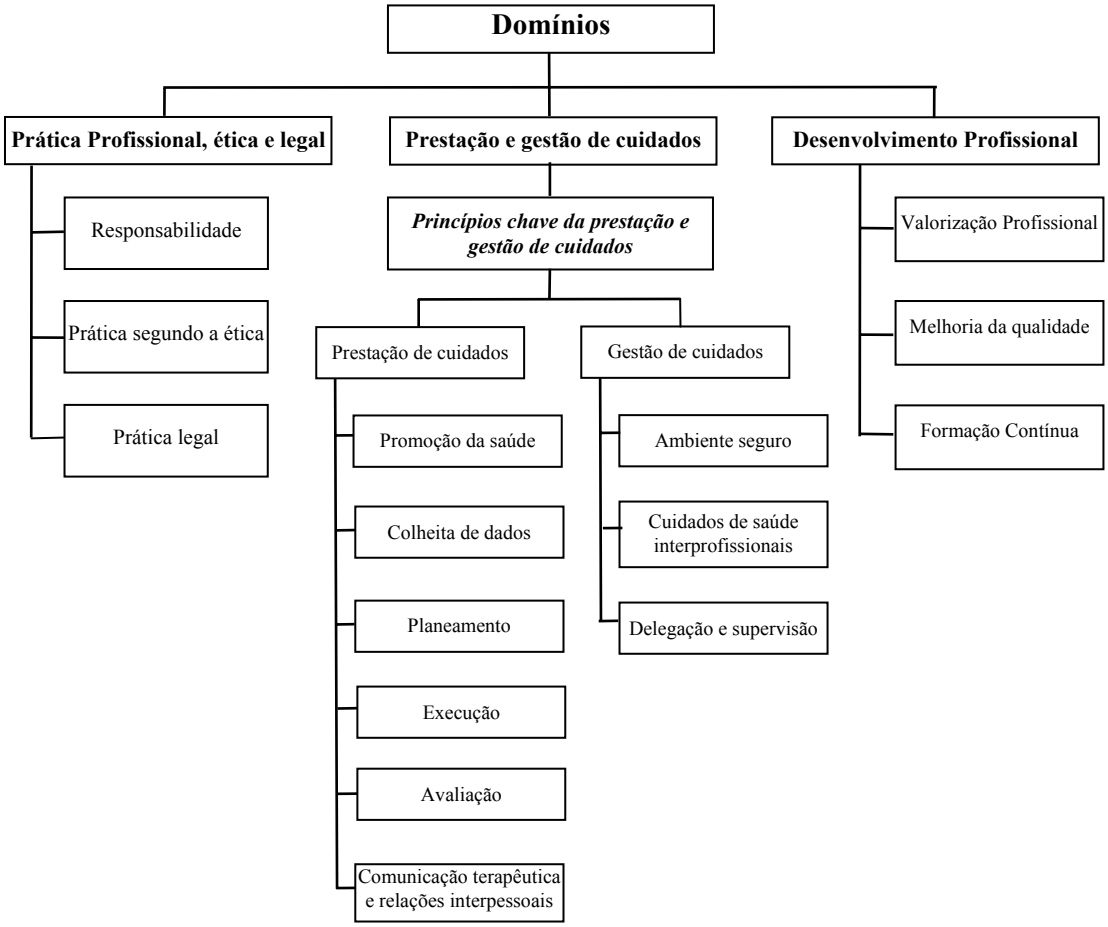
A tomada de decisão que orienta o exercício profissional autónomo envolve uma abordagem sistémica e sistemática. O enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Depois de realizada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e a resolver ou minimizar os problemas reais identificados (Ordem dos Enfermeiros, 2004c).

No processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro associa os resultados da investigação à sua prática. A produção de linhas orientadoras da boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2004c).

Os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico e que enformam a boa prática de enfermagem, caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, do ponto de vista das atitudes. Neste sentido, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros exige sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (Ordem dos Enfermeiros, 2004c).

A Ordem dos Enfermeiros Portuguesa assume como competências do enfermeiro de cuidados gerais as definidas pelo *International Council of Nurses (ICN)*, e são representadas sumariamente no Quadro 1.

Quadro 1 – Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais
Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2004c: 17



Os recursos humanos são essenciais numa instituição de saúde. Se cada profissional não estiver colocado de acordo com as suas competências, se não se sentir motivado para apostar com agrado no seu desenvolvimento pessoal e organizacional, não há plano de trabalho, por mais racional e tecnologicamente perfeito, que possa ser executado com eficiência. Ou seja, com garantia da qualidade da assistência prestada e da segurança dos utentes/família (Ordem dos Enfermeiros, 2004d).

Os contextos da prática profissional dos enfermeiros são, na sua grande maioria, os hospitais e os centros de saúde públicos, uma vez que o Serviço Nacional de Saúde é o grande prestador de cuidados de saúde em Portugal. O sector privado constituiu-se desde sempre como uma franja muito pequena dos cuidados clínicos prestados no nosso País, tratando-se de um local de trabalho pontual, onde a espaços podiam auferir um complemento do vencimento no sector público (Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 2004). Actualmente, a precariedade contratual oferecida pelo sector público aos profissionais de enfermagem associada à expansão do sector

privado conduziu a que cada vez haja mais enfermeiros a optar por trabalhar exclusivamente neste.

Em 2000, a oferta de cuidados de saúde primários pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde traduzia-se em 354 Centros de Saúde, distribuídos por Portugal continental, com 1895 extensões. No mesmo ano, podíamos contar com 7389 médicos, 6256 enfermeiros e 747 técnicos de diagnóstico e terapêutica para desenvolver as actividades associadas a esta área (Portugal, 2004).

Neste mesmo ano, o Sistema de Saúde era composto por um total de 38908 camas do internamento, distribuídas da seguinte forma: cerca de 74% pertencentes à rede pública, que inclui o Serviço Nacional de Saúde e as regiões autónomas, 3% à área oficial não pública (designadamente estabelecimentos militares, paramilitares e prisionais) e 23% aos estabelecimentos privados (do total de camas privadas de internamento existente, 79% pertenciam ao sector privado sem fins lucrativos e 21% ao sector privado com fins lucrativos). Por seu turno a rede do Serviço Nacional de Saúde era composta por noventa Hospitais (treze centrais, trinta e nove distritais, vinte e quatro nível um e catorze especializados), com uma capacidade de internamento variável (desde Hospitais com cerca de cinquenta camas até outros com cerca de mil e quinhentas) num total de 23861 camas. Em termos de recursos humanos, o Serviço Nacional de Saúde dispunha de 15384 médicos, 24979 enfermeiros e 5250 técnicos de diagnósticos e terapêutica (Portugal, 2004).

Actualmente apenas podemos contar com informação incompleta e desactualizada sobre as características e a distribuição dos recursos humanos. Num processo de produção em que as novas tecnologias não substituem mão-de-obra, como sucede noutro tipo de organizações, o Ministério da Saúde reconhece a carência de profissionais de enfermagem, ainda que com assimetrias sectoriais e regionais, que se assume como sendo um dos obstáculos ao desenvolvimento dos projectos de saúde que se pretendem concretizar (Portugal, 2004).

O enfermeiro que trabalha no contexto da prática clínica é, normalmente, visto como quem aplica conhecimento que é produzido num contexto que lhe é alheio.

"*É importante que as instituições considerem cada elemento não apenas como indivíduo com necessidades próprias e singulares, mas também como um membro de um grupo específico dentro de um sistema*" (Frederico, 2001: 34).

Existem cerca de 12 milhões de enfermeiros por todo o mundo. Sem o seu envolvimento total e o uso efectivo das suas capacidades, a crise actual da saúde não será ultrapassada. De acordo com o ICN (2005), "*a escassez de enfermeiros não é o 'problema' – os enfermeiros são parte da solução*.

A ausência de enfermeiros é um problema a nível mundial (ICN, 2005). Portugal assistiu nos últimos anos a um aumento médio de 2317 enfermeiros no activo. No entanto, apesar deste saldo positivo em matéria de recursos humanos de enfermagem, Portugal ainda permanece como um dos países da União Europeia que apresenta o mais baixo *ratio* de enfermeiros por mil habitantes. Em final de 2003, o *ratio* médio na União Europeia situava-se em 5,9; enquanto o nosso País não ultrapassava os 4,2 enfermeiros por mil habitantes (Ordem dos Enfermeiros, 2004b).

Dada a escassez de enfermeiros em Portugal[1], muitos profissionais exercem funções em dois ou mais locais de trabalho. O duplo ou o triplo emprego, geralmente, baseia-se no exercício em contextos diferentes – o hospital e o centro de saúde. Além disso, vulgarmente exercem funções numa instituição pública e numa privada ou em duas públicas, de modo a conciliar da melhor forma os horários. Carapinheiro e Lopes (1997) verificaram no seu estudo que a estimativa de enfermeiros dos Centros de Saúde que acumulavam o exercício profissional em mais de uma Instituição de Saúde era de 11% (480 enfermeiros). Nos hospitais, o número com acumulação de exercício era de 25,5%, sendo que destes 8% acumulavam na mesma instituição e 92% em instituições de saúde diferentes. As investigadoras realçaram que estes valores poderiam estar subestimados, dado que as situações de acumulação não são facilmente admitidas e declaradas.

Os Cuidados de Saúde Primários

Em 1946 foi criada a Federação das Caixas de Previdência, que permitiu a expansão dos Serviços Médico Sociais, principalmente no ambulatório, através de uma rede que assentava no Seguro Social Obrigatório. O Estado tinha um carácter supletivo, e intervinha em particular nalgumas doenças de expressão social, como a tuberculose, o sezonismo, o cancro e as doenças mentais. Em 1971, com a publicação do Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro, foram criados os Centros de Saúde (actualmente

[1] Carapinheiro e Lopes (1997) verificaram que os Centros de Saúde estavam a trabalhar com menos 41% dos enfermeiros que realmente necessitam, enquanto nos hospitais a carência verificada é de 16,6%.

designados como Centros de Saúde de primeira geração). Em 1975 foi criado o Serviço Nacional de Saúde que, entre nós, nunca passou duma fase incipiente, condicionado por problemas de financiamento (Portugal, 1998). Em 1976, com a Nova Constituição da República, a saúde passou a ser tida como um direito, no seu artigo 64.

A fusão entre os Centros de Saúde e os Serviços Médico-Sociais, ocorrida em 1982 (Decreto – Lei nº 254/82, de 29 de Junho), veio dar origem à criação das administrações regionais de cuidados de saúde, abreviadamente designadas por administrações regionais de saúde, que tinham por atribuições planear e gerir coordenadamente as acções que envolvessem a promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças e reabilitação, promovendo o máximo aproveitamento ao menor custo, dos recursos existentes nas estruturas do sector oficial e do sector privado da saúde. Esta fusão veio dar origem ao que actualmente se designou por centros de saúde de segunda geração. A sua regulamentação foi publicada no Despacho Normativo nº 97/83, de 28 de Fevereiro.

Em 1990, a Lei de Bases da Saúde veio admitir que o financiamento passasse também a ser da responsabilidade doutras entidades, incluindo os beneficiários, e determina o princípio do acesso às prestações de cuidados de saúde através de Serviços e Estabelecimentos da rede oficial de cuidados, concordando em contratar outras entidades, dada a incapacidade de resposta total às solicitações (Portugal, 1998).

O envelhecimento da população, a evolução da tecnologia, as mudanças dos hábitos de saúde e dos estilos de vida, as modificações na estrutura familiar, as migrações, o urbanismo e a contenção de custos na saúde e em áreas sociais têm, segundo Navalhas (1999), levado a pesquisar alternativas que ressalvam a assistência ambulatória e favorecem a manutenção da pessoa doente no seu domicílio.

A Direcção Geral de Saúde recomenda uma *visão estratégica de saúde para todos*, em que a formação teórica e prática deva ser adequada às novas necessidades da população, baseada em indicadores de saúde, para a diminuição de riscos das desigualdades. Segundo a resposta às mudanças de saúde, a atenção deve ser orientada para os cuidados de saúde na comunidade, para os comportamentos e estilos de vida saudáveis e para a promoção do auto-cuidado (Portugal, 1999).

Ao reconhecer os centros de saúde como primeiras entidades responsáveis pela promoção e melhoria dos níveis de saúde da população de determinada área geográfica, o Governo considerou prioritário a reformulação do respectivo quadro legal, dotando-os de personalidade jurídica e criando um nível de gestão local através da publicação do Decreto – Lei nº 157/99, de 10 de Maio. Estes "novos" centros de saúde passaram a ser designados por centros de saúde de terceira geração.

Os serviços de cuidados primários exprimem o primeiro nível de contacto dos indivíduos, das famílias e da comunidade com os serviços de saúde, representando o primeiro elemento de um processo permanente de cuidados de saúde. O centro de saúde é a unidade física e funcional que tem como responsabilidade prestar cuidados de saúde primários a uma comunidade social, demográfica e geograficamente definida, garantindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças e problemas de saúde, através de intervenção directa, casuística ou programada (Portugal, 1998).

O centro de saúde deve actuar, numa óptica de rentabilização dos recursos e efectividade das suas intervenções, principalmente através do sistema de vigilância epidemiológica, do sistema de avaliação/garantia de qualidade das intervenções e articulação com os hospitais e outros serviços da comunidade (Portugal, 1998). O número de enfermeiros ocupados nos centros de saúde, na prestação de cuidados primários, não chega a 15% da totalidade dos enfermeiros, o que reflecte um modelo de sistema de saúde fortemente vocacionado para o tratamento da doença e não para a sua prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2004a).

O centro de saúde localiza-se, em princípio, na sede de concelho e serve 20 a 30 mil utentes nas áreas urbanas ou a população do concelho. Esta instituição organiza-se em extensões de modo a cobrir eficazmente toda a população, de acordo com a sua dispersão. O atendimento permanente aplica-se a situações que não podem ser observadas pelo médico de família na sua actividade normal e quando a situação não justifica o recurso ao hospital (Portugal, 1998). Os centros de saúde devem assegurar aos utentes a máxima acessibilidade possível, nomeadamente através do princípio de atendimento no próprio dia e marcação de consultas para hora determinada. O seu funcionamento normal é assegurado entre as oito e as vinte horas nos dias úteis, podendo o horário de funcionamento ser alargado até vinte e quatro horas diárias, incluindo sábados, domingos e feriados, em função das necessidades em saúde da população e características geodemográficas da área por eles abrangida e da

disponibilidade de recursos (Nº 2 do Artº 9º do Decreto – Lei nº 157/99, de 10 de Maio).

Mais recentemente, em 2003, o sistema de organização dos cuidados de saúde primários evoluiu para um novo modelo, designado por rede de prestação de cuidados de saúde primários, mais próximo dos cidadãos, das suas famílias e comunidades, simultaneamente mais eficiente, socialmente mais justo e solidário. Esta nova rede de cuidados de saúde primários, para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, deve constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta nova rede assume-se, de igual forma, como um elemento determinante na gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, considerando o primado da pessoa, a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, através de uma abordagem e práticas clínicas centradas na globalidade da pessoa humana e nos melhores padrões de qualidade assistencial, orientados para o indivíduo, para a sua família e a comunidade em que se insere (Decreto – Lei nº 60/2003, de 1 de Abril).

Nesse mesmo ano, foi também criada a rede de cuidados continuados de saúde, constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde destinados a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos necessitados dos mesmos em consequência de doença crónica ou degenerativa, ou por qualquer outra razão física ou psicológica susceptível de causar a sua limitação funcional ou dependência de outrem, incluindo o recurso a todos os meios técnicos e humanos adequados ao alívio da dor e do sofrimento, a minorar a angústia e a dignificar o período terminal da vida (Decreto--Lei n.º 281/2003, de 8 de Novembro).

O Contexto Hospitalar

Com o decorrer do tempo, os hospitais sofreram a influência dos conceitos religiosos, políticos e sociais de cada época, tendo também influenciado a sociedade em que se inseriam (Portugal, 1998). Segundo Carapinheiro (1998), o papel do hospital no sistema de saúde português tem vindo a ser invariavelmente demarcado

por um quadro legal onde se evidencia a influência das ideologias políticas no sentido do reforço da orientação hospitalocêntrica ou do reforço da orientação sanitarista mas, na maioria das vezes, no contexto do predomínio da perspectiva normativista sobre a perspectiva desenvolvimentista.

A primeira metade do século XX foi, por todo o mundo e no nosso país, um período de grande agitação política, social e económica. A evolução dos hospitais portugueses foi semelhante à dos seus similares europeus, por vezes com algum desfasamento, explicado pela distância e por dificuldades de comunicação, bem como pela instalação de políticas *obscurantistas* e, ou *isolacionistas*, nalgumas épocas (Portugal, 1998).

De uma instituição dedicada a tratar os pobres, o hospital transformou-se a pouco e pouco numa instituição onde novas técnicas de diagnóstico e terapêutica estavam disponíveis para todas as classes sociais, e onde a especialização passou a ter uma maior importância. Os hospitais tornaram-se instituições burocratizadas, a necessitar cada vez de mais recursos, de modo a manterem o quadro técnico e administrativo (Portugal, 1998).

O progresso vivido em 1971 no ambulatório, no tratamento e na prevenção aumentam as expectativas das populações no tratamento adequado a todas as situações, aumentando as solicitações sobre os hospitais (Portugal, 1998).

Os hospitais constituem uma fracção insubstituível e com maior significado do Sistema Nacional de Saúde. Os saberes, os conhecimentos e as tecnologias capazes de recuperar a vida, aliviar a dor e curar a doença estão lá instalados. O hospital é cada vez mais um recurso que deve conseguir diversificar a sua oferta de serviços, nomeadamente na área de promoção da saúde (Roseira, 1998: 7 In: Portugal, 1998).

As instituições hospitalares são organizações bastante complexas, que desenvolvem a sua actividade num sistema composto por múltiplos agentes, de natureza, nível e diferenciação distintos, que interactuam com quase todas as expressões do tecido social e da sociedade civil. O significado individual e social da sua actividade demarca uma exposição sem paralelo, implicando por parte dos seus profissionais uma enorme responsabilidade sobre os resultados dos cuidados prestados quer à dimensão colectiva, quer à dimensão individual dos utilizadores (Portugal, 1998).

O hospital deve garantir à população o acesso a cuidados diferenciados, dispondo de cuidados permanentes e emergência 24 horas por dia. A estrutura de cuidados diferenciados é constituída por diferentes tipos de hospitais, de acordo com a sua hierarquia técnica e composição dos seus serviços: nacionais, centrais e distritais. Os hospitais nacionais são os que dispõem de valências diferenciadas e altamente diferenciadas, cujo âmbito populacional é superior a um milhão de pessoas, que podem ser de outras regiões de saúde além da sua. Os hospitais centrais têm uma área de atracção superior a 400 mil habitantes, dispondo de diferenciação semelhante aos hospitais nacionais. Os hospitais distritais são classificados em A e B, de acordo com a diferenciação das suas valências e com a sua área de atracção que pode, ou não, ultrapassar os 150 mil habitantes (Portugal, 1998).

De acordo com a sua missão, esta instituição de saúde deve ser vista como um local de resolução de problemas agudos e/ou mais complexos, onde se prestam cuidados altamente especializados. As altas hospitalares tendem a ser cada vez mais precoces, daí que os serviços de saúde na comunidade devam estar melhor preparados para a gestão das situações emergentes (Portugal, 1999).

O hospital deverá estar, cada vez mais, integrado com os restantes níveis de cuidados, numa rede exemplarmente articulada. Ao possuírem pessoal especializado e tecnologia moderna, os hospitais são um parceiro indispensável para incrementar o ambulatório. A sua organização deve ser no sentido do ambulatório, privilegiando as consultas externas e os hospitais de dia e apoiar a medicina domiciliária (Portugal, 1998).

A formação teórica e prática de médicos, enfermeiros e de técnicos de diagnóstico e terapêutica é, ainda na actualidade, ministrada principalmente em contexto hospitalar, na presença dos doentes, prevalecendo a especialização em órgãos doentes, bem como a aplicação de alta tecnologia (Portugal, 1999).

Aqui trabalham profissionais de saúde de várias áreas, que têm uma função complementar. As pessoas, inseridas na organização e através das suas capacidades técnicas, aptidões e motivações, orientam a sua actividade para que possam alcançar determinados objectivos pessoais e institucionais. As pessoas representam o recurso mais valioso dos hospitais, pois estes são organizações de capital humano intensivo dotado de qualificações técnicas elevadas e muito diversificadas. Os recursos humanos são o seu factor de desenvolvimento. Com o apoio de meios materiais e

técnicos, compete aos recursos humanos o desempenho de prestar cuidados de saúde à população servida. São muitas as dificuldades das instituições de cuidados diferenciados quanto à optimização do seu pessoal, reflectindo-se frequentemente na perda da qualidade dos cuidados prestados (Portugal, 1998).

"*Os Hospitais Públicos Portugueses, mau grado as suas insuficiências, permanecem como protótipo dos locais onde se pratica medicina de alta qualidade*" (Portugal, 1998: 19). Actualmente verifica-se uma afluência exagerada aos Serviços de Urgência Hospitalar, que em parte se justifica por uma dificuldade de acesso às consultas hospitalares. A resolução desta questão, segundo a Direcção Geral de Saúde, baseia-se na total rentabilização da capacidade instalada em recursos humanos e equipamentos. Para esta entidade, o bom funcionamento dos hospitais resultará da sua capacidade de organização interna, mas dependerá muito da envolvente externa (Portugal, 1998). A reestruturação dos cuidados hospitalares passa por:

> "- Definir um mapa de distribuição dos hospitais que permita identificar uma rede hospitalar e a sua interacção, numa lógica de funcionalidade, de garantia de competência e de capacidade, com reforço da articulação inter hospitalar;
> - Definir critérios objectivos para a existência das unidades (...);
> - Criação de centros de excelência, com condições adequadas para o desenvolvimento de técnicas inovadoras, escudados em redes de referenciação, como forma de "escoamento" de doentes;
> - Readaptar as estruturas hospitalares já existentes, mediante o recurso a iniciativas similares a Parcerias Público-Privadas;
> - Definir mais claramente o papel de cada Hospital ao nível dos cuidados a prestar (mais intensivos e menos intensivos, universitários e de retaguarda) e dotação dos meios humanos, técnicos e financeiros adequados ao cumprimento das suas funções e a uma eficaz articulação em rede" (Portugal, 2004: 90).

A este propósito Carapinheiro (1998) salienta que as mudanças de orientação política para o reforço do hospitalcentrismo ou do sanitarismo apresentam-se descoincidentes com os usos que a população faz dos serviços de saúde de que dispõe, e totalmente desfasados com os recursos, as necessidades e os interesses de saúde da maioria dos utentes. Deste modo, o domínio de uma ou outra destas filosofias de cuidados apenas representa interesses políticos programáticos bem definidos, que proliferam nas estruturas e instituições concretas de saúde práticas de cuidados em que os cuidados primários se desarticulam com os diferenciados.

O peso dos hospitais no Orçamento do Estado e na despesa pública, quer no plano logístico e tecnológico quer em recursos humanos justificou, para o Governo, a necessidade de repensar os seus modelos de organização, métodos de gestão e regras de funcionamento, aprovando um novo regime jurídico da gestão hospitalar com a

Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro regulamentada pelo Decreto – Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto. Este instrumento legislativo prevê a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.

No âmbito das reformas do sector da saúde mencionadas, o Serviço Nacional de Saúde conta com uma participação acrescida e diversificada de operadores sociais e privados, integrados nas redes nacionais de cuidados primários, hospitalares e continuados, bem como de modelos de gestão. Neste sentido, o Estado achou conveniente a criação de uma autoridade reguladora específica para o sector da saúde (Decreto – Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro), que assenta nos seguintes princípios:

a) Separação da função do Estado como regulador e supervisor, em relação às suas funções de operador e financiador, mediante a criação de um organismo regulador "dedicado";

b) Atribuição de uma forte independência ao organismo regulador, de modo a separar efectivamente as referidas funções e a garantir a independência da regulação, quer em relação ao Estado operador quer em relação aos operadores em geral.

A Entidade Reguladora da Saúde tem por objecto a regulação, a supervisão e o acompanhamento da actividade dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. O Estado está cada vez mais a deixar de ser interveniente, mas não quer deixar de ser regulador da saúde.

O desenvolvimento da qualidade nos hospitais significa uma evolução sustentada:

- "de uma prática baseada na experiência para uma prática baseada na "evidência científica" e na escolha informada do cidadão;
- de uma melhoria baseada só no desempenho profissional, para uma melhoria de cuidados envolvendo os cidadãos como parceiros;
- de uma qualidade monodisciplinar, para cuidados partilhados e melhoria dos processos complexos de produção e prestação de cuidados de saúde;
- de uma educação profissional contínua e avaliações de qualidade, para uma gestão da doença num quadro de melhoria contínua da qualidade" (Portugal, 1998: 83).

Apesar destas instituições terem uma vertente, principalmente, curativa, pelas suas características – locais de trabalho que acolhem profissionais, doentes, famílias e outros visitantes – bem como pela sua credibilidade junto da população, quanto à saúde, têm grandes potencialidades em favor da promoção da saúde dos funcionários e da população que a eles acorre, que deverão ser aproveitadas. Estas potencialidades

podem ser um grande desafio para todos os profissionais das instituições hospitalares quanto à capacidade de mudança e inovação (Portugal, 1998).

A saúde do trabalhador hospitalar é influenciada pelo atendimento de pessoas debilitadas que, em situação de sofrimento e dependência, precisam de apoio, tratamento e cura. As suas funções são exercidas com condicionantes de ritmo, que podem corresponder a situações de emergência, estando continuamente sujeito a horários contínuos, prolongados, a stress, fadiga, exposição a riscos combinados e a condições perigosas, específicas ou não do seu trabalho. As exigências profissionais e a proximidade com o sofrimento, doença e morte podem dar origem a um quadro específico: o valorizar a assistência curativa e de reabilitação, por considerar liderar os elementos do processo saúde-doença e pelo ambiente em que está inserido, pode fazê-lo admitir ser menos vulnerável e mais resistente aos riscos laborais, pode deixar para segundo plano as obrigações prioritárias que correspondem a prevenir, a evitar o acidente e a doença, e de promover a sua própria saúde e a de terceiros (Portugal, 1998).

De acordo com a Direcção Geral da Saúde (Portugal, 2004) não é possível proceder à monitorização, com a fiabilidade necessária de incidência de doenças profissionais. A saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho é, para além de uma matéria laboral, económica e de saúde, um assunto que exige responsabilidade social e cidadania. Prevê-se o desenvolvimento de um sistema que conduza ao conhecimento actualizado de elementos essenciais à planificação de acções.

A importância social do hospital salienta-se pelo facto de ser o espaço de confronto da diversidade dos quadros de referência cultural dos doentes face a um modelo culturalmente reconhecido e, estabelecido, que abrange um modelo de regulação social do que é viver a doença no hospital, consubstanciado nas ideologias e nas práticas dos diversos grupos profissionais (Carapinheiro, 1998).

2.2. MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

> "*A evolução da 'teoria' acompanha e favorece a prática, mas não a cria*"
>
> Erhard Friedberg, 1995a

O universo complexo das relações humanas e da interacção social é sempre potencialmente instável e conflitual (Friedberg, 1995a). Para Simmel (1908, cit. por Birnbaum, 1995), o conflito é uma das formas mais vivas de interacção que não pode ser prosseguida por um único indivíduo. O conflito constitui uma maneira de reconstruir uma certa unidade, ainda que através de confrontos entre as partes em conflito. O confronto entre os actores e não entre as estruturas funciona como processo "positivo" da vida social, assegurando sozinho a unidade. Pode mesmo afirmar-se que o conflito é plenamente normal e é uma maneira de ser vital para o funcionamento da sociedade.

O conceito de organização mostra-se de difícil definição pela "*multiplicidade de modelos teóricos que se têm desenvolvido em seu redor, centrando a sua análise em variáveis distintas e desenvolvendo explicações muitas vezes contraditórias*" (Chambel e Curral, 1995: 12). Com efeito, devido à complexidade da organização, esta tem sido alvo de inúmeros estudos comportando diferentes perspectivas, que constituem diferentes pontos de vista sobre a mesma realidade.

A expressão *organização* remete, por um lado, para um objecto social, por outro, para um processo social que está no cerne da acção humana (Friedberg, 1995b). Como refere Bilhim (1996: 35) "*as organizações são fenómenos sociais complexos, ambíguos e paradoxais, os quais podem não só serem lidos de diferentes ângulos, como serem efectivamente poliédricos na sua constituição*".

O desenvolvimento de diferentes perspectivas poderá advir, segundo Jackson e Morgan (1982, cit. por Chambel e Curral, 1995), do nível de análise em que o teórico se situa. De facto, uns situam-se a um nível micro que se caracteriza por um interesse focado na explicação do comportamento dos indivíduos ou dos grupos na organização, enquanto que outros se colocam a um nível macro, ou seja, o seu foco centra-se na organização na sua globalidade.

Um outro factor que terá contribuído para a diversidade de perspectivas consiste no carácter multidisciplinar que caracterizou os estudos iniciais das organizações. Este carácter disciplinar, por sua vez, também influenciou o tipo de organização investigada. A este respeito, Friedberg (1995a: 27) refere que a reflexão organizacional "*situa-se na encruzilhada de um grande número de disciplinas que, cada qual por razões diferentes, se interessaram por este fenómeno social* [as organizações] *e deram o seu contributo para o nosso conhecimento, tanto da estruturação e do funcionamento das organizações como dos seus efeitos*". Deste modo, este *corpus* de investigações é tão extenso como ecléctico e abundante, sendo intensamente diversificado no que respeita aos níveis de análise privilegiados.

Apesar da dificuldade mencionada, Friedberg (1995b: 343) define *organização* como os "*conjuntos humanos formalizados e hierarquizados com vista a assegurar a cooperação e a coordenação dos seus membros no cumprimento de determinados fins"*. Trata-se também de um conjunto de relações humanas cujo ordenamento coloca questões específicas, apelando para capacidades especiais de natureza cognitiva e relacional. Dado que essas capacidades, como tudo o que é humano, não são estáticas, mas podem modificar-se, transformar-se e enriquecer-se, encontramo--nos perante um fenómeno aberto cuja transformação não é o resultado de uma fatalidade exterior, mas o produto de um processo activo de uma aprendizagem ou de uma criação colectiva. As organizações não são mais que um contexto de acção entre outros, com características especiais (Friedberg, 1995a), qualquer uma é composta por agentes humanos de que é necessário compreender e explicar o comportamento (Friedberg, 1995b).

Porter, Lawler e Hackman (1975, cit. por Chambel e Curral, 1995) apresentam o seguinte quadro-síntese das características essenciais das organizações fazendo referência a definições de vários autores (Quadro 2).

Quadro 2 – Quadro síntese das características fundamentais das organizações, segundo Porter, Lawer e Hackman (1975) com referência a definições dadas por diferentes autores

1. Composição: indivíduos/grupos
… "duas ou mais pessoas" (Barnard, 1968: 75)
… "um número de pessoas" (Schein, 1970: 9)
… "um grupo ou sistema cooperativo" (Gross, 1968:. 52)
… "grupo de duas ou mais pessoas" (Strother, 1973: 23)
… "pelo menos alguns grupos primários" (Simon, 1952: 1130)
… "unidades sociais" (Litterer, 1965: 5)
… "colectividades" (Scott, 1964: 488)
2. Orientação para objectivos
… "dedicado principalmente à obtenção de objectivos específicos (Etzioni, 1964, Cap. XI)
… "para algum objectivo ou propósito comum específico" (Schein, 1970: 9)
… "a obtenção de um conjunto de objectivos ou metas" (Litterer, 1965: 5)
… "a persecução de objectivos relativamente específicos" (Scott, 1964: 488)
… "um patrão com propósitos" (Ghross, 1968: 52)
… "com fins que são objecto do conhecimento comum" (Simon, 1952: 1130)
3. Funções diferenciadas
… "diferenciação de funções" (Gross, 1968: 52)
… "algum tipo de diferenciação de funções" (Strother, 1963: 23)
… "diferenciação em termos de autoridade, de estatuto e de papel" (Presthus, 1958: 50)
4. Coordenação racional intencionada
… "coordenação racional de actividades (Schein, 1970: 9)
… "elevado grau de direcção racional do comportamento" (Simon, 1952: 1130)
… "integração consciente" (Gross, 1968: 52)
… "actividades conscientemente coordenadas" (Barnard, 1968: 75)
… "sujeito a critérios de racionalidade" (Thompson, 1967: 10)
… "relações interpessoais estruturadas" (Presthus, 1958: 50)
5. Continuidade através do tempo
… "bases mais ou menos contínuas" (Scott, 1964: 488)
… "continuidade de interacção" (Gross, 1968: 52)

Adaptado de Chambel e Curral, 1995

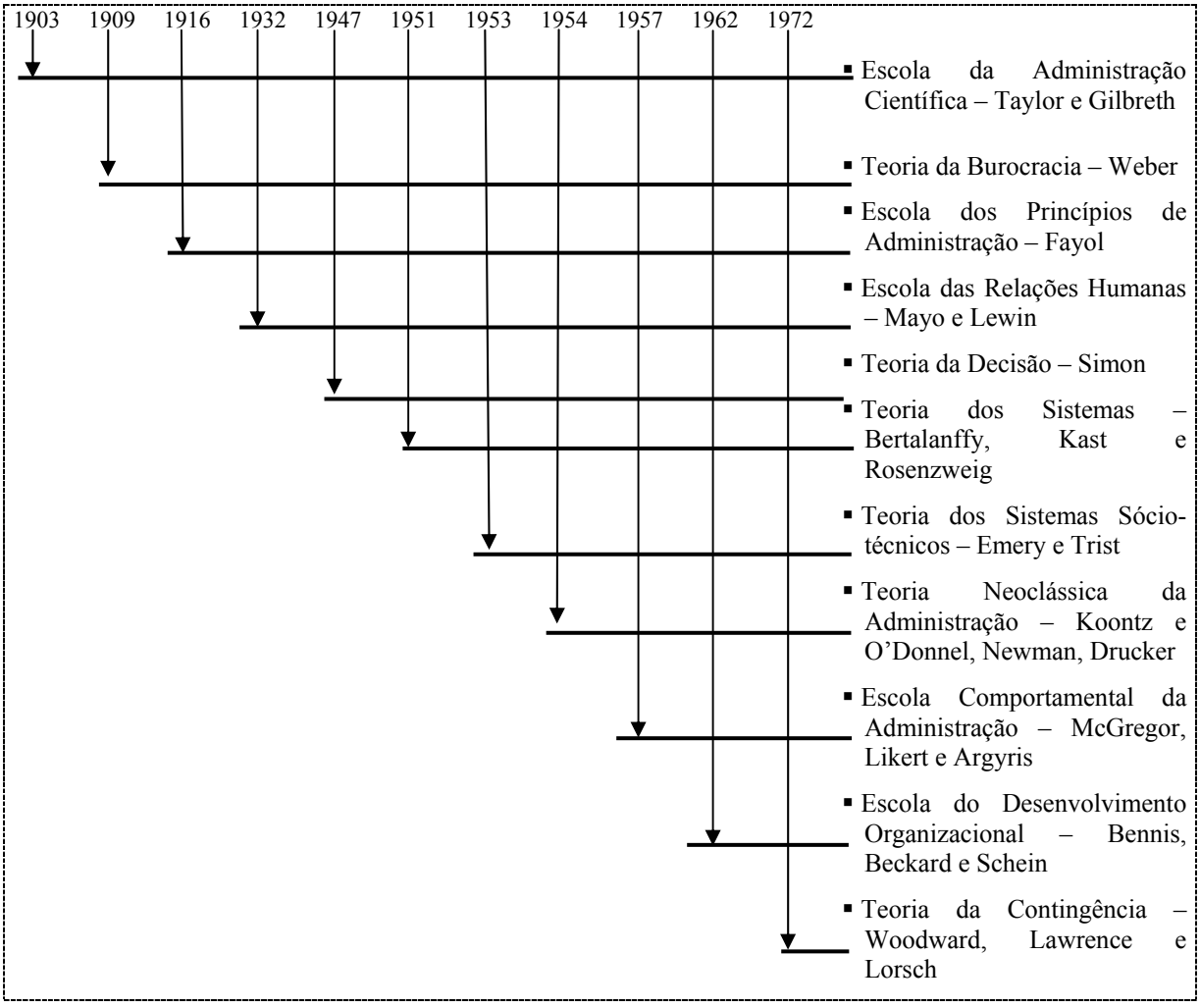
AS ABORDAGENS ORGANIZACIONAIS

A focalização preferencial num determinado nível de análise, a pertença a uma determinada disciplina e relevo preferencial dado a uma determinada variável, ou conjunto de variáveis, permite distinguir diferentes abordagens teóricas da organização ao longo da história. Com efeito, "*não existem duas organizações iguais. As organizações são diferentes entre si e apresentam uma enorme variabilidade*" (Chiavenauto, 1993: 487). As organizações acomodam no seu seio uma multiplicidade de racionalidades, de interesses, de problemas e de soluções cujo encontro nem sempre é intencional ou finalizado (Friedberg, 1995a). No entanto, apresentam certas características que permitem classificá-las em certos grupos ou tipos, o que conduz a classificações ou taxonomias que permitem uma análise comparativa das organizações do ponto de vista de uma determinada característica comum ou variável relevante.

Consequentemente, existem diferentes formas de classificar as teorias organizacionais. Com efeito, a "*construção de tipologias está longe de ser pacífica e aceite por consenso, na medida em que os seus autores acabam por salientar uns aspectos em detrimento de outros e não raramente acontece que uma teoria pode ser legitimamente classificada dentro de mais do que uma das tipologias apresentadas*" (Bilhim, 1996: 80).

Chiavenauto (1982) procurando organizar as diferentes teorias apresenta-as ordenadas cronologicamente, da seguinte forma:

Quadro 3 – As principais Escolas e Teorias que influenciam o pensamento administrativo



Adaptado de Chiavenauto, 1982

Por outro lado, procurando dispor as teorias segundo características comuns (a Ênfase), o autor apresenta as escolas acima referidas por temáticas ou variáveis organizacionais (Figura 4).

Figura 4 – As principais Teorias Administrativas e seus principais enfoques

ÊNFASE	ADMINISTRATIVAS	PRINCIPAIS ENFOQUES
Nas **Tarefas**	Administração Científica	Racionalização do Trabalho no Nível Operacional
Na **Estrutura**	Teoria Clássica Teoria Neoclássica	Organização Formal Princípios Gerais da Administração Funções de Administrador
	Teoria da Burocracia	Organização Formal Burocrática Racionalidade Organizacional
	Teoria Estruturalista	Múltipla Abordagem: Organização Formal e Informal Análise Intra-Organizacional e Análise Inter-Organizacional
Nas **Pessoas**	Teoria das Relações Humanas	Organização Informal Motivação, Liderança, Comunicações e Dinâmica de Grupo
	Teoria do Comportamento Organizacional	Estilos de Administração Teoria das Decisões Integração dos Objectivos Organizacionais e Individuais
	Teoria do Desenvolvimento Organizacional	Mudança Organizacional Planeada Abordagem de Sistema Aberto
No **Ambiente**	Teoria Estruturalista Teoria Neo-Estruturalista	Análise Intra-Organizacional e Análise Ambiental Abordagem de Sistema Aberto
	Teoria da Contingência	Análise Ambiental (Imperativo Ambiental) Abordagem de Sistema Aberto
Na **Tecnologia**	Teoria da Contingência	Administração da Tecnologia (Imperativo Tecnológico)

Adaptado de Chiavenauto, 1982

Peters e Waterman (1983, cit. por Bilhim, 1996), por sua vez, dividem a história das teorias organizacionais desde 1900 em quatro períodos:

Quadro 4 – As Teorias Organizacionais ao longo da história

TIPO 1 **MODELOS RACIONAIS FECHADOS** **(1900 – 1930)**	**TIPO 2** **MODELOS SOCIAIS FECHADOS** **(1930 – 1960)**	**TIPO 3** **MODELOS RACIONAIS ABERTOS** **(1960 – 1970)**	**TIPO 4** **MODELOS SOCIAIS ABERTOS** **(após 1970)**
Taylor (1911) Weber (1925) Fayol (1916) Gullick e Urwick (1937)	Bernard (1938) Roethlisberger e Dickson (1939) Mayo (1945) Selznick (1949) McGregor (1960)	Udy (1959) Woodward (1965) Thompson (1967) Perrow (1967) Blau e Schoenherr (1971)	Hickson (1971) March e Olsen (1976) Weick (1979) Peters e Waterman (1979)

Adaptado de Bilhim, 1996

No entender de Bilhim (1996: 85), "*quer a descrição linear, cronológica do processo histórico, quer a tentativa de enquadrar em tipologias as diferentes abordagens revelam limitações de perspectiva*". De facto, como referem Burrel e Morgan (1979, cit. por Bilhim, 1996), só quando se explora as bases teóricas subjacentes aos trabalhos é que se torna possível verificar as semelhanças e, desta forma, estabelecer divisórias entre as abordagens.

Chambel e Curral (1995), baseando-se em Morgan (1986) e Scott (1987), apresentam diferentes perspectivas da realidade organizacional que, tendo em conta a concepção geral que têm da realidade organizacional, permitem agrupar essas diferentes abordagens. Neste sentido, temos perspectivas: mecanicista, organicista (que inclui a escola das relações humanas), a abordagem sistémica e a contingencial, e as mais actuais, a cultural e a política.

Perspectiva Mecanicista

A perspectiva mecanicista corresponde à teoria ou abordagem clássica das organizações. "*Esta abordagem concebia as empresas como se fossem máquinas feitas de partes interligadas, cada uma com uma função precisa no funcionamento do todo*" (Chambel e Curral, 1995: 53). Segundo esta teoria era possível organizar uma empresa de modo a que cada operação fosse executada com um gasto mínimo de energia humana e que todas as operações fossem tão bem coordenadas que a eficiência resultante era máxima.

Um dos mais importantes autores referentes à perspectiva mecanicista foi Taylor, que "*procurou rotinizar a vida organizacional, especificando de forma precisa o trabalho dos seus participantes*" (Chambel e Curral, 1995: 24). O trabalho tornou-se mecânico e repetitivo tal como o trabalho de uma máquina, onde cada membro da

organização era comparado a uma das peças da engrenagem que constituía a grande máquina que era a organização.

Como refere Bilhim (1996: 40) "*a pedra angular do pensamento organizacional da primeira metade deste século, cuja influência ainda nos chegou e está viva entre nós, consistia na aplicação dos quatros princípios de gestão científica de Taylor, publicados em 1911"*. Estes princípios eram:

- desenvolvimento e utilização de métodos científicos para determinar o meio mais eficiente de trabalho;
- selecção científica e progresso do trabalhador;
- conciliação da ciência do trabalho com a selecção científica e a formação dos trabalhadores;
- constante e íntima cooperação da gestão e do trabalhador.

Para esta teoria, todo o funcionamento de uma organização é definido e controlado pela sua administração, através de regras e de princípios formulados à priori. Com efeito, atribui à função administrativa uma importância crucial devido a ser esta a que coordena todas as outras.

A dimensão formativa de um contexto de trabalho que segue este modelo é pobre, uma vez que nega a iniciativa ao trabalhador, reduzindo-se a um carácter instrumental (de treino e adestramento, muito longe da análise das condições do produto, o trabalhador limita-se a aprender uma tarefa muito simples e de forma eficaz) (Nunes, 1995). É assumido um carácter instrumental, com relevância para o aprender a fazer (saber fazer), em que a formação global seria algo inútil, senão mesmo perigoso (Lebeau, 1988). O ensino da tarefa desenvolve-se segundo uma sucessão das seguintes etapas:

- análise do trabalho e decomposição em fases ou modos operativos, por parte de quem concebe a formação;
- um tempo de execução, durante o qual quem ensina faz demonstrações; solicita ao indivíduo que experimente, corrigindo os seus erros; supervisa e controla a execução.

A formação assenta em critérios de eficácia, dirigido ao desenvolvimento progressivo de habilidades, seleccionadas de acordo com as estratégias da empresa. Além disso, seria desenvolvida a partir de processos normativos identificação de necessidades, de controlo e de avaliação (Abreu, 1994).

Outro autor com grande relevância na perspectiva mecanicista foi Weber, que introduziu o conceito de burocracia. Com efeito, "*a burocracia foi o primeiro grande modelo teórico a apresentar uma perspectiva estrutural da organização e a explicar o seu funcionamento a um nível macro de análise*" (Bilhim, 1996: 71). Deste modo, ao apresentar a ideia de estrutura organizacional veio a introduzir a visão das organizações como um sistema formal de relações.

O conceito de estrutura é utilizado para descrever os aspectos formais de uma organização e a relação entre eles; aspectos que podem ser o número de níveis hierárquicos, o número de departamentos e a forma de agrupamento das funções que os constituem, os mecanismos de controlo, entre outros. As organizações passam a ser identificadas com a sua estrutura e a sua classificação passa a ser realizada em termos de "*burocrática versus não burocrática*". A descoberta da estrutura vai desencadear e guiar a era da investigação empírica das organizações. Os estudos sobre a estrutura vão marcar as três décadas seguintes.

Nestas organizações verifica-se também que as formas de formação se traduzem em simples adestramentos, existe uma preocupação para que todos os trabalhadores sejam conduzidos pelos mesmos valores, de forma a evitar conflitos (Nunes, 1995).

Perspectiva Orgânica

Esta perspectiva considera as organizações como sistemas abertos e como seres vivos. É neste sentido que Bilhim (1996:50) refere que "*como os seres vivos, as organizações crescem e eventualmente morrem e novas organizações são formadas todos os dias, assim como desaparecem outras*". Deste modo, a teoria organizacional assemelha-se à biologia, em que as noções de moléculas, células, organismos complexos e espécies são colocadas em paralelo com as noções de indivíduo, grupo, organização e diversidade de organizações.

"*As organizações são como imagens em movimento. Elas evoluem e mudam*" (Bilhim, 1996: 50). Deste modo, esta perspectiva salienta o facto de quando se descreve uma organização, ela não foi nem sempre será a mesma, dado que as acções que são apropriadas num determinado momento podem não ser noutro.

Além disso, salienta-se a ideia que todas as organizações se situam num meio envolvente, quer sejam empresas ou instituições sem fins lucrativos, o que conduz a

uma concepção de organização como sistema aberto reconhecendo a dinâmica da interacção do sistema com o seu meio ambiente (Bilhim, 1996). Esta ideia de abertura do sistema, por sua vez, realça, por um lado, as relações chave entre a envolvente e o funcionamento interno do sistema e, por outro lado, define a organização em termos de interligação dos subsistemas. Assim, esta abordagem permite ver a organização como um todo com partes interdependentes, isto é, um sistema que integra subsistemas.

Escola das Relações Humanas

A Escola das Relações Humanas pode ser integrada na perspectiva orgânica, uma vez que foi a responsável pelo início da consideração do factor humano como variável indispensável no estudo das organizações. Surge influenciada pela psicologia, alterando o modelo mecânico pela introdução dos sentimentos, atitudes e motivações do sujeito humano (Chambel e Curral, 1995).

Com efeito, para esta abordagem o motor do comportamento humano são os sentimentos de pertença a um grupo. Assim, "*a direcção do comportamento de cada indivíduo só pode ser compreendida pela análise do grupo a que o indivíduo pertence, pois os seus comportamentos e atitudes resultam do conjunto de normas, regras e práticas estabelecidas pela dinâmica interactiva do grupo*" (Chambel e Curral, 1995:82). Consequentemente, tornou-se importante conhecer a dinâmica criada em cada grupo organizacional através do estudo das relações e das atitudes estabelecidas entre os seus elementos.

"*Para a Escola das Relações Humanas, a organização é sinónimo do seu sistema social, isto é, da sua estrutura informal, que resulta da dinâmica de relações criadas espontaneamente pelos seus participantes*" (Chambel e Curral, 1995: 83).

O aparecimento desta abordagem relaciona-se com as experiências de Hawthorne, conduzidas por Elton Mayo e seus colaboradores, que permitiram evidenciar os seus princípios:

- "*As relações humanas são a variável fundamental no contexto das organizações;*
- *A principal motivação do indivíduo é 'estar junto' e 'ser reconhecido pelos outros';*
- *O comportamento do indivíduo no trabalho é determinado pelo grupo a que pertence;*

- *O grupo a que o indivíduo pertence tem uma natureza informal*" (Chambel e Curral, 1995: 88).

A dominante relacional caracteriza a formação nesta perspectiva (Lebeau, 1988). A visão *taylorista* do trabalho e da formação é rejeitada, não se explorando o acréscimo de protagonismo devido ao desenvolvimento do social. A *dinâmica de grupo* torna-se uma moda, fomentando-se a partir de metodologias oriundas da teoria psicanalítica ou do *behaviorismo*. Acções formais organizadas na área da gestão (liderança, condução de reuniões, técnicas de entrevista, etc.) têm o mesmo destino. A formação é considerada como um factor de satisfação e motivação dos empregados, como uma *recompensa* ou *obra social* (Abreu, 1994). O processo formativo aparece, assim, como condição favorável ao aparecimento da dimensão formativa de socialização, porém, continua a considerar o conflito como algo de negativo a evitar (Nunes, 1995).

Abordagem Sistémica

A Teoria do Sistema Geral ou Teoria dos Sistemas foi criada nos anos 30 por Ludwing Bertalanffy, um biólogo que procurava entender a complexidade dos organismos vivos. O autor passou a "*considerar os organismos vivos como 'conjuntos de elementos em constante inter-relação' e criava uma Teoria dos Sistemas Biológicos, que previa a existência de propriedades comuns a todos os sistemas vivos*" (Chambel e Curral, 1995: 125). Deste modo, a Teoria dos Sistemas Biológicos esteve na origem da Teoria do Sistema Geral, quando se descobriu que as propriedades dos sistemas vivos podiam ser aplicadas a outro tipo de organismos como os grupos sociais.

A aplicação da Teoria do Sistema Geral foi, primeiramente, aplicada às organizações sociais, por Katz e Kahn. Efectivamente, para estes autores, as organizações são exemplos claros de sistemas abertos porque funcionam como ciclos de transformação de energia, matéria e informação, em constante troca com o seu meio ambiente. As entradas do sistema vêm do exterior e as suas saídas vão para o meio envolvente, onde são convertidas em novas entradas. Estes sistemas são capazes de se auto-manterem, com base numa troca de recursos com o meio externo, como uma célula (Chambel e Curral, 1995: 133).

A conceptualização das organizações sociais como sistemas abertos vai colocar em evidência o papel do meio ambiente em que a organização está inserida, ou seja, vai evocar a necessidade de organizar a empresa em função do meio envolvente (Chambel e Curral, 1995). Com efeito, "*um sistema aberto reconhece a dinâmica da interacção do sistema com o seu meio ambiente. Todos os sistemas têm informação, processos de transformação e produção. Obtêm matéria-prima, energia, informação e recursos humanos. Há depois todo um processo de transformação e, finalmente, surge o produto final para o consumidor*" (Bilhim, 1996: 48). A ideia de abertura do sistema realça as relações entre a envolvente e o funcionamento interno do sistema.

Em segundo lugar, as organizações passam a ser encaradas como conjuntos de subsistemas em inter-relação, dado que são compostas por grupos que, por sua vez, estão agrupados por departamentos. Não obstante, todos estes elementos são, só por si, sistemas muito complexos que podem ainda ser agrupados num outro tipo de subsistemas comuns a todas as organizações: o subsistema de produção, o de apoio, o de manutenção, o adaptativo e, finalmente, o de gestão (Chambel e Curral, 1995).

Por último, há que realçar o facto da evolução das organizações passar a ser considerada como um processo natural, ou seja, "*a capacidade de evolução de um sistema social (...) vai depender da sua capacidade de diferenciação e integração, como respostas às exigências do meio, dando origem a formas mais complexas de organização*" (Chambel e Curral, 1995: 136). Deste modo, a evolução das organizações assemelha-se ao mecanismo de selecção natural, em que as condições do meio vão seleccionar as características daquela que melhor garantem a sobrevivência.

Neste sentido, com a abordagem sistémica, a organização deixa de ser considerada como um sistema fechado, passando a interacção complexa com o meio envolvente a ser um elemento-chave no estudo do funcionamento organizacional. "*O conceito de sistema (...) vem enfatizar os processos da organização em vez dos seus componentes. Ou seja, a organização está em constante troca com o meio, transformando o que lhe chega deste e devolvendo-lhe os produtos dessa transformação. Deste processo depende a sobrevivência da organização*" (Chambel e Curral, 1995: 136).

Sendo a diversidade de objectivos tida como algo de importante, bem como o facto da mudança não surgir como imposição hierárquica; criam-se condições favoráveis

ao aparecimento de dimensões formativas em contexto de trabalho. A formação é, então, muito centrada na mobilização de estratégias que desenvolvam capacidades de concertação com a organização (Nunes, 1995).

Abordagem Contingencial

A abordagem Contingencial surge na sequência da abordagem sistémica. Com efeito, esta abordagem partilha a visão sistémica das organizações, centrando a sua atenção no meio situacional, especialmente nas exigências por este efectuadas no que respeita ao funcionamento das mesmas. Para esta abordagem "*são as características do meio situacional da organização que condicionam as suas características. Não existe, assim, uma melhor forma de estruturar ou gerir uma organização, pois depende das condições do meio situacional específico de cada uma delas*" (Chambel e Curral, 1995: 148). A estrutura e o funcionamento de qualquer organização vão estar dependentes do seu meio situacional.

Em relação à eficácia, a relação entre esta e as características da organização não é directa, mas dependente das características do meio envolvente. Em determinadas situações, a eficácia organizacional será atingida através de uma dada estrutura e respectivo funcionamento, mas noutras circunstâncias essa estrutura e funcionamento revelar-se-ão ineficazes, devendo a organização adoptar um modelo diferente de estrutura e funcionamento (Chambel e Curral, 1995). Deste modo, vários tipos de organização poderão ser igualmente eficazes. Para um meio envolvente externo com determinadas características, uma determinada forma surge como mais adequada, mas num meio com características diferentes, a organização deve possuir uma forma diferente de se estruturar e de funcionar, se quer ser eficaz (Bilhim, 1996).

Esta perspectiva corresponde a uma visão mais integrada da realidade organizacional, dado que centra a sua análise no conjunto das suas variáveis e respectivas relações, ou seja, os participantes, a estrutura, os objectivos e a tecnologia.

A pesquisa mais sistemática, em relação à abordagem contingencial, foi a de Lorsch e Lawrence, que vieram a comprovar que "*as organizações eficazes que operam em meios situacionais estáveis possuem características estruturais e de funcionamento muito diferentes das organizações eficazes que trabalham em condições mutáveis e*

imprevisíveis" (Bilhim, 1996: 158). Deste modo, salientaram a inutilidade de se procurar a melhor forma de estruturar e fazer funcionar as organizações.

Um outro autor que foca a inexistência de uma forma única de estruturar e de fazer funcionar eficazmente todas as organizações, é Mintzberg através do seu *Modelo das Configurações Estruturais*.

Modelo das Configurações Estruturais de Mintzberg

Para a elaboração das configurações tipo, Mintzberg menciona cinco elementos básicos ou partes-chaves presentes em todas as organizações: o *centro operacional,* o *topo estratégico,* a *linha hierárquica,* a *tecnoestrutura* e o *apoio logístico* (Mintzberg, 1982; Chambel e Curral, 1995).

O **centro operacional** corresponde à "*parte da organização onde o trabalho de produção organizacional acontece*" (Chambel e Curral, 1995: 1963), sendo composto por todos os elementos que executam directamente os trabalhos de base relativos à produção de bens ou serviços (Bilhim, 1996). O centro operacional desempenha quatro tarefas distintas: procura o que é necessário para a produção; transforma os *inputs* (solicitações externas) em *outputs* (produtos); distribuem os *outputs*; e oferece apoio directo a outras funções.

O **topo estratégico** corresponde à "*parte organizacional responsável pela sua gestão, de uma perspectiva geral*" (Chambel e Curral, 1995: 163), referindo-se aos gestores de alto nível que possuem toda a responsabilidade da organização, tendo "*como função assegurar que a organização cumpra a sua missão eficazmente, assim como servir as necessidades de todos os indivíduos que controlam as organizações*" (Bilhim, 1996: 140). Mais especificamente, as funções de supervisão directa dos directores dos departamentos, de gestão da fronteira organizacional e de desenvolvimento da estratégia organizacional (Chambel e Curral, 1995).

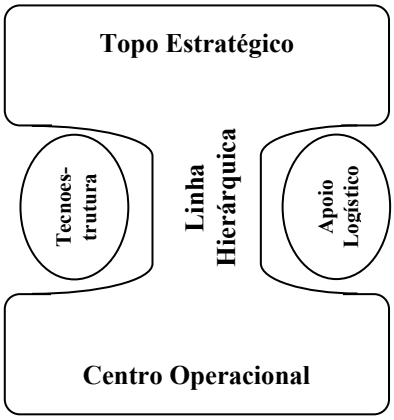
A **linha hierárquica** une o centro operacional com o topo estratégico (Mintzberg, 1982), sendo constituída por gestores cuja função é estabelecerem a ligação entre essas duas componentes, sendo que "*promove as funções de supervisão directa, de gestão da fronteira e de desenvolvimento da estratégia, mas ao nível das unidades organizacionais*" (Chambel e Curral, 1995: 163).

Quanto à **tecnoestrutura**, esta refere-se aos analistas que têm como função desenvolver planos de normalização na organização estando afastados da sua concretização, ou seja, "*concebem, planeiam, asseguram a formação dos operacionais, mas não executam o trabalho operacional*" (Bilhim, 1996: 141). Além disso, é onde se desenvolvem as funções de análise do trabalho, de planificação e de controlo das actividades e de desenvolvimento do pessoal, tendo em vista a estandardização (Chambel e Curral, 1995). De facto, é à tecnoestrutura que cabe a função de motor da estandardização na organização (Mintzberg, 1982).

Finalmente, o apoio logístico tem como função providenciar os serviços logísticos da organização, fora do âmbito operacional (Bilhim, 1996), isto é, "*onde se incluem as actividades de apoio ou de suporte que não estão directamente implicadas no produto ou serviço desenvolvidos pela organização*" (Chambel e Curral, 1995: 164).

É a partir da interacção destes cinco elementos básicos que se esboça determinada configuração estrutural, que de acordo com a sua especificidade, se aproxima ou afasta do modelo tipo definido por Henry Mintzberg (Figura 5).

Figura 5 – Partes-chave da organização



Adaptado de Mintzberg, 1982

Os **mecanismos de coordenação** utilizados neste modelo são:

- a *supervisão directa*, em que um membro da organização concebe, coordena e controla o trabalho dos outros;
- a *estandardização dos procedimentos*, que se refere à especificação e programação do conteúdo do trabalho;
- a *estandardização dos resultados*, relativo à especificação dos resultados do trabalho;

- a *estandardização das qualificações*, alusivo à especificação da formação daquele que executa o trabalho;
- *ajustamento mútuo*, em que existe comunicação informal entre os membros organizacionais, para coordenação do seu trabalho (Chambel e Curral, 1995).

Relativamente aos parâmetros de **concepção e divisão do trabalho**, o autor considera a *concepção e divisão do trabalho dos membros,* bem como *do trabalho da organização*, as *relações laterais* e a *tomada de decisão*.

Na *concepção e divisão do trabalho dos membros* incluem-se:

- a especialização do trabalho, que pode ser vertical quando se refere ao grau de controlo que os membros organizacionais possuem sobre as suas tarefas e respectivos procedimentos, ou horizontal, quando se tem em conta o número e diversidade de tarefas que cada membro possui;
- a formalização do trabalho, respeitante à estandardização dos procedimentos por imposição de instruções, de descrição das funções, das normas e dos regulamentos; e formação e socialização, referentes às acções formais para interiorização por parte dos membros organizacionais de competências, normas, valores e procedimentos para realizar o seu trabalho (Chambel e Curral, 1995).

No que concerne à *concepção e divisão do trabalho na organização*, Mintzberg distingue o critério de agrupamento dos indivíduos e o tamanho das unidades. Como critérios de agrupamento de indivíduos podem mencionar-se a função que exercem, o produto, o cliente ou a localização geográfica. Quanto ao tamanho das unidades, este refere-se ao número de níveis hierárquicos e ao número de substâncias incluídas numa unidade (Chambel e Curral, 1995).

Nas *relações laterais* são distinguidos os sistemas de planeamento e de controlo, em que os primeiros especificam os resultados antes das acções acontecerem, e os segundos depois das acções; e as ligações, que são mecanismos utilizados para incentivar os ajustamentos entre as várias unidades (Chambel e Curral, 1995).

Quanto à *tomada de decisão*, a organização pode apresentar características de centralização ou descentralização. A descentralização pode ser vertical, na medida em que existe dispersão do poder formal ao longo da linha hierárquica, ou horizontal quando a dispersão existe fora da linha hierárquica, nomeadamente na tecnoestrutura, nas funções de apoio logístico e no centro operacional. A descentralização pode,

ainda, ser selectiva quando decisões diferentes são tomadas em locais distintos, ou global, quando as várias decisões são tomadas num mesmo local (Chambel e Curral, 1995).

Finalmente, no que respeita a *factores de contingência*, Mintzberg distingue a idade e o tamanho da organização, o sistema técnico, o meio situacional, a estabilidade/dinamismo e a simplicidade/complexidade (Chambel e Curral, 1995).

Bilhim (1996) realça as linhas de força que as partes-chave de uma organização exercem em cada configuração:

- o topo estratégico exerce uma força de centralização, no sentido de coordenar através da supervisão directa, atribuindo à organização uma configuração de **estrutura simples**;
- a tecnoestrutura exerce uma força para coordenar pela estandardização de forma a aumentar a sua influência e conduzindo a organização para uma **burocracia mecanicista**;
- a força exercida pelo centro operacional dirige-se para a profissionalização com o objectivo de maximizar a sua autonomia e estruturar a organização para uma **burocracia profissional**;
- os membros da linha hierárquica exercem a sua força no sentido da "balcanização" no intuito de obterem autonomia na gestão das suas unidades. Desta forma, estruturam a organização como **estrutura divisionada**;
- por último, a força exercida pelo nível intermédio visa a colaboração e a inovação na tomada de decisão. Esta força incita a organização para a **adocracia**.

Sintetizando, Mintzberg elaborou cinco modelos de configurações estruturais distintos, cujas principais características estão expressas no Quadro 5.

Quadro 5 – Características dos cinco tipos de estrutura de Mintzberg

Tipo de Estrutura Características	Estrutura Simples	Burocracia Mecanicista	Burocracia Profissionalizada	Estrutura Divisionada	Adocracia
Especialização	Baixo	Alta e Funcional	Alta e Social	Alta e Funcional	Alta e Social
Formalização	Baixo	Alta	Baixa	Alta com divisões	Baixa
Centralização	Alta	Alta	Baixa	Descentralização limitada	Baixa
Colaboração/ Inovação	Simples e Dinâmica	Simples e Estável	Complexa e Estável	Simples e Estável	Simples e Dinâmica

Adaptado de Bilhim, 1996

Numa outra tipologia das organizações respeitante às configurações do poder, Mintzberg refere uma configuração tipo denominada **missionária**, que se situa como uma variante da Burocracia Profissional e da Estrutura Simples (Bilhim, 1996). Com efeito, nesta configuração pode-se "*confiar nos operacionais da organização missionária para que prossigam os objectivos da organização, sem qualquer necessidade de um controlo central* (Bilhim, 1996: 160), sendo por esta razão que se verifica uma estrutura muito descentralizada, aproximando-se da Burocracia Profissional. Contudo, esta configuração também se aproxima da estrutura simples porque os membros da organização atribuem boa parte do seu poder ao líder.

Além disso, como o trabalho das organizações com estas características é, muitas vezes, repetitivo e rotineiro, aproximando-se também da Burocracia Mecanicista. Como os membros da organização trabalham, frequentemente, em células quase autónomas, também se assemelha à Estrutura por Divisões e como estes estão dispostos a cooperar uns com os outros sempre que é necessário, aproxima-se de igual modo à Adocracia (Bilhim, 1996).

Nesta configuração a ideologia, centrada na emissão, domina toda a actividade organizacional, apropriando-se dos sistemas de autoridade, vistoria e políticas. O objectivo e a missão coincidem, sendo que as decisões e as acções são motivadas e dirigidas pela missão da organização. Com efeito, o sistema de objectivos não é muito importante nesta configuração; pelo contrário, este está subordinado ao objectivo ideológico da missão. Esta deve ser distinta, atractiva, clara, perceptível e de fácil compreensão (Mintzberg, 1983).

Duas das características associadas a esta configuração são a existência de um líder forte e carismático no passado da organização e uma longa e distinta história de esforço e empenho (Mintzberg, 1983). Aliás, estas duas características funcionam em sintonia: o líder carismático expõe a ideologia clara e eloquente, de forma a atrair os novos seguidores, o que conduz a organização para uma série de tradições, sagas e credos, ou seja, uma notável história.

Tipicamente, os membros juntam-se à organização não por uma questão de recompensas materiais, não para construir uma base de poder, não para satisfazer uma necessidade social, mas sim porque se identificam com a missão da organização como um meio para servir e até, talvez, para melhorar a sociedade (Mintzberg, 1983).

Todos os membros se identificam fortemente com a missão organizacional, manifestando lealdade com o objectivo de preservá-la, estendê-la e aperfeiçoá-la. Como resultado da devoção à missão as recompensas são colectivas e físicas, derivando do sentido de participação no que a própria organização realiza. De facto, muitas organizações missionárias são organizações voluntárias, cujos membros – alguns a tempo inteiro – doam esforços em troca de nenhuma recompensa material. Assim, "*a configuração missionária teria o seu mecanismo de coordenação – a socialização. Os seus membros coordenariam os seus comportamentos pelas normas que partilham, em parte devido à sua socialização pela organização*" (Bilhim, 1996: 160).

Perspectivas mais actuais

Nas perspectivas mais actuais incluem-se a cultural e a política. Durante a década de 80, o estudo da **cultura** deu um importante salto qualitativo em termos técnicos e de credibilidade junto dos investigadores e, sobretudo, dos profissionais e teóricos da gestão. O impulso que a análise estrutural recebeu deve-se a dois factores: o desenvolvimento de estudos de grande dimensão sobre características culturais das empresas com sucesso e a criação de modelos teóricos integrados da cultura organizacional (Chambel e Curral, 1995). Deste modo, à medida que a cultura organizacional foi ganhando autonomia e relevo na Teoria das Organizações, foram surgindo diferentes opiniões quanto à relação entre cultura e organização.

Uma corrente de opinião ligada à antropologia define a própria organização como sendo uma cultura. A organização não é uma entidade concreta, objectiva e exterior aos indivíduos que nela se integram mas, pelo contrário, vai sendo construída pela acção e, sobretudo, pela interacção dos seus membros. Consequentemente, a organização é uma cultura por ser um sistema de conhecimentos que os seus membros utilizam para interpretar a realidade organizacional. Este sistema inclui elementos cognitivos – informação sobre a realidade – e elementos simbólicos – significados partilhados (Gomes, 1994).

Uma outra corrente de opinião, influenciada pela psicologia e pelas teorias de gestão, vê a cultura como uma das dimensões da organização. Neste sentido, uma cultura é um subsistema da organização que deve ser gerido com vista a aumentar a sua eficácia. Efectivamente, a cultura é uma variável do funcionamento da organização

que deve ter uma relação harmoniosa com as outras variáveis, para que esta possa realizar com sucesso os seus objectivos de adaptação ao meio externo (Tichy, 1983, cit. por Chambel e Curral, 1995).

Embora com implicações teóricas diferentes, ambas as perspectivas podem ser igualmente pertinentes na gestão organizacional. A primeira poderá ter maior utilidade na gestão dinâmica interna da organização, particularmente na abordagem de problemas de integração, enquanto que a segunda poderá ser útil na definição das relações entre a organização e o seu meio externo (Chambel e Curral, 1995).

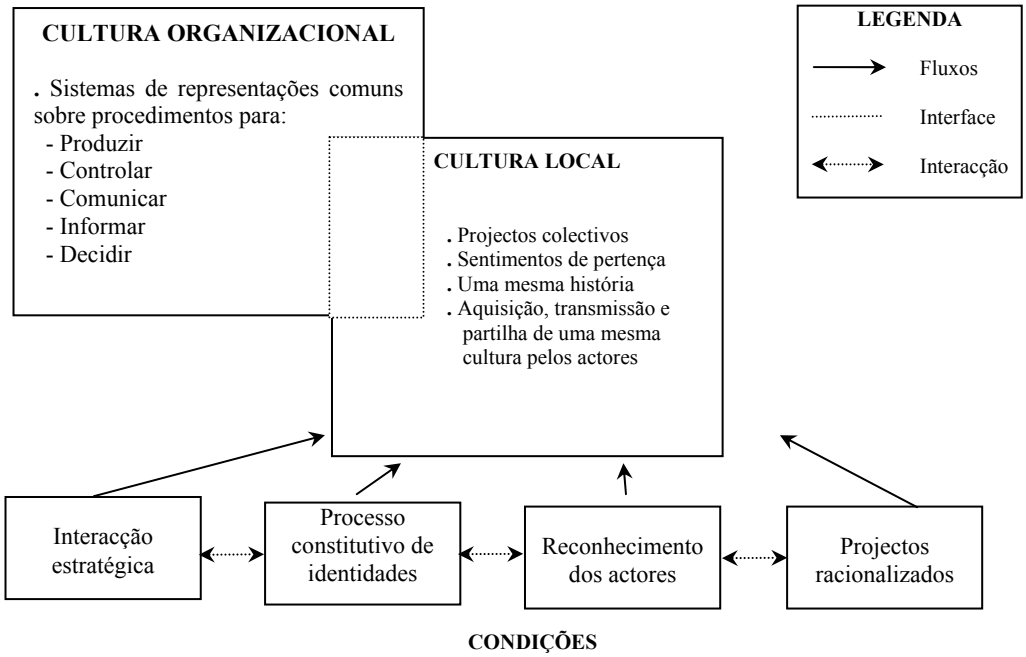
As implicações e as relações que as ciências da gestão e da sociologia do trabalho mantêm com a produção e as interacções sociais no seio da empresa conduziram a múltiplos estudos que tiveram como alvo a noção de *cultura local*. Esta noção, antes de ser valorizada como algo produzido no seio do colectivo do trabalho, assenta na adesão de uns aos valores de outros (Giust, 1988). A *cultura local* refere-se a uma sub-cultura de determinada organização, onde se desenvolve um percurso histórico e social típico dos actores que formam o colectivo de trabalho.

A abordagem da *cultura local* e das suas implicações no seio e no exterior do colectivo de trabalho, deve partir da hipótese de que os comportamentos humanos são muito complexos e se desenvolvem num espaço de liberdade, mais ou menos condicionados pelo sistema social mais amplo ou pelos sistemas adjacentes (Crozier e Friedberg, 1977). O estudo da *cultura local* deve compreender a abordagem de um conjunto de factores que co-existem de uma forma integrada: cultura organizacional, relação das empresas com outras no seio da comunidade, processos de aprendizagem, representações e identidades profissionais. Apesar de na totalidade se tratarem de factores bem delimitados. Por vezes confunde-se os conceitos de *cultura local*, que compreende um conjunto de normas, valores, crenças e comportamentos no seio do colectivo do trabalho, com a sua identidade, que se trata de um conjunto de postulados e símbolos ligados à acção colectiva (Carenzo, 1988, cit. por Abreu, 1994).

A *cultura local* interacciona com a cultura organizacional e é condicionada pelas intervenções estratégicas, pelo processo constitutivo de identidades, reconhecimento dos actores e projectos racionalizados. À noção de *cultura local* está também subjacente a abordagem da empresa na sua dimensão institucional, em que a mesma

é concebida como uma instituição social, capaz de produzir relações sociais, sociabilidades colectivas e identidades profissionais (Pimentel et al., 1991).

Figura 6 – Cultura Organizacional e cultura local



Adaptado de Pimentel et al., 1991

O construído organizacional activo, por oposição ao contexto organizacional passivo (Crozier e Friedberg, 1977), não emerge de uma forma linear. Análoga à organização formal, à racionalização da decisão, da planificação, do controlo, das relações formais e da definição do posto de trabalho, existe toda uma dinâmica que irá demarcar a *cultura local*: o actor (membro da organização), os grupos, as interacções, o meio, as estratégias, o poder, o percurso individual; ou seja, o indivíduo, que raramente possui objectivos claros ou projectos coerentes. O seu comportamento é racional por se desenvolver a partir de comportamentos dos pares e das oportunidades oferecidas pela organização e não a partir de um claro quadro de objectivos (Crozier e Friedberg, 1977).

Uma outra noção que se relaciona com a *cultura local* é a *cultura de grupo.* Os grupos desenvolvem também, em função da sua composição e do seu dinamismo interno, uma cultura que lhes é própria. Esta cultura assenta num conjunto de crenças, atitudes e orientações que são aceites por todos os membros. Precisamente porque são partilhadas, estas componentes de cultura grupal formam uma realidade organizacional que adquire carácter normativo. É devido a esse carácter normativo

que elas subjazem ao desenvolvimento de expectativas, de actividades, comportamentos e ainda, à selecção dos meios. Como consequência, o grupo prescreve ou repudia, legitima ou critica. Neste sentido, a cultura de um grupo, com os seus padrões de normalização, integração e diferenciação, contém forças poderosas para moldar o comportamento dos seus membros (Sanches, 1992).

Ainda relacionado com a *cultura local* e a *cultura de grupo* temos o conceito de *organização informal*. Trata-se de um sistema dinâmico de relações interpessoais que se desenvolve espontaneamente no interior das organizações formais, e que tem origem nas necessidades e aspirações específicas dos actores organizacionais. As normas informais, valores e papéis, o próprio estilo dos líderes da organização condicionam o comportamento individual organizacional (Sanches, 1992).

A perspectiva **política** pretende realçar o facto das organizações serem instrumentos de realização dos interesses particulares de indivíduos e de grupos. Esta perspectiva vê as organizações como "*agrupamentos de indivíduos com interesses pessoais, muitas vezes contraditórios entre si, que disputam os recursos da organização para satisfazer os interesses*" (Chambel e Curral, 1995: 191). Deste modo, os objectivos, a estrutura e as políticas da organização resultam de um processo de negociação entre os vários elementos, em que o poder é tido como um meio crucial para a prossecução dos objectivos de indivíduos e grupos de interesses.

O poder, definido como sendo a capacidade de influenciar as acções de outras pessoas, permite aos indivíduos e grupos fazer prevalecer os seus objectivos e interesses em detrimento de outros. Numa organização existem diversas fontes de poder a que os indivíduos podem recorrer: *autoridade formal*, *controlo de recursos*, *controlo das regras*, *controlo da informação*, *controlo das fronteiras* e *alianças* (Chambel e Curral, 1995).

A *autoridade formal* é o poder que está associado à posição que o indivíduo ocupa na organização, em que a cada posição corresponde um conjunto de direitos e obrigações que lhes permite exercer autoridade sobre os subordinados com o consentimento destes.

Outra fonte de poder poderá advir do *controlo de recursos* que é o poder relativo ao acesso que os indivíduos e grupos têm a recursos indispensáveis para o funcionamento da organização (Chambel e Curral, 1995).

O *controlo das regras*, por sua vez, é também um poder associado à possibilidade de alguns indivíduos alterarem as regras e estrutura da organização. A criação de novos departamentos, a introdução de novas funções e níveis hierárquicos, a opção por uma maior ou menor descentralização dão um poder considerável aos indivíduos que a controlam (Chambel e Curral, 1995).

O *controlo da informação* está associado ao controlo do fluxo de informação da organização. Com efeito, os indivíduos que podem dar ou reter, filtrar ou reformular, acelerar ou retardar a informação que chega à organização, condicionando a percepção das situações e respectivo funcionamento, possuem um grande poder (Chambel e Curral, 1995).

O *controlo das fronteiras* deriva da capacidade de perceber o que se passa no meio externo à organização e de antecipar a acção da organização, sendo que os indivíduos que controlam a entrada de informação têm bastante poder. Assim, ao promoverem a definição da realidade organizacional, estes indivíduos acabam por influenciar de igual modo a estratégia e a acção da organização (Chambel e Curral, 1995).

As *alianças*, ou seja, o estabelecimento de ligações com pessoas que possuem poder, quer sejam baseadas em amizade, quer em interesse comum, permitem aos indivíduos receber informação ou apoio que podem usar noutras circunstâncias. Estas permitem influenciar decisões tomadas a um nível superior, que podem servir os seus interesses (Chambel e Curral, 1995).

O estudo das organizações enquanto sistemas políticos foi particularmente levado a cabo por autores europeus, nomeadamente Crozier e Friedberg (Bilhim, 1996), que introduziram os conceitos de actor estratégico, aprendizagem organizacional, sistema, poder, análise estratégica, zonas de incerteza e de sistemas de acção concretos, entre outros.

Para Friedberg (1995a), as organizações são objectos sociais bem conhecidos, em que para compreender o seu funcionamento, é necessário desmontar-lhes a mecânica, remontando aos mecanismos sociais que lhes asseguram a produção/reprodução e de que não são mais que uma expressão particularmente clara e formalizada.

Toda a organização, para poder manusear um meio que não é nem homogéneo nem unificado, mas pelo contrário diversificado, fraccionado e segmentado, deve acentuar

a sua diferenciação interna, desenvolvendo especializações, orientações especiais e sectores específicos (Lawrence e Lorsch, 1967, cit. por Friedberg, 1995a).

A análise das organizações distingue tradicionalmente uma estrutura formal e uma estrutura informal. A primeira corresponde à parte oficial e codificada da estrutura, a segunda remete para a modelação das práticas, interacções e relações não previstas oficialmente, ou clandestinas e ocultas, e que formam aquilo a que se poderia chamar uma segunda realidade paralela, em oposição à primeira (Crozier e Friedberg, 1977; Friedberg, 1995a).

A abordagem organizacional interessa-se pela acção colectiva dos homens. Por esse facto, não só não pode desinteressar-se pelo autor dessa acção, como se baseia numa teoria desse actor. Esta teoria pode ser resumida pela premissa de um *actor estratégico*, isto é, da existência de actores empíricos cujos comportamentos são a expressão de intenções, de reflexões, de antecipações e de cálculos e não são em nenhum caso inteiramente explicáveis por elementos anteriores (Crozier e Friedberg, 1977). São pois actores capazes de acção no sentido de Boudon (1977, cit. por Friedberg, 1995a). A análise das organizações e da acção organizada não pode, assim, eliminar os actores. Os espaços de acção compõem-se de actores que pensam, têm intenções, são capazes de escolher e que podem ajustar-se inteligentemente a uma situação, ou pelo menos à percepção que dela têm e desenvolver a sua acção em consequência. Trata-se daquilo a que Padioleau (1986, cit. por Friedberg, 1995a) designou por *homo sociologicus cognitivo*, ou seja, um actor que participa na elaboração das definições de si próprio e de outrem, na invenção de condutas, de atitudes, de recursos e de objectivos e que, embora marcado pelo seu passado, nunca é redutível a ele.

Falar de *actor estratégico* significa, assim, que todos os indivíduos de um campo elaboram constantemente hipóteses sobre os seus parceiros, em relação às suas identidades, interesses, desejos, projectos e, por conseguinte, interpretam também as indicações que lhes são dadas pelos comportamentos dos outros para poderem, por sua vez, responder-lhes. Está-se pois perante um ser activo, que não absorve passivamente o contexto que o rodeia, mas que o estrutura por sua vez, um ser activo que, tanto se adapta às regras do jogo do seu contexto de acção, como as modifica através da sua acção (Crozier e Friedberg, 1977; Friedberg, 1995a). Os actores são dotados daquilo a que Crozier (1990, cit. por Friedberg, 1995a) considerou como

instinto estratégico, pois as suas condutas não estão exclusivamente relacionadas com a socialização passada, mas também com a percepção que têm das oportunidades e dos constrangimentos do seu contexto de acção, com as antecipações que formulam mais ou menos intuitivamente sobre as condutas dos seus parceiros/adversários no jogo, e com os seus cálculos que assentam na visão que uns e outros têm dos seus interesses respectivos a prazo mais ou menos longo.

Os comportamentos dos actores referem-se a duas dimensões. Por um lado, remetem para a história pessoal da pessoa, para os processos de aprendizagem que ela abarcou na sua família, na escola ou ao longo da sua vida profissional e nos quais pôde obter capacidades cognitivas e relacionais que condicionam tanto a sua percepção da situação como a capacidade de ajustar os seus comportamentos. Por outro lado, têm a ver com os constrangimentos e oportunidades da situação da actualidade que emanam da participação da pessoa em jogos estruturados e na estrutura de interdependência subjacente. Caso os actores queiram ganhar, serão obrigados a cortar, eventualmente, com os seus princípios, a diversificar, redefinir, enriquecer e modificar os critérios de satisfação, ou antes da racionalidade que o seu passado lhes legou. Neste caso, e de acordo com Friedberg (1995a), houve *aprendizagem organizacional*.

Nem os interesses dos actores nem a sua racionalidade podem ser definidos independentemente da situação de interacção. Os actores são contingentes e não existem autonomamente do contexto de acção no qual jogam e cuja estruturação condiciona a sua racionalidade e as suas acções ao mesmo tempo que é modelada por elas. A sua racionalidade e, por conseguinte, as suas acções não podem ser analisadas e compreendidas senão quando repostas no quadro dos jogos e do sistema de acção concreto englobante, no interior dos quais elas se desenvolvem. Daí que se afirme que a reflexão sobre o actor não se pode desenvolver a partir de uma outra reflexão, a qual tem a ver com o sistema de actores empíricos em que o actor em questão participa (Crozier e Friedberg, 1977; Friedberg, 1995a).

Esta contextualização remete para a noção de ***sistema***. A racionalidade dos actores remete para um contexto relacional, imediato de acção, o qual só existe e se constitui nos e por esses comportamentos, nas e por essas identidades. Sistema e actor são co--constitutivos, estruturam-se e reestruturam-se mutuamente. Um sistema só é explicável a partir da acção que o institui e reinstitui constantemente. A acção só tem

sentido se relacionada com um sistema (Crozier e Friedberg, 1977; Friedberg, 1995a).

O ***poder***, também conceito considerado como fundamental na análise estratégica, é designado como a troca desequilibrada de possibilidades de acção, ou seja, de comportamentos entre um conjunto de actores individuais e/ou colectivos, em que todos os participantes dela retiram qualquer coisa, permitindo em simultâneo que algum ou alguns dela retirem mais que os outros. O mesmo é inseparável da relação através da qual ele se exerce e que liga entre si pessoas concretas à volta de objectivos específicos. Poder e cooperação não são contraditórios, mas a sequência natural um do outro. Além disso, o poder pode também ser definido como a capacidade de um actor estruturar processos de troca mais ou menos duráveis a seu favor, explorando os constrangimentos e oportunidades da situação para impor os termos da troca favoráveis aos seus interesses (Crozier e Friedberg, 1977; Friedberg, 1995a).

As ***zonas de incerteza*** são todos e quaisquer problemas técnico, estrutural ou social com relevância para a organização e para o qual não existem soluções pré--programadas. Deste modo, é aqui que se jogam particularmente os jogos de poder e influência. Os actores sociais procuram afirmar-se através do reforço dos seus poderes e, para tal, formam entre si alianças, coligações ou relações de antagonismo (Bilhim 1996).

Neste sentido, a organização é tida como um sistema mais ou menos estável de variáveis, embora a interpretação desta como sistema possa ter duas consequências: torna-se impossível distinguir a causa do efeito "*dado que num sistema se reforçam mutuamente; o que é causa num momento é efeito em outro (...)* [e, por outro lado,] *cada organização é um sistema diferente e o papel da análise organizacional é precisamente o de descobrir os elementos do sistema e as modalidades do seu funcionamento*" (Bilhim, 1996).

Esta perspectiva valoriza o informal como factor relevante para o sistema de produção, o que tem consequências a nível do debate sociológico e a nível da formação. Para Crozier e Friedberg (1977) é importante considerar o informal e o imprevisto como ponto de partida para a análise da organização e dos problemas que se lhe colocam, em vez de os considerar como excepção.

A existência do informal e de elementos contextuais não se subordina ao intuito de formar. A acção empírica influencia também o desenvolvimento pessoal e social dos actores (Friedberg, 1995a), na medida em que o informal contribui para a adopção de estratégias de cooperação conflitual e para a gestão da dependência estratégica tendo, por isso, um importante efeito mediador no processo global de aprendizagem no contexto de trabalho. As interacções estratégicas e contingentes seriam a fonte de negociações no âmago do colectivo de actores, mediadas pelos seus poderes, atitudes e comportamentos. Neste sentido, podemos referir-nos a *aprendizagem colectiva*, pois a mudança e a transformação não ocorreriam apenas a nível da esfera individual (Abreu, 1994). A aprendizagem e, em simultâneo, um produto da acção social, uma vez que esta se desenvolve segundo um processo permanente de construção e de regulação sociais (Friedberg, 1995a).

Na formação são também caracterizados pela UNESCO (2005) diferentes tipos de educação: *educação formal*, *educação não formal*, *educação básica*, *aprendizagem informal*, *aprendizagem ao longo da vida* e *educação contínua*.

A *educação formal* refere-se à educação fornecida no sistema de escolas, faculdades, universidades e outras instituições de educação formal e normalmente constitui uma "escada" contínua de educação a tempo inteiro para crianças e pessoas jovens, geralmente iniciando aos cinco, seis ou sete anos e continuando até aos vinte ou vinte e cinco anos de idade (UNESCO, 2005).

A *educação não formal* pode ter lugar tanto dentro, como fora das instituições educacionais e pode ser fornecida a pessoas de todas as idades, em que os seus programas não seguem necessariamente o sistema em "escada", podendo ter durações variáveis, e conferir ou não certificação da aprendizagem adquirida (UNESCO, 2005).

A *educação básica* refere-se a toda a extensão das actividades educacionais que ocorrem em diferentes configurações e que procuram as necessidades de aprendizagem básica. Compreende tanto a instrução formal, bem como uma grande variedade de actividades educacionais formais e não-formais, públicas e privadas oferecidas para encontrar as necessidades básicas de aprendizagem definidas de grupos de pessoas de todas as idades (UNESCO, 2005).

A *aprendizagem informal* é também referida como aprendizagem experiencial não formal, isto é aprendizagem que foi adquirida fora de um curso formal (UNESCO, 2005).

A *aprendizagem ao longo da vida* é toda a aprendizagem que é adquirida inteiramente ao longo da vida da pessoa, incluindo a formal e a informal (UNESCO, 2005). Além disso, deve assegurar que qualquer pessoa possa obter os conhecimentos necessários para tomar parte, como cidadão activo, na sociedade de conhecimento e no mercado de trabalho. Este tipo de aprendizagem deve incluir a aprendizagem desde a idade pré-escolar até depois da aposentação, incluindo todo o espectro da aprendizagem formal, não formal e informal. Deve também ser entendida como uma actividade de aprendizagem global que decorre durante toda a vida, com o objectivo de melhorar conhecimentos, proficiências e competências numa perspectiva pessoal, cívica, social e/ou associada ao emprego. Finalmente, os princípios a considerar neste contexto devem ser: o indivíduo como sujeito da aprendizagem, o destaque para a importância de uma real igualdade de oportunidades e a qualidade na aprendizagem (Conselho da União Europeia, 2002)

A *educação contínua* refere-se ao tipo de educação empreendida por pessoas que tiveram contactos com o sistema escolar e estão a desenvolver conhecimento, capacidades ou ideias já adquiridas (UNESCO, 2005).

Na linha da análise estratégica, a formação surge como um factor de mudança no interior da empresa e dos contextos de trabalho: produção de novas relações, alterações de jogos de poder, criação de novas oportunidades, entre outros. A identificação da importância do informal permite a valorização de outras modalidades de formação, para além das consideradas formais (Abreu, 1994).

2.3. A APRENDIZAGEM NO CONTEXTO DA PRÁTICA

"*Quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender. Quem ensina ensina alguma coisa a alguém*".

Paulo Freire, 1997

A educação é cada vez menos reconhecida como resultado da evolução e desempenho isolado das instituições escolares, mas como reflexo de uma participação colectiva e de uma conjugação de esforços de diferentes instituições e de diferentes actores. "*Tudo se passa como se a função social, cultural e de preparação para o emprego, deixasse de poder ser desempenhada isoladamente pela instituição educativa*" (Caixinhas, Ramos e Santos, 1996: 49).

A acção e práticas educativas passaram a ser reconhecidas independentemente do contexto, da instituição onde têm lugar, o que permite ultrapassar a divisão entre instituições educativas e não-educativas. As organizações sociais são vistas por Canário (1999) como contextos educativos, sendo que a sua distinção é feita por terem ou não finalidades educativas, e destas corresponderem, ou não, à actividade principal ou secundária da instituição. Daí não causar estranheza expressões como "*hospital formador*" de Peyré (1994) ou "*former a l'hôpital*" de Honoré (1983).

A escola, considerada em simultâneo como um contexto típico de socialização e como uma comunidade na qual se estabelecem relações significativas, reúne qualidades privilegiadas para que nela se desenvolvam programas de acção, em que competências humanas surjam como algo que deve viver-se em todos os momentos da vida, educando com os olhos postos na acção social do homem e atenta às transformações que diariamente ocorrem na sociedade (Fonseca, 1996).

A instituição escolar e as várias organizações associam-se em torno de projectos de formação com contrapartidas múltiplas. As novas relações que se estabelecem interinstitucionalmente e interaccionalmente baseiam-se em novas concepções de escola, novas atitudes, novas competências e novas relações de poder (Caixinhas, Ramos e Santos, 1996). Marques (1996) refere-se a partenariado socio-educativo, definindo-o como uma parceria de parceiros com fins educativos.

Matéo Allauf (1986, cit. por Correia, 1997) realça o papel dos sistemas de formação enquanto instâncias de regulação social e sugere que, no decurso do último século, as relações entre formação e trabalho adquiriram três tipos de configuração distintos:

a. *Finais do séc. XIX e início do séc. XX* – institucionalização da escolaridade obrigatória cujas preocupações dominantes são as de assegurar um conformismo ideológico, bem como o acesso ao sufrágio universal e o reconhecimento social de novas qualificações intimamente relacionadas com as novas modalidades de organização do trabalho.

b. *Fim da II Guerra Mundial até início dos anos 70* – explosão da escola de massas, aumento de consumo e a relação entre formação e trabalho é pautada pela preocupação de planificar os sistemas de formação, para que os fluxos de saída destes fossem funcionalmente adaptados aos fluxos de entrada no emprego. Há aumento da procura da educação e dos níveis globais de escolarização que teve como consequência o aumento do nível de escolarização dos trabalhadores que contrasta com a relativa estabilidade de emprego e com as tendências para a desqualificação do trabalho em consequência da crescente taylorização. Os sistemas de formação contribuíram para uma descoincidência articulada entre as qualificações socialmente disponíveis, a estrutura dos empregos e organização tecnológica dos postos de trabalho.

c. *Crise do Fordismo* – Complexificação das relações entre formação e emprego que pôs em causa a previsão das evoluções futuras do emprego e agir em conformidade sobre os sistemas de formação.

De forma análoga surge também uma nova figura na formação, o *educador ou formador de adultos* (Canário, 1999), cuja profissionalização é questionada como critério indispensável ao exercício de formador ou educador. É neste contexto que Canário (1999) cita Lesne (1978: 249) ao referir que

> "as pessoas a quem consensualmente atribuímos a designação de 'formador de adultos' não são mais que agentes reconhecidos socialmente, instituídos e a quem é delegada a tarefa de exercer uma função de formação, mas não é, no entanto, forçoso reconhecer que 'qualquer pessoa que viva em sociedade é de algum modo um agente informal de formação".

A este propósito também Scheffwecht (1980: 52) faz referência ao afirmar que "*paralelamente às acções de formação e acção social, esbate-se a fronteira entre os diferentes tipos de agentes educativos: opera-se uma redistribuição da função educativa*". A função formação é cada vez mais partilhada, começando a escapar-se

do âmbito exclusivo dos especialistas. É com maior frequência que quando desempenhamos qualquer papel social, somos solicitados para a tarefa de formadores. Para este autor, os adultos participam na sua formação ou encarregam-se até inteiramente dela: "*cada qual é o formador de si próprio ou o formador de outrem*" (p. 52).

Também os *Modelos de Formação* de Gilles Ferry (1987), por se basearem na relação formação/prática, podem ser tomados como referência. Este autor aprofunda a questão dos modelos de formação de professores e propõe três que se caracterizam por outras tantas práticas de formação:

- ***Modelo Centrado nas Aquisições,*** o conceito de formação reduz-se a processos de "aquisição" de conhecimentos teóricos que serão aplicados "à posteriori" na prática, o formador é considerado o centro da formação, uma vez que é aquele que transmite o saber fazer. Assim, a formação é organizada em função dos resultados, de forma a garantir-se um nível de competências e que se baseia numa lógica "didáctica-racional", na qual o papel do formador é considerado como a de um professor que transmite conhecimentos.
- ***Modelo Centrado nos Processos,*** o conceito central da formação é o de "*transfer*", ou seja, a ideia fundamental é a de que existe uma experiência que o formando adquire no processo formativo e que, segundo uma lógica optimista, ele irá transferir posteriormente para a prática essas vivências/transformações que ocorreram durante o processo de formação. Os processos de formação são vividos pelos formandos como processos de apropriações, para os quais o formador contribui com um papel de animador, isto é, ajuda e apoia o formando na gestão da sua formação.
- ***Modelo Centrado na Análise,*** o conceito central da formação é o de análise, que vai para além do conhecimento, pois estende-se também a uma abertura à acção; valoriza o contexto de trabalho tal como ele é, experienciado pelos formandos e nele assenta o trabalho pedagógico. Neste trabalho pedagógico o formador assume um papel de catalisador/consultor, uma vez que o formando é produtor de conhecimento reflectindo sobre a sua prática num projecto de formação.

O Projecto Prosalus (1986), teve como destinatários profissionais de saúde e, tinha como referência a abordagem das histórias de vida ou do método (auto)biográfico.

Nóvoa (1988: 128 – 130) sistematiza alguns princípios que, a seu ver, devem servir de referência a qualquer projecto de formação de adultos:

- ✓ **1º Princípio:** "*O adulto em situação de formação é portador de uma história de vida e de uma experiência profissional*. *Mais importante do que pensar em formar este adulto, é reflectir sobre o modo como ele próprio se forma*", isto é, como ele próprio se apropria do seu património vivencial através de uma dinâmica de "*compreensão retrospectiva*";
- ✓ **2º Princípio:** "*A formação é sempre um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimento), do saber-fazer (capacidades) e do saber-ser (atitudes)*". Para atingir este objectivo tem de haver uma grande implicação do formando, de forma a ser estimulada uma estratégia de auto--formação, assim como uma participação alargada na concepção e implementação do projecto de formação;
- ✓ **3º Princípio:** "*A formação é sempre um processo de mudança institucional, devendo por isso estar intimamente articulada com as instituições onde os formandos exercem a sua actividade profissional*". Para que este objectivo seja atingido, é preciso um grande envolvimento das instituições, deve ser celebrado um "*contrato de formação*" entre a equipa de formadores, formandos e instituições, bem como a adopção de uma estratégia de *formação em alternância*, que viabilize uma ligação estrutural entre espaços formativos e de trabalho;
- ✓ **4º Princípio:** "*Formar não é ensinar às pessoas determinados conteúdos, mas sim trabalhar colectivamente em torno da resolução de problemas. A formação faz-se na "produção" e não no "consumo" do saber*". É preciso pôr em prática três conceitos centrais da formação de adultos: "*formação-acção*, *formação--investigação* e *formação-inovação*". Isto é, a formação deve basear-se numa tensão permanente entre a reflexão e a intervenção, basear-se no desenvolvimento de um processo de investigação e ser encarada como uma função integradora institucionalmente ligada à mudança;
- ✓ **5º Princípio:** "*A formação deve ter um cariz essencialmente estratégico, preocupando-se em desenvolver nos formandos as competências necessárias para mobilizarem em situações concretas os recursos teóricos e técnicos adquiridos durante a formação*";

- ✓ **6º Princípio:** "*E não nos esqueçamos nunca que, como dizia Sartre, o homem caracteriza-se, sobretudo, pela capacidade de ultrapassar as situações, pelo que consegue fazer com o que os outros fizeram dele. A formação tem de passar por aqui ...*".

Neste processo de formação, cada indivíduo é portador de normas, de valores, de maneiras de agir e sentir, de saberes e saberes-fazer, em que cada um se assume como um actor que participa no exercício colectivo do controlo e pressão social. "*O indivíduo encontra-se em constante desempenho do seu papel enquanto actor social, realizando aprendizagens contínuas e garante de processos de socialização e ressocialização, onde a negociação se assume como o instrumento operatório por excelência*" (Cabrito, 1995: 6 – 7).

Quanto ao nível de formalização, Canário (1999) considera o processo educativo como um *continuum* que inclui e articula:

- um *nível formal* cujo protótipo é o ensino fornecido pela escola, que pressupõe a existência de processos avaliativos e certificação e que se baseia na assimetria professor aluno;
- um *nível não formal* baseado vulgarmente no voluntariado e caracterizado pela flexibilidade de horários, programas e locais, em que há a preocupação de construção de situações educativas de acordo com contextos e públicos peculiares; e
- um *nível informal* que se baseia em todas as situações potencialmente educativas, até não conscientes nem intencionais, correspondendo a situações pouco ou nada estruturadas e organizadas.

Este último nível de formalização privilegia mais os efeitos que as intenções e realça as modalidades de autoformação, ecoformação e heteroformação entre pares (Canário, 1999).

Na formação contínua dos adultos, a relação com o saber tem tido uma profunda evolução quanto à relação tradicional.

> "Os adultos aceitam menos aprender por aprender: a utilidade da formação é quase sempre procurada, quer seja:
> - para obterem um diploma que possa assegurar uma promoção social;
> - para melhor agirem no âmbito da acção quotidiana; muitas vezes para transformarem o meio em que vivem;
> - para assegurarem um desenvolvimento pessoal" (Scheffwecht, 1980: 55).

Neste sentido, os adultos procuram, cada vez mais, participar na *produção* do seu próprio saber, procedendo de modo que este corresponda ao que é solicitado. Procuram também dominar os objectivos, o conteúdo ideológico, o ritmo de aprendizagem e a avaliação. Deve-lhes também ser assegurado a possibilidade de *utilização* do saber adquirido, pois procuram relacionar a formação com os problemas e as situações concretas. Pode então afirmar-se que a função de formação contínua dos adultos é, ao mesmo tempo, *acção educativa* e *acção social*.

Watts (1983) propõe um conjunto de esquemas através dos quais se pretende estabelecer uma interacção dinâmica entre a escola e o mundo do trabalho, proporcionando experiências significativas, que poderão enriquecer os estudantes neste domínio da sua formação:

- pela simulação de trabalho;
- pela observação do desempenho profissional nos próprios contextos em que decorre (por exemplo através de visitas de estudo a contextos profissionais, ou do acompanhamento directo de um profissional durante um dia de trabalho);
- pela realização de estágios (ou mini-estágios) em empresas e instituições;
- pelo desempenho efectivo de uma ocupação (em períodos de férias ou em regime parcial).

Malglaive (1995) designa por *formação em alternância* os dispositivos de formação que aliam a formação teórica à formação prática, não correspondendo a estágios disseminados num curso. Refere que é preciso a experiência pessoal, a que chama *saber da acção*. Este "*é o saber que permite contornar os efeitos indesejáveis, nefastos, perversos, arrastados, ligados aos procedimentos mais elaborados e mais bem calculados*" (p. 56), sendo também uma capacidade de apreciação do que pode funcionar; ou seja não exclui o controlo, as verificações e as validações. Ao *saber da acção* é estabelecido um paralelismo com a *inteligência prática* de Piaget, a que o autor denomina por "*inteligência prevenida*". Está convencido que esta se constrói, se adquire em simultâneo com os conhecimentos teóricos e com o saber na acção, que os conhecimentos teóricos se aprendem na escola e que o saber da acção se adquire a fazer.

Não chega ser detentor do saber teórico que é citado por Dubar (1995) como elemento indispensável de apresentação de si próprio e de valorização de uma identidade que não se define a partir do trabalho. Malglaive (1995) prefere usar o

termo *competência*, que corresponde a um processo multidimensional, tanto individual como colectivo, e subordinado a um determinado contexto e projecção da acção (Reinbold e Breillot, 1993, cit. por Canário, 1996). Não se trata de um estado ou saber que se possui, nem um adquirido da formação, podendo apenas ser produzida em contexto de acção profissional (Le Boterf, 1994). A formação em alternância tem como objectivo a reunião de competências que se manifestarão no desempenho em situações específicas e que garanta os conhecimentos e atitudes necessários à inserção no mercado de trabalho, sem perder de vista a necessidade de realização individual (Lesne e Mianvielle, 1990; Ambrósio, 1987). É neste sentido que Silva (1997) pressupõe para a existência da competência, a sua aplicação. Ou seja, o local do exercício intervém na produção de competências, o que significa que não pressupõe apenas a escola, mas também o local de trabalho.

O verdadeiro trabalho de gestão pedagógica de um dispositivo de formação em alternância "*tem de ser uma linha de coerência*" (Malglaive, 1995: 59) que o autor defende ter três zonas: *económica, epistemológica* e *pedagógica*. A *zona económica* decorre da noção de responsabilidade que o estágio deve ter na aquisição do saber na acção, deve ser social e profissional. O enfermeiro cuida do OUTRO, tem por conseguinte "*um lugar que é real*" (Ibid.: 58), tem um papel activo na sociedade, devendo o seu trabalho ser "*eficaz, produtivo e rentável*" (Ibid.: 59), além de ser também formador. A *zona epistemológica* está relacionada com o confronto entre a teoria e a prática. A *zona pedagógica* refere-se à dificuldade em saber que tipo de responsabilidades são confiadas ao estagiário. As responsabilidades atribuídas vão aumentando no decorrer do curso.

Abordadas as várias perspectivas sobre o conceito de *formação em alternância*, a distinção proposta por Cabrito (1994), entre *formação em alternância* e *formação alternada*, parece retractar a evolução do ensino de enfermagem. Se por um lado a *formação em alternância* tem como objectivo o desenvolvimento de competências e destrezas para melhorar o desempenho individual, sendo que as aprendizagens na instituição escolar são influenciadas pelas necessidades do mercado de trabalho e não pelo desenvolvimento integral do indivíduo, que é um trabalhador; a *formação alternada* visa a aprendizagem sobre e para o mundo do trabalho, em que a produção não se distancia do horizonte educativo. A *formação alternada* contribui para reduzir a desarticulação entre as competências adquiridas na formação inicial e as exigidas

no mercado de trabalho, podendo contribuir para aumentar a motivação pelos processos formativos (Cabrito, 1994).

Para Josso (1989) a formação é beneficiada pela experiência porque possibilita que o indivíduo mobilize uma diversidade de referências que aumenta a sua flexibilidade nas diferentes situações. O que torna a experiência formadora é uma aprendizagem que oferece a cada um a oportunidade de uma presença de si na situação, através da mobilização de uma pluralidade de registos. A formação é integradora (Lerbet, 1986) se permitir a aplicação, em contexto de trabalho, das aprendizagens realizadas na escola, minimizando assim as dificuldades em aproximar a escola ao real. Por sua vez, para Dominicé (1989) a experiência pode não constituir em si uma aprendizagem, mas a aprendizagem não pode passar sem a experiência. A prática tornou-se um local de aprendizagem (Jarvis, 2000). A formação é válida se desenvolver saberes práticos, úteis para o trabalho e adquiridos pelo seu exercício (Dubar, 1995). Também Silva (1997) refere que a alternância tem como pressuposto a necessidade de interacção entre o indivíduo, a formação e o contexto.

No entanto, há que ter em conta que a acção profissional se desenvolve em contextos sociais, distinguidos pela sua singularidade e incerteza, em que se cruzam as prescrições hierárquicas, a procura social e os interesses próprios dos profissionais. É devido a esta evidência que a sociologia do trabalho tem realçado a distância existente entre o trabalho prescrito do real. Além disso, a aquisição dos vários saberes, a interiorização de um conjunto de valores e o domínio da técnica, não são pré-requisitos aptos para uma transferabilidade linear, determinando a acção profissional. Os saberes previamente adquiridos são uma reserva de recursos que podem ser mobilizados de acordo com várias modalidades e configurações. Tal facto explica a razão da sabedoria, anterior ao exercício profissional (isto é, a qualificação), não ser uma garantia de competência (Canário, 1999). A distinção entre *qualificação* e *competência* é feita por Demailly (1987: 61, cit. por Canário, 1999: 46). Quanto à primeira, trata-se de um termo que remete para o universo dos títulos, diplomas, graus e certificados que provam a capacidade do sujeito em desempenhar determinadas funções, de acordo com o seu sucesso num percurso formativo formal. Por outro lado, *competência* reporta-se a "*um não sei quê através do qual a qualificação se torna eficiente e se actualiza numa situação de trabalho*".

A enfermagem, revestida de conhecimento prático, "*é uma profissão em que a própria prática conduz necessariamente à criação de um conhecimento específico e ligado à acção, que só pode ser adquirido através do contacto com a prática, pois trata-se de um conhecimento tácito, pessoal e não sistemático*" (Clandinin, 1986: 20). À semelhança de outras práticas, o enfermeiro só conseguirá atingir a perícia na prestação de cuidados, realizando-os e reflectindo criticamente sobre a assistência que presta (Lopes, 2000).

O campo de actuação dos enfermeiros remete para a especificidade das situações e para a indeterminação face aos efeitos das intervenções. A prática não se confronta com questões simples, mas coloca os profissionais face a situações problemáticas que se caracterizam pelo imprevisto, incerteza e desordem, exigindo assim do enfermeiro a mobilização de competências individuais e específicas que permitem responder à diversidade de situações. "*É uma prática que se reveste de grande complexidade, não só porque trabalha com o ser humano, mas também porque mobiliza um valor que se constitui como supra-ordenado: a vida*" (D'Espiney, 1999: 11).

Além disso, gerir situações de carácter imprevisível, em contextos de natureza interactiva e em constante mutação, que exigem adaptação, equilíbrio e bom senso, em que a estrutura pessoal (motivações, expectativas, interesses, etc.) é fortemente afectada pelo processo formativo, tem como consequência o encarar a formação como uma forma de desenvolvimento do adulto (Marques Simões e Ralha Simões, 1997).

Costa (2001) diz-nos ainda que em enfermagem o contexto de trabalho surge como o local privilegiado da aprendizagem, constatando-se no entanto a existência de alguma dicotomia entre os locais e os tempos de produção teóricos e os locais e os tempos da sua aplicação, não sendo, contudo inibidores de que os saberes formalizados se confrontem com a prática e que os saberes práticos se formalizem, num ciclo recursivo.

A prestação de cuidados de saúde representa um campo de práticas sociais, profissionais e formativas em plena expansão e diversificação. A ênfase colocada na promoção da saúde equivale a uma nova cisão paradigmática, que tem conduzido a questionar e a reformular a missão atribuída quer às instituições, quer aos actores que protagonizam as políticas de saúde. A formação emerge como um instrumento

fundamental para fazer face a mutações que decorrem da própria inércia social, ou para gerir mudanças deliberadas (Canário, 1997).

No caso das instituições de saúde, ao considerá-las como lugar de formação não quer dizer que exista um somatório de acções de formação pontuais, na ausência de uma estratégia unificadora, mas sem optimizar as suas potencialidades, gerando oportunidades educativas baseadas na interacção entre actores. Escola e instituição de saúde podem tornar-se espaços complementares de formação se forem declaradas as 'clivagens' entre teoria/prática, saber/saber-fazer, escola/trabalho (Dubar, 1990). "*A situação de trabalho aparece, neste caso, como uma situação social (que comporta uma dimensão técnica) e o enfermeiro como um profissional da relação, em que as vertentes pessoal e profissional e as dimensões social e técnica não são dissociáveis*" (Canário, 1997: 130). A formação subsiste, em grande parte, de recursos endógenos em termos de formadores, de experiências individuais e de equipa, de situações de trabalho que são objecto de um trabalho '*pedagógico*'. Formação e mudança são confundidos com processos de desenvolvimento pessoal e organizacional.

Em Portugal, a importância atribuída à formação, no campo da saúde, tem vindo a traduzir-se na materialização de três grandes tendências:

1) o desenvolvimento e expansão quantitativa da oferta de formação contínua, dirigida a profissionais de saúde (particularmente enfermeiros), na sequência do movimento de Educação Permanente, que remonta ao início dos anos setenta do século XX, e se traduz na criação de Departamentos de Educação Permanente nas principais unidades de saúde. Além disso, houve também uma acção crescente de intervenção das estruturas centrais do Ministério da Saúde na promoção de programas de formação alargados;

2) o processo de enriquecimento, diversificação e complexificação da tecnicidade e cientificidade, que se consubstancia na dominância do modelo biomédico;

3) a articulação entre a formação (nomeadamente a inicial) e os processos em curso de construção, reconstrução ou afirmação identitária dos grupos profissionais não médicos, que se consubstanciou na emergência de um importante subsistema do ensino superior politécnico, com funções importantes nos domínios da formação inicial e contínua, da investigação e da intervenção nas comunidades locais (Canário, 1997).

A formação dos enfermeiros constituiu desde o início uma preocupação ao nível dos hospitais que, rapidamente, aderiram ao Movimento de Educação Permanente, procurando, por um lado, colmatar as lacunas de escolarização dos seus profissionais (muitos enfermeiros tinham a quarta classe ou o ciclo preparatório) através de formação recorrente e, por outro, responder às crescentes necessidades de formação que a tecnologização da medicina exigia, tendo-se organizado os Departamentos de Educação Permanente em Enfermagem que, no final dos anos noventa, se integraram nos Centros de Formação Multiprofissionais (D'Espiney, 1997).

A organização de acções de formação e de cursos foi o principal investimento, que ficou marcado por uma fraca adesão dos enfermeiros e, principalmente por uma ineficácia ao nível da mudança de comportamentos. Desde os anos noventa que se procura investir na formação em serviço, de modo a que as acções não surjam à margem dos problemas concretos dos serviços. No entanto, o que se tem verificado é que pouco mais se conseguiu do que transferir essas mesmas acções das salas dos centros de formação para as salas dos serviços, com pouca resolução das dificuldades mencionadas (D'Espiney, 1997). Concebida de acordo com uma lógica predominantemente escolarizada, a formação contínua dos enfermeiros tem valorizado pouco a sua prática. Esta situação poderá estar relacionada com a confusão da inovação instituída com o conceito de reforma, que se caracteriza pela existência de descontinuidade institucional entre os que decidem e os que executam (Correia, 1989).

Refira-se que o saber agir não se reduz ao saber-fazer. Face aos imprevistos e aos acasos, face à complexidade dos sistemas e das lógicas de acção, o profissional deve ter iniciativas e tomar decisões, negociar e arbitrar, fazer as escolhas, considerar os riscos, reagir aos acasos, às falhas, inovar no quotidiano e assumir as responsabilidades. O saber agir não consiste apenas em saber travar um incidente, mas também em saber antecipá-lo. Saber agir é saber interpretar, é saber o que fazer, é saber julgar, é saber reagir (Le Boterf, 1997).

As situações de trabalho comportam uma pluralidade de efeitos educativos, ou seja, mudanças estáveis no comportamento dos indivíduos e dos grupos. São resultado da capitalização das experiências individuais e colectivas e da aquisição de conhecimentos na acção, produzindo-se de modo não necessariamente consciente. Equivalem a uma formação difusa, residual ou latente, mesmo quando a situação não

tem fins claramente educativos. São considerados por Pain (1990) como co-produtos da actividade principal e representam aquilo que designa por educação informal. O reconhecimento da importância da formação informal tem sido acompanhado pela produção de modelos de inteligibilidade das práticas formativas, onde o informal não desempenha um papel subsidiário, mas estruturante (Correia, 1992a, cit. por Costa, 2002). Além disso, o trabalho oculto poderá funcionar como estruturante do trabalho visível (Correia, 1997).

As potencialidades formativas dos contextos de trabalho são incontestáveis, pois os processos de socialização dos sujeitos sucedem através das relações estabelecidas entre estes e o meio, recorrendo a esquemas de respostas que vão criando e recriando, enquanto agem e são agidos pelos contextos. Lesne e Mianvielle (1990) consideram que uma formação que se fundamente nas potencialidades dos contextos de trabalho recorre aos elementos desse contexto, de forma organizada e intencional, constituindo-se como um processo de socialização reconstruído. A aquisição de aprendizagens no domínio da profissão e de elementos do sistema de valores da instituição onde é desenvolvida a prática facilita a inserção no mundo do trabalho (Barbier, 1992), bem como o desenvolvimento de capacidades de adaptação e transferência de saberes e saberes-fazer para novas situações (Deret e Parlier, 1990). No entanto, se este processo não for alvo de reflexão, não passará de "*um processo passivo de aquisição mais ou menos inconsciente de esquemas e respostas, que correspondem ao processo de adaptação do indivíduo ao seu meio*" (D'Espiney, 1999: 15).

Mais recentemente, Finlay e Gough (2003) distinguem a *reflexão* da *reflexividade*. A origem etimológica da palavra *reflexivo* significa "*debruçar-se sobre si próprio*". A reflexão pode ser definida como "*pensar sobre*" algo após acontecimento, enquanto que a *reflexividade* requer auto-reflexão crítica, envolvendo auto-consciência mais imediata, dinâmica e contínua.

O processo de reflexão sobre a experiência desenvolve-se nas seguintes etapas:

- **a)** a sua formalização através da tradução em palavras, num discurso articulado, daquilo que nela se observa, permitindo a identificação e o reconhecimento dos saberes nela contidos;
- **b)** a sua problematização, questionando as bases cognitivas, afectivas, valorativas que a suportam;

c) a perspectivação das transformações que se expressem e evidenciem como necessárias e significativas, o que vai possibilitar a reformulação do quadro de significado, pessoal e objectivo, através do qual se vê, pensa e age (Couceiro, 1996).

Trata-se de uma dinâmica cujas vertentes se fecundam mutuamente. O quadro de significado consciente ou, na maioria das vezes, não conscientemente interiorizado condiciona aquilo que a pessoa vê, observa, o que retém da sua observação. Por outro lado, aquilo que diz observar, que descreve, é a matéria na qual sustenta o seu modo de pensar. Caso este processo permaneça demasiado fechado, desencadeia mecanismos de repetição ou reforço de automatismos. A introdução da problematização, ou seja da reflexão, torna-se uma condição de integração de novos elementos, novos pontos de vista, capazes de abrirem este circuito fechado a um crescimento em espiral (Couceiro, 1996).

A educação para o trabalho propõe como objectivo geral levar cada aluno ao desenvolvimento de valores, atitudes e de competências de reflexão e de acção que lhe permitam estabelecer uma relação construtiva com o mundo do trabalho. Um aluno preocupado sobretudo com o "saber-fazer" dificilmente estará motivado para empregar as suas energias numa aprendizagem que faça dele um profissional dotado de vantagens comparativas assentes numa qualificação suficientemente ampla para enfrentar desafios futuros, não apenas a nível tecnológico, mas também a nível relacional e organizacional (Fonseca, 1996).

Reflectir sobre a acção inscreve-se numa concepção da formação que ultrapassa a tradicional dicotomia teoria/prática, para se situar numa perspectiva que privilegia a relação pensamento/acção (Honoré, 1992). Realmente, importa ultrapassar essa dicotomia. O academismo, centralizado numa lógica prioritariamente didáctica, feita de saberes teóricos, é abstracto e sem valor instrumental; numa lógica exclusivamente prática, pelo contrário, os saberes permanecem demasiado restritos e correm o risco de não se tornarem transferíveis (Fabre, 1994).

O envolvimento de uma pessoa numa situação de intervenção favorece a reflexão sobre a prática, exige a identificação de cenários para resolver problemas e cria condições para o estabelecimento de diálogo e para a compreensão de diferentes pontos de vista (Nunes, 1995). Embora exista pensamento na acção, tem de haver

outros momentos distantes da acção para se poder pensar, reflectir e produzir saber (Rebelo, 1996).

Zeichner (1993) cita Dewey (s.d.) ao definir a acção reflexiva como sendo uma acção que implica uma consideração activa, persistente e cuidadosa daquilo em que se acredita, à luz dos motivos que o justificam e das consequências a que conduz. A reflexão não consiste num conjunto de passos ou procedimentos específicos. Pelo contrário, é uma maneira de encarar e responder aos problemas. A acção reflexiva também é um processo que implica mais do que a busca de soluções lógicas e racionais para os problemas. A reflexão implica intuição, emoção e paixão; não é, portanto, nenhum conjunto de técnicas que possa ser empacotado e ensinado. A reflexão sobre o domínio da profissão é favorecida nas visitas de estudo, estágios de observação e/ou de desempenho de funções produtivas, desde que haja exploração dos mesmos pela instituição escolar (Eggleston, 1983; Miller et al., 1991).

Sendo a formação um processo complexo de aprendizagens, que se reflecte no desenvolvimento da estrutura do sujeito, nomeadamente aos níveis cognitivo, afectivo, motor, relacional e transformativo, a noção de competência é sugerida quando o indivíduo mobiliza todos estes saberes, necessários ao pensar, decidir e agir (Abreu, 1998), envolvendo aspectos conscientes e inconscientes. Chomsky (cit. por Cohen, 1981) define este conceito como um sistema de princípios e de estruturas internas que usamos para potenciar os nossos desempenhos e do qual só parcialmente temos consciência, sendo o seu carácter inconsciente inerente aos conhecimentos correspondentes ao mobilizar destes factores considerados específicos e decorrentes da própria estrutura biológica do indivíduo.

A competência é uma disposição para agir de forma pertinente para dar resposta a uma situação específica, que supõe a apropriação dum *continuum* que dá um sentido à sucessão dos actos. A acção é agora diferente do comportamento pelo facto de que tem um significado para o sujeito. O comportamento reduz-se a uma série de movimentos observáveis; a competência é uma acção ou um conjunto de acções finalizadas com uma utilidade, com uma finalidade que tem um sentido para o profissional. A competência pode ser comparada a um *acto de enunciação* que não pode ser cumprido sem referência ao sujeito nem ao contexto no qual se situa (Le Boterf, 1997).

Zydziünaité (2003a) menciona que a competência é definida, não como uma parte constituinte de um fenómeno de qualificação mas como uma expressão holística o potencial da pessoa, que incorpora o seu conhecimento adquirido, aptidões, capacidades, pontos de vista, traços pessoais, valores, crenças e a capacidade de agir intencionalmente em diversos ambientes.

Abreu (1998) parte de um conjunto de pressupostos para apresentar uma noção alternativa de competência:

- em matéria de educação, a valorização da noção de competência deriva da necessidade de evidenciar a capacidade de um indivíduo assumir determinado comportamento;
- em educação, a noção de competência deve apelar para a valorização do contexto em que a situação ocorre;
- a competência deve ser concebida como o resultado de um processo de aprendizagem, não se devendo confundir com o mesmo; corresponde à transição de um sistema orientado para o ensino para um sistema orientado para a aprendizagem.

A certificação de competências está cada vez mais a transferir-se para fora das actividades da responsabilidade da escola. Esta deixou de ser o único local para aprendizagem, podendo a mesma realizar-se em casa, com os grupos de pertença, em empresas, nas comunidades com que se contacta através dos meios de comunicação social, da multimédia, em autoformação e através de múltiplas outras formas de chegar à informação e ao conhecimento (Lopes e Pinto, 1999).

Os alunos, por sua vez, são cada vez mais fonte de mudança, trazendo para a escola saberes adquiridos fora desta, designadamente na posição de utilizadores das auto--estradas da informação e obrigando-a a reajustar-se a esses novos saberes. Os projectos que forem realizando, com incorporação de informação ainda não integrada no currículo, irão levar à necessidade de colocar esses saberes como áreas de ensino a oferecer pela escola (Papert, 1997, cit. por Lopes e Pinto, 1999).

A formação deve ser compreendida como um processo de transformação individual permanente que capacita o homem a realizar cada vez melhor as suas actividades e relações (Silva, 1997). Neste sentido, a formação em contexto de trabalho "*é condicionada pela forma de organização, pelas relações existentes, pelo trabalho*

que se realiza e pela comunicação que se estabelece entre os vários profissionais" (Nunes, 1995: 242).

O relacionamento da escola com o meio sócio-económico, cultural e produtivo deve basear-se na reciprocidade de compensações entre várias instituições, situação que não é possível alcançar no caso da escola se ancorar estritamente no cumprimento do Plano Curricular (Caixinhas, Ramos e Santos, 1996).

A capacidade da instituição para produzir saberes, para além de bens ou serviços, confere que o exercício do trabalho ganhe contornos qualificantes, através de uma função de aprendizagem que coexiste com uma função de produção (Freutrie e Verdier, 1993, cit. por Canário, 1994). Trata-se de uma dimensão colectiva e interactiva, também designado por "*aprendizagem organizacional*", em que um colectivo de actores edifica e mobiliza teorias de acção organizacional, estruturantes da acção colectiva (Charue, 1992, cit. por Canário, 1994). Para Canário (1994), é esta dimensão que permite sublinhar para além da possibilidade de aprendizagem *através* da organização também, ainda que metaforicamente, a possibilidade das *organizações aprenderem*, no sentido de reforçarem a sua capacidade autónoma de mudança.

A aprendizagem organizacional implica a criação de interpretações de acções e conhecimentos construídos socialmente que, gerados no ambiente, chegam a fazer parte da organização (Louis, 1994). Esta aprendizagem não pode ser reduzida à acumulação de aprendizagens individuais, produz-se como 'comunidade de aprendizagem', em formas de deliberação prática, intercâmbio e colaboração (Bolivar, 1996). Este tipo de aprendizagem sucede a todos os níveis da organização, pois os indivíduos aprendem como parte das suas actividades diárias, especialmente quando interagem com outros e com o meio exterior. Os grupos aprendem quando os seus membros cooperam para atingir objectivos comuns. O sistema, na sua totalidade, aprende a obter 'retroalimentação' do ambiente e antecipa mudanças posteriores (Argyris e Schön, 1978).

Para que as organizações aprendam é preciso desenvolver diversas actividades de trabalho colectivo que passa, de acordo com Garvin (1993, cit. por Barroso, 1996) pela resolução sistemática dos problemas, experimentação com novos enfoques, aprender com a sua própria experiência e história, aprender com as melhores experiências e práticas dos outros, transferir rápida e eficientemente o conhecimento

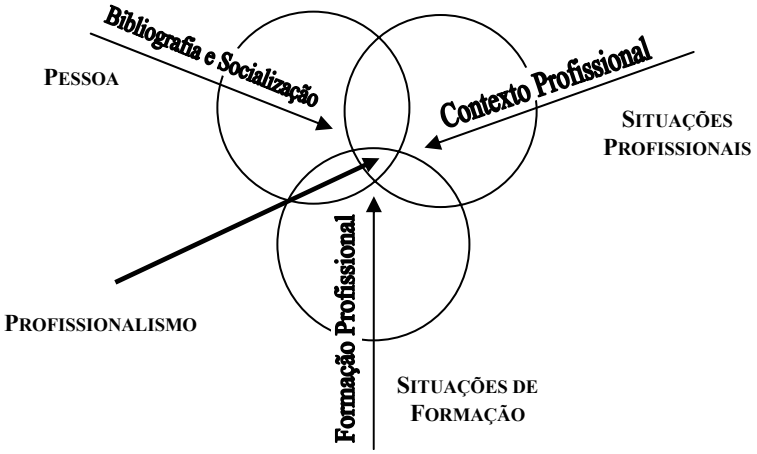
para toda a organização. No entanto, as organizações de aprendizagem não surgem do nada; são fruto de um conjunto de atitudes, compromissos, processos e estratégias que têm de ser cultivados (Bolívar, 1996). Daí que seja preciso construir um ambiente que favoreça as aprendizagens em conjunto: tempo para reflexão, visão partilhada, aprendizagem em equipa, autonomia, novos estilos de liderança (Barroso, 1996).

Em todos os domínios de intervenção, a escola deve sempre espelhar a sua capacidade de gestão das técnicas e tecnologias de ensino/aprendizagem e o grau de domínio do exercício profissional dos actores nela envolvidos (Caixinhas, Ramos e Santos, 1996)

Os saberes profissionais "*têm sempre conhecimentos teóricos, fundamentais e indispensáveis*" (Malglaive, 1995b: 56). No entanto, é precisa a experiência pessoal, pois o saber de acção é indizível. O saber de acção é o que permite contornar os efeitos indesejáveis, nefastos, perversos, arrastados, ligados aos procedimentos mais elaborados e melhor calculados. Trata-se da capacidade de apreciação do que pode funcionar, não excluindo uma certa deriva imaginativa na invenção dos possíveis. O que não quer dizer que se exclua o controlo, as verificações e as validações.

Para Le Boterf (1997) o profissionalismo constrói-se no cruzamento de três domínios: a bibliografia e a socialização, o contexto profissional e a formação profissional (Figura 7). A competência profissional não reside nos recursos (conhecimentos, capacidades, …) a mobilizar mas na *mobilização desses mesmos recursos*. Os recursos do saber não constituem a competência, mas aumentam ou diminuem as oportunidades de ser competente.

Figura 7 – O profissionalismo no cruzamento



Adaptado de Le Boterf (1997)

A competência deve ser definida em referência ao contexto onde é mobilizada, tratando-se da integração, com sucesso entre teoria e prática (Milligan, 1998). Além disso, a competência só existe quando é aplicada, o que significa, que num sistema de formação profissional, o local da aplicação intervém na produção de competências e significa que a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho (Silva, 1997). Assim, Abreu (1998) ao considerar como inevitável a apreciação das competências pelos diversos actores sociais, encara também o processo de desenvolvimento de competências como uma forma de interrogar as práticas e interpelar os saberes. Não nos referimos à avaliação de competências que preexistem mas à validação e reconhecimento de uma determinada forma de agir (Le Boterf, 1995), o que reforça a ideia de que a competência não é apenas um construído operatório mas analogamente um construído social. A definição de competência é uma noção intermediária que permite pensar as relações entre o trabalho e os saberes apreendidos pelo indivíduo. Dado que não se limita a gerar o contexto da acção, mas também a ajuda a controlar, permite transformar a acção em contextos sobre a acção (Abreu, 1998).

A abordagem compreensiva das relações entre trabalho e formação convergem, também, na noção de identidade profissional. Utilizando o método tipológico, inspirado em Max Weber (tipos ideais), esta abordagem evidencia 'formas identitárias' que, simultaneamente, constituem formas de viver o trabalho ('sentido do trabalho') e de conceber a vida profissional no tempo biográfico ('trajectória subjectiva'). Não podem ser deduzidas de nenhuma teoria mas devem ser

reconstruídas de forma indutiva. Constituem-se como *formas discursivas*, formas de falar do trabalho e da formação. Os indivíduos podem mudar de formas identitárias (conversão) mas só no termo de um trabalho sobre si próprios que exige condições delicadas (Berger e Luckmann, 1968, cit. por Dubar, 1995).

O investimento numa acção de transformação do real é considerada como deliberadamente indutora de uma transformação identitária, uma vez que compreende uma actividade de produção de representações e saberes sobre e a partir da acção (Barbier, 1996).

A construção de uma identidade pessoal assenta na capacidade dos indivíduos produzirem os seus próprios percursos formativos através de um processo de apropriação do real, que se exprime não apenas pela aptidão de transformar as suas estruturas cognitivas e de acção, com base nos sentidos produzidos através da reflexão sobre a acção, mas também de prospectivar a sua intervenção dissipando com as lógicas tradicionais de resolução de problemas (D'Espiney, 1999).

O trabalho está no âmago do processo de construção, destruição e reconstrução das formas identitárias, porque é no e pelo trabalho que os indivíduos, nas sociedades salariais, adquirem o reconhecimento financeiro e simbólico da sua actividade. "*É também apropriando-se do seu trabalho, conferindo-lhe um 'sentido', isto é, dando--lhe, ao mesmo tempo, uma significação subjectiva e uma direcção objectiva, que os indivíduos acedem à autonomia e à cidadania*". Quando este processo é perturbado, o trabalho perde a sua centralidade, a 'crise social' toma aspectos dramáticos que provocam formas diversas de 'perda de identidade' e de múltiplos sofrimentos (De Bandt, Dejours e Dubar, 1995, cit. por Dubar, 1995: 51).

Num estudo sobre o desenvolvimento da auto-imagem profissional dos enfermeiros, Arthur e Thorne (1998) referem que o desenvolvimento de novas competências pode ser acompanhado de mudanças a nível dos valores, atitudes, aspirações profissionais, auto-estima e auto-conceito. Qualquer uma destas componentes, fundamentais para o exercício do trabalho, seria igualmente importante para a conquista da distintividade e de uma identidade profissional positiva.

Num estudo realizado com enfermeiros em contexto hospitalar, sobre dinâmica de formatividade, Abreu (1998) verificou que o processo global de mudança era sobretudo uma acção política, em que as experiências sociais dos actores

interpelavam permanentemente as representações que possuíam de si como profissionais, enquadrando estrategicamente a configuração identitária.

Em jeito de conclusão, podemos referir que "*a formação contínua é uma oportunidade histórica para que se instaurem dispositivos de partenariado entre os diversos actores sociais, profissionais e institucionais*" (Nóvoa, 1992: 30). As escolas devem articular-se com os contextos de trabalho, e os sistemas de formação serem cada vez mais permeáveis à lógica do trabalho para que os contextos de trabalho se tornem qualificantes (Correia, 1995).

O regime de f*ormação em alternância* permite a aprendizagem através do trabalho. Isto porque nos contextos de trabalho existem práticas formativas de grande riqueza, constituindo-se em "*teorias*" num processo recursivo. É ainda desejável que a formação inicial e contínua seja um processo articulado. Por isso, tem todo o sentido que a *formação alternada* nos remeta para uma lógica escolarizada encontrada hoje no Modelo de Formação em Enfermagem.

Actualmente vivem-se experiências de cooperação entre escolas onde é ministrada a enfermagem e os contextos das práticas dos enfermeiros, em que há também articulação entre formação inicial e contínua. Esta liga-se, indissociavelmente, ao contexto e aos actores que a produzem, remetendo para processos coproduzidos com os destinatários da formação (Canário, 1994), onde a participação, a reflexão conjunta e o reequacionamento dos recursos norteiam a intervenção (D'Espiney, 1997).

A optimização do potencial formativo das situações de trabalho passa, em relação à formação, pela criação de dispositivos de dinâmicas formativas que proporcionem, no ambiente de trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens a partir de um processo autoformativo (Canário, 1994).

> "A formação em enfermagem, advogando metodologias de desenvolvimento baseadas na construção de significados por formadores e formandos, englobará uma pedagogia do SER, na qual ACÇÃO e RELAÇÃO em cuidados surgirão como uma produção de si; a produção de si no cuidado não é uma competência finalizada, uma vez que o seu fluxo é o fluxo do ser enfermagem (…)" (Costa, 2001: 10).

3. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

> "*A aplicação do saber e dos princípios científicos são os instrumentos que a enfermagem transporta para a prática, na procura do verdadeiro sentido humano, no que ele tem de mais complexo, de concreto ou transcendente.*"
>
> Carvalho, 1994

Nos últimos trinta anos a enfermagem sofreu uma evolução significativa, devido a factores de natureza sociocultural, política, económica, demográfica e epidemiológica das sociedades modernas (Santos, Duarte e Subtil, 2004), o que tem exigido por parte dos profissionais um grande esforço e capacidade de adaptação (Santos, 1999).

Os modelos de formação em enfermagem têm a sua história construída em torno da preocupação permanente de assegurar a continuidade da vida, identificável em tempos remotos com a mulher, com a mulher consagrada até fins do século XIX e com a mulher enfermeira, auxiliar do médico, até fins dos anos sessenta do século XX (Collière, 1989).

A formação dos enfermeiros nos diversos contextos culturais, sócio-económicos e políticos tem procurado soluções diversificadas quanto à organização, aos métodos e aos conteúdos da formação (Costa, 1994). A nossa história demonstra a preocupação de investir numa formação de base generalista que fomente o desenvolvimento cultural, pessoal, social e ético dos estudantes, que lhes propicie os fundamentos científicos para o exercício de uma actividade multifacetada que se desenvolve em contextos sociais distintos, a par de um grande investimento no desenvolvimento da disciplina de enfermagem (D'Espiney et al., 2005).

À semelhança do que foi realizado para a profissão de Enfermagem no ponto 1.1., em que fizemos a sua abordagem sócio-histórico-antropológica, abordaremos o percurso da formação em Enfermagem, bem como os desafios presentes que a profissão enfrenta no âmbito da educação.

O saber prático, tão presente na enfermagem, é muitas vezes adquirido através da experiência. Teoria e prática aliam-se para dar lugar ao conhecimento, pelo que abordamos, em seguida o modelo de aprendizagem pela experiência de Kolb.

O Curso de Complemento de Formação em Enfermagem é caracterizado naquele que é o último sub-capítulo deste terceiro ponto, dedicado à formação em enfermagem, e assim vem completar o enquadramento teórico do estudo.

3.1. FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: PERCURSOS E DESAFIOS

Estávamos em pleno século XIX, com carência de religiosos para assistir os enfermos nos hospitais, em consequência da reforma de Lutero. Nas nações latinas, em que havia fidelidade à Igreja Católica Romana, muitos Irmãos e Irmãs tinham sido expulsos. Os que restavam, nem sempre estavam à altura da sua missão. Como consequência, a assistência nos hospitais era na maior parte das vezes entregue a mulheres sem preparação (Nogueira, 1990).

Na Alemanha, o Pastor Fliedner procurava transmitir uma *formação moral* sólida, bem como conhecimentos de *Deontologia Profissional*. As alunas eram designadas por *diaconisas*, cuja missão incluía funções de visita dos doentes no domicílio, onde deviam ser tratados como pessoas de bom nível social (Nogueira, 1990).

Em 1860 Florence Nightingale criou e colocou em funcionamento a *Florence Nightingale Training School of Nurses*, anexa ao *St. Thomas Hospital*, em Londres. Tinha como ambição reformar a enfermagem no mundo inteiro. Os seus objectivos eram formar enfermeiras tanto para a assistência hospitalar como domiciliária. Após a sua morte, o seu desejo viu-se concretizado com a fundação de outras escolas nas principais cidades inglesas e, posteriormente, nos mais desenvolvidos domínios do seu país, como o Canadá, Austrália, Nova Zelândia e América (Nogueira, 1990).

Canário (2005) considera a escola uma invenção histórica, contemporânea da dupla revolução industrial e liberal que marca o início da modernidade e que introduziu, como novidades, a emergência de uma instância educativa especializada que desagrega o aprender do fazer; a criação de uma relação social inédita, a relação pedagógica no quadro da classe, superando a relação dual entre o mestre e o aluno; uma nova forma de socialização que progressivamente viria a tornar-se hegemónica. Esta supremacia do escolar tende a traduzir-se por uma desvalorização das anteriores formas de socialização e de aprendizagem, induzindo uma pedagogização das relações sociais e expropriando alguns grupos sociais das suas competências prerrogativas (Vincent, 1994, cit. por Canário, 2005).

Em Portugal o ensino de enfermagem teve também as suas raízes no final do século XIX, através da iniciativa das administrações de três hospitais – Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Real de São José, Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

No centro do país a institucionalização do ensino de enfermagem foi marcada pela criação da primeira Escola de Enfermagem em Coimbra, em 1881, por Costa Simões. A sua iniciativa tinha como objectivo "*dar melhor instrução aos enfermeiros e enfermeiras, e habilitar as criadas dos estabelecimentos a poderem concorrer às vagas, que se estavam dando, no quadro das enfermeiras, à falta de pessoal habilitado na localidade com as simples noções de instrução primária*" (Simões, 1888, cit. por Soares, 1997). Uma vez que o percursor deste preâmbulo saiu de Coimbra e o seu principal colaborador nesta obra adoeceu, houve suspensão de actividades na escola logo após o seu primeiro ano de funcionamento. Só em 1917, o estabelecimento de ensino começou a funcionar, apenas parcialmente, sendo designada posteriormente por Escola de Enfermagem Bissaya Barreto.

Em 1887 abriu uma escola em Lisboa, no Hospital Real de São José, tendo o seu funcionamento começado no ano seguinte e durado apenas um ano. O curso ministrado tinha programa e regulamento aprovados pela administração do Hospital, tendo-se vindo a constatar que o programa era incompatível com trabalho e formação, além do conteúdo estar desajustado às capacidades dos alunos (Soares, 1997).

A este respeito Canário (2005) diz-nos que a forma escolar representa uma nova forma de conceber a aprendizagem, em ruptura com os processos de continuidade com a experiência e de imersão social. Esta modalidade de aprendizagem, baseada na *revelação*, na *cumulatividade* e na *exterioridade*, possui autonomia própria e pode, portanto, existir independentemente da organização e da instituição escolar, como acontece actualmente. É neste sentido que o autor se refere a uma escolarização das actividades educativas não escolares. A forma escolar veio conferir à escola um quase monopólio da acção educativa, desvalorizando os saberes não alcançados por via escolar e, por outro, corromper as modalidades educativas não escolares, alterando-as à sua imagem e semelhança. Esta disposição é tanto mais clara quanto maior for a distância social e cultural entre a instituição escolar e os seus públicos.

Em 1901 foram aprovados os Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de São José, e o seu funcionamento teve início na dependência da administração da instituição de saúde. Eram ministrados o curso ordinário de enfermeiros e o curso completo de enfermeiros, ambos com a duração de um ano (Soares, 1997).

Com a reforma dos Hospitais Civis de Lisboa, no ano de 1918, a Escola passou a designar-se por Escola Profissional de Enfermagem de Lisboa. O regulamento, publicado em 1922, estabelece que haja curso geral com a duração de dois anos, e curso complementar com a duração de um ano. Os Hospitais da Universidade de Coimbra foram também reorganizados, em 1919, e foi criada uma escola de enfermagem cujas finalidades eram, à semelhança de Lisboa, a habilitação de pessoal de enfermagem, sendo os seus diplomas exigidos para a nomeação definitiva do quadro dos Hospitais da Universidade de Coimbra. O curso desta escola dividia-se em curso geral e curso complementar, e tinha a duração respectiva de dois e um ano (Soares, 1997).

Mais a norte teve início o curso profissional de enfermeiros e o curso administrativo no Hospital Geral de Santo António, no Porto, em 1896, que se destinava a ministrar instrução apropriada ao seu pessoal de enfermagem e a todos que desejassem obtê-la, e teve a duração de um ano. Os requisitos para a admissão ao curso começaram por ser saber ler, escrever e contar. Mais tarde, em 1918, foi aprovado um novo regulamento que fixou para dois anos consecutivos a duração do curso de enfermeiros e o exame de instrução primária para a sua admissão. Em 1935 foram realizadas novas alterações, semelhantes às efectuadas em Lisboa e Coimbra, mas a duração do curso passou a ser de três anos (Soares, 1997).

Por iniciativa do Hospital de São Marcos da Santa Casa da Misericórdia de Braga foi criada uma escola de enfermagem nesta cidade em 1912. Esta funcionou de forma irregular até ao ano de 1948. Até 1961 designou-se por Escola de Enfermagem Dr. Henrique Teles, passando posteriormente a designar-se por Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian, designação que ainda se mantém (Soares, 1997).

A formação em Enfermagem era concebida com momentos que alternavam entre a teoria e a prática, e encontrava-se fortemente ligada à estrutura hospitalar. Esta foi, desde o início, considerada como local de formação por excelência do enfermeiro. "*A razão de ser da prática da enfermagem é o doente (...) enquanto portador de doença.*

O objecto de trabalho da enfermagem é a doença" (Collière, 1989: 44). Mais tarde, as escolas de enfermagem passaram a funcionar junto dos hospitais. Ou seja, a formação acompanhava o trabalho e as escolas eram integradas nos contextos da prática. Os estudantes "*tinham o estatuto de praticantes, aprendendo com enfermeiros com mais experiência*" (Schweer, 1972, cit. por Durão, 1995: 19), em que era "*dada ênfase ao fazer, em detrimento do saber*" (Jolley, s.d., cit. por Durão, 1995: 19). Por outro lado, eram também preservados os saberes tradicionais das mulheres. Foi a partir destes que a enfermagem viu a sua origem. "*São saberes práticos, transmitidos oralmente e de geração em geração, marcados pela teia cultural que institui os hábitos de vida e são património para o exercício da função social das mulheres*" (Mestrinho, 1997a: 53).

O ensino de Enfermagem era essencialmente normativo e prescritivo. O monopólio do conhecimento científico pela classe médica impedia a participação de outros profissionais (Roqueplo, 1974, cit. por Illich, 1977). Os médicos coordenavam a formação dos enfermeiros, definindo também as características do bom profissional. O ensino surgia assim associado ao exercício directo da prática e assentava no ensino da moral, dos valores de obediência, servilismo e respeito. Mais tarde passou a integrar alguns procedimentos técnicos que os médicos consideraram por bem delegar ao enfermeiro. "*A elaboração dos programas dos cursos era predominantemente feita pelos médicos, (...) os conteúdos eram mais relacionados com conhecimentos médicos simplificados do que com conhecimentos relativos à enfermagem*" (Sousa, 1983: 92). Os cursos tinham todos como fundamento que a enfermeira era auxiliar do médico (Soares, 1997: 56). Com o início da formação nas escolas, surgia uma literatura de enfermagem, tendo como objectivo "*consignar os conhecimentos necessários ao desempenho do papel técnico*" (Collière, 1989: 114), sendo a sua redacção feita por médicos. A autora refere ainda que os manuais realizados por enfermeiras só apareceram após a segunda Guerra Mundial. Os horários, a habilidade manual e o fardamento a rigor eram factores determinantes na avaliação das alunas de enfermagem.

A Enfermagem foi mantida como profissão subalterna e submissa, através do processo de socialização a que o futuro enfermeiro era submetido ao longo do curso. O funcionamento do programa institucional apela a um tipo específico de profissionalismo que supõe uma vocação, na medida em que a competência e a

legitimidade profissionais não se limitam a dimensões exclusivamente técnicas e instrumentais, mas também se definem pela adesão a um sistema de valores, incorporados na própria identidade profissional (Canário, 2005).

No nosso país o início do século XX foi marcado pela publicação de uma das primeiras iniciativas legislativas relativas ao curso de enfermagem (Decreto 6943, de 16 de Setembro de 1920, cit. por Carvalho, 1994). Foi criado e aprovado o regulamento do curso de enfermagem que se destinava "à *habilitação do pessoal de enfermagem e, em especial, dos indivíduos que desejem ingressar nos quadros dos Hospitais da Universidade de Coimbra, para os quais o diploma do curso será condição expressa de provimento*" (Artº1º do Decreto 6943, de 16 de Setembro de 1920, cit. por Carvalho, 1994: 52).

Em Lisboa, no ano de 1930, houve alteração da legislação e a Escola Profissional de Enfermagem que funcionava nas instalações do Hospital de São Lázaro, passou a designar-se por Escola de Enfermagem Artur Ravara e a funcionar em instalações próprias no Hospital de Santo António dos Capuchos (Soares, 1997), até 2001 altura em que foram inauguradas novas instalações no Parque das Nações.

Em 1931 foi criado um curso para visitadoras sanitárias, com a duração de um ano e que tinha lugar no então Instituto de Higiene Dr. Ricardo Jorge, também em Lisboa, no Parque Sanitário das Francesinhas. Após o final do curso, as visitadoras sanitárias eram submetidas a provas práticas, teóricas e orais, que faziam parte do concurso de ingresso para o Centro de Saúde de Lisboa. As visitadoras tinham a seu cargo o contacto com as populações (Loff e Almeida, 1997).

A partir de 1935, a formação inicial em enfermagem começou a ter currículos com a duração de três anos (em 1935, na *Escola de Enfermeiros de Santo António*, do Porto; em 1937, *na Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo*, em Lisboa; e em 1940, na *Escola Técnica de Enfermeiras*, em Lisboa). Foi nesta altura que as matérias médicas surgiram agrupadas em disciplinas diferenciadas e foram introduzidas a Psicologia, a Sociologia, a Deontologia e a Moral. Além disso, era dada bastante importância à componente prática, sendo os estágios organizados e coordenados com a parte teórica, realizados em serviços seleccionados, de acordo com as necessidades de aprendizagem dos alunos, orientados por enfermeiros professores, que faziam parte do corpo docente da escola e eram responsáveis pelo ensino de enfermagem.

"*A partir da década de 40 o Estado vai intervir no ensino da enfermagem na perspectiva da uniformização, centralização e controlo das escolas e do ensino*" (Soares, 1994: 39). Foi nesta década que a Saúde Pública surgiu no ensino de enfermagem.

Por iniciativa do Dr. Francisco Gentil e com ligação ao Instituto Português de Oncologia, no ano de 1940 foi criada em Lisboa, a Escola Técnica de Enfermeiras, com o objectivo de "*preparar enfermeiras de cultura superior no que respeitava às ciências naturais e de saúde pública, e sobretudo, no campo da física das radiações*" (Soares, 1997: 39). O curso desta escola tinha como finalidade preparar enfermeiras para trabalharem com o médico e para assumirem responsabilidades exclusivas da sua profissão, bem como a aquisição de competência técnica que as habilitasse a exercer funções em hospitais, em saúde pública, de chefia e no ensino. O currículo deste curso era completamente diferente das outras escolas, e incluía muitas propostas do Goldmark Report, pois pôde contar com o apoio da Fundação Rockefeller. A sua organização alternava entre períodos de teoria e prática, na qual a Enfermagem assumia uma importância central acompanhando o modelo médico em todas as suas especialidades. A enfermagem centrava-se no doente e não apenas na técnica (Soares, 1997).

A admissão de candidatos às escolas viu-se restringida ao sexo feminino, pela publicação do Decreto – Lei n.º 31913, de 12 de Março de 1942, que reservava a mulheres solteiras ou viúvas sem filhos o tirocínio ou a prestação de enfermagem hospitalar, sendo por isso proibido o casamento (cit. por Soares, 1997).

O Decreto - Lei n.º 32612 de 31 de Dezembro de 1942 foi o primeiro instrumento para a uniformização e controlo das escolas. Estabeleceu normas relativas à duração dos cursos (*Geral* - 4 semestres e *Especialização* - 3 meses a 1 ano), à constituição dos júris de exames finais, às condições de admissão dos candidatos e aos locais de estágio. A comprovação das habilitações escolares era obrigatória por exame. "*Afirma-se que não existe pessoal de escola que possa formar os seus pares, mas não se inclui qualquer medida que vise a preparação de enfermeiras para o desempenho dessa função*" (Soares, 1997: 45). De salientar que esta reforma não reflectia qualquer preocupação de actualização das finalidades do curso de enfermagem, de acordo com as experiências realizadas noutras escolas. Contudo, previa a constituição de uma comissão que devia estudar e propor medidas

necessárias à melhoria do ensino. Um dos seus elementos foi a Espanha e de entre as várias propostas, destaca-se o aumento da duração do curso para três anos.

O Decreto – Lei n.º 36219 de 1947 deu às escolas de enfermagem "*autonomia técnica e administrativa que for julgada conveniente à sua natureza e afins*" (Art.º 3, cit. por Soares, 1997: 35) e tinha como objectivo "*assegurar a melhor preparação do pessoal e a sua mais rigorosa selecção técnica e moral*" (Preâmbulo cit. por Carvalho, 1994: 52). Além disso reforçou o controlo central através da Inspecção de Assistência Social e permitiu que as escolas viessem a ter pessoal próprio.

Foi criado o *Curso de Auxiliares de Enfermagem* (1 ano) e o *Curso de pré--Enfermagem* (2 anos). Foram também previstos cursos destinados à formação de monitores e de enfermeiros-chefes. Ou seja, eram ministrados também o *Curso Geral de Enfermeiros* (2 anos), *Cursos de Especialização* (3 meses a 1 ano) e *Cursos de Aperfeiçoamento* (1 ano). Este aumento do número de cursos obrigou as escolas a alargarem o número de professores, introduzindo uma nova categoria de docentes - a de *monitores*. Os cursos eram em regime de internato e de preferência para o sexo feminino, excepto nos serviços de certas especialidades (urologia e psiquiatria). Os programas e os conteúdos passaram a ser aprovados pela *Inspecção de Assistência Social* e únicos para todas as escolas que tutelava. Nestes programas, o ensino prático era indissociável do ensino teórico. Os estudantes eram em simultâneo enfermeiros e assumiam o papel de empregados dos hospitais.

Os exames de admissão generalizaram-se. Tal como refere Nóvoa (1992) algumas medidas postas em execução por este diploma têm pontos em comum com a política educativa que vinha a ser desenvolvida desde os anos 30. Os cursos que as escolas de enfermagem ofereciam podem ter sido considerados como alternativa a outras vias de prosseguimento de estudos, como o ensino técnicoprofissional. Nesta reforma não houve preocupação de definir as competências da enfermeira e da nova categoria - *auxiliar de enfermagem*.

Em 1948 a *Inspecção de Assistência* reviu os programas. Esta revisão justificou-se "*para uma melhor definição do 'objecto' dos cursos e dos planos de estudo do programa em vigor (...) e por não ser conveniente que a preparação dos profissionais de enfermagem fosse cópia servil de modelos estrangeiros*" desadequados da nossa realidade (Soares, 1997: 69). Foi também neste ano que começou a funcionar a *Escola de Enfermagem das Irmãs Franciscanas Missionárias*

de Maria, em Lisboa. A pedido do Ministro do Ultramar, esta escola tinha como particular finalidade preparar as religiosas que eram enviadas para as Províncias Ultramarinas. O primeiro curso teve a duração de um mês; o segundo, um ano, sendo depois prolongado para dois anos, em que foram mantidos os parâmetros da *Enfermagem Tropical*. Depois de 1952, a *Enfermagem Tropical* ficou a funcionar como especialização até 1969 (Nogueira, 1990).

Em 1949 foi constituída, em Lisboa, uma comissão para a apresentação dos programas das disciplinas dos vários cursos, que depois foram apreciados pelas escolas. As alterações eram pouco significativas, prevendo-se apenas o aumento da duração do curso para três anos.

Com a contínua carência de pessoal, o estado atribuiu subsídios às Escolas particulares que formassem mais e melhor, aprovando cinco escolas, em 1949.

Até 1950 o número de efectivos aumentou devido ao curso de *auxiliares de enfermagem*. No entanto, não foram tomadas medidas que levassem ao aumento do número de candidatas ao curso de enfermagem. O modelo de formação adoptado baseava-se em manter a presença regular das alunas nos diversos serviços, de modo a que aprendessem e suprissem a carência de pessoal vivida na época (Soares, 1997).

Em 1952 houve uma nova reforma no ensino de enfermagem, através da publicação do Decreto - Lei 38884, de 28 de Agosto de 1952, que menciona que "*a enfermagem é uma profissão essencialmente vocacional (...) nas suas linhas gerais, nada há a rever ou a emendar, hoje como ontem, considera-se fundamental melhorar a preparação técnica dos enfermeiros e elevar o seu nível social e profissional*" (cit. por Carvalho, 1994: 53). Os objectivos, quer da formação quer da profissão, continuavam a estar mal definidos, bem como as exigências aos alunos, em questão de aprendizagem.

O ensino era dirigido à patologia, ao tratamento do doente no hospital e às técnicas de enfermagem. Os alunos não eram motivados para a prevenção da doença. Vivia-se a época do "*hospitalcentrismo*", em que o tratamento da doença era central. O *Curso Geral* passou a ter a duração de três anos e ao único ano do *Curso de Auxiliares* foram acrescentados seis meses de estágio. O ensino passou a ser ministrado em Escolas de Enfermagem, particulares ou oficiais, às quais era concedida autonomia técnica e administrativa. Para os monitores foi criado o *Curso Complementar de Enfermagem*. As condições de acesso consistiam, entre outras, em possuírem o 1º

Ciclo dos Liceus, para o Curso Geral; e a Instrução Primária para o Curso de Auxiliares; para a especialização em Obstetrícia era necessário o 2º Ciclo dos Liceus, além do Curso de Enfermagem Geral. O ensino passou a ser distribuído por lições teóricas, aulas práticas e estágios, com frequência obrigatória. Realça-se a existência da disciplina Adaptação à Vida Profissional, que considerava como características desejáveis a uma enfermeira: "*Saúde física, moral, mental e emocional; mentalmente desenvolvida; tecnicamente competente; ser digna de confiança; ter expediente e saber ser equilibrada; ser prudente; ser colaboradora; ser simpática; ser bem-educada; ser culta; obter satisfação pessoal no trabalho; ter responsabilidade pelo trabalho*" (Fernandes, 1998: 34) Contudo, os objectivos dos planos de estudo permaneceram pouco claros, continuando-se a não saber o que eram *objectivos educacionais* (Nogueira, 1990).

Apesar de serem apenas reconhecidas no âmbito da enfermagem, a criação destes cursos levantou a questão do prosseguimento dos estudos, numa tentativa de autonomizar a profissão. Este modelo de formação permitiu criar uma estrutura hierárquica, baseada na lógica dos níveis que a formação académica confere.

> "O diploma é sinónimo de competência moderna e promessa de cuidados de qualidade, por oposição aos cuidados empíricos suspeitos de ignorância. O movimento de racionalidade tem raiz na negação progressiva dos saberes tradicionais. As descobertas da ciência no campo de medicina contribuem para a aceitação da ideia de que uma boa formação científica é a melhor garantia dos cuidados eficazes." (Soares, 1994: 123)

A Escola de Enfermagem do Hospital de Santa Maria foi inaugurada em 1957. Com o alargamento das actividades da Escola, foram necessárias novas instalações e em 1972 foi inaugurada a nova escola que passou a ser denominada por Escola de Enfermagem de Calouste Gulbenkian.

Na década de sessenta emergiram as concepções de enfermagem. Os documentos escritos por teóricas americanas e europeias começaram a ser divulgados.

Os conceitos de *mudança*, *inovação* e *reforma* emergiram, a partir do final dos anos sessenta, como palavras-chave para descrever, pensar e planear o funcionamento dos sistemas escolares (Canário, 2005).

A Reforma de 1965, entendida como a maior reforma do *Curso de Enfermagem Geral* que ocorreu no nosso país, foi necessária pela debilidade da reforma anterior, mas também pelo desenvolvimento que se procurava instaurar nos serviços de saúde. Foram criadas várias comissões para a elaboração de um programa tão completo e orgânico, quanto possível. O *Curso Geral* continuou com a duração de três anos,

passando a exigir-se, para a sua admissão, o 2º Ciclo Liceal ou equivalente. Passou a dar-se uma formação mais equilibrada e polivalente. Além disso, procurou-se a melhor articulação entre aulas teóricas e os estágios; não esquecendo o recurso à pedagogia, tornando as aulas mais atractivas, abertas à comunicação e participação dos alunos.

Foi nesta altura que se introduziu, a pouco e pouco, as vertentes dos cuidados preventivos e de saúde pública, que posteriormente foram tendo maior ênfase. Deste modo, a formação em enfermagem alargou-se para uma qualificação com competências para a intervenção nas áreas de prevenção primária, secundária e terciária. Este programa foi submetido à apreciação da Organização Mundial de Saúde, foi enviado ao "*Conselho Internacional de Enfermeiras*", ao "*Serviço Internacional de Enfermeiras da Cruz Vermelha*" em toda a Europa e Brasil, de modo a recolher críticas e sugestões, e para que posteriormente os enfermeiros portugueses fossem favoravelmente reconhecidos por outros países. Surgiram várias dificuldades, como a carência de Professores - Enfermeiros e a falta de adaptação de algumas escolas (Nogueira, 1990).

Apesar do grande passo dado na Reforma de 1965, a orgânica da formação dos enfermeiros não ficou finalizada. Em 1967, através da publicação do Decreto - Lei n.º 48166, de 27 de Dezembro, estabelecia-se para os profissionais de enfermagem dos estabelecimentos e serviços oficiais do Ministério da Saúde e Assistência as carreiras hospitalar, de saúde pública e de ensino. Apesar de se encontrarem no mesmo espaço físico, as escolas demarcavam-se cada vez mais dos hospitais. Os docentes de enfermagem afastavam-se da prática. Por outro lado, os enfermeiros da prática eram pouco autónomos e produziam pouca investigação. A prestação de cuidados era cada vez mais centrada no tecnicismo, em que a doença e os tratamentos imperavam, preterindo-se os cuidados de manutenção da vida (Collière, 1989). Imperava o modelo da racionalidade técnica tanto nas escolas, como nos hospitais.

Em 1970 foram criados grupos de trabalho para procederem à avaliação dos cursos e calcularem até que ponto este correspondia às exigências e dava a formação necessária. O Decreto - Lei 414/71, de 27 de Setembro, que aprovou a *Carreira de Enfermagem* extinguiu o *Curso de Enfermagem Complementar*. Os exames de estado foram extintos com o 25 de Abril de 1974. Foi nesta altura que se procedeu à

uniformização do sistema, estabelecendo-se um único nível de formação inicial, o *Curso de Enfermagem Geral*, extinguindo-se os *Cursos de Auxiliares de Enfermagem* e adoptando-se medidas para promover a equiparação de diversas formações ao *Curso de Enfermagem Geral*.

O Decreto – Lei 48166 de 27/12/67 criou a *Carreira do Ensino de Enfermagem*, tendo o Regulamento sido promulgado pela Portaria 34/70, de 17 de Janeiro. Esta portaria conferiu plena autonomia técnica e administrativa às Escolas de Enfermagem, com a direcção entregue a enfermeiros, permitindo que toda a comunidade de saúde interviesse no funcionamento e administração das escolas. Além disso, o *Regulamento dos Órgãos de Gestão das Escolas de Enfermagem Oficiais* foi publicado na Portaria n.º 674/76, de 13 de Novembro.

Em 1974-1975 um grupo, que incluía representantes das Escolas de Enfermagem, Sindicatos de Enfermagem e da Associação Portuguesa de Enfermagem, organizou a alteração do Curso de Enfermagem, sobretudo a sua orgânica curricular. Em Junho de 1974 foi criado o *Sindicato Nacional dos Enfermeiros Diplomados*, que teve como ponto fundamental de luta o *Ensino de Enfermagem*. Deste modo, a partir de 1975 passou a existir, na prática, um único grupo profissional a desempenhar este tipo de funções com uma carreira própria, a quem era exigido uma formação específica. Os requisitos para acesso aos cursos de enfermagem tornaram-se, de facto, idênticos aos estabelecidos para o ensino superior. O Decreto n.º 534/76, de 8 de Julho aprovou um mapa referente às carreiras do pessoal de Enfermagem do Ministério dos Assuntos Sociais, mencionando a carreira de Enfermagem Hospitalar e carreira do Ensino de Enfermagem.

O Decreto – Lei 427-B/77, de 14 de Outubro, criou o *Ensino Superior de Curta Duração*, referindo que se "*prevê (...) a satisfação de necessidades na tecnologia de produtos alimentares, na produção agrícola, pecuária e florestal, na tecnologia industrial, na* ***saúde*** *e nos serviços (...)*". O Sindicato Nacional de Enfermeiros Diplomados fez-se ouvir na Comissão Parlamentar de Educação, tendo sido unânime a opinião de que a enfermagem deveria ser considerada no leque de cursos abrangidos pelo referido nível de ensino. A Lei n.º 61/78 ratificou com emendas o Decreto – Lei referido anteriormente, em que as escolas de enfermagem poderiam ser reconvertidas em escolas superiores de enfermagem até ao início do ano lectivo de 1979/80.

Em 1979 passou a ser exigido o Curso Complementar do Ensino Secundário para admissão ao *Curso de Enfermagem Geral*.

Foi nesta década que a enfermagem deu os primeiros passos na investigação, centrando-se no paradigma positivista. "*What is known is that which is accessible through the sense - that which can be seen, touched and so forth*" (Chinn e Jacobs, 1987, cit. por James e Clark, 1994: 83). A cientificação da enfermagem foi um dos vários factores prováveis que terá influenciado a relação das escolas de enfermagem com os serviços hospitalares, principalmente nas grandes cidades. Os professores que estavam nas escolas junto dos livros e revistas que tinham facilidade no intercâmbio de experiências além-fronteiras. O domínio do saber "teórico" conferia um estatuto mais valorizado em relação aos enfermeiros da "prática".

A *aprendizagem* era definida como "*a capacidade de resolver situações num determinado campo" e a "avaliação recaía sobre essa capacidade global e não exclusivamente, sobre o aproveitamento em cada matéria*" (Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa, 1977). Não basta saber fazer, pois "*formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas*" (Freire, 1996: 15).

A partir da década de 80 verificou-se uma autêntica revolução curricular, procurou-se preparar as enfermeiras para uma mudança nos sistemas de saúde através de intervenções específicas de enfermagem que assumissem o modelo de cuidar e reconhecessem a sua contribuição para o bem-estar do utente (Tanner, 1990, cit. por Ribeiro 1995; Watson, 1995, cit. por Ribeiro, 1995).

Com a adesão de Portugal à *Comunidade Económica Europeia*, em 1986, o *Curso de Enfermagem Geral* passou a obedecer às exigências das suas Directivas.

O Departamento de Recursos Humanos da Saúde, ao definir as linhas gerais dos Planos de Estudos do Curso Superior de Enfermagem, considerou que

> "a qualidade dos cuidados a que tem direito o indivíduo, a família e a comunidade, e a concepção actual de Enfermagem, exigem enfermeiros dotados de uma sólida formação sócio-cultural, científica e técnica, capazes de identificar e analisar problemas, planear estratégias, realizar investigação que produza novos conhecimentos e com vista à proposta de soluções, quer na área da prestação de cuidados, quer na área da docência e da gestão/administração dos serviços de saúde". (Portugal, 1989: 4, cit. por Carvalho, 1994: 54)

O Decreto – Lei 480/88, de 23 de Dezembro, estabeleceu que as escolas de enfermagem passassem a designar-se por *Escolas Superiores de Enfermagem*, integradas no *Ensino Superior Politécnico*, no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação. Passaram a conferir o grau de bacharelato e de estudos superiores especializados. A Portaria 195/90 de 17 de Março regulamenta o curso de bacharelato em enfermagem, que começou a funcionar no mês seguinte. As linhas gerais de orientação dos cursos superiores de enfermagem tinham por base a proposta elaborada por uma comissão nomeada por despacho conjunto do Ministério da Saúde e da Educação, a Directiva 77/453 da Comunidade Económica Europeia, de 27 de Junho, e objectivos da Organização Mundial de Saúde (Metas da Saúde para todos no ano 2000). O Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem (1990, cit. por Carvalho, 1994) menciona nas suas linhas de orientação que os programas de enfermagem, ao serem elaborados, deviam satisfazer as necessidades do formando adulto, pelo que se devia incluir as componentes de auto-aprendizagem e utilização de tecnologia. O que se pretende com o Ensino Superior "*não é dar saída imediata só às necessidades profissionais e de mão-de-obra; é também preparar cidadãos culturalmente capazes de fazer a tal especialização rápida no futuro, é criar bons cursos de base, de 'banda larga'* ", refere Pires Madeira (1997: 123).

A integração do ensino de enfermagem no Ensino Superior Politécnico teve como consequência a saída dos enfermeiros docentes da carreira de enfermagem. Tal facto contribuiu para que os professores fossem cada vez mais vistos como os "teóricos" e os enfermeiros dos serviços os "práticos". As relações entre escola e instituições tornaram-se, apesar de indispensáveis, assimétricas e os estágios tornaram-se praticamente da exclusiva competência dos professores.

Decorrida uma década, a avaliação feita a estes cursos reconheceu um conjunto de insuficiências da formação que apontaram no sentido de aumentar a duração da formação pré-graduada para quatro anos de modo a permitir as condições de formação de enfermeiros capazes de:

a) dar resposta às novas exigências resultantes de profundas e significativas mudanças sócio-culturais, políticas, económicas, demográficas e epidemiológicas; e

b) assegurar o tempo necessário à estruturação das competências desejadas em cuidados de enfermagem que, pela sua própria definição, se desenvolvem num contexto de relação, relação que é, pela sua própria natureza, um elemento terapêutico (Santos, Duarte e Subtil, 2004).

A formação numa área particular, ou seja a *formação especializada*, assumiu, desde os anos 50, diversas formas. No entanto, a partir de 1975 foi também introduzida uniformidade aos cursos de especialização em enfermagem, aos quais passaram a ser admitidos, exclusivamente, detentores de um curso de enfermagem geral ou seu equivalente legal.

Os *cursos de especialização em enfermagem* foram redefinidos, por via da adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia, em 1986, e passaram a obedecer às normas da Directiva n.º 80/155/CEE, de 21 de Janeiro de 1980. Desde esta altura exigiu-se a posse de um diploma de enfermeiro responsável por cuidados gerais para aceder a um curso de especialização em enfermagem (Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian de Lisboa, 1998). Os Cursos de Estudos Superiores Especializados na área de Enfermagem na Comunidade, Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde Mental e Psiquiátrica, Médico-Cirúrgica, Reabilitação e Administração de Serviços de Enfermagem foram criados pela Portaria 239/94, de 16 de Abril. Só podia candidatar-se a estes cursos, quem tivesse o grau de bacharel em enfermagem ou equivalente legal e dois anos de experiência profissional de enfermagem adquirida após a detenção do referido grau.

Em 1997 foi publicada a Alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 115/97, de 19 de Setembro) que decretou a extinção dos Cursos de Estudos Superiores Especializados. Só em 1999, através da publicação da Portaria n.º 799-D/99 de 18 de Setembro, foi aprovado o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Este curso passou, então, a ter a duração de 4 anos, podendo ter uma carga horária total de 4800 horas. Este novo curso teve início no ano lectivo de 1999 – 2000.

A Ordem dos Enfermeiros, no que respeita à formação dos enfermeiros, tem como atribuição o fomento do "*desenvolvimento da formação e da investigação em enfermagem*, *pronunciar-se sobre os modelos de formação e a estrutura geral dos cursos de enfermagem*" (Art.º 3º do Decreto – Lei n.º 104/98, de 21 de Abril),

passando a ser ouvida em tudo o que diga respeito à enfermagem, incluindo a formação.

A Portaria n.º 799-E/99, de 18 de Setembro, aprovou o Regulamento Geral do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, que visa a atribuição do grau de licenciado em Enfermagem a titulares do grau de bacharel ou de equivalente legal. A sua carga horária deverá estar compreendida entre as 850 e as mil horas. De acordo com o Artº 8º, o curso deve funcionar preferencialmente em horário pós-laboral.

A Portaria n.º 799-F/99, de 18 de Setembro, aprovou o Regulamento Geral do Ano Complementar de Formação em Enfermagem, que visava a atribuição do grau de Licenciado em Enfermagem aos alunos que concluíram o bacharelato em Enfermagem nos anos lectivos de 1998-99, 1999-2000 e 2000-2001. A sua carga horária não podia ser inferior a 1000 horas.

Os Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem só viram a sua regulamentação publicada em 2002, através da Portaria nº 268/2002, de 13 de Março. Estes cursos visam assegurar a aquisição de competência científica, técnica, humana e cultural adequadas à prestação de cuidados de enfermagem especializados numa determinada área clínica (Artº 3º). A sua duração é de dois a três semestres a tempo inteiro, sendo a carga lectiva mínima de novecentas horas, sendo excepção o Curso de Especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica, cuja duração mínima é de dezoito meses (Decreto – Lei nº 322/87, de 28 de Agosto, alterado pelo Decreto – Lei nº 15/92, de 4 de Fevereiro). Os cursos podem ser criados nas áreas clínicas de enfermagem comunitária, enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem de reabilitação, enfermagem de saúde infantil e pediatria, enfermagem de saúde materna e obstetrícia e enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Podem candidatar-se os titulares do grau de licenciado em enfermagem, ou equivalente legal; que sejam detentores do título profissional de enfermeiro com pelo menos dois anos de experiência profissional como enfermeiro.

Para concluir podemos afirmar que a formação em enfermagem tem

> "uma componente sociológica muito importante, na medida em que o formando vai estar inserido num sistema social muito específico, como é a própria enfermagem, com a sua história, a sua cultura, os seus valores, os seus códigos deontológicos e prática humanizada de cuidar." (...) "Para cuidar não chega saber; é necessário ter atitudes que permitam utilizar ao máximo e melhorar os saberes adquiridos. A exigência de novas tarefas passa pela formação e pela responsabilização dos enfermeiros, entendidos como agentes de mudança" (Carvalho, 1994: 46).

A escola tem grande responsabilidade nos profissionais que coloca no mercado de trabalho. É da sua responsabilidade acompanhar a evolução da profissão, já que esta tem grande influência na história de cada Escola de Enfermagem. Os desafios que se colocam actualmente aos enfermeiros, em Portugal como noutros países do mundo ocidental, têm sobretudo a ver com a complexidade das situações de saúde e de doença que requererem uma abordagem interdisciplinar, que transborda a área da saúde, obriga a um verdadeiro trabalho de equipa e à utilização da criatividade para contornar obstáculos internos e externos à organização onde desenvolvem a sua actividade. O debate desenvolvido no seio da profissão continua no sentido da definição do que poderá ser mais adequado ao contexto actual da enfermagem em Portugal, tendo em vista a perspectiva do futuro no quadro da reestruturação do ensino superior, decorrente da implementação do Processo de Bolonha (Santos, Duarte e Subtil, 2004), que quanto a nós é o grande desafio da actualidade da Formação em Enfermagem.

3.2. APRENDIZAGEM PELA EXPERIÊNCIA: O MODELO DE KOLB

"*Eu oiço e eu esqueço*
Eu vejo e recordo
Eu faço e compreendo."
Confucius, 551 a. C.
(Filósofo Chinês)

Quando abordámos *a natureza e contextos das práticas, os modelos de organização do trabalho e a aprendizagem no contexto da prática* focámos a importância da experiência na aprendizagem da pessoa, nomeadamente da vivida no contexto escolar ou profissional. Apesar de contextos bem distintos e diversificados como sejam a educação, saúde, empresarial, entre outros, muitos são os autores que integram nas suas discussões esta temática.

Na noção de experiência, tem-se a ideia de um reencontro de um dado, de um sujeito e da relação que se estabelece entre os mesmos. Uma experiência é o reencontro de um sujeito com um dado (qualquer coisa ou qualquer um) do mundo objectivo, social ou subjectivo. Este reencontro inclui uma parte de imprevisibilidade, o que atrai o

sujeito a esperar qualquer coisa de novo. A incerteza pode ser limitada, mas não nula (Bonvalot, 1991).

A experiência comporta uma passividade e uma actividade, que são paralelamente fundamentais. A relação do sujeito com o meio e com ele próprio são elementos da experiência que se conjugam. As experiências do indivíduo não podem ser isoladas umas das outras. Este viveu-as num todo, embora em tempos diferentes. Já não é o mesmo. Ou seja, a experiência implica uma abertura à diferença, mas também a fidelidade a si próprio (Bonvalot, 1991).

São relativamente recentes as expressões como *aprendizagem experiencial*, *formação pela experiência* e *aprender pela experiência*. De autor para autor podem ter o mesmo significado, mas também se podem referir a processos distintos. A expressão *experiential learning* teve origem em estudos oriundos nos Estados Unidos da América, na década de trinta do século passado, dada a insatisfação crescente perante o modelo escolar de formação. Na Europa, mais propriamente em França, foi adoptado o termo *formation expérientielle* na década de oitenta do mesmo século (Landry, 1989). No entanto, Dewey e Vygotsky foram os verdadeiros impulsionadores destes estudos (Jaramillo, 1996; Abreu, 1998, 2003b).

Experiência é um termo que apresenta algumas complexidades, tanto no plano conceptual como no plano mais operatório. De acordo com a sua etimologia latina (de *experire*), experimentar significa fazer a tentativa, tentar (Costa, 1994).

Pineau (1991) centra-se na etimologia grega, referindo que "*experire*" é sair do perigo, da prova, o que implica uma noção de ruptura duma situação anterior, na qual o organismo estava em continuidade e estabilidade com o seu meio. O mesmo autor adianta ainda que "*experiência é tudo o que se constitui ao longo do tempo, individual e colectivamente, na intimidade das pessoas, no seu corpo, inteligência, imaginário, sensibilidade, na confrontação quotidiana com o real e a necessidade de resolver problemas de toda a espécie*" (p. 75).

Diversas definições de aprendizagem incluem a experiência. Tavares e Alarcão (1985) definem-na como uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se representa por uma modificação de comportamento estável.

Courtois (1992) considera que a experiência é a interacção de uma pessoa ou colectivo com a situação de trabalho. Contudo, o autor considera que nem toda a experiência permite directamente uma aprendizagem, pois a transformação que a experiência quase sempre promove nos indivíduos, pode bem ser o resultado de uma "repetição" ou "impregnação" (Pain, 1990) e significar muito pouco no plano da formação. Para que tal suceda é necessário que exista intencionalidade dos actores na situação de trabalho. Ou seja, para potencializar formativamente a situação de trabalho, é necessário que a interacção com essa situação faça sentido para quem está envolvido. Para Kolb (1984: 38) trata-se do "*processo pelo qual o conhecimento é criado através da transformação da experiência*".

Abreu (1994a) faz referência a duas condições básicas para que uma formação possa ser qualificada como experiencial: o contacto directo com a situação e a possibilidade de agir. Estas permitem mudanças de valores, sentimentos, conhecimentos e habilidades. Há um compromisso do indivíduo em todas as suas dimensões (cognitiva, afectiva e comportamental), fazendo-se sentir mudanças em diversos níveis: conhecimentos, atitudes, habilidades e auto-conceito. A aprendizagem pela experiência não se resume ao desenvolvimento do saber-fazer ou aquisição de habilidades instrumentais, mas supõe uma intensa actividade intelectual, de modo a confrontar a experiência, de a integrar, de lhe dar um sentido e de a reinvestir.

Para Courtois (1995) os grandes pólos estruturantes da formação experiencial são a acção, a compreensão, a emancipação, na medida em que, formar-se através da experiência não é somente identificar e pôr em prática competências e saberes adquiridos nas diversas situações de vida; é também examinar e posicionar o modo como a experiência nos construiu enquanto pessoa, actor social, histórico e cultural. Assim, a transformação da experiência não tem apenas implicações em termos cognitivos, articulando-se também com as questões do sentido e da identidade (Couceiro, 1996).

Courtois (1989) define um conjunto básico de pressupostos no qual a aprendizagem pela experiência se baseia:

a) é uma actividade contínua de desenvolvimento pessoal, que mobiliza o indivíduo durante toda a sua vida;

b) ocorre no interior e em torno dos sistemas formais de formação. Torna-se essencial valorizar e validar os conhecimentos adquiridos por essa via;

c) o processo não é unicamente cognitivo, ele exige uma implicação total da pessoa;

d) o acto de aprender desenvolve-se num contexto estabelecido, não neutro; aprender conduz a uma tomada de consciência de si e da sua relação com o contexto;

e) a articulação entre experiência e prática tem a vantagem de não circunscrever a experiência a uma dinâmica pessoal, mas de ponderar também o aspecto colectivo;

f) não se trata de conceber um novo processo de aprendizagem: trata-se de dar uma oportunidade ao adulto para trabalhar, da sua forma, nas diferentes dimensões; de se formar por rupturas provocadas pela experiência individual e colectiva num contacto reflectido com o real mobilizando o corpo, a sua inteligência, o seu imaginário, a sua criatividade e a sua sensibilidade;

g) a formação experiencial encerra um grave risco se este constituir a única modalidade de formação, circunscrevendo a educação às possibilidades oferecidas pelo meio: a educação formal pode alargar este campo educativo potencial;

h) habilita o indivíduo para a resolução de problemas, processo a que não são indiferentes a formulação teórica e/ou a simbolização.

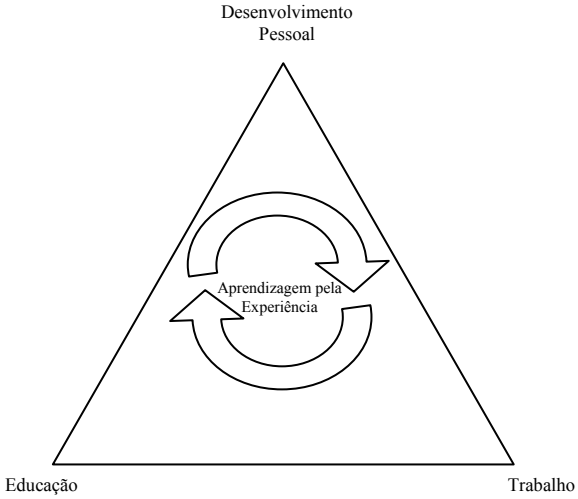
A teoria de aprendizagem pela experiência oferece os alicerces para uma abordagem da educação e da aprendizagem baseada na concepção de um processo ao longo da vida que é fortemente ligado às tradições intelectuais da psicologia social, filosofia e psicologia cognitiva. David A. Kolb (1994) desenvolveu um modelo de aprendizagem pela experiência, que prossegue uma estrutura que tem como objectivo analisar e integrar diversas perspectivas críticas sobre educação, trabalho e desenvolvimento pessoal (Figura 8).

É contemplado o sistema de competências desenvolvidas pelo sujeito, considerando as potencialidades pedagógicas do contexto e a articulação entre teoria e prática, que ocorre nos mais diversos espaços formativos vivenciados.

Este referencial dá-nos uma perspectiva fundamentalmente diferente do processo de aprendizagem das teorias de aprendizagem do comportamento baseadas numa

epistemologia empírica ou nas mais implícitas teorias de aprendizagem que sublinham métodos de educação tradicional, os quais na sua maioria são baseados numa epistemologia racional e idealista (Kolb, 1984).

Figura 8 – Aprendizagem pela experiência como um processo que articula Educação, Trabalho e Desenvolvimento Pessoal



Adaptado de Kolb, 1984

As teorias de Dewey, Lewin e Piaget foram os três principais referenciais para que Kolb pudesse desenvolver o seu modelo. No entanto, destaca-se também a influência de Vygotsky na concepção da sua teoria. Além destes pôde contar com outros contributos, como Carl Jung, Carl Rogers, Erik Erikson, Fritz Perls e Abraham Maslow, Paulo Freire, Ivan Illich, Levy e Stephen Pepper (Kolb, 1984).

Vygotsky idealizou uma teoria que influenciou, subsequentemente, o desenvolvimento do movimento construtivista. Defendia que a experiência social modela as formas de pensar e interpretar o mundo, notando que a cognição individual ocorre numa situação social. O indivíduo não pode ser separado do social, o que o autor correlaciona com a natureza integrada do holismo. O grupo é, no entanto, vital para o processo de aprendizagem (Jaramillo, 1996).

O psicólogo russo sublinhou que mente e corpo do sujeito são indissociáveis e que esta ligação é mais expressa entre o sujeito e objectos no seu contexto. O sujeito desenvolve o seu próprio significado interpretativo de um acto enquanto comunica com outros. O desenvolvimento de um estudante não pode, assim, ser entendido como o estudo do indivíduo, pois só através da análise do *mundo social externo* no

qual a sua vida se desenvolveu se pode perceber as suas motivações internas (Duque, 2005).

Vygotsky escreveu abundantemente sobre aprender fazendo. Nesta teoria da experiência, refere que o significado é recolhido da experiência. Contudo, nem todas as experiências criam aprendizagem apropriada; classifica então as experiências como *normativas* e *desviantes*. As *experiências normativas* são as que se atribuem a um crescimento do indivíduo, considerando-se *desviantes* as que fazem o oposto e que tendem a ir contra o futuro crescimento. Esta dicotomia de experiências normativas e desviantes corresponde com os parâmetros conceptuais da noção do autor de que a sociedade perpetua e promove conformidade social (Jaramillo, 1996).

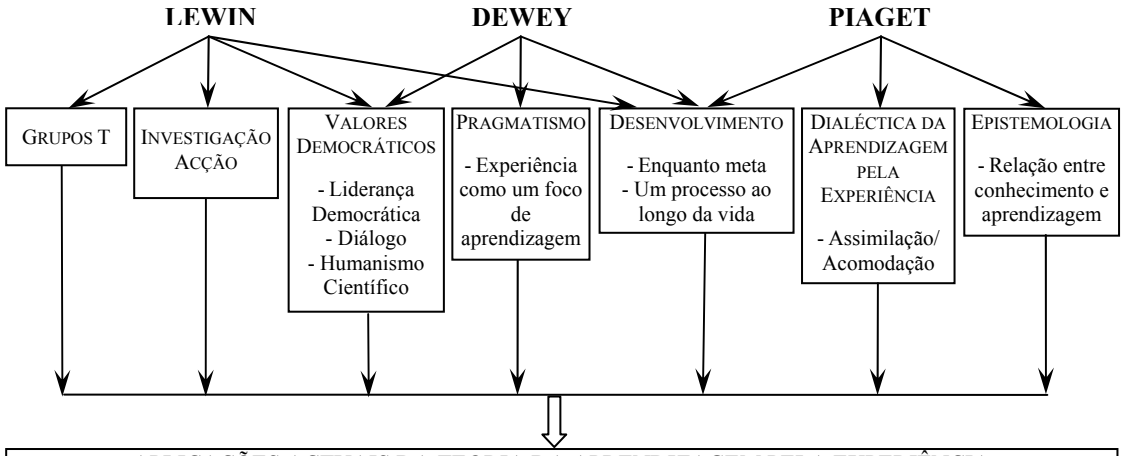
A *zona de desenvolvimento proximal* é designada por Vygotsky como uma região onde se localizam simbolicamente um conjunto de competências cognitivas e processuais, formadas no decurso da aprendizagem pela experiência. No desenvolvimento destas competências, as experiências sócio-culturais (formais ou informais; centrais ou periféricas) serviriam de motores para a ocorrência de níveis mais elevados de aprendizagem (Abreu, 2003b). A zona de desenvolvimento proximal é onde a aprendizagem, propriamente dita, ocorre.

A aprendizagem transforma-se num veículo que conduz ao desenvolvimento humano através de interacções entre os indivíduos com potencialidades biológicos e a sociedade com os seus símbolos, instrumentos e outros artefactos culturais (Kolb, 1984). A escola teria como objectivo explícito trabalhar a *zona de desenvolvimento real* do indivíduo. Os agentes educativos devem ter consciência que a pedagogia tem uma função estruturante a desempenhar a nível da *zona de desenvolvimento proximal*, proporcionando intencionalmente influências e transformações cognitivas (Abreu, 2003b).

A perspectiva de aprendizagem de Kolb é chamada de "baseada na experiência" por duas razões. A primeira é restringi-la claramente às origens intelectuais no trabalho de Dewey, Lewin e Piaget. A segunda razão consiste em realçar o papel central que a experiência tem no processo de aprendizagem (Kolb, 1984).

A Figura 9 resume sete temas que orientaram Kolb (1984) para programas de aprendizagem pela experiência.

Figura 9 – As três tradições da Aprendizagem pela Experiência



APLICAÇÕES ACTUAIS DA TEORIA DA APRENDIZAGEM PELA EXPERIÊNCIA				
POLÍTICA E ACÇÃO SOCIAL	EDUCAÇÃO BASEADA NA COMPETÊNCIA	APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA E DESENVOLVIMENTO NA CARREIRA	FORMAÇÃO EXPERIENCIAL	DESENVOLVIMENTO CURRICULAR
Acesso e influência na cultura simbólica/ tecnológica para: . Minorias . Pobres . Mulheres . Países em desenvolvimento . Artes	. Avaliação da formação básica . Centros de Avaliação . Currículos centrados nas competências	. Instituições de formação não universitária . Desenvolvimento de programas de formação de adultos no ensino superior . Articulação entre trabalho e formação	. Co-investimento na educação . Simulações . Exercícios Práticos . Formação em contexto de trabalho	Implementação do manifesto de Brunner: *"Qualquer indivíduo pode ser ensinado adequadamente em qualquer nível."*

Adaptado de Kolb, 1984

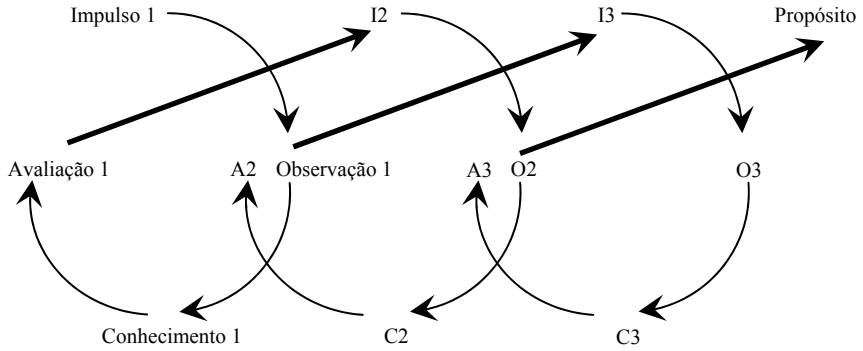
Em todas estas aplicações é importante reconhecer uma visão fundamentalmente diferente do processo de aprendizagem das teorias de aprendizagem do comportamento baseadas numa epistemologia empírica ou nas mais implícitas teorias da aprendizagem que sublinham métodos de educação tradicional, que na maior parte se baseiam numa epistemologia racional e idealista (Kolb, 1984).

Numa tentativa de clarificar os crescentes conflitos entre a educação tradicional e a sua perspectiva, considerada progressista e próxima da filosofia do pragmatismo, em 1938 Dewey publicou a sua obra intitulada de *Experiência e Educação*. Parte da obra deste autor assenta na ideia de que o formando está em contacto directo com a realidade que pretende estudar:

a. em que a aprendizagem envolve uma aproximação com o objecto em estudo;
b. uma reflexão sobre ele e,
c. uma acção directa sobre o contexto. Aprender é, sobretudo, um processo activo e de criação de conhecimento. A *interacção* é designada como a relação entre as condições objectivas e subjectivas da experiência, que se desenrolam num contexto de transacções múltiplas (relação entre a pessoa e o meio) (Abreu, 1994, 1998, 2001, 2003b).

O modelo de aprendizagem de Dewey (Figura 10) explicita a natureza e o desenvolvimento da aprendizagem, introduzindo a noção de *feedback* para descrever de que forma a aprendizagem transforma os impulsos, sentimentos e desejos de experimentação em propósitos de acção. Dewey sustentava que em vez de limitada no tempo e no espaço, a experiência é multifacetada, está integrada em processos experienciais paralelos e localiza-se em trajectos de continuidade.

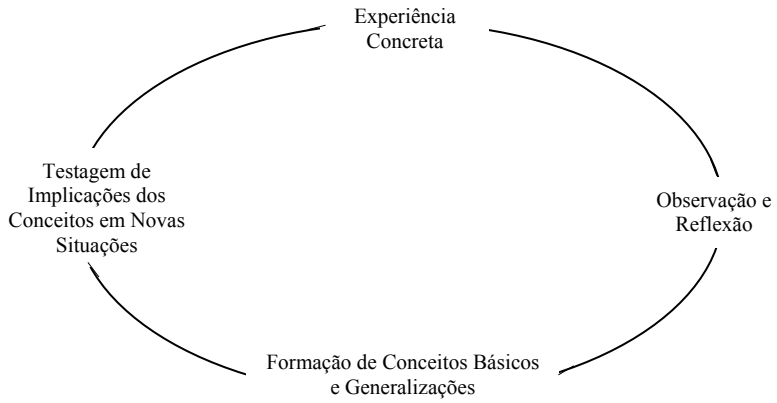
Figura 10 – Modelo de Aprendizagem pela Experiência de Dewey



Adaptado de Kolb, 1984

Os estudos de Lewin, fundador da psicologia social americana, localizam-se na perspectiva fenomenológica da Gestalt. Este investigador trabalhou com grupos humanos, proporcionando um conjunto de reflexões sobre o funcionamento dos grupos, motivação e fenómenos inter-grupais. Verificou que a aprendizagem é facilitada num ambiente onde há tensão dialéctica e conflito entre experiência concreta imediata e separação analítica. A aprendizagem, a mudança e o conhecimento teriam sempre na sua base uma determinada experiência, seguida de um processo reflexivo; após a análise, a informação resultante estaria na base de novas experiências e de outros comportamentos. De acordo com o autor, a aprendizagem seria assim um processo que se desenrolava segundo um ciclo de quatro etapas, em que a experiência imediata concreta é a base para a observação e reflexão. Estas observações seriam assimiladas de uma "teoria" da qual se podem deduzir novas implicações para a acção. Estas implicações ou hipóteses depois serviriam como guias da acção para criar novas experiências (Kolb, 1984) (Figura 11).

Figura 11 – Modelo de Aprendizagem pela Experiência Lewiano
Fonte: Adaptado de Kolb, 1984: 21



Adaptado de Kolb, 1984

O investigador reconhecia que o meio e as interacções entre este e o indivíduo eram determinantes importantes do comportamento. Sugeriu que o comportamento humano seria fruto da seguinte fórmula:

$$(E):B = f[p,e],$$

em que (B) era uma função simultaneamente da pessoa (p) e do meio ambiente (e) (Abreu, 2003b).

As expectativas, o conhecimento, as atitudes e as emoções eram consideradas como influentes na construção e interpretação dos conteúdos das experiências (Kolb, 1984).

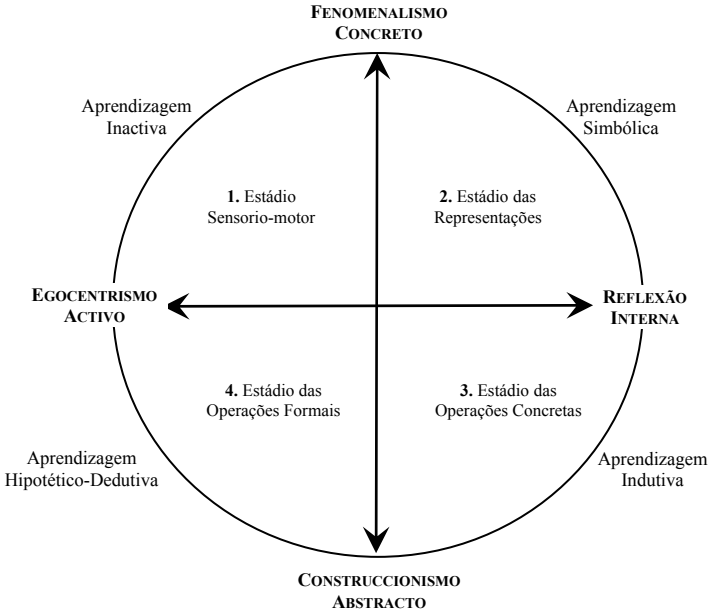
Para o estudante em formação, a transformação de saberes consolida-se em circunstâncias afectivas, cognitivas e sociais. O contexto inicial de aprendizagem permite uma determinada experiência concreta e uma compreensão mais consistente e integrada; o estudante associa um determinado saber a um contexto, enriquece esse saber e tenta transpô-lo para outros contextos. No decurso da aprendizagem clínica, o processo cognitivo comporta uma transição estável entre o concreto e o abstracto. O processo de abstracção depende da relação que o aluno é capaz de estabelecer entre ambas as dimensões (alternância simultânea) (Abreu, 2003b).

As tradições de Dewey e Lewin da aprendizagem pela experiência representam mudanças externas para o idealista ou como James (1970, cit. por Kolb, 1984) designa depois, filosofias racionalistas que dominaram pensamentos sobre aprendizagem e educação desde a Idade Média. O realce de Piaget centra-se nos

processos de desenvolvimento cognitivo – na natureza da inteligência e como se desenvolve.

Jean Piaget desenvolveu as suas pesquisas analogamente às de Freud; contudo, enquanto este último realçou o processo sócio-emocional do desenvolvimento, Piaget centrou-se no processo de desenvolvimento cognitivo (Abreu, 2001). Esta teoria descreve como a inteligência é formada pela experiência. A inteligência não é uma característica interna inata do indivíduo mas surge como um produto da interacção entre a pessoa e o seu ambiente. Aprender, ou nos termos de Piaget, a adaptação inteligente resulta de uma tensão equilibrada entre a assimilação e a acomodação. O processo de crescimento cognitivo do concreto para o abstracto e do activo para o reflexivo é baseado nesta transição contínua entre assimilação e acomodação, que ocorre em estádios sucessivos, dos quais incorporam o que aconteceu antes num novo e mais elevado nível de funcionamento cognitivo (Kolb, 1984).

Figura 12 – Modelo de Aprendizagem e do Desenvolvimento Cognitivo de Piaget



Adaptado de Kolb, 1984

Piaget fez a distinção de duas formas de pensar que se complementam:

- a *figurativa*, que surge como uma imitação de estados, realizada estática e momentaneamente. Na área cognitiva das funções figurativas estariam principalmente a percepção, a imitação e a imaginação, que seriam de facto imitações interiorizadas;

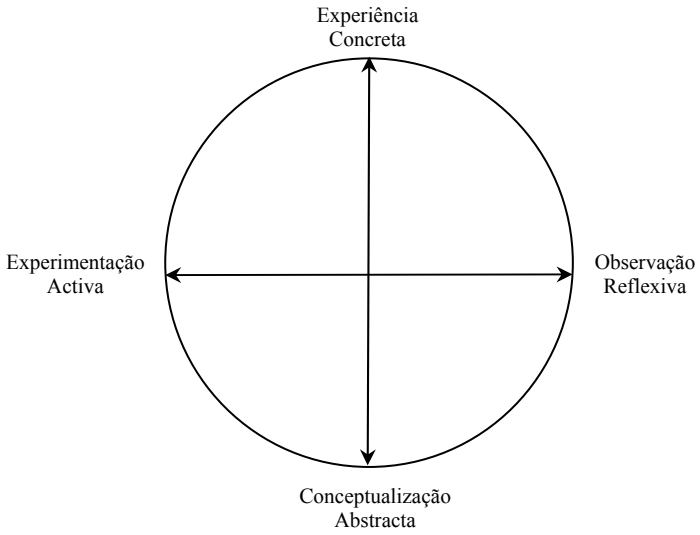
- a *operatória*, que se refere não a estados mas à transformação de um estado noutro, em que se incluem as acções propriamente ditas e as operações intelectuais, que são fundamentalmente sistemas de transformação (Piaget et al., 1970).

Na teoria de aprendizagem pela experiência as ideias não são fixas nem elementos imutáveis de pensamento mas são formadas e reformadas ao longo da experiência. A aprendizagem é descrita como um processo no qual os conceitos derivam e são continuamente modificados pela experiência (Kolb, 1984).

Aprender constitui-se assim como um processo emergente cujos resultados representam apenas registo histórico, não conhecimento do futuro. Quando visto da perspectiva da aprendizagem pela experiência, a tendência para definir aprendizagem em termos de resultados pode tornar-se uma definição de desaprendizagem (Kolb, 1984).

Kolb (1984) descreve o processo de aprendizagem pela experiência através de um ciclo de quatro estádios, que envolve quatro modos adaptativos de aprendizagem: experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstracta e experimentação activa (Figura 13). Neste modelo, a experiência concreta/conceptualização abstracta e experimentação activa/observação reflexiva são duas dimensões distintas, cada uma representa orientações adaptativas dialecticamente opostas. As bases estruturais do processo de aprendizagem encontram-se nas transacções entre estes quatro modos adaptativos e o modo no qual as dialécticas adaptativas são resolvidas.

Figura 13 – Modos adaptativos de aprendizagem das duas dimensões do processo de aprendizagem
Fonte: Abreu, 2003b: 32.

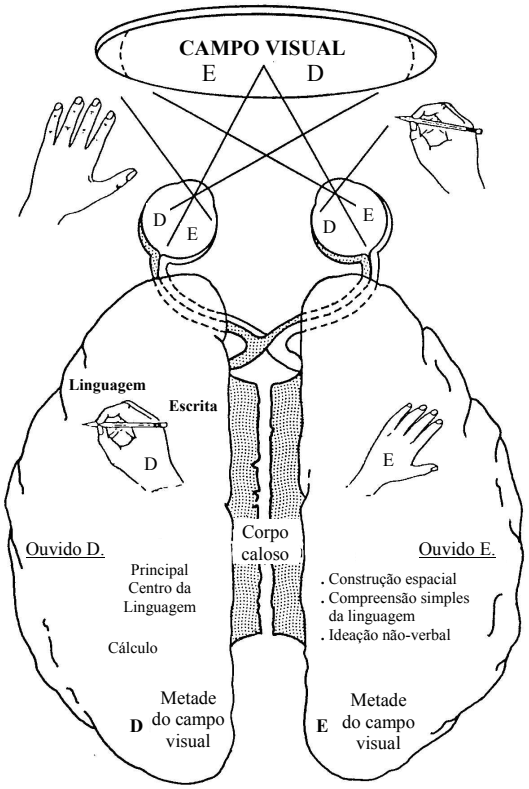


A dialéctica abstracto/concreto refere-se à *preensão*, que representa dois processos diferentes e opostos, de compreensão e interiorização da experiência: um relacionado com a interpretação conceptual e a representação simbólica (*compreensão*) e um outro relacionado com a confiança tangível ou experiência imediata (*apreensão*). É importante notar que estas duas dimensões básicas não são unitárias contínuas, mas cada uma representa uma oposição dialéctica entre duas orientações independentes mas mutuamente intensificadas. Apreensão e compreensão são modos independentes de ganhar experiência. A evidência psicológica sugere localizações distintas destas funções nos hemisférios cerebrais direito e esquerdo e um mecanismo integrativo no corpo caloso (Kolb, 1984) (Figura 14).

A dialéctica activo/reflexivo, por outro lado, é uma *transformação* que representa duas formas opostas de transformar a "representação figurativa" de experiência: reflexão interna (*intenção*) e manipulação activa e externa (*extensão*). À semelhança da apreensão e da compreensão, intenção e extensão são modos independentes de transformar experiência e parecem ser controlados em parte pelos separados e interrelacionados sistemas nervoso parassimpático e simpático.

Nos aspectos figurativos, a percepção e imitação correspondem ao processo de apreensão, as figuras mentais correspondem ao processo de compreensão. Para o aspecto operativo, há uma forte correspondência entre acção e o processo de extensão e entre operações intelectuais e o processo de intenção. Considerando a

Figura 14 – Representação esquemática das funções dos dois hemisférios do Neocortéx

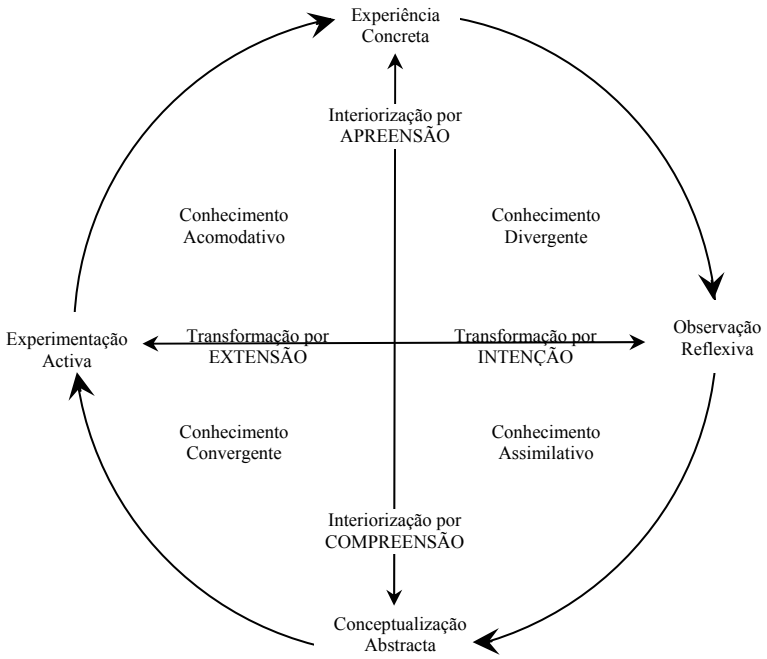


Adaptado de Kolb, 1984

definição de aprendizagem de Kolb (1984) dada anteriormente e com base na sua teoria aqui apresentada, o autor refere que "*o conhecimento resulta da combinação de compreender a experiência e transformá-la*" (p. 41). Para que o processo de aprendizagem experiencial seja efectivo, os aprendentes precisam de adaptar os quatro modos de aprendizagem (Experiência Concreta, Observação Reflexiva, Conceptualização Abstracta e Experimentação Activa). Ao ser um aprendente efectivo, um indivíduo está apto a aplicar "*capacidades*" de cada um dos modos de aprendizagem em qualquer combinação que a situação de aprendizagem requeira (Smith e Kolb, 1986). Repetidamente, o aprendente continuará através do ciclo várias vezes de modo a atingir um elevado grau de sucesso na situação de aprendizagem (Kolb, 1985).

Dado que há duas formas distintas de *preensão* e duas de *transformação*, temos assim quatro formas elementares de conhecimento: divergente, assimilativo, convergente e acomodativo (Figura 15).

Figura 15 – Dimensões estruturais do processo de aprendizagem pela experiência e formas básicas de conhecimento



Adaptado de Kolb, 1984

O *conhecimento divergente* é consequente da interiorização da experiência através da apreensão e transformação por intenção, o *conhecimento assimilativo* da interiorização da experiência através da compreensão e transformação por intenção, o *conhecimento convergente* através da interiorização por compreensão e transformação por extensão e o *acomodativo* através da interiorização por apreensão e transformação por extensão (Kolb, 1984).

O autor sugere também que o processo de aprendizagem não é idêntico para todos os seres humanos. Assim, sugere um outro conceito, o de *estilo de aprendizagem*, que se refere à forma preferencial como o indivíduo processa a informação à sua volta. Como resultado da sua hereditariedade, da sua experiência de vida e das exigências do contexto, o indivíduo desenvolve estilos de aprendizagem que realçam o desenvolvimento de algumas competências, em detrimento de outras. Através de experiências de socialização na família, escola e trabalho, resolvem-se os conflitos entre estar activo e reflexivo, e entre ser-se imediato ou analítico, tendo como consequência um estilo típico de aprendizagem, correspondente aos diversos tipos de conhecimento: estilo de aprendizagem convergente, divergente, assimilativo e

acomodativo (Kolb, 1984). Assim, foram definidas cinco forças que constroem o estilo de aprendizagem do indivíduo:

a) o tipo de personalidade;

b) a especialização educacional;

c) a escolha da carreira profissional;

d) o papel no emprego actual; e

e) a tarefa e/ou problema em curso (Kolb, 1984).

O *estilo de aprendizagem convergente* baseia-se nas capacidades dominantes de aprendizagem de conceptualização abstracta e experimentação activa. A sua grande virtude é a resolução de problemas, tomada e aplicação prática de ideias. Esta designação surge pelo facto de uma pessoa com este estilo encontrar uma resposta concreta para um problema sempre que necessário. O saber é organizado através do raciocínio hipotético-dedutivo, podendo ser focado em problemas específicos. A investigação de Liam Hudson (1966, cit. por Kolb, 1984) em pessoas com este estilo de aprendizagem mostra que as pessoas convergentes são controladas na sua expressão de emoção. Preferem lidar com tarefas técnicas e problemas em vez de situações de ordem relacional ou interpessoal.

O *estilo de aprendizagem divergente* tem a capacidade de aprendizagem oposta ao convergente, realçando experiência concreta e observação reflexiva. A maior virtude desta orientação baseia-se na capacidade imaginativa e consciência de significados e valores, bem como pela capacidade de avaliar situações concretas sob várias perspectivas. Há maior predominância da observação sobre acção. Este estilo é chamado divergente porque uma pessoa com estas características consegue criar ideias alternativas e prever implicações. Quem é orientado através da divergência está interessado nas relações interpessoais, tende a ser imaginativo e desenvolve com grande perfeição competências de ordem afectiva (Kolb, 1984).

No *estilo de aprendizagem assimilativo* as capacidades dominantes de aprendizagem são a conceptualização abstracta e observação reflexiva. A grande virtude desta orientação baseia-se no raciocínio indutivo e na capacidade de criar modelos teóricos, em assimilar diferentes observações em explicações integradas (Grochow, 1973, cit. por Kolb, 1984). Tal como no convergente, esta orientação centra-se menos nas relações interpessoais e preocupa-se mais com o mundo das ideias e

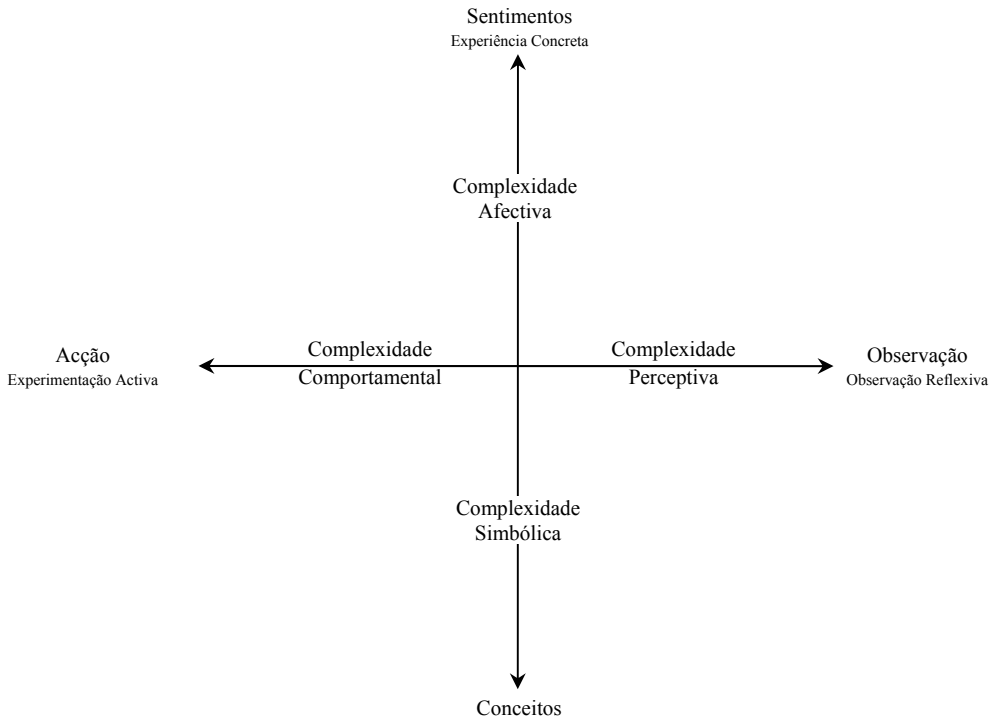
conceitos abstractos. Verifica-se uma menor preocupação com a aplicação prática das ideias e maior com a lógica e precisão das mesmas.

O *estilo de aprendizagem acomodativo* tem virtudes opostas à assimilação, realçando a experiência concreta e experimentação activa. A grande virtude desta orientação baseia-se no fazer, pelo envolvimento da acção e do risco. Este estilo é chamado de *acomodativo* porque se adequa melhor a situações onde a pessoa se adapta ela própria em mudar circunstâncias imediatas. As pessoas com uma orientação acomodativa tendem a resolver problemas de uma forma intuitiva, por tentativa-erro (Grochow, 1973, cit. por Kolb, 1984), confiando bastante nas outras pessoas para obter informações, mais do que na sua própria capacidade analítica (Stabell, 1973, cit. por Kolb, 1984) e estabelecem facilmente relações interpessoais.

Para chegar a estes estilos de aprendizagem e a estas tendências de comportamento, Kolb (1984) teve de desenvolver estudos na área da psicologia da educação, da sociologia, da educação e da psicossociologia das organizações. O autor, ao partir das suas pesquisas, descreveu comportamentos típicos de cada estilo, no entanto, estes não são estandardizados, devendo ser considerados meras tendências.

Resumidamente, pode-se afirmar que a forma como a aprendizagem condiciona o desenvolvimento pode influenciar o nível de complexidade de integração dos quatro modos de aprendizagem. Os indivíduos crescem e desenvolvem-se principalmente em quatro principais dimensões, são elas: afecto, simbolismo, comportamento e percepção (Smith e Kolb, 1986) (Figura16).

Figura 16 – Orientações Adaptativas e Complexidade Integrativa dos Modos de Aprendizagem



Adaptado de Abreu, 2003b

Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger, 1990) também descreveram uma tipologia dos contextos de aprendizagem que corresponde à tipologia dos estilos de aprendizagem. Esta noção reflecte o argumento de Kolb de que o estilo de aprendizagem é desenvolvido e reforçado pelo uso repetido de certas competências realçadas em contextos particulares. Assim, ambientes de aprendizagem divergentes dão ênfase ao uso de competências afectivas, ambientes assimilativos realçam o uso de competências de percepção, ambientes convergentes centram-se em competências simbólicas e ambientes acomodativos destacam competências de acção.

Os contextos de aprendizagem são classificados como *afectivos*, *perceptivos*, *simbólicos* e *comportamentais*. Num contexto afectivamente complexo o estudante experiencia o que é realmente ser profissional. Aqui o professor actua como modelo e fornece ao estudante *feedback* individualizado (Kolb, 1984).

Os objectivos de um contexto de aprendizagem perceptivamente complexo são compreender algo, ser capaz de identificar relações entre conceitos, definir problemas para investigação, colher informação relevante e ser capaz de pesquisar uma questão. O desempenho não é medido em termos de critérios específicos e o aprendente é livre para explorar as ideias e opiniões de outros de modo a desenvolver

a sua própria perspectiva. O professor não avalia e serve como um facilitador e mediador do processo (Kolb, 1984).

O aprendente num contexto de aprendizagem simbolicamente complexo está envolvido num processo que implica resolver um problema para o qual há habitualmente uma resposta certa ou uma solução mais adaptada. O professor neste contexto de aprendizagem é um controlador do tempo e da tarefa, e o sucesso é medido de acordo com a opinião do perito (Kolb, 1984).

Num contexto de aprendizagem comportamentalmente complexo, o aprendente aplica activamente o conhecimento ou capacidades a um problema prático da vida real que poderia esperar face a um profissional. O enfoque é no fazer e o professor age como treinador ou conselheiro. O sucesso pode ser medido da forma como algo funcionou bem, aplicação na prática e/ou aceitação do cliente (Kolb, 1984).

De salientar que nenhum contexto de aprendizagem está orientado através de apenas um dos quatro tipos já descritos. Kolb (1984) definiu que uma combinação de contextos de aprendizagem comportamentais e afectivos produz um clima de trabalho estimulante e em equipa.

O tipo de competências realçadas em cada contexto de aprendizagem cria o que Kolb designou por "*environmental press*". Segundo o autor, para ter sucesso na organização, o indivíduo deve recorrer a um conjunto particular de competências de aprendizagem adaptadas ao contexto. Se estabelecermos um paralelismo com a formação escolar, Kolb (1984) considera que a estrutura do conhecimento de uma disciplina requer o uso de determinadas competências e que o indivíduo desenvolve estilos de aprendizagem que reflectem as características dos conteúdos e métodos utilizados nas várias disciplinas.

Para Kolb (1984) os ambientes de aprendizagem, que são diferentes do estilo de aprendizagem de um indivíduo, podem ser rejeitados e/ou resistidos por aquela pessoa. Pessoas com elevado resultado na experiência concreta têm um modo de aprendizagem em que habitualmente preferem um ambiente afectivo, enquanto que ambientes perceptivos são úteis para aprendentes com elevado resultado no modo de aprendizagem da observação reflexiva. Os aprendentes que têm resultado mais elevado na conceptualização abstracta habitualmente preferem um contexto simbolicamente, e os que se destacam na experimentação activa habitualmente preferem um contexto orientado para o comportamento. A função do educador é

individualizar a instrução e/ou modificar o seu estilo de ensino para acomodar as diferenças nas preferências no estilo de aprendizagem.

Kolb (1984) considerou a escolha profissional como um dos conjuntos de forças que formam o estilo profissional. Uma escolha profissional não expõe apenas a pessoa a um ambiente especializado de aprendizagem, pois envolve uma ligação a um problema genérico profissional. Além disso, a pessoa torna-se um membro de um grupo referência de pares que partilham uma *mentalidade profissional*, um conjunto comum de valores e crenças sobre como deve comportar-se profissionalmente. Esta orientação profissional forma o estilo de aprendizagem através de hábitos adquiridos no treino profissional e através de pressões normativas imediatas envolvidas no ser profissional competente.

De modo a classificar os aprendentes num destes quatro estilos de aprendizagem, Kolb (1984) desenvolveu o *Learning Style Inventory* (LSI). Apesar disso, Kolb especulou que quando há uma incompatibilidade entre estilo de aprendizagem pessoal e exigências de aprendizagem do contexto, os indivíduos ou mudam o seu estilo ou abandonam o campo. Assim, Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger, 1990) desenvolveram metodologias para avaliar o estilo de aprendizagem e *environmental press* em termos proporcionais como um meio de avaliar a pessoa – contexto conveniente: o *Adaptative Competence* Profile (ACP)[2] e o *Environmental Press Questionnaire* (EPQ)[2]. A validade de constructo destes novos instrumentos foi estabelecida em populações de engenheiros e profissões sociais.

Estes instrumentos foram adaptados para cada sector socioprofissional. Os instrumentos adaptados para populações de enfermeiros e estudantes de enfermagem são utilizados frequentemente por vários autores nas suas pesquisas[3].

Os investigadores concluíram que prevalecia um estilo de aprendizagem concreto entre todos os tipos de estudantes de enfermagem, sendo as competências de conceptualização as menos desenvolvidas (Stutsky e Laschinger, 1995). Estes resultados vão ao encontro de Kolb (1984) quando afirma que os indivíduos com

[2] Estes questionários serão abordados com maior pormenor no capítulo da metodologia, no ponto 1.3.2..

[3] (Huch, 1981*; Dougan, 1983*; Marcineck, 1983*; Seideman, 1983*; Laschinger e Boss, 1984, 1989; King, 1986*, Laschiger, 1986, 1987*; McCormick, 1986*; McFadden, 1986*; Gardner, 1987*; Hodges, 1988; Ramprogus, 1988; Remington e Kroll, 1990; Laschinger e MacMaster, 1992; Hopkins, 1993; Stusky e Laschinger, 1995).

* Citados por Stusky e Laschinger, 1995.

profissões ao serviço do humano, como a enfermagem, têm estilos de aprendizagem concretos e que carreiras específicas atraem pessoas com estilos de aprendizagem semelhantes.

Stutsky e Laschinger (1995) sustentam que o modelo de Kolb pode estabelecer-se como uma estratégia valorizada no desenvolvimento dos modelos de formação etilizados pelos docentes de enfermagem.

> "Os currículos de formação dos enfermeiros compreendem a exposição do aprendente a uma variedade de contextos de aprendizagem. Estes contextos incluem a sala de aula, o laboratório, a comunidade e as áreas clínicas localizadas nas instituições de assistência. (…) Se os educadores em enfermagem forem capazes de identificar que competências determinados contextos permitem desenvolver, então estarão aptos a definir estratégias mais apropriadas" (p. 143-144).

3.3. CURSO DE COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

O Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE), que decorre da alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro) pela publicação da Lei nº 115/97 de 19 de Setembro, foi criado pelo Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro e regulamentado pela Portaria nº 799-E/99, de 18 de Setembro.

O CCFE visa a atribuição do grau de licenciado em Enfermagem aos enfermeiros titulares do grau de bacharel ou de equivalente legal. Em 1999, foi aprovado um plano integrado de medidas estruturantes para o desenvolvimento dos recursos humanos no domínio da saúde, que abrange objectivos referentes à reorganização do modelo de formação de enfermeiros no sentido de:

- realizar a formação geral através de cursos de licenciatura;
- realizar a formação especializada através de cursos de especialização de pós-licenciatura não conferentes de grau.

O referido diploma veio aprovar as regras gerais a que ficou subordinado o ensino da Enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico. Além disso, foram aprovadas as seguintes medidas de transição:

- a possibilidade dos estudantes que se encontrassem a frequentar o curso de bacharelato e o terminassem nos anos lectivos 1998/1999, 1999/2000 e 2000/2001, caso o pretendessem, alcançar de imediato o grau de licenciado, a que teriam acesso, sem limitações quantitativas, no ano lectivo imediatamente

subsequente ao da conclusão do bacharelato, através da frequência do ano complementar de formação;

- a criação de cursos de complemento de formação destinados a facultar aos bacharéis em Enfermagem o acesso ao grau de licenciado.

A partir do ano lectivo de 1999/2000 não foi permitida a admissão de novos alunos à inscrição no curso de bacharelato em Enfermagem, o qual cessou progressivamente dando lugar ao Curso de Licenciatura. A carta de curso de bacharelato em Enfermagem só pôde ser atribuída até ao ano lectivo de 2001/2002.

O objectivo do CCFE é assegurar o reforço, a extensão ou o aprofundamento da formação em Enfermagem, de forma a garantir a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção. O curso visa ainda assegurar a formação necessária:

- à participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde;
- à participação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde;
- ao desenvolvimento da prática da investigação no seu âmbito (Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro).

Podem candidatar-se à matrícula e inscrição no CCFE os que detenham o título de enfermeiro e que sejam titulares do grau de bacharel em Enfermagem ou equivalente legal.

A Portaria nº 799-E/99, de 18 de Setembro, veio aprovar o Regulamento Geral do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, estabelecendo que a carga horária total do CCFE não pode ser inferior a oitocentas e cinquenta horas, nem superior a mil horas.

A estrutura curricular do curso deve ser organizada de forma a assegurar o reforço, a extensão ou o aprofundamento da formação em enfermagem tendo em vista, na sua conjugação com a formação obtida ao nível do bacharelato, alcançar plenamente os objectivos já mencionados.

O plano de estudos inclui, de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico. A duração do ensino teórico deve ser de, pelo menos, um terço da carga horária total do curso (de 283 a 333

horas). A duração do ensino clínico deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso (de 425 a 500 horas).

A componente de ensino teórico tem como objectivo a aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional da enfermagem.

A componente de ensino teórico inclui obrigatoriamente as seguintes matérias:

a) Cuidados de Enfermagem:

- Orientação e ética da profissão;
- Princípios gerais de saúde e de cuidados de enfermagem;
- Princípios de cuidados de enfermagem em matéria de: medicina geral e especialidades médicas, cirurgia geral e especialidades cirúrgicas, puericultura e pediatria, higiene e cuidados a prestar à mãe e ao recém-nascido, saúde mental e psiquiatria, cuidados a prestar às pessoas idosas e geriatria.

b) Ciências fundamentais:

- Anatomia e fisiologia;
- Patologia;
- Bacteriologia, virologia e parasitologia;
- Biofísica, bioquímica e radiologia;
- Dietética
- Higiene: profilaxia, educação sanitária, farmacologia.

c) Ciências Sociais:

- Sociologia;
- Psicologia;
- Princípios de administração;
- Princípios de ensino;
- Legislação social e sanitária;
- Aspectos jurídicos da profissão.

Esta componente inclui, para além do ensino teórico propriamente dito, o teórico-prático, o prático e os seminários.

A componente de ensino clínico tem como objectivo assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem.

A componente de ensino clínico inclui obrigatoriamente cuidados de enfermagem em matéria de: medicina geral e especialidades médicas, cirurgia geral e especialidades cirúrgicas, cuidados a prestar às crianças e pediatria, higiene e cuidados a prestar à mãe e ao recém-nascido, saúde mental e psiquiatria, cuidados a prestar às pessoas idosas e geriatria, cuidados a prestar no domicílio.

O ensino clínico é assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, sob orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado.

A componente de formação científica, técnica, humana e cultural não pode ter um peso inferior a 65% (de 553 a 650 horas).

As componentes que visam alcançar os objectivos quanto à participação na gestão de serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde e na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde não podem ter, cada uma, um peso inferior a 10% (de 85 a 100 horas).

O plano de estudos do CCFE a ministrar em cada estabelecimento de ensino é aprovado por portaria do Ministro da Educação, sob proposta do respectivo órgão legal e estatutariamente competente. Este plano é integrado por um conjunto de unidades curriculares. Para cada unidade curricular é identificada a respectiva carga horária semanal distribuída segundo o tipo de metodologia de ensino adoptada: teórico, teórico-prático, prático, seminário ou estágio. A carga horária pode ser indicada sob a forma de total por ano ou semestre lectivo, consoante a duração da unidade curricular.

Cada estabelecimento de ensino pode, dentro das suas disponibilidades, proporcionar unidades curriculares de opção. A carga horária atribuída a unidades curriculares de opção não pode exceder 10% (inferior a 85 a 100 horas) da carga horária total do plano de estudos. Prevendo o plano de estudos unidades curriculares de opção, o seu elenco é fixado pelo órgão legal e estatutariamente competente; o número mínimo de alunos necessário ao funcionamento de cada uma é de 15, sem prejuízo de ser ministrada pelo menos uma. Exceptuam-se do número fixado anteriormente os casos em que o docente assegure a docência da unidade curricular para além do número máximo de horas de serviço de aulas a que é obrigado por lei, sem encargos adicionais para a instituição.

Os regimes de frequência, avaliação, precedência e prescrição do direito à inscrição são fixados pelo órgão legal e estatutariamente competente do estabelecimento de ensino.

O curso deve funcionar preferencialmente em horário pós-laboral.

A classificação final do grau de Licenciado em Enfermagem é a resultante do cálculo dos valores de uma expressão prevista na lei.

O CCFE era dirigido a um potencial de cerca de 23000 enfermeiros, cuja vivência profissional foi permitindo o desenvolvimento de competências e saberes que a prática dos cuidados e a formação foram cimentando.

É com este enquadramento que o CCFE deve ser entendido como uma questão estratégica para o desenvolvimento de uma política de saúde virada para a qualidade dos cuidados aos cidadãos onde os cuidados de enfermagem são uma das parcelas mais determinantes.

Assumindo o CCFE como questão estratégica, a Ordem dos Enfermeiros considera que a sua concretização num espaço de tempo razoável e programado, e reconhecendo os saberes adquiridos pelos enfermeiros, é indispensável para consolidar o modelo de formação hoje consagrado em lei, nomeadamente a formação inicial ser de nível de licenciatura num único ciclo de quatro anos, e por outro lado, prevenir factores de desagregação no seio dos enfermeiros cujas repercussões se farão sentir nos espaços onde os cuidados se prestam.

Assim, a Assembleia Geral reunida em Sessão Ordinária no dia 18 de Março de 2000 decidiu aprovar as seguintes recomendações:

1. Tendo por base a fundamentação anteriormente desenvolvida e considerando que o CCFE é uma situação de excepção no actual modelo de formação em enfermagem a Assembleia Geral da Ordem dos Enfermeiros considera ser urgente:
   1.1. que o Governo através do Ministro da Educação tome uma iniciativa legislativa através da qual seja criado um grupo de trabalho que tenha como finalidade operacionalizar critérios para regulamentar o processo de creditação da formação e experiência profissional adquirida, viabilizador da eliminação dos limites percentuais definidos. Tal medida deverá também

explicitar o período de seis anos como tempo máximo para a conclusão do processo (...).

2. Tendo por base que o processo ora encetado, envolve as Escolas Superiores de Enfermagem, os serviços prestadores de cuidados e os enfermeiros, o Conselho Directivo deverá desenvolver todos os esforços para a criação de uma comissão de acompanhamento deste processo, que tenha nas suas competências, proceder a uma avaliação sistemática do mesmo e desenvolver as intervenções necessárias à conciliação entre as necessidades dos serviços na continuação da prestação de cuidados de enfermagem, as ofertas formativas das Escolas Superiores de Enfermagem e a resposta progressiva às expectativas dos enfermeiros.
3. Propor, em termos a definir, que aos enfermeiros com o grau de bacharel e habilitados com o curso de especialização seja dada equivalência ao grau de licenciado.

Equivalências e Curso de Complemento de Formação em Enfermagem

Nos pontos 1.1. e 3.1., onde abordámos a evolução do desenvolvimento profissional e formativo, demos conta da ocorrência de alguma mudança qualitativa. No entanto, tais processos evolutivos têm, por vezes, consequências inesperadas e injustas para algumas pessoas.

Com a publicação do Decreto – Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro, o ensino de enfermagem foi integrado no ensino superior politécnico. A formação básica dos enfermeiros passou a conferir o grau académico de bacharel e a formação especializada passou a conferir um diploma de estudos superiores especializados, equivalente ao grau de licenciado.

Este foi o edificar de um processo que, tal como é mencionado no prefácio do referido dispositivo legal, visava garantir o reconhecimento académico dos vários níveis de formação dos enfermeiros, dado que até essa altura o ensino de enfermagem se encontrava à margem do sistema educativo nacional. Ou seja, procurou-se enquadrar quem já era enfermeiro nesta nova realidade, através de um processo de equivalências. Tal como é mencionado pela Ordem dos Enfermeiros (2001: 12), três questões fundamentais presidiram ao desenvolvimento deste processo:

- "a equiparação do curso de enfermagem geral a um curso de bacharelato;
- a equiparação dos cursos de especialização em enfermagem a cursos de estudos superiores especializados;
- a titularidade de uma habilitação suficiente para o acesso ao ensino superior".

A terceira questão foi a que originou fortes controvérsias. O primeiro ponto do décimo artigo do Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro, alterado pelo Decreto--Lei n.º 100/90, de 20 de Março, determinava que todos os enfermeiros que fossem titulares de uma habilitação considerada suficiente para o acesso ao ensino superior, na época em que tivesse sido obtida, teriam equivalência ao bacharelato em enfermagem, desde que também tivessem obtido aprovação num curso de enfermagem geral ou equivalente legal; caso tivessem tido aprovação num dos cursos de especialização em enfermagem (de saúde materna e obstétrica, em enfermagem de reabilitação, em enfermagem de saúde pública, em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, em enfermagem médico--cirúrgica, curso de pedagogia aplicada à enfermagem e curso de administração de serviços de enfermagem), ser-lhes-ia concedida equivalência ao diploma de estudos superiores especializados. Tal facto veio confirmar-se com os enfermeiros que possuíam o 12º ano de escolaridade, o ano propedêutico ou o segundo ano do curso complementar dos liceus concluído antes de 1977.

No entanto, nem todos os enfermeiros possuíam uma habilitação considerada suficiente para o acesso ao ensino superior, o que já estava previsto na publicação no ponto 2 do Art.º 10º do Decreto – Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro. Nestas situações seria designado um Júri, por despacho conjunto dos Ministros da Educação e da Saúde, que faria uma apreciação curricular que permitisse conceder a estes enfermeiros a equivalência ao bacharelato e ao diploma de estudos superiores especializados.

Com a publicação do Decreto – Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro, que concedeu à formação básica dos enfermeiros o grau de licenciatura, foi dada, a todos os enfermeiros, a possibilidade de obter este grau académico através da aprovação no CCFE. Deste modo, os enfermeiros que devem frequentar o CCFE são os que estão habilitados com o curso de enfermagem geral ou com o curso superior de enfermagem, bem como os enfermeiros habilitados com o curso de enfermagem geral, com o curso de especialização em enfermagem, mas que apenas têm 9 a 11 anos de escolaridade completos depois de 1977 (todos detentores do grau académico de bacharel).

PARTE II

O CASO EM ESTUDO

1. MODO E ESTRATÉGIAS DE INVESTIGAÇÃO

> "*O objectivo da metodologia é ajudar-nos a entender, do modo mais extenso possível, não os produtos do inquérito científico, mas o processo em si mesmo"*
>
> Cohen e Manion, 1994

A pesquisa que nos propusemos realizar tem como tema central a tradução das experiências profissionais vividas pelos enfermeiros nos trajectos de formação ao nível do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE). Pretendemos estudar as experiências profissionais vividas por enfermeiros do Hospital de São José, em Lisboa e a forma como estas se reflectiram e foram "recuperadas" nos trajectos de formação ao nível do CCFE.

Para responder à questão de partida "*De que forma as experiências profissionais vividas pelos enfermeiros se traduzem nos trajectos de formação ao nível do CCFE?*", procurámos conhecer a unidade social e explicar fenómenos socioculturais. À semelhança do que é referido por Costa (2001), a pesquisa de campo incide sobre uma pequena unidade social. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, em que optámos por uma estratégia multimétodo, que inclui métodos de natureza qualitativa e quantitativa. O grupo a ser estudado inclui enfermeiros que exercem funções na referida instituição e que frequentaram o primeiro CCFE.

O investigador vê-se constantemente confrontado com decisões a tomar. Há que definir o campo de estudo, quando, onde, o quê e a quem devem observar e entrevistar (Burgess, 1997). Neste ponto serão desenvolvidas as estratégias metodológicas adoptadas. Começaremos por fazer referência às características dos estudos qualitativos e sua distinção dos quantitativos. As questões orientadoras e unidades de análise que foram determinantes para as opções metodológicas são desenvolvidas no ponto seguinte. Por fim serão desenvolvidos os princípios determinantes para a selecção dos instrumentos de colheita de dados: a entrevista, os questionários (ACP - *Adaptative Competency Profile* e EPQ - *Environmental Press Questionnaire*) e a análise documental.

1.1. ENTRE O QUANTITATIVO E O QUALITATIVO

A escolha da metodologia a utilizar num determinado estudo depende de vários factores: dos objectivos do estudo, do tipo de questões a que se pretende responder, da natureza do fenómeno estudado e das condições em que esse fenómeno decorre (Abrantes, 1994). As questões a investigar conduziram-nos a articular procedimentos inspirados em abordagens quantitativas e qualitativas. Reichart e Cook (1986, cit. por Carmo e Ferreira, 1998) afirmam que um investigador para melhor resolver um problema de pesquisa não tem que aderir rigidamente a um dos dois paradigmas, podendo mesmo escolher uma combinação de atributos pertencentes a cada um deles.

> "Quando especificamos a pergunta e nos centramos no que realmente queremos fazer, começamos a ver a interacção entre a própria questão, o design e o método (...) diferentes questões levam a diferentes métodos, algumas só podendo ser respondidas com métodos mais quantitativos, outras com métodos mais qualitativos (...) ou então combinar ambos, capitalizando os aspectos positivos de ambos ao mesmo tempo que os negativos também são compensados" (Punch, 1998: 244).

As abordagens quantitativas dominaram durante muito tempo a pesquisa científica, incluindo a investigação educacional. Não existe uma metodologia boa e outra má, sendo ambas importantes para a investigação nas ciências sociais, em que a sua pertinência é fundamentada pelos fenómenos que estas estudam (Punch, 1998). Boudon (1990) considera que se trata de uma falsa dicotomia, não sendo apreciável privilegiar umas em detrimento de outras.

A tradição positivista aproxima a explicação científica do estudo de relações num contexto de causalidades (Pourtois e Desmet, 1988). Os métodos quantitativos, ao contrário do que se possa pensar, têm uma grande flexibilidade, permitindo ao investigador obter dados minuciosos, precisos e objectivos de determinados fenómenos. Têm grande pertinência quando se torna necessário verificar causalidades, estudar e medir relacionamentos entre variáveis e abordar fenómenos para o estudo dos quais seja necessário recorrer a procedimentos analíticos sobre variáveis quantitativas. Porém, o conjunto de técnicas e procedimentos que incluem, bem como a posição do investigador, fomentam o conhecimento global e instantâneo sobre determinado assunto, em vez de um estudo aprofundado e contextualizado do fenómeno em análise (Abreu, 1994, 1998). Uma das principais limitações da utilização dos métodos quantitativos em ciências sociais está ligada à própria natureza dos fenómenos estudados: complexidade dos seres humanos, estímulo que

dá origem a diferentes respostas de acordo com os sujeitos; grande número de variáveis, cujo controlo é impossível, subjectividade por parte do investigador, medição que na maior parte das vezes é indirecta, questão da validade e fiabilidade dos instrumentos de medida (Carmo e Ferreira, 1998).

Com o decorrer do tempo, estes métodos foram-se revelando incapazes de proporcionar a compreensão de fenómenos complexos, sociais e dinâmicos, como a realidade educativa. Segundo Abrantes (1994: 205) "*tais métodos não eram capazes de captar aspectos essenciais de fenómenos complexos, que são inseparáveis dos respectivos contextos e em que as suas componentes não podem ser estudadas isoladamente*". Pode mesmo considerar-se que há uma tendência crescente para o recurso a métodos de índole qualitativa na investigação educacional.

Não nos podemos referir, com rigor, a uma metodologia de pesquisa específica em educação. O que existe é um conjunto de dispositivos metodológicos válidos para todas as ciências, que os investigadores deverão gerir de acordo a especificidade do seu objecto de estudo. Pode considerar-se, no entanto, que existe uma tendência para a utilização de metodologias que apontam fundamentalmente para uma maior intimidade entre o sujeito e o objecto de pesquisa (Abreu, 1998).

Em educação a investigação qualitativa é frequentemente designada por naturalista, porque o investigador frequenta os locais onde naturalmente se verificam os fenómenos nos quais está interessado, em que os dados recolhidos incidem nos comportamentos naturais das pessoas (Guba, 1978 cit. por Bogdan e Biklen, 1994; Bryman, 1988).

Segundo Rodrigues (1998), a característica distintiva da abordagem qualitativa assenta na suposição do carácter coerente e organizado dos fenómenos sociais, na qual os indivíduos são concebidos como agentes activos na construção das realidades sociais.

Para além do reconhecimento da perspectiva dos participantes, também é importante atender que a diversidade dos pontos de vista são influenciados pela diferente posição e papel desempenhado na situação (Becker, 1985; Cardinet, 1990; Leconte, 1982). Rodrigues (1998) justifica tal facto defendendo que este paradigma corresponde a uma forma idealista de perceber a realidade e a uma abordagem subjectivista e introspectivista, sendo neste contexto que se torna compreensível encarar a realidade como múltipla, divergente e intangível.

Para Merriam (1988), a investigação qualitativa contrasta com o paradigma tradicional científico dominado exclusivamente por uma abordagem do tipo quantitativo, apontando cada uma das abordagens para visões e concepções diferentes do mundo. Esta autora assume que "*a investigação tradicional se baseia na afirmação de que a realidade é simples, objectiva, podendo ser observada, conhecida e medida. (...) Do ponto de vista da investigação, esta visão do mundo percepciona a natureza da realidade como sendo algo constante. Deseja-se a confirmação do que está aí; a investigação centra-se nos resultados; é dada ênfase à medida*" (p. 17).

Por outro lado, a investigação qualitativa assume que "*existem múltiplas realidades – que o mundo não é algo objectivo mas função de uma interacção e percepção pessoal. É um fenómeno altamente subjectivo necessitando de ser interpretado em vez de ser medido. (...) Neste paradigma, não há lugar para hipóteses pré--determinadas, nem tão pouco restrições para o resultado final*" (Merriam, 1988: 17). Podemos então afirmar que a investigação qualitativa assume um carácter eminentemente descritivo, indutivo e heurístico.

No quadro de referência do paradigma naturalista, a investigação é inevitavelmente concebida como uma actividade social, não podendo ser, por conseguinte, considerada como neutra ou destituída de valores. Deve, portanto, ser analisada no sentido de identificar e questionar os valores que lhe estão por base (Merriam, 1988).

A investigação de tendência qualitativa estabelece estratégias e procedimentos que lhes permitem tomar em consideração as experiências do ponto de vista do informador. O processo de condução da investigação qualitativa reflecte por vezes uma espécie de diálogo entre os investigadores e os respectivos sujeitos, dado que estes não são abordados por aqueles de forma neutra. O principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador, em que este participa no quotidiano dos contextos e das pessoas (Bogdan e Biklen, 1994; Lessar-Herbert, Goyette e Boutin, 1994; Costa, 2001), assumindo-se que o comportamento humano é fortemente influenciado pelo contexto.

Os dados são recolhidos em função de um contacto com os indivíduos, nos seus contextos ecológicos naturais (Bogdan e Biklen, 1994). Por isso, Merriam (1988: 19) faz-nos despertar para o facto de "*o investigador não poder nunca estar 'fora' do fenómeno*". Será no contacto "*diário*" com os participantes que o investigador se

conseguirá aperceber como as pessoas dão sentido e vivenciam as suas vidas, como as pessoas estruturam o seu mundo social. Daí que seja importante que o investigador se certifique de que está a apreender correctamente a diversidade de perspectivas e de sentidos aí existentes. Pode mesmo afirmar-se que o investigador "*é o lugar onde a informação se converte em significação (e em sentido), dado que a unidade do processo de investigação, em última instância, não está na teoria nem na técnica – nem na articulação de ambas – mas no próprio investigador*" (Delgado et al., 1995: 77).

Para Patton (1990) os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas das situações, acontecimentos, interacções entre as pessoas e comportamentos observados; citações directas das pessoas sobre as experiências, atitudes, crenças e pensamentos, excertos ou passagens inteiras de documentos e história do caso.

O investigador deve criar as condições para que os diferentes participantes no estudo encontrem a melhor forma de responder de acordo com o seu ponto de vista sobre o mundo que os rodeia. Interessa aqui compreender a natureza do cenário – qual o seu significado para os participantes, como são as suas vidas, o que se passa com eles, quais os seus significados, como lhes parecem ser o seu mundo neste mesmo cenário – e na análise ser capaz de comunicar esta crença aos outros que estão interessados neste panorama. O analista deve, pois, esforçar-se por uma compreensão profunda. A investigação qualitativa deve ser entendida como um esforço para compreender as situações na sua unicidade enquanto partes de um contexto particular assim como as interacções que aí se desenrolam (Patton, 1990).

Quando o objecto de estudo exige uma atitude ampla e aberta do investigador, bem como a recusa de determinismos pré-concebidos, é justificável o recurso à abordagem qualitativa, na exploração de contextos específicos.

1.2. QUESTÕES ORIENTADORAS E UNIDADES DE ANÁLISE

Como tivemos oportunidade de referir no ponto 3.3. do Capítulo I, onde caracterizámos o CCFE, este tem como objectivo assegurar o reforço, a extensão ou o aprofundamento da formação em Enfermagem, de forma a garantir a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de

enfermagem gerais. Além disso, a estrutura curricular do curso deve ser organizada para que exista conjugação com a formação obtida a nível do bacharelato. O plano de estudos inclui, de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico. Esta é assegurada através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade.

No nosso entender, estes objectivos, estrutura curricular e plano de estudos do CCFE, pressupõem uma articulação da formação com o contexto de trabalho do estudante/profissional. Como vimos no ponto 2.3., em que fizemos referência à aprendizagem no contexto da prática, os contextos de trabalho têm bastantes potencialidades formativas.

A abordagem compreensiva das relações entre trabalho e formação convergem na noção de identidade profissional. O trabalho ou o exercício de funções está no âmago do processo de construção, destruição e reconstrução das formas identitárias (Dubar, 1995).

Os saberes profissionais "*têm sempre conhecimentos teóricos, fundamentais e indispensáveis*" (Malglaive, 1995b: 56); no entanto, é precisa a experiência pessoal. A experiência não pode constituir em si a aprendizagem, mas a aprendizagem não pode passar sem a experiência (Dominicé, 1989).

Kolb (1984) considera que o processo de aprendizagem é interactivo, através do qual o indivíduo constrói e desenvolve os seus conhecimentos, numa reciprocidade entre a idiossincrasia do sujeito e a relação com o contexto, irá influenciar o seu estilo de aprendizagem. Para este autor, o estilo de aprendizagem é definido como a forma preferencial do indivíduo processar a informação que o circunda. Para além de determinar quatro estilos de aprendizagem, o investigador faz a correspondência destes com uma tipologia de contextos de aprendizagem. O estilo de aprendizagem é desenvolvido e reforçado pelo uso repetido de certas competências realçadas em contextos de aprendizagem particulares. O tipo de competências realçadas em cada contexto de aprendizagem cria o que Kolb (1984) designou por "*environmental press*". Segundo o autor, o indivíduo deve recorrer a um conjunto particular de competências de aprendizagem, adaptadas ao contexto.

O estudo da aprendizagem pela experiência (subjacente à lógica de formação do CCFE) direcciona-nos para o questionamento do estilo de aprendizagem dos actores, bem como da natureza dos contextos.

Com base no quadro teórico da presente investigação emergiram, assim, as seguintes questões orientadoras:

- Que representações possuem os enfermeiros sobre a formação desenvolvida ao longo do CCFE?
- Que representações possuem os enfermeiros sobre as práticas profissionais que desenvolvem nos contextos de trabalho?
- Que modalidades de formação foram desenvolvidas ao longo do percurso que enquadrou o CCFE?
- Quais as principais competências desenvolvidas pelos enfermeiros?
- Qual o estilo típico de aprendizagem dos enfermeiros?
- Quais as principais características dos contextos de aprendizagem dos enfermeiros?
- Que tipo de relação existe entre os adquiridos de formação dos enfermeiros e os seus investimentos no exercício quotidiano do trabalho?
- Que tipo de projectos os enfermeiros formulam para o seu futuro profissional?.

A natureza das questões varia na *forma,* em termos de *Quem?*, *O quê?*, *Onde?*, *Como?* e *Porquê?*, e fornece uma pista importante para considerar a estratégia de pesquisa mais relevante a ser usada. A sua definição deve ser realizada de forma clara e objectiva. As questões orientadoras podem também ter um carácter evolutivo ao longo do estudo; porém, na fase inicial, são definidas aquando do contacto preparatório com a unidade social em estudo e de acordo com o desenvolvimento do quadro teórico.

O quadro teórico, as observações, as entrevistas exploratórias, a análise documental ou mesmo a própria experiência do investigador podem ser contributos essenciais para a definição das questões orientadoras (Lüdke e André, 1986). No conjunto das questões orientadoras podem estar incluídas perguntas que digam respeito às relações a estabelecer entre o objecto de estudo e o investigador enquanto sujeito social, à semelhança do efeito das relações sobre a informação recolhida (Costa, 2001).

A necessidade de determinar as unidades de análise emerge do imperativo da delimitação da investigação, identificando o âmago e os contornos da mesma, uma vez que não é possível estudar todas as vertentes do problema num período de tempo limitado.

As unidades de análise devem ser determinadas a partir das questões orientadoras, dependendo, assim, da forma como as mesmas forem definidas. Uma boa definição e delimitação das unidades de análise evidenciarão quais os dados a colher no terreno.

Neste sentido, com base nas questões orientadoras definimos algumas unidades de análise (Quadro 6) com um carácter bastante amplo.

Quadro 6 – Questões Orientadoras e Unidades de Análise

Questões Orientadoras	Unidades de Análise
- Que representações possuem os enfermeiros sobre a formação desenvolvida ao longo do CCFE?	- Representações sobre a formação - Representações sobre a formação desenvolvida ao longo do CCFE - Relação com os pares
- Que representações possuem os enfermeiros sobre as práticas profissionais que desenvolvem nos contextos de trabalho?	- Auto-estima - Identidade profissional - Relação com os pares - Relação com a população - Relação com os outros membros da equipa multidisciplinar
- Que modalidades de formação foram desenvolvidas ao longo do percurso que enquadrou o CCFE?	- Modalidades de formação
- Quais as principais competências desenvolvidas pelos enfermeiros?	- Competências desenvolvidas
- Qual o estilo típico de aprendizagem dos enfermeiros?	- Estilos de Aprendizagem
- Quais as principais características dos contextos de aprendizagem dos enfermeiros?	- Características morfológicas do contexto de trabalho/contexto escolar - Potencialidades formativas do contexto de trabalho - Potencialidades formativas do contexto escolar
- Que tipo de relação existe entre os adquiridos de formação dos enfermeiros e os seus investimentos no exercício quotidiano do trabalho?	- Problemas de formação - Características do dispositivo de formação - Articulação entre CCFE e contexto de trabalho quanto à acção e ao dispositivo de formação
- Que tipo de projectos os enfermeiros formulam para o seu futuro profissional?	- Projectos profissionais para o futuro

1.3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Uma vez decidido e definido o tema, especificados os objectivos, realizada alguma revisão bibliográfica, definidas questões de partida, as questões orientadoras e as respectivas unidades de análise, considerou-se a estratégia de recolha da informação (Quadro 7).

Quadro 7 - Unidades de Análise e Técnicas de Colheita de Informação

<table>
<tr><th>Unidades de Análise</th><th colspan="2">Técnica de Colheita de Informação</th></tr>
<tr><td>- Modalidades de formação
- Características do dispositivo de formação
- Articulação entre CCFE e contexto de trabalho quanto à acção e ao dispositivo de formação</td><td>Entrevista semi-estruturada</td><td>Análise Documental</td></tr>
<tr><td>- Auto-estima
- Identidade profissional
- Relação com os pares
- Relação com a população
- Relação com os outros membros da equipa multidisciplinar
- Necessidades de formação
- Projectos profissionais para o futuro
- Representações sobre a formação
- Representações sobre a formação desenvolvida ao longo do CCFE</td><td colspan="2">Entrevista semi-estruturada</td></tr>
<tr><td>- Características morfológicas do contexto de trabalho/contexto escolar
- Potencialidades formativas do contexto de trabalho
- Potencialidades formativas do contexto escolar</td><td colspan="2">EPQ (Environmental Press Questionnaire) - Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger, 1990)</td></tr>
<tr><td>- Competências desenvolvidas
- Estilos de Aprendizagem</td><td colspan="2">ACP (Adaptative Competency Profile) – Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger, 1990)</td></tr>
</table>

Como se pode depreender do Quadro 7, serão utilizadas na pesquisa diversas técnicas, dado que a revisão bibliográfica efectuada revelou as técnicas seguintes como as mais adequadas para estudos semelhantes ao nosso:

- Entrevista semi-estruturada;
- ACP (*Adaptative Competency Profile*);
- EPQ (*Environmental Press Questionnaire*);
- Análise Documental.

Deste conjunto de técnicas parece-nos mais pertinente para a problemática em estudo ter como técnica nuclear a entrevista semi-estruturada e todas as outras como secundárias.

1.3.1. Entrevista semi-estruturada

A *entrevista* é uma forma de comunicação verbal entre o entrevistador e o entrevistado numa relação face a face em que o primeiro procura obter a informação ou opinião do entrevistado sobre o tema ou temas em estudo. A grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade. É preciso ser criativo.

> "Entrevistar criativamente é entrevistar com determinação atendendo ao contexto. Em vez de negar, ou não conseguir compreender, que o que se passa numa situação de entrevista é determinado pelo processo de pergunta e resposta, a entrevista agarra o imediato, a situação concreta; tenta perceber de que modo é que se está a afectar o que vai sendo comunicado e, ao compreender estes efeitos, modifica o processo de comunicação do entrevistador por forma a aumentar a descoberta da verdade sobre os seres humanos. (...) Se não é possível vencer a realidade da natureza humana e os processos de comunicação que dela decorrem, é possível compreendê-los e utilizá-los para triunfar sobre a ignorância e a falsidade." (Douglas, 1985, cit. por Foddy, 1996: XVI)

Foddy (1996: 1) ao citar Douglas (1985) afirma que "*fazer perguntas é normalmente aceite como uma forma rentável (frequentemente a única) de obter informação sobre comportamentos e experiências passadas, motivações, crenças, valores e atitudes, enfim sobre um conjunto de variáveis de foro subjectivo não directamente mensuráveis*".

A entrevista é duplamente indirecta. Há necessidade de recorrer à palavra para chegar ao pensamento do outro e por outro lado é necessário "provocar" e por pistas chegar ao que se quer saber. É preciso saber ouvir, de modo a conseguir aceder à perspectiva do outro. Halcom (s.d., cit. por Patton, 1990: 278) afirma

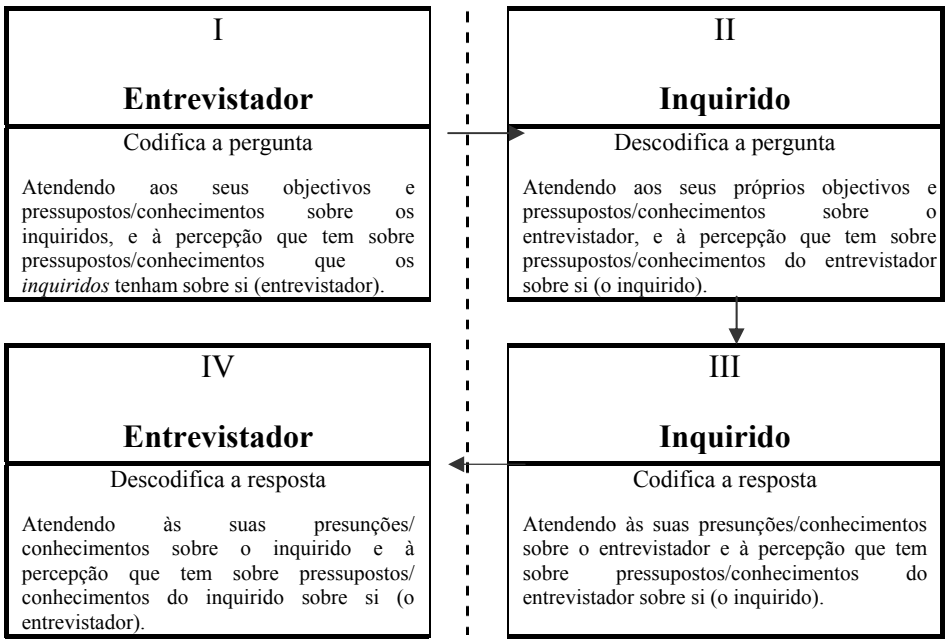
> "Vai em frente e questiona. Pergunta e ouve. O mundo está-se a começar a abrir para ti. Cada pessoa que questionas pode levar-te a uma nova parte do mundo. Para a pessoa que está disposta a perguntar e a ouvir o mundo será sempre novo. O questionador hábil e atento sabe como entrar na experiência do outro".

Segundo Quivy e Campenhoudt (1992: 193) "*os métodos de entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos e de interacção humana*". Na investigação qualitativa, recorre-se à entrevista para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a forma como os sujeitos interpretam certas questões que lhes são colocadas, sendo

dada liberdade para a formulação das próprias respostas. No entanto, sujeitos submetidos a perguntas abertas "*parecem olhar para o entrevistador apelando para um auxílio, uma pista*." (Douglas, 1985, cit. por Foddy, 1996:19).

Numa entrevista em que há, obrigatoriamente, uma situação de pergunta-resposta, há uma grande improbabilidade de um dos lados poder exercer um controlo total, quer seja pela definição da situação, quer sobre a interpretação das perguntas. A *teoria do interaccionismo simbólico* abre um campo de visibilidade sobre os aspectos comportamentais envolvidos na relação pergunta-resposta. Os interaccionistas simbólicos, como Herbert Blumer (1967, 1969, cit. por Foddy, 1996: 21), defendem que "*a sua perspectiva tem a virtualidade de captar as características fundamentais do comportamento humano*", apresentando o seguinte modelo:

Figura 17 – Modelo do comportamento pergunta-resposta segundo a perspectiva do interaccionismo simbólico
Fonte: FODDY (1996: 24)



Os factores que podem ter influência nas respostas são múltiplos e Borg (1981, cit. por Bell, 1997: 123) alerta-nos para tal facto:

> "A ânsia do entrevistado em agradar ao entrevistador, um ligeiro antagonismo que possa, por vezes, surgir entre o entrevistador e o entrevistado ou a tendência do entrevistador para procurar fundamentar as suas noções preconcebidas são apenas alguns factores que podem contribuir para a análise parcial dos dados obtidos do entrevistado. Estes factores são designados pelos investigadores de pesquisas por *efeito de resposta***"**.

A entrevista é altamente subjectiva. A análise das respostas obtidas pode levantar problemas, daí que seja de grande importância a formulação das questões. No plano

de investigação há situações em que os entrevistadores entram em campo com uma grelha de entrevista e um guião de observador. Estas grelhas permitem, geralmente, respostas e são suficientemente flexíveis para permitir ao observador anotar e recolher dados sobre dimensões inesperadas do tópico do estudo, mantendo fidelidade à tradição qualitativa de tentar captar o discurso próprio do sujeito. Os guiões (Anexo I) são, normalmente, utilizados em estudos com múltiplos sujeitos e em equipas de investigação em diversos locais, permitindo recolher dados susceptíveis de serem comparados para que se possam fazer afirmações respeitantes à distribuição dos factos reunidos.

Segundo Ghiglione e Matalon (1997), a escolha do tipo de entrevista a realizar está relacionada com a finalidade com que a mesma é aplicada. Segundo estes autores, as entrevistas podem cumprir quatro finalidades:

a) *Controlo* – a aplicação destas entrevistas destinar-se-á a validar dados obtidos em estudos já realizados. Habitualmente são utilizadas entrevistas estruturadas.

b) *Verificação* – pretende-se não só validar dados obtidos em estudos anteriores, mas também detectar alguns factores, que influenciem a situação estudada, mas que sejam desconhecidos para o investigador. Aqui podem ser utilizadas entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas.

c) *Aprofundamento* – uma entrevista pode também proporcionar o aprofundamento do conhecimento do investigador em relação a um determinado domínio. A entrevista semi-estruturada e não estruturada podem cumprir esta finalidade.

d) *Exploração* – a aplicação da entrevista tem o objectivo de fornecer dados ao investigador sobre uma temática desconhecida por si, mas sobre a qual tenha algum interesse.

O grau de liberdade de expressão do entrevistado diminui em proporção à estruturação da entrevista. A entrevista pode ser:

- Não directiva, livre ou não estruturada;
- Semi-directiva ou semi-estruturada;
- Directiva, estandardizada ou estruturada (Ghiglione e Matalon, 1997).

Na *entrevista não directiva*, *livre* ou *não estruturada,* o entrevistador coloca ao entrevistado o tema da entrevista cujas características essenciais resultam do seu carácter alargado e ambíguo. Apesar de não haver nenhuma questão, assenta num contacto, o sujeito fala sobre o que lhe vem à mente, o que lhe ocorre, do que quiser

e determina quando parar. O controlo destas entrevistas requer muita experiência e a sua análise implica um grande dispêndio de tempo. Em educação raramente é utilizada (Ghiglione e Matalon, 1997).

A entrevista *semi-directiva* ou *semi-estruturada* é, certamente, a mais utilizada em investigação social. Este tipo de entrevista não é nem inteiramente aberta, nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Há um esquema da entrevista – guião do entrevistador (Anexo I), que é previamente elaborado, ao qual corresponde os objectivos do mesmo (Ghiglione e Matalon, 1997).

O guião utilizado na entrevista aos enfermeiros incluía os seguintes blocos temáticos:

Bloco A – Apresentação e legitimação da entrevista
Bloco B – Auto-estima e sentimento de inclusão profissional
Bloco C - Formação
Bloco D – Curso de Complemento de Formação em Enfermagem
Bloco E – Contexto de Trabalho e Curso de Complemento de Formação em Enfermagem
Bloco F – Representações sobre a Enfermagem e Curso de Complemento de Formação em Enfermagem
Bloco G – Projectos Profissionais

O tema, objectivo geral e objectivos que se pretendiam atingir, bem como o exemplo de questões formuladas para cada bloco podem ser consultados no guião, incluído em anexo.

O entrevistador deve ser facilmente "maleável" para saber se segue o guião ou não. Neste guião está formulado o tema, de forma sintética e explícita, definidos os objectivos gerais e específicos. A definição destes objectivos é essencial, pois vai permitir uma maior maleabilidade na escolha dos processos e meios utilizados na orientação da entrevista. A ideia principal é que o sujeito organize o seu pensamento mesmo que não responda logo. Por outro lado, podem surgir perguntas que não estavam previstas no guião. Há uma relação dialéctica, de grande equilíbrio do que se quer saber do sujeito e da sua opinião. As perguntas podem não ser todas feitas na ordem planeada, poderá "deixar andar" o entrevistado, de modo que o mesmo possa falar abertamente, com as palavras que desejar e na ordem que lhe seja mais conveniente. O entrevistador deve apenas encaminhar a entrevista para os objectivos, para que o entrevistado não se afaste dos mesmos, e fazer as perguntas às quais o entrevistado não chega por si próprio. A melhor entrevista semi-directiva ou semi-

-estruturada será aquela em que, tendo-se feito a primeira pergunta, não seria necessário fazer mais nenhuma. O número de perguntas é um bom indicador para este tipo de entrevista (Ghiglione e Matalon, 1997).

A *entrevista directiva*, *estandardizada* ou *estruturada* é composta por um conjunto de perguntas rígidas que não pode ser alterado nem quanto à forma nem quanto à ordem/sequência. São dadas as mesmas instruções e tentam-se criar condições o mais idênticas possível. A entrevista directiva tem o inconveniente de poder suscitar reacções defensivas da parte do entrevistado, uma vez que é dado pouco espaço para que o mesmo se expresse livremente (Ghiglione e Matalon, 1997).

Processamento da Entrevista

Os factores que influenciam a aplicação da entrevista relacionam-se com a *situação***,** com o *entrevistador***,** com o *entrevistado* e com a *mensagem*. Estes factores pressupõem o preenchimento de alguns requisitos, que podem condicionar o sucesso da aplicação da entrevista (Ghiglione e Matalon, 1997).

Quanto à *situação*, os requisitos exigidos baseiam-se:

- no local [que deve ser o mais calmo possível, longe de fontes que possam distrair o entrevistado (como telefones, telemóveis, entre outros) e que conduzam à interrupção do seu raciocínio];
- no tempo (a hora do dia em que a entrevista é realizada, o tempo efectivo da entrevista e o tempo previsto, que deve ser dado a conhecer ao entrevistado no início da entrevista) (Ghiglione e Matalon, 1997).

As entrevistas realizaram-se em Junho e Julho de 2002, foram agendadas previamente com os entrevistados, de acordo com a sua disponibilidade e preferência, tendo sido dado a conhecer a previsão do tempo a despender na mesma. De modo a estarmos com os sujeitos no local do estudo, a motivarmos a sua participação, para que não fosse tomado tempo dos enfermeiros e após autorização da Senhora Enfermeira Directora do Hospital de São José, as entrevistas foram realizadas na hora de serviço dos profissionais e no próprio contexto de trabalho. O espaço seleccionado foi de acordo com a estrutura e disponibilidade dos serviços, procurando-se evitar interrupções, pois os enfermeiros eram substituídos por colegas no decorrer da entrevista.

Apenas um sujeito de investigação foi entrevistado na sua casa por se encontrar no momento de Licença de Maternidade. Neste caso procurámos ir de encontro à sua disponibilidade e articular a hora da entrevista com a hora da mamada e sono do bebé.

A duração das entrevistas variou entre os vinte e cinco e os sessenta minutos.

Ghiglione e Matalon (1997) identificam vários factores que condicionam a performance do entrevistado, como:

- *Factores Culturais* – manifestam-se no conteúdo do discurso do entrevistado e na compreensão demonstrada para com as questões colocadas;
- *Factores Cognitivos* – a componente cognitiva do sujeito condiciona a forma como o entrevistado interpreta as questões que lhe são colocadas, englobando todos os conhecimentos que este possui sobre o tema e os seus quadros referenciais;
- *Factores Motivacionais* – que se relacionam com a manutenção de uma imagem por parte do entrevistado, que seja aceitável para a sua auto-estima e que em simultâneo transmita ao entrevistador uma imagem do entrevistado compatível com a de um indivíduo perfeitamente integrado na sociedade, mantendo, no entanto, uma atitude crítica face a essa mesma sociedade;
- *Factor Físicos* – por exemplo, se o entrevistado tiver alguma perturbação a nível sensorial (audição e fala), poderá haver condicionamento da entrevista;
- *Factores Conjunturais* – associados aos factores culturais, uma vez que se manifestam de acordo com o interesse do tema para o entrevistado;
- *Factores Afectivos* – manifestam-se na percepção do entrevistado em relação a si próprio (auto-conceito) e no modo como percepciona a sua relação com o meio que o rodeia (domínio relacional interpessoal);
- *Factores Mnemónicos* – associados à capacidade do indivíduo poder recordar informações ou acontecimentos relacionados com o tema no decorrer da entrevista.

Em relação aos nossos entrevistados, também não consideramos que se tenha manifestado qualquer um destes factores.

Os factores associados à *mensagem* são, de acordo com Ghiglione e Matalon (1997) de duas ordens:

a) os que constituem indícios que permitem ao entrevistado situar o entrevistador, que se relacionam com o estilo utilizado, a clareza da mensagem, as palavras empregues, entre outros;

b) os que derivam da própria mensagem, ou da possibilidade do entrevistado a compreender e responder. Em termos práticos, a possibilidade de descodificar e, assim, fazer referência a um código comum. Esta descodificação remete também para o universo de conotações que o entrevistado atribui aos termos empregues.

Procurámos utilizar uma linguagem acessível, que motivasse o entrevistado a responder e de acordo com as expectativas do entrevistado sobre o papel do entrevistador (Ghiglione e Matalon, 1997). Em síntese, tivemos em consideração os contributos de Ghiglione e Matalon (1997). Foi dispensada uma atenção especial tanto à comunicação verbal, como à não-verbal, tendo o cuidado de registar tudo e respeitar os silêncios. Com o acordo dos entrevistados, registámos os diálogos em suporte magnético como objectivo de "*(...) recuperar grande parte do ambiente, das circunstâncias que a rodeiam, das hesitações perante este ou aquele facto, da função expressiva*" (Amiguinho, 1992: 96) empregue pelos actores relativamente a determinadas questões.

Aplicada a entrevista, há que tratar os dados nela contidos. Procedeu-se à sua transcrição, de modo a realizar-se um *protocolo da entrevista* (Anexo II). Para Amiguinho (1992) esta estratégia permite descortinar as ideias gerais que estão por detrás das declarações dos actores. Tratou-se de um processo moroso e monótono, mas de extrema importância para que a informação recolhida pudesse ser trabalhada de uma forma produtiva e utilizada na investigação em curso. As transcrições das entrevistas foram realizadas de forma completa imediatamente após a sua realização, de modo a que as reconstruíssemos ao máximo (Bogdan e Biklen, 1994).

Após a transcrição da entrevista, procedeu-se à *análise de conteúdo*, de modo a que a informação recolhida pudesse ser categorizada e utilizada, ou para se construir as conclusões do trabalho de investigação, ou mesmo para indicar outros percursos melhores que o investigador tenha de tomar. Actualmente é possível recorrer a meios informáticos para o tratamento de dados recolhidos através da entrevista (Ghiglione e Matalon, 1997).

Berelson (s.d., cit. por Estrela, 1994: 455) define análise de conteúdo como "*uma técnica de investigação que visa a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação".*

Osgood (1959, cit. por Bardin, 2000), propõe três direcções à ***análise de conteúdo***:

a. *Análise de ocorrência* (consiste numa quantificação simples, isto é, a análise das frequências que permitem inventariar as palavras ou símbolos chave);
b. *Análise avaliativa* (quais as características associadas aos diferentes objectos);
c. *Análise associativa* (a estrutura da relação entre os objectos).

Cabe ao investigador determinar por qual das direcções irá orientar a sua pesquisa, porém existem etapas fundamentais a seguir.

Bardin (2000) propõe três etapas de organização da análise de conteúdo, nomeadamente a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados obtidos e interpretação, que foram as seguidas no nosso estudo.

A etapa da pré-análise corresponde a uma fase de preparação para o tratamento de dados, uma vez que após a recolha de dados é necessário torná-los operacionais. Assim, deve-se considerar que na escolha dos documentos a analisar, para que se constitua um corpus de análise, deve obedecer-se a regras como a *exaustividade*, a *representatividade*, a *homogeneidade* e *a pertinência* (Bardin, 2000). Neste sentido, efectuámos a "*leitura inicial dos documentos para uma apreensão sincrética das suas características e avaliação das possibilidades de análise*" (Estrela, 1994: 455).

Após revisão do material colhido (já registado por escrito), foram identificadas no próprio texto as unidades de registo e as unidades de contexto, procedendo-se posteriormente à sua codificação (Bogdan e Biklen, 1994) (Anexo III).

A exploração do material corresponde a "*codificá-lo e a codificação corresponde a uma transformação, efectuada segundo regras precisas dos dados brutos do texto; transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto*" (Bardin, 2000: 103).

Esta é uma etapa longa e fastidiosa, muito minuciosa e sujeita a regras de codificação. Há a considerar, quanto ao recorte, o tipo de *unidade de registo*, que é o segmento determinado de conteúdo que faz sentido por si e que se caracteriza quando

colocada numa categoria, podendo ser palavras, temas, objectos ou documentos. A *unidade de contexto* é o segmento da mensagem cujas dimensões são as ideias para que se compreenda o sentido exacto da unidade de registo, pelo que assumem uma função de unidades de compreensão (Bardin, 2000).

Ao nível da codificação, há ainda que considerar as regras de enumeração. Estas podem ser as mais diversas, desde a simples consideração da presença/ausência das unidades, até considerações de frequência ponderada passando por análises qualitativas da intensidade com que são feitas as referências (Bardin, 2000).

A categorização "*é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos"* (Bardin, 2000: 117). As categorias constituem um meio de classificar os dados descritivos recolhidos, de forma a que o material contido num determinado tópico possa ser fisicamente separado dos outros dados (Bogdan e Biklen, 1994).

A categorização é um processo de tipo estruturalista e comporta duas etapas:

a. O *inventário*: isolar os elementos;
b. A *classificação*: repartir os elementos e, portanto, procurar ou impor uma certa organização às mensagens (Bardin, 2000).

Cada categoria é definida operacionalmente pelos seus indicadores, cujo levantamento deve ser procedido exaustivamente e obedecer a critérios de:

⇒ ***Exclusividade Mútua*** – Cada elemento não pode existir em mais de uma divisão. As categorias devem ser construídas de tal forma que um elemento não pode ter dois ou vários aspectos susceptíveis de fazerem com que fosse classificado em duas ou mais categorias;

⇒ ***Homogeneidade*** – O princípio de exclusão mútua depende da homogeneidade das categorias. Um único princípio de classificação deve governar a sua organização. Num mesmo conjunto categorial só pode funcionar com um registo e com uma dimensão da análise. Diferentes níveis de análise devem ser separados noutras tantas análises sucessivas;

⇒ ***Pertinência*** – As categorias devem ser adequadas aos documentos em análise e pertencer ao quadro teórico definido;

⇒ ***Objectividade e fidelidade*** – As diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma forma, mesmo quando submetidas a várias análises;

⇒ ***Produtividade*** – Um conjunto de categorias é produtivo se fornecer resultados férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exactos (Bardin, 2000).

No conjunto das técnicas da análise de conteúdo Bardin (2000) faz referência a diversos processos: a análise categorial, a análise de avaliação, análise da enunciação, a análise da expressão, a análise das relações (que inclui a análise de co--ocorrências e a análise estrutural) e a análise do discurso.

A *análise categorial*, que é cronologicamente a mais antiga, é a mais usada na prática. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou *análise temática*, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos directos (significações manifestas) e simples (Bardin, 2000).

Elaborada por Osgood, Saporta e Nunnally (1956, cit. por Bardin, 2000), a *análise de avaliação* tem por finalidade medir as atitudes do locutor quanto aos objectos de que ele fala. É calculada a frequência dos diferentes juízos (ou avaliações), mas também a sua direcção (juízo positivo ou negativo) e a sua intensidade.

A *análise da enunciação* incide sobre o discurso concebido como um processo cuja dinâmica própria é, em si mesma, reveladora. O investigador está então atento a dados como o desenvolvimento geral dos discursos, a ordem das suas sequências, as quebras do ritmo, entre outros. Este tipo de análise aplica-se habitualmente na *entrevista não directiva* (Bardin, 2000).

A *análise da expressão* incide sobre a forma da comunicação, cujas características (vocabulário, tamanho das frases, ordem das palavras, hesitações,...) facultam uma informação sobre o estado de espírito do locutor e suas tendências ideológicas. As técnicas de análise de expressão são mais utilizados na investigação da autenticidade de um documento (literatura, história), na psicologia clínica (psicoterapia, psiquiatria), nos discursos políticos ou os que são susceptíveis de veicular uma ideologia (retórica) (Bardin, 2000).

Esboçada por Baldwin (1942, cit. por Bardin, 2000) e defendida por Osgood (1959, cit. por Bardin, 2000), a *análise das co-ocorrências* ou *análise das contingências* reveste-se cada vez de mais importância e veio completar a análise frequencial simples. Este tipo de análise procura extrair do texto as relações entre os elementos da mensagem, assinalando-se as presenças simultâneas (co-ocorrência ou relação de associação) de dois ou mais elementos na mesma unidade de contexto. Parte-se do princípio que as co-ocorrências entre temas informam o investigador acerca de estruturas mentais e ideológicas ou acerca de preocupações latentes (Bardin, 2000).

A *análise estrutural* tem como objectivo revelar os princípios que organizam os elementos do discurso, independentemente do próprio conteúdo destes elementos. As diferentes variantes da análise estrutural tentam descobrir uma ordem oculta do funcionamento do discurso e elaborar um modelo operatório abstracto, construído pelo investigador, para estruturar o discurso e torná-lo inteligível (Bardin, 2000).

A análise do discurso tem como objectivo a inferência a partir dos "efeitos de superfície" de uma "estrutura profunda": *os processos de produção*. Esta técnica de análise inscreve-se numa sociologia do discurso e procura estabelecer ligações entre a situação (*condições de produção*) na qual o sujeito se encontra e as manifestações semântico-sintácticas da superfície discursiva (Bardin, 2000).

Dada a natureza do estudo optámos por uma categorização de tipo temática (Bardin, 2000) com recurso à hermenêutica colectiva (Molitor, 1990, cit. por Abreu, 1998). Trata-se de um método de análise de conteúdo que procura compreender o sentido latente do discurso, reconhecendo representações e estruturas de pensamento e considerando cada indivíduo como expressão singular de um universo social.

As unidades de registo e de contexto foram identificadas no próprio texto, tendo sido numeradas (Bogdan e Biklen, 1994). De modo a continuar a análise de conteúdo foi criada uma grelha de análise inicial das catorze entrevistas, onde incluímos todos os seus excertos representativos de cada domínio. Dada a sua complexidade, morosidade e recursividade (Abreu, 1998), quando houve necessidade de criar domínios ou categorias voltou-se ao começo, reiniciando-se todo o processo, até que se chegasse a uma situação analiticamente aceitável (Miles e Huberman, 1990). Do discurso dos actores emergiram domínios e categorias para cada unidade de análise (Anexos IV e V), que registámos em grades de análise (definitivas). No Quadro 8 apresentamos as unidades de análise e os respectivos domínios.

Quadro 8 – Grade de Unidades de Análise e Domínios após a realização da Análise de Conteúdo

Unidades de Análise	Domínios
Representações sobre a formação	Positivas
	Negativas
	Tipos de formação
	Forças de formação
	Estratégias de aprendizagem
Representações sobre a formação desenvolvida ao longo do CCFE	Antes de frequentar
	Depois de frequentar
Características do dispositivo de formação	Metodologia de Formação
	Conteúdos abordados
	Aprendizagens relevantes
Articulação entre a formação a nível do CCFE e o contexto de trabalho	Com a prática
	Com a formação em serviço
	Dificuldades
	Facilidades
	Permitiu conscientização do percurso profissional depois do CCFE
Identidade profissional	Descrição do percurso profissional
	Avaliação do percurso profissional
	Aprendizagens relevantes no percurso profissional
	Factores que influenciaram a prática profissional
	Sentimentos quanto à profissão
	Representações sobre a Enfermagem
	Representação social
Características do contexto de trabalho	Caracterização
	Limitações
Potencialidades formativas do contexto de trabalho	Dinâmica de formação
Relação com os pares	Coesão do grupo profissional
	Informação transmitida na integração de novos elementos
	O CCFE é visto como uma obrigação
Relação com a população	Articular com a comunidade
	Episódio significativo
Relação com os outros membros da equipa multidisciplinar	Coesão da equipa multidisciplinar
Projectos profissionais para o futuro	Progressão de estudos
	Formação
	No contexto de trabalho
	Aposentação
	Progressão na carreira
	Influência do CCFE na sua definição

1.3.2. Questionários: ACP e EPQ

O questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. Trata-se de um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar

e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa (Fortin, 1999).

Ferreira (2001a) aponta como princípios 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.

Sendo o anonimato a ausência de ligação das respostas aos indivíduos, neste estudo apenas podemos garantir a confidencialidade das respostas, pois há necessidade de identificar os questionários de modo a que o investigador saiba quem respondeu (Bell, 1997), pois foram aplicados instrumentos diferentes em momentos distintos.

David A. Kolb (1984) propôs a teoria da aprendizagem pela experiência que tem sido bastante relevante para o estudo da aprendizagem de estudantes e profissionais de Enfermagem, tal como vimos nos pontos 3.1. e 3.2 do Capítulo I, que abordam, respectivamente, os percursos e os desafios da formação em Enfermagem e o modelo da aprendizagem pela experiência de Kolb. Entre outros, para os seus estudos empíricos desenvolveu o ACP e o EPQ:

- *o Adaptative Competency Profile* (ACP), que tem como objectivo avaliar o estilo de aprendizagem dos sujeitos, bem como as competências mais desenvolvidas;
- *Environmental Press Questionnaire* (EPQ), que determina a importância de determinadas competências de aprendizagem no contexto em que o sujeito está inserido.

O ACP é um instrumento que inclui vinte competências-tipo (inerentes ao exercício quotidiano da enfermagem geral), em que cada conjunto de cinco se refere a um determinado estilo de aprendizagem: divergente, convergente, assimilativo e acomodativo. Cada competência pode ser valorizada entre 1 (baixo nível de desenvolvimento) e 7 (alto nível de desenvolvimento). O preenchimento total do questionário possibilita a detecção simultânea do tipo de competências desenvolvido com maior predominância e o estilo típico de aprendizagem do indivíduo (Anexo VI).

O EPQ permite determinar o tipo de competências que o contexto permite desenvolver. A sua estrutura é idêntica à do ACP, divergindo apenas no referencial de mensuração de cada competência. Neste instrumento a valorização pode oscilar

entre 1 (não importante) e 7 (altamente importante). Os valores são atribuídos em função da importância que os sujeitos atribuem ao desenvolvimento de cada uma das vinte competências no contexto em que se inserem (Anexos VII e VIII).

Kolb (1984) ao desenvolver o LSI elaborou um círculo de competências que permite a representação gráfica dos resultados do ACP e do EPQ. Esta representação faculta a apreciação da relação que pode existir entre as condicionantes do contexto e as competências desenvolvidas pelos profissionais. Estes instrumentos possibilitam o estudo de um conjunto expressivo de factores que se referem à aprendizagem do formando no exercício do trabalho e, consequentemente, proporcionar um indispensável suporte para o desenvolvimento do sistema de formação na unidade social em que se enquadra.

Na discussão de um estudo com estudantes de enfermagem, Stusky e Laschinger (1995) referem que os seus resultados contribuíram para o estabelecimento da validade dos questionários ACP e EPQ. Ao estudarem e aplicarem o ACP e o EPQ, estes autores apresentaram uma reprodutividade *Alpha* entre 0.61 e 0.86 (ACP) e 0.59 e 0.73 (EPQ) (Stutsky e Laschinger, 1995: 146).

A validade face ao objecto de estudo de ambos os instrumentos encontra-se assegurada por estudos realizados anteriormente em contextos semelhantes no nosso país (Abreu, 1994, 1998, 2001). Entre 1994 e 1995, o investigador sujeitou os questionários a um processo de validação de conteúdo e de determinação da fidedignidade (teste-reteste), tendo como amostra um grupo de enfermeiros e estudantes de enfermagem (num total de 44 sujeitos), com recurso ao *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS).

O investigador convidou os intervenientes a participarem num estudo piloto, considerando "bom" o seu nível educacional, bem como o nível de interpretação da informação incluída nas vinte questões dos questionários. O grupo foi dividido em dois sub-grupos, que utilizaram uma média de vinte minutos para responder aos questionários. Todos os participantes responderam aos questionários oito dias depois. Para a apreciação da fidelidade das dimensões, os vinte itens foram considerados em quatro sub-escalas (cada uma delas referente a uma dimensão ou estilo de aprendizagem). Para cada item foi calculada a média, o desvio-padrão e o *Alfa* de Cronbach. Os coeficientes *Alfa* para a consistência de classificação da segunda classificação, em relação à primeira, situaram-se entre 0.72 e 0.87 para o ACP, e

entre 0.78 e 0.92 para o EPQ. De acordo com Abreu (2003b), os valores são satisfatórios e convergentes com os dos questionários originais. Em ambos os instrumentos, os valores de *Alfa* foram considerados excelentes (> 0.75) para o grupo de competências de conceptualização.

A avaliação da validade dos itens foi realizada através do recurso ao coeficiente de correlação (r), calculado para todas as questões do questionário em função do conjunto total de questões. Os valores de *r* foram superiores a 0.65 no ACP e 0.71 no EPQ. Nos dois questionários o coeficiente de correlação para o estilo de aprendizagem foi superior a 0.85. Abreu (1998, 2001) concluiu que ambos os questionários tinham boa fidedignidade, embora possuíssem um índice de concordância *Alfa* mais fraco a nível do conjunto de competências de relação (sub--escala "divergente"), aspecto já mencionado por Stustky e Laschiger (1995). Dada a variabilidade dos factos que rodeiam as práticas de enfermagem e a mobilidade identitária que caracteriza a profissão, Abreu (2003b) sugere a utilidade de ambos os questionários, devendo ser acompanhados de outras estratégias de recolha de informação que permitam o recurso a triangulações múltiplas.

Na nossa pesquisa, o ACP e o EPQ (técnicas complementares de colheita de dados) foram aplicados a todos os enfermeiros que exerciam funções no Hospital de São José e que frequentaram o primeiro CCFE. O ACP foi aplicado em Julho de 2002. Entre a aplicação do ACP e do EPQ foi respeitado um intervalo de cerca de quinze dias, de modo a minimizar a influência do ACP sobre as respostas ao EPQ. Aplicou--se o EPQ para o contexto hospitalar e para o contexto escolar, também com um intervalo de cerca de quinze dias, uma vez que ambos são lugares de formação no âmbito do CCFE.

1.3.3. Análise Documental

A preocupação com o desenvolvimento das técnicas documentais tem-se mantido relativamente discreto no campo científico. Alguns procedimentos de tratamento da informação documental apresentam analogias com uma parte das técnicas da análise de conteúdo (Bardin, 2000).

A *análise documental* é definida como uma "*operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior, a sua consulta e referenciação*" (Chaumier, 1974, cit. por Bardin, 2000: 45).

O objectivo da análise documental é dar forma adequada e representar de outro modo essa informação, através de procedimentos de transformação. A finalidade a atingir é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso ao observador, de tal forma que este obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo). A análise documental é, portanto, uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação. Esta permitiu passar de um documento primário (em bruto), para um documento secundário (representação do primeiro) (Bardin, 2000).

Ao longo do trabalho procurámos reunir e organizar material diverso que nos permitisse complementar a informação recolhida através da entrevista semi--estruturada, nomeadamente informação sobre as escolas de enfermagem, os planos de estudo do CCFE de cada escola bem como as características dos diferentes contextos de trabalho.

1.4. VALIDAÇÃO DA INFORMAÇÃO COLHIDA

Conceitos como generalidade, fidelidade e validade estão, segundo a tradição positivista, profundamente ligados ao valor do conhecimento emergente da investigação (Pourtois e Desmet, 1988). A investigação tradicional baseia-se na afirmação de que a realidade é simples e objectiva, sendo percepcionada como constante. Defende-se a generalização dos resultados baseada na repetitividade dos mesmos, extrapolando-os a partir de testes estatísticos (Merriam, 1988).

Nas ciências sociais e humanas as unidades sociais são consideradas casos únicos, não havendo lugar para repetições, daí que o conceito de generalização tenha pouca relevância. Não se fala em generalizar resultados a populações ou universos mas a proposições teóricas, ou seja, generalizações do tipo analítico (Yin, 1989) e de construção de modelos interpretativos (Friedberg, 1995a).

A capacidade de generalização estatística dos dados não pode, por si, ser um critério de cientificidade. Nas investigações com abordagem qualitativa, a validação interna

pode ser concretizada através de processos de triangulação (Pourtois e Desmet, 1988) que, se usados correctamente, contribuem para a integridade e confirmação de dados (Streubert e Carpenter, 2002).

Como vimos previamente, é cada vez mais frequente no domínio da investigação a articulação de métodos de tipo quantitativo e qualitativo. Patton (1990) assume que a triangulação é uma importante forma de tornar mais sólido o plano de investigação. O recurso a diferentes métodos ou instrumentos de recolha de dados, incluindo a combinação de abordagens qualitativas e quantitativas no estudo dos mesmos fenómenos ou programas, pode ter grande utilidade, nomeadamente no estudo de uma situação complexa. Punch (1998) aponta a capitalização de riquezas dos dois métodos para a sua articulação.

O conceito de triangulação, ou seja, a acção de efectuar um triângulo, remonta à civilização grega e a origem das matemáticas modernas (Denzin, 1989, cit. por Fortin, 1999). Cohen e Manion (1994) definem *triangulação* como o uso de dois ou mais métodos de colheita de dados no estudo de alguns aspectos do comportamento humano. Trata-se de uma técnica de investigação a que muitos aderem em princípio, mas apenas uma minoria usa na prática. O uso de múltiplos métodos, ou a abordagem multimétodo como também é designada, contrasta com a ubiquidade. A abordagem de método único que caracteriza tanto a pesquisa em ciências sociais é mais vulnerável.

A triangulação vai permitir a possibilidade dos dados se validarem entre si, garantindo uma informação mais profunda, coerente e detalhada do objecto de estudo (Abreu, 1994, 1998).

Cohen e Manion (1994) mencionam como vantagens da triangulação o facto de uma única estratégia de recolha de dados nos dar uma visão limitada da complexidade do comportamento humano e das situações nas quais os seres humanos interagem e ajuda a combater as limitações de cada método por si só.

Denzin (1970, cit. por Cohen e Manion, 1994) definiu os principais tipos de triangulação usados em investigação: temporal, espacial, níveis combinados de triangulação, teórica, do investigador e metodológica (Quadro 9).

Quadro 9 – Principais tipos de triangulação usados em investigação
(Baseado na Tipologia de Denzin)

Triangulação Temporal	Triangulação Espacial	Níveis Combinados de Triangulação	Triangulação Teórica	Triangulação do Investigador	Triangulação Metodológica
. Tem em consideração os factores ou processos de mudança (ou estabilidade) recorrendo a métodos transversais ou longitudinais.	. Permite a comparação entre resultados de estudos conduzidos em países ou sub-culturas diferentes recorrendo aos mesmos métodos. . Permite avaliar a validade de determinados instrumentos de medida em diferentes culturas.	. Usa mais do que um nível de análise dos três principais níveis usados nas ciências sociais, denominados por: - *nível individual*; - *nível interactivo* (grupos); - *nível de colectividades* (organizacional, cultural ou social).	. Apela ao recurso de teorias alternativas ou concorrentes em vez de se utilizar apenas um ponto de vista.	. Uso de mais do que um observador (ou participante) na investigação. . Baseia a análise em informações convergentes ou divergentes dos diferentes observadores.	. Este tipo de triangulação recorre: - ao mesmo método em diferentes ocasiões; ou - a diferentes métodos ao mesmo objecto de estudo

Adaptado de Cohen e Manion (1994)

Baseados em Cohen e Manion (1994), Pourtois e Desmet (1988) apresentam-nos uma tipologia de triangulação com algumas variações da apresentada anteriormente. Estes autores apresentam-nos as triangulações temporal, espacial, teórica, do investigador/observador e metodológica análogas à da tipologia referida anteriormente. Para além destas mencionam também a triangulação de fontes (que implica o recurso a fontes de informação diversificadas) e a triangulação interna (que relaciona informação variada, como a obtida através da anamnese, análise socio-cultural e psicológica, de modo a que se possa aceder aos quadros simbólicos e motivacionais dos sujeitos. A combinação dos níveis de triangulação não é incluída nesta tipologia.

Para além da triangulação, a *validação da significância* é outro método a que podemos recorrer para validação da informação colhida, no âmbito das metodologias qualitativas. Trata-se do processo que se dirige a averiguar se os dados colhidos através da aplicação de uma técnica são o resultado de uma compreensão real do objecto de estudo por parte do investigador e de uma anuência entre o sentido objectivo dos focos de informação e a percepção que o investigador tem dos mesmos (Pourtois e Desmet, 1988).

2. O CONTEXTO EM ANÁLISE: HOSPITAL DE SÃO JOSÉ

Os actores do nosso estudo são, como já vimos, enfermeiros do Hospital de São José que frequentaram o primeiro CCFE. De modo a que possamos compreender melhor o contexto social, que é também um dos contextos de aprendizagem no âmbito do CCFE, neste ponto procurámos fazer a sua caracterização. Num primeiro ponto fazemos, e à semelhança do que tem sido feito noutros pontos, uma abordagem histórica. A caracterização sócio-clínica da clínica da organização surge num segundo ponto.

2.1. HOSPITAL DE SÃO JOSÉ: MAIS DE 500 ANOS AO SERVIÇO DA SAÚDE

O Hospital de São José surge como o contexto em análise do nosso estudo na medida em que se trata de uma instituição com tradição na formação de profissionais de saúde.

Em Portugal no final do século XV verificava-se a existência de um grande número de instituições onde se recolhia e prestava assistência aos peregrinos, viajantes, doentes e alienados, designadas por Hospitais, Gafarias e Albergarias. Só em Lisboa existiam cerca de sessenta dessas instituições, vocacionadas para a caridade e orientadas quase exclusivamente para a componente social e religiosa. Pela Europa assistia-se a um progressivo abandono desta filosofia de cuidados (Abelha, 2003).

As origens do Hospital de São José remontam a 15 de Maio de 1492. Teve como mentor da obra o Rei D. João II, que deu ordens para a sua construção numa horta do Convento de São Domingos. A direcção da obra ficou a cargo do mestre arquitecto Diogo Boitaca. Com a edificação deste hospital pretendia o Rei criar ordem administrativa e financeira na assistência prestada ao povo, agradando desta forma a população, mas também antevendo os grandes benefícios que daí adviriam para a saúde de um amplo hospital, bem instalado, apetrechado e dirigido, funcionando com eficácia e bons resultados terapêuticos (Silva e Beirão, 2005).

A inauguração do "*Hospital Real de Todos os Santos*", em latim "*Omnium Sanctorum*" esteve a cargo do Rei D. Manuel I em 1504. Foram várias as

denominações atribuídas de início a este Hospital. Chamavam-lhe Hospital Grande, Hospital de Todos-os-Santos, Hospital Grande de Todos-os-Santos, ou Hospital Real, mas tinha ficado verdadeiramente conhecido por Hospital dos Pobres. As razões de tal diversidade de denominações eram múltiplas. Primeiro, a criação deste hospital foi o resultado da concentração de vários pequenos hospitais então existentes no termo da cidade (mais de trinta). Ao ter que denominar este grande hospital, para contento de todos os outros que tinham denominações de Santos, foi escolhida a denominação de Todos-os-Santos. No entanto, como a sua criação havia sido apontada pelo Rei D. João II, era também designado por Hospital Real. Por outro lado, como se destinava a servir os pobres, acabou por ficar realmente conhecido, na altura, por Hospital dos Pobres (Silva e Beirão, 2005).

A organização deste hospital era considerada exemplar quando comparada com a de outros hospitais europeus, contribuindo decisivamente para o desenvolvimento da assistência e da medicina em Portugal (Leone, 1980). Os doentes eram separados em função do sexo e da doença (Abelha, 2003). Começou com cem camas e foi progressivamente aumentando o seu número para trezentas e, mais tarde, para cerca de seiscentas (Silva e Beirão, 2005).

O estilo arquitectónico inspirava-se nos modelos italianos, marcando a passagem do Gótico ao Renascimento. A sua forma era de uma cruz, que o dividia em quatro partes rodeadas por claustros. Os quatro braços da cruz constituíam uma igreja e três enfermarias (Santa Clara, São Vicente e São Cosme). No centro ficava a Capela-mor. Estava orientado para poente com o objectivo de obter um melhor aproveitamento da luz e da ventilação (Abelha, 2003).

As enfermarias eram amplas e arejadas, as camas estavam dispostas em fila junto às paredes laterais. Para além destas três enfermarias o hospital continha ainda a "*Casa de Doudos*", a "*Casa das Boubas*", uma "*Enfermaria para convalescentes*" e a "*Roda dos Enjeitados*", onde eram depositados os recém-nascidos abandonados pelos pais. Assim, a instituição destinava-se a assistir gratuitamente doentes, inválidos e crianças abandonadas (Abelha, 2003).

O hospital era dotado de um corpo clínico, administrativo e auxiliar, regido por um regulamento que não só definia o modelo organizacional e os serviços que prestava,

como também definia as funções e responsabilidades de cada profissional (Abelha, 2003).

A instituição hospitalar tinha um físico, dois cirurgiões e pessoal religioso que efectuava as tarefas de enfermagem, além de serventes e aprendizes. A admissão dos doentes fazia-se por uma espécie de banco (facto que se julga estar na origem da designação de "Banco" dada aos Serviços de Urgência em Portugal), sendo o físico e um dos cirurgiões obrigados a assistir os doentes que procurassem o hospital. Os doentes eram repartidos, inicialmente, pelas secções de doentes com feridas, com febres e com mal gálico, que englobava todas as doenças venéreas (Silva e Beirão, 2005).

Em 1564 a administração do hospital, até ali da responsabilidade régia, foi entregue à Misericórdia de Lisboa, tendo um dos seus membros sido nomeado para exercer essa função, recebendo a designação de Enfermeiro-Mór. Desde 1557, ainda no reinado de D. João III, o hospital esteve a cargo dos cónegos seculares de S. João Baptista (Lóios). Com a passagem para a Misericórdia, passaram nele a prestar serviço os Jesuítas e S. Roque, além de outros religiosos, mas em número reduzido (Silva e Beirão, 2005).

O Hospital de Todos-os-Santos era, então o maior hospital do País. Mas por volta de 1598 encontrava-se com grande dificuldade de instalações para atender todos os doentes pobres que a ele acorriam e com insuficiência de meios financeiros para os sustentar. Contudo, logo em 1601, foi destruído por um incêndio, que obrigou à sua reconstrução. O novo hospital reconstruído ficou com um corpo cruciforme e dois andares, onde foram instaladas quatro grandes enfermarias, duas de homens e duas de mulheres, podendo abrir-se mais três, e uma enfermaria para pessoas doentes da nobreza, além dos locais de isolamento para loucos e determinados doentes (Silva e Beirão, 2005).

A missão desta instituição de saúde era de atender todos os doentes sifilíticos da cidade e, ainda, pelo regimento de D. Manuel I, a obrigação de receber todas as crianças abandonadas da cidade, que eram entregues ao cuidado de amas externas. As despesas com a criação dos recolhidos e sustento das amas corriam então por conta das câmaras ou Misericórdias. Em 1616 está registado que o criandário do

hospital tinha duzentas crianças a cargo de amas sustentadas pelo próprio hospital (Silva e Beirão, 2005).

Nesta altura os físicos e cirurgiões só tinham título universitário quando estudavam em Coimbra. Contudo, no Hospital de Todos-os-Santos, procedia-se ao ensino da cirurgia, a começar pelo da anatomia. Mandado contratar por D. Manuel I, o primeiro professor de anatomia teria sido Gaspar Lopes. No entanto, foi Guevara quem desenvolveu os estudos anatómicos aplicados à prática da cirurgia. Cada cirurgião tinha como ajudantes dois "moços", a quem devia transmitir todo o seu saber, até se tornarem cirurgiões, os quais obteriam a carta de habilitação por aprovação no exame feito pelo Cirurgião-Mór (Silva e Beirão, 2005).

O hospital dispunha de uma horta nos terrenos de nascente e à entrada do rés-do--chão do edifício havia uma albergaria destinada a receber os pedintes e os peregrinos, que eram acolhidos por uma funcionária encarregada de lhes fornecer a água e de acender o lume para se aquecerem e cozinharem, ao mesmo tempo que procedia à mudança das roupas das camas. No interior do hospital, servindo-lhe de base, estava a igreja grande e sumptuosa para a qual davam todas as enfermarias, de forma que os doentes podiam assistir às cerimónias religiosas sem se deslocarem dessas enfermarias (Silva e Beirão, 2005).

Depois de sensivelmente três séculos de existência o Hospital Real de Todos os Santos representou um importante ponto de referência para a assistência sanitária na cidade de Lisboa (Abelha, 2003).

O desvio de bens e receitas deu início a um período de decadência (Abelha, 2003). Apesar doutros incêndios e terramotos, o hospital sobreviveu até 1 de Novembro de 1755, data em que foi destruído por um incêndio que se seguiu ao grande terramoto que assolou Lisboa. Todavia, foi ainda possível salvar o seu cartório, que se encontra actualmente no Arquivo Histórico do Hospital de São José. Coincidência, ou não, o Hospital Real de Todos-os-Santos foi destruído no seu próprio dia, o de Todos-os--Santos (Silva e Beirão, 2005).

Três anos depois, em 1758, Marquês de Pombal nomeou como Enfermeiro-Mór Jorge Francisco Mendonça para aproveitar e restaurar algumas enfermarias (Leone, 1980; Silva e Beirão, 2005). Apesar da capacidade deste Enfermeiro-Mór, as deficiências eram grandes e impossíveis de evitar a curto prazo (Silva e Beirão,

2005). Após várias tentativas de recuperação foi considerado irrecuperável, estando hoje sepultado no actual Rossio e Praça da Figueira (Abelha, 2003).

Durante vinte anos os doentes foram assistidos no velho hospital em ruínas, bem como no convento de São Bento, hoje Assembleia da República e por outros edifícios espalhados pela cidade (Abelha, 2003).

Aproveitando a expulsão dos Jesuítas de Portugal, em 1759 que o insigne Ministro de D. José (Marquês de Pombal) doou ao Hospital de Todos os Santos o edifício do Colégio de Santo Antão-o-Novo, da extinta Companhia de Jesus, passando a designar-se "*Hospital Real de São José*". Deste fazia parte uma imponente igreja e uma ampla sacristia fundada em 1613 por D. Filipa de Sá (Leone, 1980, Abelha, 2003; Silva e Beirão, 2005). Os terrenos do edifício degradado seriam vendidos em benefício da instituição (Leone, 1980).

Só em 1775 foram transferidos todos os doentes "espalhados" por vários conventos e palácios até à Rua de São José (localização actual), para o Hospital Real de São José, em atenção ao dito Rei (Leone, 1980).

Lisboa começava a ser uma grande capital e por isso os doentes eram também em maior número, obrigando assim o hospital a fazer obras de conservação e ampliação. Após um período conturbado do ponto de vista sócio-político ocasionado pelas invasões francesas (1807 – 1814), foi dado mais um avanço na reconstrução do edifício em 1811, mandando D. Francisco de Almeida, então Enfermeiro-Mór, construir a cerca do hospital, bem como o pórtico da entrada do edifício, que ainda hoje existe e que comemora a derrota do General Massena e com ele a retirada definitiva dos franceses. Nesta mesma altura foram igualmente recuperadas das ruínas da igreja oito das doze estátuas dos Apóstolos, que se encontram hoje assentes em colunas na fachada principal do edifício (Abelha, 2003; Silva e Beirão, 2005). Foram igualmente criados os quartos particulares para homens e dois anos depois para mulheres (Silva e Beirão, 2005).

Em 1825 foi fundada a Escola Régia de Cirurgia do Hospital de São José, o que permitia continuar as honrosas tradições do ensino da medicina, que já vinha do Hospital de Todos os Santos (Leone, 1980).

Outra informação, que consideramos curiosa, revela-nos que o actual pátio (denominado do Relógio) era até cerca de 1840 dividido ao meio, no sentido do seu

maior comprimento, por uma forte grade de ferro de grande altura, servindo este recinto de logradouro aos loucos, que em promiscuidade miserável habitavam a Enfermaria de São João de Deus, instalada hoje onde se encontram as dependências do Serviço de Urgência. Certo dia, Marechal Saldanha, ao visitar a instituição, ficou tão impressionado ao ver a situação daquelas pessoas que prometeu oferecer o edifício de Rilhafoles para aí se criar um hospital só para alienados, o que viria a acontecer em 1850 (Silva e Beirão, 2005).

Com a missão de assistir os doentes, visitar os encarcerados, enterrar os mortos e confortar os que sofrem, pertencente à Misericórdia de Lisboa (criada em 1498 por D. Leonor), foi em 1851 que o hospital passou a ter autonomia. Com uma nova gestão administrativa a instituição passou a prestar mais e melhores cuidados à população, conhecendo assim um período de franco progresso (Abelha, 2003).

A população enferma aumentou extraordinariamente e São José já não comportava tantos doentes. Foi preciso arranjar outros hospitais. Como foram extintas diversas Ordens Religiosas ficaram vagos alguns conventos, que dadas as suas grandes dimensões foram adaptados e utilizados como solução ideal para os albergar. O hospital passou, então, a designar-se por Hospital Real de São José e Anexos. A pouco e pouco os "anexos" do hospital foram aumentando e sofrendo adaptações (Leone, 1980), continuando a depender todos os hospitais da mesma administração central e a utilizar os mesmos serviços comuns (Abelha, 2003).

O primeiro edifício a ser anexado foi a antiga leprosaria de São Lázaro, em 1844, que também foi Escola de Enfermagem[4] e Maternidade Magalhães Coutinho (Leone, 1980; Abelha, 2003). Em 1857 foi anexado o convento do Desterro e, em 1892, o Convento de Arroios. O Hospital de Dona Estefânia foi o primeiro a ser concebido desde o princípio como hospital, tendo sido inaugurado em 1892 e entregue ao Hospital Real de São José (Abelha, 2003; Silva e Beirão, 2005).

Em 1901, altura em que o Hospital Real de São José e anexos se encontrava em dificuldades por problemas de sobrelotação, foi nomeado Enfermeiro-Mór José Curry de Câmara Cabral. De modo a dar resposta às necessidades da população Curry Cabral mandou construir, em 1906, o Hospital de Rego (actual Hospital de

[4] Sobre este assunto, ver também ponto 3.1. do Capítulo I que aborda o historial do percurso da Formação em Enfermagem.

Curry Cabral) e, em 1908, adquiriu o Convento de Santa Marta e entregou ambos à Administração do seu hospital. Além disso, entre 1908 e 1910, mandou construir o edifício onde actualmente se encontra instalada a Administração do hospital (Abelha, 2003).

Em 1910 deu-se a queda da monarquia e com ela um conjunto de reformas (Abelha, 2003). Três anos após a implantação da República, mais precisamente a 9 de Setembro de 1913, foram criados os Hospitais Civis de Lisboa, que incluíam o Hospital de São José, o Hospital de Santo António dos Capuchos, o Hospital D. Estefânia, o Hospital de Santa Marta, o Hospital Curry Cabral, o Hospital do Desterro e o Hospital de Arroios (que entretanto foi encerrado) (Leone, 1980). Estes hospitais, dispersos pela cidade de Lisboa, constituíram uma herança deixada pelo Hospital Real de São José, partilhando durante muitos anos uma gestão conjunta (Abelha, 2003). Foi-lhes concedida autonomia completa nos Serviços de Assistência Médica, Administração e Contabilidade. O lugar de Enfermeiro-Mór foi extinto, sendo substituído pelo de Director dos Hospitais Civis de Lisboa, que passaram a pertencer ao, então recentemente criado, Ministério do Trabalho. Mais tarde este Ministério desapareceu e os Hospitais Civis transitaram para o Ministério do Interior, onde se conservaram até à criação do Ministério da Saúde e Assistência Social, em 1958 (Silva e Beirão, 2005).

Em 1930, a Escola de Enfermagem, até então localizada no Hospital de São Lázaro[5], passou para um edifício próprio construído junto ao Hospital de Santo António dos Capuchos, cedendo as suas instalações para o alojamento da Maternidade Magalhães Coutinho, que aí permaneceu até 1970, data em que por sua vez foi transferida para um pavilhão junto ao Hospital de Dona Estefânia. No ano seguinte São Lázaro foi ocupada pelo Serviço de Ortopedia e Traumatologia (Silva e Beirão, 2005).

O Hospital de São José foi durante muitos anos a casa mãe do grupo, onde se encontrava sedeada a Administração e os serviços comuns. No terceiro quartel do século XX, o Hospital de São José classificava-se de "*Policlínico Geral*", abrangia uma grande variedade de especialidades, como o "*Banco de Urgência*" e o "*Serviço de Transfusões*". No entanto, foi o Banco de Urgência que transformou profundamente a história do Hospital de São José e dos Hospitais Civis de Lisboa

[5] Sobre este assunto, ver também ponto 3.1. do Capítulo I que aborda o historial do percurso da Formação em Enfermagem.

(Abelha, 2003), por ser tradicionalmente vocacionado para o utente politraumatizado (Leone, 1980).

Durante as primeiras quatro décadas que se seguiram à implantação da República, a gestão dos hospitais manteve-se sem alterações, até que o Ministro das Corporações decidiu entregar a gestão dos Hospitais Civis de Lisboa a médicos de carreira militar. Com a queda do Estado Novo, em Abril de 1974, teve início um novo período de crise até à criação de uma Comissão Instaladora. Em 1977 foi criado um órgão de gestão para cada hospital do grupo, mantendo-se no entanto uma gestão centralizada a cargo de um órgão colegial – "*a Comissão Coordenadora*" (Abelha, 2003).

Em 1988 deu-se o desmembramento do grupo, passando cada hospital a ser gerido por um Conselho de Administração, mas continuando a existir um órgão coordenador constituído pelos directores dos vários hospitais, o "*Conselho de Directores*" e pelo Coordenador dos Hospitais Civis de Lisboa (Abelha, 2003).

No ano de 2000 houve novo agrupamento, constituindo-se o Grupo dos Hospitais Civis de Lisboa, agora, com o Hospital de São José, o Subgrupo Hospitalar Capuchos e Desterro (que inclui Hospital de Santo António dos Capuchos e Hospital do Desterro), o Hospital de Santa Marta, o Hospital D. Estefânia, o Hospital Curry Cabral e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa. Apesar de serem um grupo, estas instituições têm autonomia técnica e administrativa (Carneiro, 2001).

Actualmente o Hospital de São José é um hospital geral central, localizado no centro da cidade de Lisboa, desempenhando um papel preponderante na prestação de cuidados de saúde na grande Lisboa e região sul do país. Encontra-se particularmente vocacionado para a assistência traumatológica. Trata-se de um edifício quinhentista que funciona como hospital há duzentos anos, ao longo dos quais tem sofrido adaptações e alterações, de modo a acompanhar o desenvolvimento científico e tecnológico. Existem no Hospital as especialidades de Medicina Interna, Cirurgia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Oftalmologia, Neurocirurgia, Neurologia, Cirurgia Maxilo-Facial, Estomatologia, Gastrenterologia, Fisiatria, Imagiologia, Anestesiologia, Imunohemoterapia, Anatomopatologia e Patologia Clínica. A organização dispõe ainda de um Serviço de Urgência, diversas Unidades de Cuidados Intensivos, Consultas e de Saúde Ocupacional (Silva e Beirão, 2005).

Mais recentemente, com a publicação da Portaria 115-A/2004, de 30 de Janeiro, o Hospital de São José conjuntamente com o Sub-Grupo Hospitalar de Santo António dos Capuchos e Desterro, passaram a constituir o centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central). Como consequência imediata, estas organizações passaram a ter uma administração comum, mantendo-se a sua actual estrutura produtiva e organizacional (Silva e Beirão, 2005).

2.2. CARACTERIZAÇÃO SOCIOCLÍNICA DA ORGANIZAÇÃO

O Hospital de São José é uma entidade prestadora de cuidados de saúde altamente diferenciados, integrada na rede oficial hospitalar, qualificada como Hospital Geral e Central.

Nos termos do Artº 1 do Regulamento Interno da instituição, aprovado pela Portaria nº 11/93 de 6 de Janeiro, há uma definição clara e abrangente do domínio da sua actividade, onde se refere: "*O Hospital de São José é um estabelecimento hospitalar com valências de alto nível de diferenciação, que exerce actividade de interesse público nas áreas de cuidados de saúde, ensino e investigação*".

Decorrente da missão da organização, pretende-se que os pressupostos da sua actuação sejam enquadrados pelos seguintes princípios:

- ***Satisfação da procura***

. Possibilitar com os recursos disponíveis a satisfação das necessidades da população da área de influência, reforçando a prestação de cuidados centrada no utente;

- ***Optimização dos recursos***

. Optimizar os recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos como resposta às crescentes solicitações da procura, diferenciação técnica e tecnológica;

. Sistema de informação e mecanismos de avaliação da performance organizacional;

. Praticar uma gestão centrada no planeamento, análise, controlo e auditoria.

- ***Garantia de Qualidade***

. Promover e assegurar a qualidade dos cuidados prestados.

No Plano Estratégico dos Serviços de Enfermagem, aprovado em Setembro de 2001, foram designadas algumas estratégias a "*partir de objectivos claros, com base em princípios e valores*" (Carneiro, 2001: 3) defendidos pela Direcção de Enfermagem.

A valorização da Enfermagem, como grupo profissional autónomo, e o prestígio da instituição requer de todos os enfermeiros uma participação activa, persistente e empenhada. Todos os enfermeiros são considerados como parceiros duma estratégia de desenvolvimento numa cultura centrada no utente, visando a qualidade e a excelência. Desta forma, os contributos individuais enaltecem e enriquecem o trabalho colectivo e contribuem para o aumento da satisfação pessoal e profissional de todos.

Procura-se um relacionamento institucional harmonioso, que permita criar sentimentos de identificação, partilha e coesão, recorrendo a princípios que assentam na auto-disciplina, na auto-responsabilidade, no trabalho de equipa e no envolvimento de todos no processo de organização e de gestão.

Os valores subjacentes são o respeito pelas pessoas na sua intersubjectividade, o exercício da justiça na igualdade de oportunidades e na honestidade dos processos, bem como a capacidade de acção coerente ao encontro do desejo colectivo.

Maria Teresa Carneiro (2001:11) começa a abordar a vertente *Gestão da Formação* citando António Nóvoa (1998) que refere que "*formar não é ensinar às pessoas determinados conteúdos, mas sim trabalhar colectivamente em torno da resolução de problemas: a formação faz-se na 'produção' e não no 'consumo' do saber*".

A medida política definida baseia-se em incentivar a formação ao longo da vida como forma de desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais dos enfermeiros, tendo sido definidas as seguintes estratégias:

- promoção da formação em contexto de trabalho;
- promoção da partilha intra-hospitalar de experiências formativas;
- promoção da realização de cursos no Centro de Formação;
- promoção do desenvolvimento de projectos pessoais no âmbito da formação;
- dinamização da investigação em enfermagem.

Espera-se então que:

- ✓ sejam elaborados planos anuais de formação de cada Serviço;
- ✓ seja reformulado o grupo de enfermeiros formadores, permitindo a designação de um por Serviço;
- ✓ sejam mantidas as actividades de formação/investigação semanais (quintas-feiras);
- ✓ seja nomeado um enfermeiro para o órgão de coordenação do Centro de Formação;
- ✓ se adequem as acções de formação a realizar no centro de Formação (identificação de necessidades, projecto de acreditação) e se aumente o seu número;
- ✓ se privilegie a sua frequência (através da organização de quotas por Serviço, do momento único de selecção, ...);
- ✓ se aproveitem/criem oportunidades de intercâmbio de conhecimentos com enfermeiros de outras instituições nacionais ou estrangeiras;
- ✓ frequentem o CCFE maior número de enfermeiros;
- ✓ se implementem medidas tendentes a diminuir as dificuldades dos enfermeiros na frequência do CCFE;
- ✓ se incentive a realização de trabalhos de investigação iniciados no CCFE;
- ✓ se aproveitem as oportunidades de envolvimento de enfermeiros em projectos de investigação institucionais multidisciplinares.

De entre os vários recursos do Hospital de São José destacamos a Biblioteca e ao Centro de Formação por serem particularmente relevantes no âmbito da formação dos seus profissionais.

A Biblioteca do Hospital de São José foi fundada em 1937. Nela é possível encontrar múltiplas publicações, nas diferentes áreas da saúde, que datam desde o século XIX, de segunda a sexta-feira entre as nove e as dezoito horas. Nas instalações da Biblioteca é igualmente possível, aos profissionais, aceder gratuitamente à Intranet e à Internet (permitindo o acesso a publicações assinadas pela instituição, nomeadamente de carácter científico e ao Diário da República Electrónico). O material existente na biblioteca não pode ser requisitado. Contudo, pode ser fotocopiado na mesma (Silva e Beirão, 2005).

Em 1992 foi criada uma estrutura de formação, na altura denominada por Núcleo de Formação do Hospital de São José, que constituiu o embrião da presente estrutura. A sua constituição emergiu na sequência da constatação da existência de necessidades de formação à qual a anterior estrutura não dava resposta[6] (Silva e Beirão, 2005).

A partir de 1993 deu-se início à realização de acções de formação, funcionando em instalações provisórias, recorrendo a outros espaços (sala da biblioteca do Serviço de Imunohemoterapia e sala de reuniões do Serviço de Imagiologia) ou adaptando os existentes (Silva e Beirão, 2005).

Em Janeiro de 1994 o Centro de Formação passou a funcionar em edifício próprio, tendo o Conselho de Administração recuperado o espaço onde funcionava o antigo laboratório de análises clínicas (Silva e Beirão, 2005).

A função formação é um elemento fundamental do crescimento e desenvolvimento dos recursos humanos: um factor chave de qualquer organização, na medida em que a eficácia da organização depende cada vez mais da qualidade dos seus recursos humanos. Neste contexto, a política de formação do Hospital de São José visa ser um processo global, dinâmico, uma vez que permite estimular o desenvolvimento pessoal, técnico e científico de todos os sectores profissionais da organização, de modo a permitir o desenvolvimento de competências necessárias ao desempenho da actividade profissional para assegurar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e dos serviços prestados (Silva e Beirão, 2005).

Para a prossecução desta política foi definida uma estratégia assente nas necessidades individuais, e de modo a permitir responder a alterações à prática profissional, aos novos normativos e à introdução de novas tecnologias e de novas técnicas. Decorrentes desta estratégia, os objectivos gerais da instituição para a formação são:

- Informar e formar os funcionários na área da qualidade, considerando a implementação de projectos de melhoria da qualidade;
- Desenvolver em todos os funcionários competências consideradas necessárias para o desenvolvimento de uma estratégia organizacional;
- Desenvolver nos profissionais competências requeridas para o desempenho específico da sua actividade (Silva e Beirão, 2005).

[6] Departamento de Educação Permanente (DEP), comum a todos os Hospitais do Grupo dos Hospitais Civis de Lisboa, que aquando da desagregação deste grupo deixou de ter enquadramento institucional.

Após a abordagem de alguns aspectos históricos, bem como a filosofia da instituição, parece-nos mais fácil o entendimento do contexto de trabalho dos nossos sujeitos. No entanto, no decorrer do trabalho de investigação teremos oportunidade de conhecer e aprofundar mais alguns aspectos pertinentes para o estudo, nomeadamente no ponto 3.2. que caracteriza os locais de experiência clínica.

3. OS ACTORES DO ESTUDO

Apesar de todos os actores do estudo serem enfermeiros do Hospital de São José, desempenham funções em contextos distintos com características e culturas próprias, pelo que também o exercício das suas funções é influenciado pelas especificidades de cada serviço. Este ponto do trabalho pretende fazer a caracterização dos actores do estudo, dos seus locais de experiência clínica e dos contextos de formação onde cada um realizou o CCFE.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES DO ESTUDO

O grupo estudado incluía enfermeiros que frequentaram o primeiro CCFE e que exerciam funções no Hospital de São José.

De um total de catorze enfermeiros, com idades compreendidas entre os 27 e os 52 anos e com uma média de idade de 38.71 anos com desvio-padrão de 6.5, dois sujeitos eram do sexo masculino e os restantes doze do sexo feminino. O tempo de serviço de cada um variava entre cinco e trinta e um anos e tinha como média 16,86 anos de serviço com desvio-padrão de 6.65. Apenas um enfermeiro era nível 1 e os restantes treze eram Graduados, pertencendo todos ao Quadro da instituição.

A formação básica em enfermagem por si só era tida por doze dos actores do estudo, enquanto um tinha outro curso superior de grau académico licenciatura (Psicologia Social e das Organizações) e outro possuía, para além de um Curso de Estudos Superiores Especializados em Saúde Mental e Comunitária que lhe conferiu o grau académico de licenciatura, o Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais. Outro actor encontrava-se a realizar a parte curricular do Mestrado em Estudos sobre as Mulheres.

3.2. LOCAIS DE EXPERIÊNCIA CLÍNICA

Os catorze enfermeiros tinham como locais de experiência clínica onze serviços distintos no Hospital de São José: Bloco Operatório Central, Bloco Operatório de

Oftalmologia, Central de Esterilização, Serviço de Urgência de Internamento Curto (SUIC), Serviço 2 Sala 1 (Medicina Homens), Serviço 3 Sala 1 (Cirurgia Geral Homens), Serviço 4 (Cirurgia Geral Misto), Serviço 6 (Cirurgia Plástica e Reconstrutiva e Neurologia), Serviço 10 UCI (Unidade de Cuidados Intensivos de Neurocirurgia), UCIC (Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos), UCIP (Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente). Apenas o Serviço de Urgência de Internamento Curto (SUIC), o Serviço 4 e a UCIP tinham dois enfermeiros a frequentar o CCFE; os restantes tinham apenas um. Os contextos específicos dos actores do estudo serão caracterizados de forma breve de modo que se possa conhecer as diferentes realidades dentro de uma única instituição. Apesar de se encontrarem numa mesma instituição são locais distintos de trabalho, com características próprias e como tal com uma cultura própria[7]. As informações referentes a cada serviço foram fornecidas pelos actores do estudo ou através de documentos.

O ***Bloco Operatório Central*** localiza-se no segundo piso do edifício central do Hospital, entre o Serviço 4 (Cirurgia Geral) e a Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (antiga UCIC - Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos). Dispõe de seis salas operatórias, designadas por letras de A a F e do Trauma Room. Este Bloco Operatório dá resposta a cirurgia electiva ou programada de diversas especialidades (Cirurgia Geral do Serviço 4, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Estomatologia, Otorrinolaringologia, Traumatologia e Vertebro--Medular) e a cirurgia de urgência que para além destas inclui outras especialidades (Cirurgia Geral do Serviço 3 e do Hospital de Santo António dos Capuchos e Desterro, Cirurgia Vascular, Oftalmologia, Ortopedia, Urologia). Em média são realizadas 400 cirurgias por mês, 18 cirurgias programadas e dez de urgência por dia. A equipa de Enfermagem era constituída pela enfermeira chefe, dezasseis enfermeiros graduados e dois enfermeiros nível 1 fora de escala e quatro equipas de seis elementos (24 enfermeiros) em horário rotativo. Estavam também colocados neste serviço dois enfermeiros graduados que exerciam funções na angiografia e uma enfermeira nível 1 que exercia funções no TAC. Ou seja desta equipa faziam parte quarenta e seis enfermeiros, a sua maioria com regime de horário acrescido (42 horas

[7] A este respeito ver também ponto 2.2. sobre Modelos de Organização do Trabalho do Capítulo I quando se foca a cultura local, cultura de grupo e organização informal.

semanais). Fazem também parte deste serviço dez maqueiros, dos quais dois tinham horário fixo, e uma administrativa. As equipas médicas eram dos serviços ou que estão de Urgência.

O ***Serviço de Oftalmologia*** situa-se num edifício anexo ao edifício central do Hospital, cujo ***Bloco de Cirurgia Ambulatória*** se encontra na ala esquerda do rés-do--chão do mesmo. Este Bloco é composto por transfere, sala de desinfecção, bloco operatório e sala de recobro. A sua estrutura física baseia-se num hall de entrada, vestiário e sala de consumo, sala de desinfecção, sala de trabalho, sala de esterilizados e bloco operatório com uma sala única. Dos recursos materiais fazem parte duas marquesas (das quais uma é essencialmente destinada a cirurgias com anestesia geral), material de apoio anestésico e vigilância de sinais vitais e material de apoio cirúrgico (microscópios, aparelhos de foco-emulsificação, televisões e vídeos). O seu horário de funcionamento é entre as oito e as dezasseis horas e trinta minutos de segunda a sexta-feira. Da equipa permanente fazem parte quatro enfermeiras, um(a) auxiliar de acção médica e um(a) médico(a) anestesista. A cirurgia à catarata é a mais frequente, em que as equipas médicas funcionam em rotatividade. Contudo, há dias fixos para outras cirurgias (vitreoretiniana, descolamento da retina, glaucoma e cirurgia pediátrica). O Programa de Promoção do Acesso funciona também neste Bloco Operatório, em horário pós-laboral, em dias estabelecidos pela "Equipa do Acesso", que é formada por três enfermeiras, um(a) auxiliar de acção médica, um(a) anestesista, dois cirurgiões e dois médicos ajudantes. O enfermeiro do Bloco Operatório de Oftalmologia tem como funções:

a) Recepção, verificação e arrumação do material cirúrgico esterilizado e de consumo geral enviado pela Central de Esterilização;
b) Preparação do material necessário para a cirurgia;
c) Preparação dos fármacos para a anestesia;
d) Recepção dos doentes na sala;
e) Monitorização do doente e cateterização de veia periférica;
f) Preparação da mesa operatória;
g) Apoio na cirurgia e anestesia;
h) Notas e registos;
i) Saída do doente;
j) Reposição de stocks;
k) Preparação da sala para outra cirurgia;
l) Lavagem, empacotamento do material e envio para a Central de Esterilização.

A ***Central de Esterilização*** do Hospital de São José localiza-se no piso 0 do seu edifício central, junto ao Serviço de Urgência e próximo dos elevadores de acesso ao Bloco Central, Sala de Emergência e Unidades de Cuidados Intensivos Médicos e Cirúrgicos. Os seus principais objectivos são prevenir a infecção hospitalar e racionalizar os custos e rentabilizar os recursos tendo como finalidade fornecer com critérios de tempo, qualidade e quantidade os dispositivos médicos com necessidade de uso estéril a todos os serviços utilizadores. Este serviço é uma unidade de apoio clínico dotada de autonomia técnica e de recursos humanos e materiais próprios e encontra-se dividida em zona suja, zona limpa, armazém de bens processados, zona de preparação de têxteis e compressas e armazém de consumíveis. A equipa deste serviço é composta por 29 elementos: quatro enfermeiras (uma enfermeira chefe e três enfermeiras graduadas) e 25 auxiliares de acção médica. O papel do enfermeiro neste serviço passa pela supervisão do trabalho executado pelos auxiliares de acção médica e pelo controlo da qualidade dos artigos esterilizados.

O ***Serviço de Urgência de Internamento de Curto*** (SUIC) é normalmente designado por Serviço de Urgência. Este serviço é constituído por duas áreas distintas de atendimento: uma localizada no rés-do-chão destinada a urgências médico-cirúrgicas, ortotraumatológicas e suas sub-especialidades e no caso dos utentes que recorrem por sua iniciativa ou por transferência das outras unidades de saúde – Centros de Saúde e Hospitais (vulgarmente conhecida por Urgência ou SO – Sala de Observação); e outra, localizada no primeiro piso, denominada por Sala de Emergência ou *Trauma Room*. No rés-do-chão encontram-se vários sectores: pré-triagem, balcões de homens e mulheres, balcões de otorrinolaringologia, oftalmologia, estomatologia e ortopedia, Pequena Cirurgia e Sala de Abcessos, SO, que inclui salas de observação, reanimação, sala de pediatria e "corredor" (sendo estes locais de prestação directa de cuidados médicos e de enfermagem), Central de Doentes, Unidade Administrativa da Urgência e Espólios, Sala de Maqueiros, duas salas de espera, Laboratório de Urgência, Radiologia de Urgência, Gabinete de Electrocardiopneumografia, Posto da Polícia. A Sala de Emergência ou *Trauma Room*, localizada no segundo piso, destina-se exclusivamente ao atendimento do utente politraumatizado transferido de outra unidade hospitalar ou vindo directamente do local do acidente.

Este serviço tem uma capacidade teórica de 24 camas, que na prática se traduz ao número de macas disponíveis – noventa – para os utentes que a ele recorrem e têm

necessidade de internamento ou assistência social. Todos os dias são assistidos cerca de 600 doentes em balcão, com uma média de 50 doentes internados na Sala de Observação. As áreas de influência abrangem toda a região sul do Tejo, Ribatejo, incluindo a área de Portalegre até Torres Vedras e Lisboa.

A equipa de enfermagem era constituída por 72 enfermeiros: uma enfermeira chefe, duas enfermeiras especialistas, catorze enfermeiros graduados e 54 enfermeiros nível 1. Encontram-se em escala fixa em regime de horário acrescido (42 horas semanais) a enfermeira chefe, as enfermeiras especialistas e uma enfermeira graduada. Os restantes elementos encontravam-se, em horário rotativo, distribuídos por quatro equipas, cada uma gerida por um enfermeiro graduado. O horário das equipas era também de 42 horas semanais, embora todas as equipas tivessem enfermeiros com diferentes horários de trabalho (24, 35 e 42 horas semanais). O número total de auxiliares de acção médica era de 38, com horários fixos e rotativos com um total de 35 horas semanais. A assistência médica era assegurada por oito equipas de medicina e de cirurgia, em escala de 24 horas. Para além destas existiam ainda as equipas das sub-especialidades médicas (neurologia) e cirúrgicas (otorrinolaringologia, estomatologia, oftalmologia, cirurgia maxilofacial, ortopedia, urologia, neurocirurgia, cirurgia plástica e reconstrutiva e unidade vertebro-medular) e tinham um dia fixo de banco por semana com rotação nos fins-de-semana. Era secretariado por dois funcionários administrativos entre as oito e as vinte horas nos dias úteis. No restante período de tempo, o secretariado do serviço era assegurado pelo enfermeiro chefe de equipa em parceria com a Unidade Administrativa da Urgência e que integrava as admissões e transferências da Urgência.

Dadas as características do serviço, a metodologia de trabalho passa por uma articulação entre o método individual – em que cada enfermeiro é responsável pela prestação de cuidados de enfermagem dos utentes do "seu" sector – e o método de equipa – uma vez que o mesmo utente passa frequentemente por vários sectores num curto período de tempo.

Para além das salas 2, 3 e UCInt. (Unidade de Cuidados Intermédios), o ***Serviço 2 Sala 1*** (*Medicina Homens*) é uma das salas do Serviço de Medicina. A Sala 1 é composta por quatro quartos com quatro camas, dois quartos com duas camas e um quarto com duas camas com casa de banho privativa que serve também para o isolamento dos doentes com tuberculose pulmonar. Todos os quartos dispõem de

lavatório e as unidades dos doentes são individualizadas através de cortinados. Deste serviço fazem também parte: refeitório e sala de televisão, sala de trabalho, gabinete da enfermeira chefe, gabinete do director, gabinete de trabalho médico, gabinetes de enfermagem, casas de banho do pessoal, rouparia/arrecadações, sala de arquivo, copa, secretariado, salas de exames, sala de electrocardiografia, zona de sujos. A lotação da Sala 1 é de 32 doentes do sexo masculino. Anexo à Sala 2 existe uma Unidade de Cuidados Intermédios, com seis camas que recebe doentes das três salas do serviço de Medicina sempre que a situação o justifique, cujos enfermeiros são da equipa da Sala 2. O Serviço 2 Sala 1 recebe doentes vindos do Serviço de Urgência, da Consulta, de outros serviços de internamento e da Unidade de Cuidados Intermédios.

A equipa de enfermagem era constituída pela enfermeira chefe, uma enfermeira especialista em reabilitação, quatro enfermeiros graduados e doze enfermeiros nível 1. A equipa médica era constituída pelo director do serviço, pelo chefe de serviço, por assistentes hospitalares, internos e estagiários. O secretariado administrativo do serviço era garantido por uma secretária de unidade. O serviço contava com uma equipa de seis auxiliares de acção médica. Sempre que necessário contava ainda com a colaboração de outros profissionais: médicos de diversas especialidades (neurologia, medicina física e reabilitação, psiquiatria, neuropsicologia), fisioterapeutas, psicólogo, capelão, técnicas de Serviço Social, terapeuta da fala, entre outros.

O método de trabalho é o método de distribuição de trabalho por enfermeiro responsável, em que a enfermeira especialista e os enfermeiros graduados em horário fixo são responsáveis diariamente por um grupo de doentes, sendo normalmente coadjuvados por um enfermeiro da escala que é responsável por dois ou três doentes desse grupo.

O ***Serviço 3 Sala 1*** do Hospital de São José localiza-se no terceiro piso do seu edifício central, ao lado do Serviço 4 e do Serviço 3 Sala 2, tendo como acessos elevador e escadas. Trata-se de um serviço de cirurgia geral com lotação de trinta camas, distribuídas por três quartos de seis camas e três de quatro.

Os doentes assistidos são do sexo masculino e provenientes da Consulta Externa, do Serviço de Urgência ou transferidos de outras unidades de internamento da

instituição. As cirurgias efectuadas neste serviço são consideradas de médio e de alto risco do foro cirúrgico e traumatológico. As patologias mais frequentes agrupam-se em: patologia abdominal (neoplasia esofagogástrico, hepatobiliopancreático, do cólon e do recto, patologia da parede abdominal), patologia traumática toraco--abdominal, patologia artério-venosa dos membros inferiores, patologia da tiroideia.

O serviço apresenta estruturas físicas envelhecidas, pouco adequadas aos cuidados individualizados dos utentes, por apresentar divisórias dos quartos abertas em cima, não permitindo a privacidade. Próximo do Bloco Operatório (que se localiza no Serviço 3 Sala 2) encontram-se duas salas: uma destinada à pré-anestesia e outra para o recobro pós-operatório de todos os doentes do Serviço 3, portanto de ambos os sexos. Na sala de pré-anestesia, os utentes internados para cirurgia de curto internamento (doentes que são admitidos, intervencionados e recebem alta para o domicílio ou para uma unidade não abrangida pelos serviços médicos até 48 horas após o acto cirúrgico), são preparados para a intervenção cirúrgica e após a mesma permanecem durante algumas horas até que lhes seja conferida alta clínica. A sala de recobro pós-operatório destina-se ao recobro dos doentes no pós-operatório imediato.

Deste serviço fazem também parte a copa, gabinete do Director do Serviço, gabinete do Chefe do Serviço; Gabinete Médico, gabinete do Enfermeiro Chefe, arrecadação de material de consumo, instalações sanitárias dos utentes compostas por três *toillets* e dois duches, zona suja, vestiário e instalações sanitárias do pessoal para o sexo masculino e outro para o sexo feminino, gabinete onde se encontram os processos dos utentes, sala de tratamentos e exames, sala de material diverso (material esterilizado, bombas e seringas infusoras, elevador automático, biombos, entre outros), gabinete de enfermagem e administrativo, gabinete de reuniões, quarto do médico de urgência interna, refeitório dos utentes, sala de trabalho dos enfermeiros, arrecadação suplementar (cadeira de rodas, suportes de soros, colchões, entre outros materiais).

Da equipa de saúde faziam parte 23 médicos (comuns ao Serviço 3 Sala 1 e Sala 2), dois administrativos e oito auxiliares de acção médica. Apesar de não fazerem parte da unidade, há outros técnicos de apoio, nomeadamente: fisioterapeuta, dietista, assistente social, psicólogo, farmacêutico, que se deslocam à unidade quando solicitados. A equipa de enfermagem era constituída por 21 elementos (um

enfermeiro chefe, um enfermeiro especialista, seis enfermeiros graduados e treze enfermeiros nível 1), a maioria com horário acrescido (42 horas semanais).

O ***Serviço 4*** é um serviço de cirurgia geral para utentes de ambos os sexos, que tem a lotação de trinta camas, sendo dezasseis destinadas a utentes do sexo masculino e catorze do sexo feminino. Está localizado no edifício principal da instituição, tendo como acessos elevador e escadas.

O serviço recebe utentes vindos do Serviço de Urgência, Consulta Externa e outras unidades do Hospital, com as mais diversas patologias do foro cirúrgico. As patologias mais frequentes são sobretudo neoplasias, hérnias, icterícia obstrutiva, apendicites e pancreatites. A demora média de internamento é de cerca de nove dias, variando de acordo com a situação clínica e respectiva intervenção cirúrgica.

Esta unidade prestadora de cuidados é constituída por oito quartos, sendo dois com quatro camas e seis com três camas, além de outras áreas de apoio como: zona suja, zona de lavagem, instalações sanitárias de utentes para o sexo feminino e para o sexo masculino, gabinete de observações/sala de exames ou pensos, zona de trabalho de enfermagem, refeitório/sala de televisão de utentes e copa, gabinete administrativo; e situados fora do serviço o gabinete do enfermeiro chefe, sala onde são realizadas as reuniões de registos de enfermagem, gabinete do director de serviço e gabinete de chefes de serviço.

O método de distribuição de trabalho de enfermagem era o método por responsável. A equipa de enfermagem era constituída por enfermeiro chefe com a especialidade médico-cirúrgica, um enfermeiro especialista, dez enfermeiros graduados e cinco enfermeiros nível 1. A equipa médica era constituída por um director e dezasseis médicos distribuídos por quatro equipas. O pessoal auxiliar era constituído por uma ajudante de enfermaria e seis auxiliares de acção médica. O pessoal administrativo era constituído por duas secretárias de unidade. Apesar de não fazerem parte da unidade, há outros técnicos de apoio, nomeadamente: fisioterapeuta, dietista, assistente social, psicólogo, farmacêutico, que se deslocam à unidade quando solicitados.

O ***Serviço 6*** do Hospital de São José localiza-se no seu edifício central. Trata-se de uma unidade de internamento com 34 camas, sendo doze destinadas a doentes do foro Neurológico e as restantes 22 a doentes do foro da Cirurgia Plástica e

Reconstrutiva. Apesar desta capacidade de internamento, a lotação pode ser eventualmente acrescida, por necessidades do Serviço de Urgência, situação que quando se verifica obriga à acomodação dos utentes em macas distribuídas pelo corredor. Além das seis enfermarias possui ainda: um bloco operatório onde se realizam pequenas cirurgias, uma sala de recobro com três camas, uma sala de tratamentos para a realização de pensos, uma sala de trabalho de enfermagem, uma copa, casas de banho, arrecadação para *stocks* de material, zona limpa e zona suja para lavagem e tratamento de materiais. Existem ainda: um gabinete para a directora do serviço, um gabinete para a enfermeira chefe, dois gabinetes de trabalho médico e um gabinete de trabalho de enfermagem. A admissão dos doentes na unidade é realizada através do Serviço de Urgência durante o período das 24 horas diárias ou pela consulta, durante o período da manhã e por transferência de outros serviços de internamento.

A equipa de enfermagem era constituída por dezasseis enfermeiros (a enfermeira chefe, uma enfermeira especialista, treze enfermeiros graduados dos quais dois estavam fora de escala e uma enfermeira nível 1). A maior parte destes elementos tinham idade superior a cinquenta anos. No serviço estavam também integrados nove auxiliares de acção médica, também com a maioria com idade superior a cinquenta anos; duas secretárias de unidade em gabinete próprio e duas equipas médicas (uma de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva e outra de Neurologia).

O método de trabalho preconizado para o serviço era o método de cuidados integrais e individualizados. Contudo, devido a limitações, quer de objectivos pré--estabelecidos pela unidade, quer pelo défice de recursos humanos, essa opção só seria praticada no turno da manhã onde a enfermeira chefe fazia a distribuição dos vários doentes por enfermeiro. Nos turnos da tarde e da noite, e porque só existiam dois enfermeiros no serviço, era praticado o método de trabalho tradicional, em que um dos enfermeiros se responsabilizava pela administração da terapêutica enquanto o outro pela avaliação dos sinais vitais. As actividades como o posicionar os doentes, dar alimentação entre outras, eram executadas em colaboração mútua e com a ajuda de uma auxiliar de acção médica presente em cada turno.

A ***Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço 10*** (*Neurocirurgia*) do Hospital de São José foi construída por volta de 1967 destinada à admissão de utentes traumatizados cranioencefálicos e vertebro-medulares. Situada paralelamente ao

edifício principal da instituição, procurava dar resposta a uma necessidade pontual, de agrupar os utentes deste foro que se encontravam dispersos pelas várias unidades de internamento dos Hospitais Civis de Lisboa.

Actualmente o ***Serviço 10 UCI*** faz parte do Departamento de Neurocirurgia, para além de uma enfermaria de mulheres e uma de homens e do bloco operatório. Na UCI podemos encontrar o: sector de reanimação com dez camas distribuídas por cinco salas, o sector de cuidados intermédios com doze camas e o recobro com duas camas. O *sector da reanimação* admite doentes em estado crítico, nomeadamente do foro da neurotraumatologia vindos do Serviço de Urgência ou da Sala de Emergência (*Trauma Room*) ou do Hospital de Dona Estefânia, que necessitam de ventilação artificial; e os doentes do foro da neurocirurgia no pré e pós-operatório imediato a cirurgias programadas ou de urgência e doentes submetidos a angiografia e embolização. O *sector de cuidados intermédios* recebe doze doentes distribuídos por três salas. Os doentes vêm da reanimação, Serviço de Urgência ou das enfermarias. Podem encontrar-se na fase aguda, sub-aguda ou na de sequelas. Tratam-se de doentes que necessitam de constante vigilância de forma a assegurar a continuação da evolução favorável do seu estado clínico. A demora média de internamento deste sector é a mais elevada do serviço, dada a gravidade e complexidade das situações dos doentes. O *recobro* dispõe de duas camas e recebe doentes operados do foro neurocirurgico. Funciona normalmente até às vinte horas, altura em que os doentes regressam à respectiva enfermaria (masculina ou feminina), após avaliação médica ou seguem para a Unidade de Cuidados Intensivos ou Cuidados Intermédios.

A equipa de enfermagem era constituída pela enfermeira-chefe, uma enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, um enfermeiro especialista em Reabilitação, uma enfermeira graduada responsável pelo sector da reanimação, uma enfermeira graduada responsável pelo sector dos cuidados intermédios, uma enfermeira graduada fora de escala, quatro equipas com horário rotativo com catorze enfermeiros chefiadas por enfermeiros graduados. A equipa médica era constituída por médicos especialistas em neurocirurgia e em anestesia. A equipa do pessoal auxiliar era constituída por uma ajudante de enfermaria e oito auxiliares de acção médica. O serviço contava ainda com uma secretária de unidade. Para além da equipa mencionada, o serviço tinha também apoio do serviço de radiologia, electrocardiografia, laboratório de análises clínicas, serviço de dietética, serviço

social, serviço de medicina física e reabilitação, psicólogo ou neuropsicólogo e do capelão. O método de distribuição de trabalho incluía o individual e de equipa, em que era determinado o número de doentes por enfermeiro que assegurava a prestação de todos os cuidados necessários (um enfermeiro para dois doentes na reanimação e um enfermeiro para quatro doentes nos cuidados intermédios). Era rotativo, pois todos os enfermeiros passam por todos os sectores. O horário rotativo baseia-se em duas manhãs (08h – 16h30min), duas tardes (16h – 24h) e duas noites (0h às 08h30min), seguido de folga.

A ***Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos*** (*UCIC*) existiu desde 1991 e até 2003, (altura em que deu lugar à Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais) e localizava-se no segundo piso do edifício principal do Hospital de São José, junto do Bloco Operatório Central e perto da Sala de Emergência e da Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (actual UTIC – Unidade de Tratamentos Intensivos Cirúrgicos). Tratava-se de uma unidade com a lotação de dez camas, em sistema aberto. A actuação de enfermagem neste serviço prendia-se com a prestação de cuidados de enfermagem directos e globais ao doente neurocirurgico, ortotraumatológico, doente com traumatismo vertebro-medular com compromisso da função respiratória, doentes em pós-operatório de cirurgia geral de urgência e programada, doente em pós-operatório de cirurgia vascular e doente pediátrico. O método de trabalho adoptado nesta unidade era o método de trabalho individual com máxima responsabilidade. Para além de enfermeiros que só faziam o turno da manhã, os restantes elementos estavam distribuídos por quatro equipas que tinham horário rotativo.

A ***Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente*** (*UCIP*) é uma unidade que foi organizada para dar resposta à cobertura sanitária da EXPO 98 e que em 2003 deu lugar à UTIC – Unidade de Tratamentos Intensivos Cirúrgicos. O espaço já existia, e foi equipado de forma a ser uma unidade prestadora de cuidados, garantindo o suporte básico e avançado de vida, em situação de catástrofe. Posteriormente à realização deste evento, a unidade foi convertida em unidade de cuidados intermédios, tendo a sua abertura ocorrido em Janeiro de 1999. A unidade situava-se no edifício principal do hospital, junto da sala de emergência, do Bloco Operatório Central e da Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos e estava integrada no Departamento de Cirurgia. O espaço consagrado à unidade era amplo, permitindo

uma fácil circulação de pessoas e equipamento. Era constituída por três grandes sectores: o primeiro, com duas salas que poderiam ser convertidas em salas de cuidados intensivos com oito unidades de doentes, equipadas para monitorização cardíaca e possível ventilação mecânica; o segundo, com três salas de cuidados intermédios com dezoito unidades de doentes, equipadas com monitorização cardíaca e rampas de oxigénio; o terceiro constituído por zonas de apoio, ocupando 50% da área total da unidade. Eram objectivos da unidade: assistir os doentes nos pós--operatórios de grandes cirurgias, não só em cirurgia geral, mas em todas as especialidades cirúrgicas como a cirurgia maxilofacial, ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia vascular, neurocirurgia, urologia e traumatologia vertebro-medular; tratar complicações médicas e cirúrgicas intercorrentes; atender o doente grande politraumatizado sem necessidade de ventilação; ser retaguarda das unidades de cuidados intensivos. Os doentes admitidos na unidade eram sempre transferidos de outros serviços, como a Sala de Emergência (*Trauma Room*), Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos (UCIC), Bloco Operatório Central, Bloco Operatório do Serviço 3 (Cirurgia Geral), Bloco Operatório do Serviço 9 (Ortopedia), Serviço 3 Sala 1 (Cirurgia Geral homens), Serviço 3 Sala 2 (Cirurgia Geral mulheres), Serviço 4 (Cirurgia Geral homens e mulheres), Serviço 10 – Reanimação e Intermédios.

Para além de enfermeiros que só faziam o turno da manhã, os restantes elementos estavam distribuídos por quatro equipas que tinham horário rotativo.

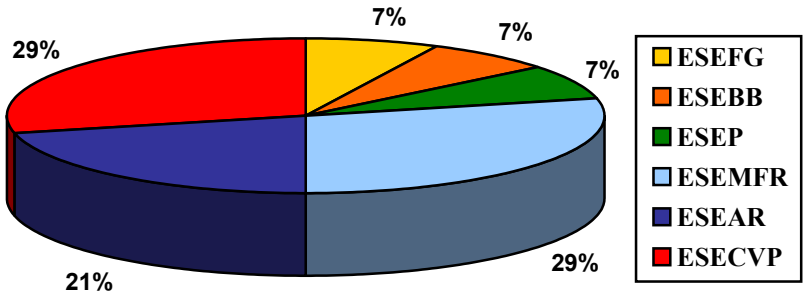
3.3. CURSO DE COMPLEMENTO: LOCAIS DE FORMAÇÃO

Os locais de formação dos actores do estudo, em relação ao Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, são também distintos (Gráfico 1), envolvendo seis estabelecimentos de ensino de enfermagem, sendo que:

- um enfermeiro (7.1%) estudou na Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto (ESEBB);
- quatro enfermeiros (28.6%) estudaram na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa (ESECVP);

- três enfermeiros (21.4%) estudaram na Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara (ESEAR);
- um enfermeiro (7.1%) estudou na Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil (ESEFG);
- quatro enfermeiros (28.6%) estudaram na Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende (ESEMFR);
- um enfermeiro (7.1%) estudou na Escola Superior de Enfermagem de Portalegre (ESEP).

Gráfico 1 – Distribuição dos actores do estudo por Escolas Superiores de Enfermagem onde frequentaram o CCFE



Sendo os contextos escolares distintos, importa a caracterizá-los brevemente de modo que se possam conhecer os diferentes locais de formação dos enfermeiros em causa.

Com localização em Coimbra e designada inicialmente por ***Escola de Enfermagem Bissaya Barreto,*** o seu funcionamento teve início em Outubro de 1971. Em 1973 teve início o primeiro curso de especialização em Enfermagem Obstétrica. Em 1973, o estabelecimento de ensino público foi convertido em Escola Superior de Enfermagem. Em 1991 teve início o funcionamento do primeiro curso de bacharelato em enfermagem, e em 1995 os Cursos de Estudos Superiores Especializados (CESES) em Enfermagem. Até Abril de 1996 esta escola já tinha diplomado 2050 enfermeiros. Os cursos leccionados nesta escola foram: enfermagem geral, auxiliares de enfermagem, especialização em enfermagem obstétrica, equiparação do curso de enfermagem psiquiátrica ao curso de enfermagem geral, especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica, pedagogia e administração para

enfermeiros especialistas, curso de bacharelato em enfermagem, CESES em enfermagem na comunidade, enfermagem de saúde materna e obstétrica, enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, administração de serviços de enfermagem, em enfermagem de reabilitação, enfermagem de saúde infantil e pediátrica e em enfermagem médico-cirúrgica (Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto, 2002).

A primeira versão do emblema da escola data de 1972. Tratava-se de um escudo rectangular, tendo como única figura a lâmpada numa estilização geométrica. A versão actual data de 1989. Por razões de estética passou a ter o formato em escudo inglês. O campo em esmalte sépia/púrpura, debruado a metal (ouro), sendo do mesmo metal as figuras e caracteres em campo; sépia por ser esta que a escola adoptou como a sua cor simbólica; metal de brilho/ouro por ser este o metal de maior realce e beleza, representando a nobreza de enriquecimento do conhecimento. No campo, em baixo, a lâmpada acesa e o símbolo da enfermagem, a expressão de luz e vida; à esquerda a torre da universidade desenvolvendo-se até ao alto do campo, identificando a escola com a cidade e o seu meio académico. Acima da lâmpada e ocupando a restante parte livre do campo à direita da torre o nome da escola por extenso (Fonseca, 2003).

O Curso de Complemento de Formação em Enfermagem tem a duração total de 890 horas, que se distribuem por diversas unidades curriculares com componentes teóricas, teórico-práticas e seminários.

Quadro 10 – Carga horária total por tipo de ensino no CCFE da ESEBB
Fonte: Portaria nº 83/2000, de 19/02, DR I Série – B nº 42: 614-615

UNIDADES CURRICULARES	TIPO	ESCOLARIDADE (EM HORAS TOTAIS)		
		AULAS TEÓRICAS	AULAS TEÓRICO--PRÁTICAS	SEMINÁRIOS
Administração, Gestão e Economia da Saúde	Anual	45	44	
Cuidados de Enfermagem	Anual	60	44	120
Métodos e Técnicas de Formação	Anual	45	44	
Tendências de Enfermagem	Anual	30	22	60
Metodologias de Investigação	1º Sem.	60	44	
Técnicas de Comunicação e Intervenção em Enfem	1º Sem.	30	33	
Bioética	2º Sem.	15	44	
Trabalho de Investigação na Área de Cuidados de Enfem	2º Sem.			150
SUB-TOTAL		**285**	**275**	**330**
TOTAL		**890**		

A ***Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa*** (ESECVP) é um estabelecimento de ensino superior privado vocacionado para a enfermagem e localizado em Lisboa (Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa, 2000). A sua entidade instituidora é a Cruz Vermelha Portuguesa, sendo seguidos ideologicamente os seus princípios fundamentais, adoptados pela XXª Conferência Internacional da Cruz Vermelha de 1965: humanidade, imparcialidade, neutralidade, independência, voluntariado, unidade e universalidade (Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa, 2002), nas recomendações da XXVª Conferência Internacional de 1986 e demais legislação em vigor (Fórum Estudante, 2000).

A sua insígnia, criada sob influência da bandeira Suíça: a cruz vermelha sobre o fundo branco, é a da Cruz Vermelha Internacional (Fonseca, 2003).

O Curso de Complemento de Formação em Enfermagem na ESECVP foi o primeiro curso deste género a ter início no nosso país, tendo decorrido entre Fevereiro e Dezembro de 2000. Com um total de 1000 horas, e três unidades curriculares com cargas horárias distribuídas da seguinte forma:

Quadro 11 – Distribuição da carga horária por unidades curriculares do CCFE da ESECVP

Fonte: Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa (2000)

Unidade Curricular	Total Teóricas	Total Práticas	Carga Horária Total
Ciências de Enfermagem	316 horas	436 horas	752 horas
Formação em Saúde	52 horas	72 horas	124 horas
Gestão em Saúde	52 horas	72 horas	124 horas
TOTAL	**420 horas**	**580 horas**	**1000 horas**

Durante o ensino teórico, a carga horária foi em média de 30 horas semanais. Decorreu durante o ano lectivo, com uma distribuição de duas semanas por mês, no horário das 13 às 20 horas. A parte prática desenvolveu-se no contexto de trabalho, contribuindo assim para o normal funcionamento das instituições. No entanto, existiram momentos de reflexão entre formandos/formadores, na perspectiva da melhoria da qualidade dos cuidados. A carga horária desta parte foi em média 35 horas semanais. No início do curso foi solicitado a cada formando um projecto de formação, tendo por base o Plano de Estudos do CCFE, bem como a respectiva carga horária e o calendário escolar.

A ***Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara*** (ESEAR) encontra-se em Lisboa, no Parque das Nações. É uma instituição de ensino superior politécnico e tem como área de actividade o ensino de enfermagem. É uma instituição carregada de história que advém de mais de um século como instituição formadora. Foi pioneira em Portugal na formação de enfermeiros, tendo já formado cerca de 12000 profissionais. Como vimos no ponto 3.1. do capítulo anterior, a sua criação remonta ao século XIX. Na simbologia da sua insígnia, salientamos a cruz patêa como símbolo do ideal de cuidar dos enfermos e em vermelho por ser a cor que representa a vida. A lâmpada simboliza a vigilância nocturna sob inspiração de Florence Nightingale (Fonseca, 2003).

Actualmente este estabelecimento de ensino é uma instituição de formação científica, técnica, humana e cultural de nível superior, à qual cabe ministrar formação em enfermagem para exercício da actividade profissional qualificada (Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara, 2002a). Neste estabelecimento de ensino, o CCFE tem a duração de 37 semanas que equivalem a 853 horas, cuja distribuição por unidades curriculares é apresentada no Quadro 12. O horário é de dois dias por semana, em regra às Terças e Quartas-feiras, das 08h00 às 18h00 (Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara, 2002b).

Quadro 12 – Carga horária total por tipo de ensino no CCFE da ESEAR

Fonte: Portaria nº 78/2000, de 18/02, DR I Série – B nº 41: 603 e Portaria n.º 1155/2000, de 5/12, DR I Série – B n.º 280: 6945 – 6946.

UNIDADES CURRICULARES	TIPO	ESCOLARIDADE (EM HORAS TOTAIS)				
		AULAS TEÓRICAS	AULAS TEÓRICO-PRÁTICAS	AULAS PRATICAS	SEMINÁRIOS	ESTÁGIOS
Enfermagem: Natureza e Tendências	Anual	75	110			
Formação em Contexto de Trabalho	Anual	30			30	
Gestão em Saúde	Anual	30			30	
Investigação em Enfermagem	Anual	60			60	
ESTÁGIO						428
SUB-TOTAL		**195**	**110**		**120**	**428**
TOTAL		**853**				

A ***Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil*** (ESEFG) localiza-se em Lisboa, no recinto do Centro Regional de Lisboa do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil. A sua designação inicial era de Escola Técnica de Enfermeiras. Hoje é uma instituição de formação científica, humana, cultural e técnica,

vocacionada para o desenvolvimento da enfermagem, tendo como principais finalidades:

- formação de enfermeiros ao nível de licenciatura;
- desenvolvimento da investigação;
- colaboração na formação de profissionais de diferentes áreas,
- intercâmbio cultural, científico e técnico com instituições congéneres nacionais, internacionais e estrangeiras.

Na simbologia da sua insígnia temos sob uma coroa branca a cruz grega em tom de vermelho e sobre esta, a lâmpada com a luz que preside à profissão e a ilumina (Fonseca, 2003).

Quanto aos modelos de formação, esta escola defende que uma vez que o alvo da prestação de cuidados de enfermagem é o indivíduo integrado na família, nos grupos e na comunidade, a formação dos alunos desenvolve-se no domínio das ciências de enfermagem, biomédicas, sociais e do comportamento (Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil, 2002a)

O Curso de Complemento de Formação em Enfermagem tem a duração total de 850 horas, que se distribuem por diversas unidades curriculares com componentes teóricas, teórico-práticas, seminário e estágio (Quadro 13).

Quadro 13 – Distribuição da carga horária por unidades curriculares do CCFE da ESEFG

Fonte: Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil (2002b)

UNIDADES CURRICULARES	CARGA HORÁRIA TOTAL				
	TIPO	AULAS TEÓRICAS	AULAS TEÓRICO-PRÁTICAS	SEMINÁRIO	ESTÁGIO
Enfermagem: Natureza e Tendências	Anual	90	60	30	180
Investigação em Enfermagem	Anual	30	60	30	130*
Formação em Contexto de Trabalho	Anual	40	20		60
Gestão em Saúde	Anual	30	10	20	60
Sub-total		**190**	**150**	**80**	**430**
TOTAL		**850**			

* Por estágio entende-se o trabalho de campo e a elaboração da monografia

A ***Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende*** (ESEMFR) fica situada em Lisboa, dentro do Parque da Saúde junto ao Hospital Júlio de Matos e ao Instituto Português do Sangue. Este estabelecimento de ensino é dotado de personalidade jurídica, de autonomia administrativa, financeira, científica e

pedagógica, tendo resultado da passagem da anterior Escola de Enfermagem Pós-Básica de Lisboa para Escola Superior de Enfermagem, na sequência da integração do ensino superior politécnico em 1988 (Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, s.d.)

A principal finalidade da escola até 1995 foi a formação pós-básica em enfermagem, uma vez que a escola resultou da junção em 1983 de três escolas – Escola de Ensino e Administração de Enfermagem, Escola de Enfermagem de Saúde Pública e Escola de Enfermagem Psiquiátrica de Lisboa – e de dois Cursos de Especialização em Enfermagem – Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação e Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Esta formação pós-básica incidiu em seis áreas de especialização na área da prestação de cuidados: Enfermagem de Saúde Pública, Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Enfermagem de Reabilitação, Enfermagem Médico-Cirúrgica; na área da administração de serviços de enfermagem (Curso de Administração de Serviços de Enfermagem), e na área das ciências da educação (Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem). A partir de Outubro de 1995 a Escola iniciou Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em Enfermagem à Pessoa Adulta e Idosa em Situação de Doença Crónica, em Administração de Serviços de Enfermagem e em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (Ibid.).

São objectivos da escola:

- Formar enfermeiros com elevado nível de competência nos aspectos científico, cultural e técnico;
- Desenvolver a investigação no âmbito das diferentes áreas de enfermagem;
- Colaborar na prestação de serviços à comunidade, com vista ao desenvolvimento sócio-económico e cultural da região onde a escola está implantada;
- Participar em projectos de cooperação nacional e internacional no âmbito da enfermagem;
- Promover o intercâmbio cultural, científico e técnico com instituições congéneres nacionais e estrangeiras (Ibid.).

A criação do emblema desta escola data de 1990. Sobre uma base constituída por uma barra na horizontal, três colunetas ao alto unidas na base e divergentes a partir

do meio. Partindo dos extremos da base, um aro em arco de circunferência cujo bordo interno toca tangencialmente a meia altura o extremo de cada uma das colunetas laterais, deixando um espaço aberto por cima, entre elas e o próprio aro em arco. Na superfície do aro, e escrito em relevo a designação da escola por extenso e em cercadura; na base de cada uma das três colunetas respectivamente as iniciais ESSE e na base do emblema, gravado o ano em que o titulado do seu uso terminou o curso. Uniformemente em metal de cor bronze o emblema apresenta-se num primeiro olhar com um aspecto que faz lembrar a estilização de uma coroa fechada; o seu significado simbólico é todavia em diferente tratando-se de uma estilização em que as duas colunetas laterais simbolizam as mãos do enfermeiro que cuidam e dão amparo, enquanto a central simboliza a abertura da enfermagem ao mundo. A opção pela cor bronze pretende marcar a diferença do emblema em relação aos metais clássicos sem cair no tradicionalismo das cores (Fonseca, 2003).

O Curso de Complemento de Formação em Enfermagem tem a duração total de 850 horas, que se distribuem por diversas unidades curriculares com componentes teóricas, teórico-práticas e seminário (Quadro 14).

Quadro 14 – Carga horária total por tipo de ensino no CCFE da ESEMFR

Fonte: Portaria nº 87/2000, de 19/02, DR I Série – B nº 42: 617

UNIDADES CURRICULARES	TIPO	AULAS TEÓRICAS	AULAS TEÓRICO-PRÁTICO	SEMINÁRIOS
Enfermagem	Anual	195	170	
Teorias e Metodologias de Investigação	Anual	95		120
Formação em contexto de trabalho	Anual	90		
Gestão em Saúde	Anual	90		
Opção	Anual	90		
Sub-total		**560**	**170**	**120**
TOTAL		**850**		

A ***Escola Superior de Enfermagem de Portalegre*** (ESEP) situa-se perto do Hospital Dr. José Maria grande de Portalegre, foi criada em 1971 com o objectivo de ministrar Cursos de Auxiliares de Enfermagem, como serviço oficial do Ministério da Saúde e da Assistência. A sua construção obedeceu a um programa elaborado pela extinta Comissão de Construções Hospitalares, em colaboração com a Direcção Geral dos Hospitais, sendo inaugurada um ano depois, a 12 de Novembro de 1972. A partir de 1975 passou a ministrar o Curso de Enfermagem Geral, com a duração de três anos. Em 1988 a escola foi integrada no Sistema Educativo Nacional.

Na simbologia da sua insígnia salientamos a lâmpada, que representa os ideais de Florence Nightingale, as duas serpentes, que simbolizam a relação de complementaridade entre a Enfermagem e outras áreas da saúde, sobre a copa de um cedro, lembrando a floresta do sopé da Serra de S. Mamede (Fonseca, 2003).

Esta escola diplomou 49 auxiliares de enfermagem, 375 enfermeiros com o Curso de Enfermagem Geral e 308 enfermeiros com o Curso Superior de Enfermagem. Foi também leccionado nesta escola o Curso Superior de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem na Comunidade – vertente Saúde no Idoso que foi concluído por treze enfermeiros, vertente Saúde no Trabalho concluído por 37 diplomados, o Ano Complementar de Formação com aproveitamento por 24 estudantes e o CCFE por 152 enfermeiros. No ano de 2000 passou a ser unidade orgânica do Instituto Politécnico de Portalegre e tem como principal missão "conferir formação científica, humana, técnica e cultural para o exercício de actividades profissionais, no âmbito da enfermagem, bem como promover o desenvolvimento da região em que está inserida" (Fórum Estudante, 2000).

O Curso de Complemento de Formação em Enfermagem tem a duração total de 1000 horas, que se distribuem por diversas unidades curriculares com componentes teóricas, práticas, seminário e estágios (Quadro 15).

Quadro 15 – Carga horária total por tipo de ensino no CCFE da ESEP

Fonte: Portaria nº 89/2000, de 19/02, DR I Série – B nº 42: 618-619

UNIDADES CURRICULARES	TIPO	ESCOLARIDADE (EM HORAS TOTAIS)				
		AULAS TEÓRICAS	AULAS TEÓRICO-PRÁTICAS	AULAS PRATICAS	SEMINÁRIOS	ESTÁGIOS
Ciências de Enfermagem	Anual	160				
Investigação	Anual	90				
Formação	Anual	50				
Gestão	Anual	50				
Perspectivas de Desenvolvimento da Prática de Enfermagem	Anual					600
Seminário de Monografia	2º Sem.				50	
SUB-TOTAL		**350**			**50**	**600**
TOTAL		**1000**				

4. ENTRE OS CONTEXTOS E AS COMPETÊNCIAS

Nos últimos quarenta anos assistimos a uma evolução importante na profissão de enfermagem, em que se podem considerar quatro marcos do desenvolvimento profissional:

a. a criação de carreira única que agregou um conjunto de enfermeiros que anteriormente se encontravam de certo modo sectorizados;
b. a integração do ensino de enfermagem no sistema de ensino superior;
c. a criação da Ordem dos Enfermeiros;
d. a publicação do *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*, em 1996.

O *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*, publicado em 1996 veio conferir um enquadramento ao exercício profissional, clarificar conceitos, intervenções e áreas de actuação, assim como veio clarificar as regras básicas, os direitos e os deveres. Definiram-se as intervenções autónomas e interdependentes do enfermeiro – isto é, intervenções prescritas e desenvolvidas pelo enfermeiro e intervenções na sequência de prescrições de outros profissionais, no sentido de plano de cuidados global. A *Ordem dos Enfermeiros*, criada em 1998, foi a organização que veio regular a profissão (Sousa e Nunes, 2005).

Os enfermeiros, pela própria natureza dos cuidados de enfermagem e da complexidade que estes envolvem e pelo seu nível de formação, são portadores de um capital humano, científico e técnico que os torna imprescindíveis e insubstituíveis para a implementação de estratégias de mudança. Os profissionais de enfermagem tornaram-se, por inerência das suas funções nas organizações, gestores e organizadores dos recursos necessários para responder às necessidades que, em cada momento, cada cidadão sujeito dos cuidados de saúde necessita (Silva, Teixeira e Nunes, 2005).

Aquilo que as pessoas são é, em grande parte, estabelecido por aquilo que fazem. O trabalho profissional instituiu-se, na era da modernidade, como uma das fontes fundamentais de produção identitária. Esta produção identitária corresponde a um processo dinâmico que atravessa diacronicamente a vida dos indivíduos e resulta do confronto da dimensão individual com as dimensões colectivas da acção profissional. A produção de identidades profissionais confunde-se e sobrepõe-se a um processo

largo e multiforme de socialização que abrange toda a vida profissional (Canário, 2005).

Este ponto do trabalho, que pretende apresentar e analisar os dados obtidos e assim dar resposta a algumas das questões orientadoras, é composto por três sub-capítulos que se centram no processo de desenvolvimento de competências dos actores do estudo, nos seus estilos de aprendizagem e representações sobre o trabalho e por fim, nas representações sobre as práticas profissionais.

4.1. OS ACTORES E O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A teoria de aprendizagem pela experiência de David A. Kolb (1984) forneceu-nos uma abordagem de competência emergente de uma perspectiva construtivista distinta das resultantes das teorias *behavioristas* da aprendizagem, baseadas numa epistemologia empírica ou nas mais implícitas teorias da aprendizagem que sublinham métodos de educação tradicional. Como vimos na abordagem teórica, a aprendizagem pela experiência é encarada como um processo que articula educação, trabalho e desenvolvimento pessoal (Kolb, 1984).

No âmbito do referencial teórico da aprendizagem, baseados nas experiências sociais, Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger, 1990) descreveram uma tipologia de ambientes de aprendizagem que correspondem às dos estilos de aprendizagem de Kolb (1984). Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger, 1990) desenvolveram dois instrumentos que visavam a sua operacionalização: o ACP – *Adaptative Competency Profile* e o EPQ – *Environmental Press Questionnaire*, já abordados no ponto 1.3.2. do Capítulo II. Estes têm como objectivos avaliar o estilo de aprendizagem dos sujeitos, determinar as competências mais desenvolvidas e medir as percepções da força contextual (percepção dos sujeitos da importância de cada competência adaptativa ao funcionamento efectivo num designado contexto) (Kolb et al., 1981, cit. por Stusky e Laschinger, 1995).

O ACP e o EPQ foram aplicados como métodos complementares de recolha de dados, facultando-nos informação específica sobre o objecto de estudo, o que facilitou o desenvolvimento de uma dinâmica recursiva e multipolar da situação.

O quadro de competências empregue no ACP, importado do modelo de Kolb e utilizado em estudos desenvolvidos por Abreu (1994, 1998) no nosso país em populações diversas de enfermeiros, incluía quatro grupo de questões. Cada um destes conjuntos traduz um determinado estilo de aprendizagem.

Começaremos por apresentar uma apreciação global das competências desenvolvidas pelos enfermeiros do Hospital de São José que frequentaram o primeiro Curso de Complemento de Formação em Enfermagem, para depois se passar a abordar pormenorizadamente cada um dos quatro grupos de competências: de relação, conceptualização, experimentação e acção.

No Quadro 16 apresentam-se as cotações atribuídas pelos actores do nosso estudo às diversas competências, incluindo as médias (por competência), os respectivos desvios-padrão e as médias de cada subconjunto de competências (que corresponde a um estilo de aprendizagem).

Quadro 16 – Quadro de competências utilizado no ACP e respectivos cálculos estatísticos

COMPETÊNCIAS	MÉDIAS	DESVIO--PADRÃO	MÉDIA DO GRUPO
Competências de relação			
A. Ser sensível aos sentimentos do utente	5.79	.89	
B. Ser sensível aos valores do utente	5.64	1.01	
C. Saber ouvir	5.57	1.09	**5.53**
D. Saber colher informações	5.64	1.15	
E. Prever implicações de situações ambíguas	5.00	1.11	
Competências de conceptualização			
F. Organizar as informações colhidas	5.71	1.33	
G. Construir modelos conceptuais	5.00	1.36	
H. Testar ideias e teorias	5.07	1.21	**5.26**
I. Planear pesquisas	5.21	1.05	
J. Analisar dados quantitativos	5.29	1.14	
Competências de experimentação			
L. Criar novas formas de pensar e agir	5.50	.94	
M. Realizar novas experiências	5.43	1.09	
N. Escolher as melhores soluções	5.21	1.05	**5.43**
O. Definir objectivos/resultados esperados	5.50	.85	
P. Tomar decisões	5.50	1.02	
Competências de acção			
Q. Concretizar os objectivos traçados	5.36	.93	
R. Criar e explorar novas oportunidades	5.21	.97	
S. Influenciar e liderar colegas	5.50	1.02	**5.63**
T. Envolver-se pessoalmente nas situações	6.14	.86	
U. Relacionar-se com os colegas	5.93	.92	

Sobre os dados incluídos no quadro anterior podem ser inferidas um grande conjunto de informações. Contudo, debruçar-nos-emos nas que nos parecem ser mais relevantes.

O grupo de competências que surge com cotação mais elevada (5.63) é o das competências de acção. Estes resultados são consistentes com os obtidos por Stusky e Laschinger (1995) e Abreu (1994) no seu estudo com um grupo de enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia de um Hospital Central (Escolar), que se prende com a valorização instrumental da assistência. Além do estudo com enfermeiros, Abreu (1998) também obteve cotação mais elevada nas competências de acção no seu estudo com estudantes do Curso Superior de Enfermagem.

Sendo o Hospital de São José "*um estabelecimento hospitalar com valências de alto nível de diferenciação, que exerce actividade de interesse público nas áreas de cuidados de saúde, ensino e investigação"* (Portaria nº 11/93, de 6 de Janeiro), espera-se geralmente a prestação de cuidados de *ponta* ou pelo menos cuidados *altamente diferenciados.* A tendência para a racionalização científica da medicina condiciona o modo de prestação de cuidados. Acrescente-se ainda que realizar actos num corpo humano relaciona-se, muitas vezes, com o registo do complicado. "*Ajudar alguém numa situação de vida que lhe é própria inscreve-se num processo complexo*" (Hesbeen, 2000: 37).

A confusão entre o complicado e o complexo influenciou bastante a representação que se tem de quem trabalha o complicado em detrimento dos que lidam com o complexo. Como consequência temos toda uma hierarquização social, que também existe no seio da profissão de cuidados, na qual quem domina o complicado, o espectacular é muito mais reconhecido – *brilha mai*s – do que quem está em contacto com o complexo. Além disso, a maior parte das actividades de enfermagem consistem em situações extremas e problemas complexos que não podem ser geridos ou resolvidos meramente por competências técnicas orientadas para a biomedicina (Stutsky e Laschinger, 1995). Esta tendência é expressa por um dos enfermeiros entrevistados:

> "*A pessoa está na urgência porque é bom estar na urgência ou está nos cuidados intensivos porque aquilo está na moda estar nos cuidados intensivos... estar-se aqui porque é um supra sumo agora, está no auge. Digamos que é in dentro daquela profissão pertencer a este ou aquele serviço, porque é novo, porque é assim porque é assado... realmente é muito bonito e é muito in, enquanto prestador de serviço, aquele serviço pode ter uma prestação de cuidados má porque as pessoas não estão formadas para e não querem crescer ali. Isso acaba depois por diminuir (...) a credibilidade do serviço, a credibilidade da profissão porque as pessoas vão, os doentes vão passando, a família vai passando, depois o serviço é muito bonito, é todo novinho, está muito bem equipado, mas depois não sabem mexer nas coisas, não ligam nenhuma, só olham para os aparelhos e não olham para o doente, não falam com a família e nesse aspecto acaba-se por perder e não traz nenhum benefício, digamos assim, ao grupo profissional.*" (**E3**: 93)

O grupo de competências com menor cotação média é o das competências de conceptualização, o que mais uma vez vai ao encontro dos resultados obtidos por Stutsky e Laschinger (1995) e Abreu (1994, 1998) nos seus estudos com estudantes de enfermagem e com enfermeiros que exerciam funções em contexto hospitalar e no âmbito dos cuidados de saúde primários, respectivamente. Embora as desenvolvam menos, a generalidade dos actores mencionam a relevância deste grupo de competências para o exercício profissional.

Schön (1996) refere-se à conceptualização como sendo o princípio que sustenta a recursividade entre a teoria e a prática por facultar um conjunto de referenciais base. Bento (2000) salienta a importância do desenvolvimento ou aquisição de instrumentos conceptuais e competências que permitam ao enfermeiro conceber/decidir sobre os cuidados a prestar à pessoa em função de cada situação concreta e simultaneamente pensar e agir nos contextos de trabalho. A verdadeira aprendizagem passa pela conceptualização da prática: da acção ao conceito e depois do conceito para a acção reflectida e modificada (Jeanguiot, 1999).

O grupo de competências cotado em segundo lugar (5.53) é o das competências de relação, o que por si só é indicador da natureza dos cuidados de enfermagem.

Este destaque na relação (5.53) depois da acção (5.63), com valores muito próximos, vai ao encontro da assunção de Rebelo (1996) de que não há cuidados de enfermagem sem relação com o doente ou família, como não há se os enfermeiros não dominarem os procedimentos técnicos relativos às intervenções de enfermagem.

Com o terceiro valor médio (5.43) ficaram as competências de experimentação. Este resultado traduz a concepção que os actores possuem do acto do trabalho, que na maior parte do seu quotidiano prestam cuidados a utentes em estado crítico, o que os

obriga, em cada momento, a encontrar respostas para aquelas situações específicas, por vezes, num curto espaço de tempo.

No conjunto das vinte competências, os desvios-padrão dos valores atribuídos às competências são superiores (a média é de 1.0495), em relação aos obtidos por Abreu (1994, 1998) nos seus estudos realizados com estudantes (1.03) ou com enfermeiros do contexto hospitalar (0.165) e dos cuidados de saúde primários (0.986). Seria de esperar que os enfermeiros apresentassem valores mais idênticos em relação às cotações médias das competências, o que se exprimiria em valores mais baixos de desvio-padrão (menores dispersões). Contudo, os nossos actores têm valores superiores aos obtidos em qualquer um dos estudos mencionados, mesmo o dos alunos de enfermagem. Este facto poderá ser explicado pela diversidade de tempo de serviço dos actores do estudo que varia entre cinco e trinta e um anos, com uma média de 16,86 anos e desvio padrão de 6.65, o que poderá evidenciar estádios diferentes em relação ao desenvolvimento de competências. Além disso, permite ainda colocar a hipótese adiantada por Kolb (1984) que defende que se possa estar perante uma população em transição ou instabilidade em relação à configuração identitária, mencionada por alguns dos actores:

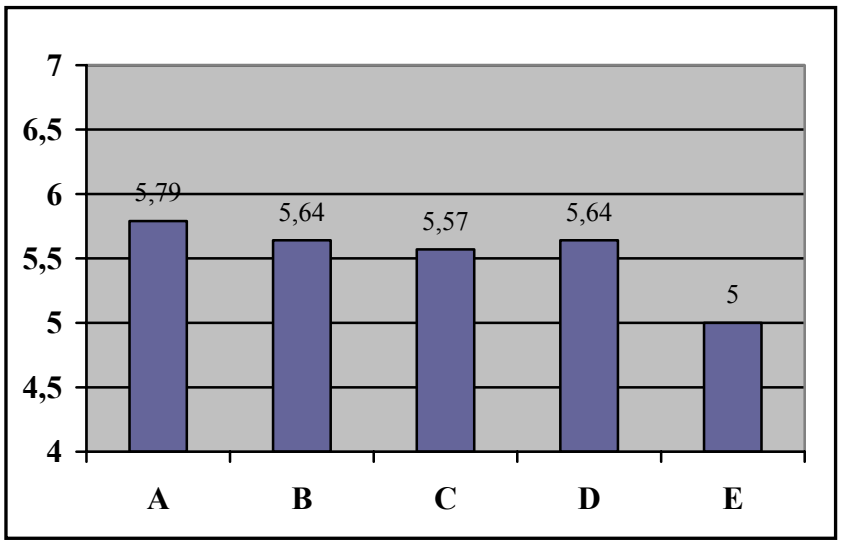
> *"Olha eu neste momento sinto-me um bocado desiludida, podes crer mas sinto--me mesmo um bocado desiludida. Estou assim à beira de me ir embora [reforma], mas... vou um bocadinho triste..."* (**E2**:177, 178)

> *"[Neste momento] não [me sinto] completamente integrada. Neste momento o grupo profissional dos enfermeiros acho que está a passar assim uma fase que me assusta a nossa posição na equipe de saúde. Tenho medo como é que vai ser daqui para a frente porque as coisas não estão nada bem definidas.*" (**E7**: 42, 43, 44)

> *"(...) tenho pena que as pessoas não se orgulhem da sua profissão. [Tenho pena] que as pessoas vivam (...) muito na sombra do modelo de enfermagem tradicional. [Tenho pena que as pessoas] não se imponham um bocadinho por aquilo que valem, por aquilo que eu acho que nós valemos imenso hoje em dia.*" (**E12**: 40, 41, 42)

Como já foi indicado, depois de apresentados os dados globais, obtidos através da aplicação do ACP, assim como algumas propensões para que estes dados apontavam em termos de desenvolvimento de competências, passaremos em seguida a abordar, pormenorizadamente cada um dos quatro conjuntos de competências: de relação, conceptualização, experimentação e acção. Em cada gráfico serão incluídas as médias das cotações atribuídas às competências e o respectivo desvio-padrão.

Gráfico 2 – Representação gráfica dos valores médios atribuídos às competências de relação



COMPETÊNCIAS DE RELAÇÃO	Média	Desvio-padrão
A. Ser sensível aos sentimentos do utente	5.79	.89
B. Ser sensível aos valores do utente	5.64	1.01
C. Saber ouvir	5.57	1.09
D. Saber colher informações	5.64	1.15
E. Prever implicações de situações ambíguas	5.00	1.11

Com valores médios que variam entre os 5.57 e os 5.79, as competências de relação com valores mais elevados são: "***A.*** *Ser sensível aos valores do utente*" (5.79), "***B.*** *Ser sensível aos valores do utente*"(5.64), "***D.*** *Saber colher informações*" (5.64) e **C.** "*Saber ouvir*" (5.57). Qualquer uma destas competências é tradicionalmente evidenciada nos discursos e currículos de formação dos enfermeiros (Abreu, 1998). A menos valorizada é cotada com 5.00 ("***E.*** *Prever implicações de situações ambíguas*"). O conteúdo das entrevistas aos enfermeiros é elucidativo da importância que estes atribuem à relação quando se referem às competências exigidas para o desempenho no seu contexto de trabalho ou às aprendizagens relevantes no percurso profissional.

> *"(...) é um serviço que tem um tipo de doentes que requer muito de nós. Na reanimação tal como todas as unidades de cuidados intensivos em termos técnicos requer determinado número de competências que têm que estar desenvolvidas, têm que estar presentes. Em termos humanos, em termos de relação, portanto é muito especial, sobretudo aqueles aspectos da relação com o doente em coma.*" (**E5**: 124, 125, 126)

"*Acho que a minha forma de lidar com as pessoas tem modificado bastante. Coisas que me custavam, não quer dizer que não custem, mas já aprendi a palavra certa na altura... às vezes também falta. Não quer dizer que já saiba, que já seja detentora do saber, para (...) poder dizer qualquer coisa na altura certa.*" (**E7:** 89, 93, 94).

"*Eu no meu dia a dia presto cuidados aos doentes tendo em conta a relação de ajuda, tendo em conta a empatia, tendo em conta os princípios fundamentais da profissão.*" (**E8**: 45, 46, 47)

"*Eu acho que o que foi mesmo mais relevante foi aquilo que eu aprendi em termos de relação. Portanto eu acho que (...) do ponto de vista relacional (...) é que foi sempre (...) aquilo que mais me marcou. E acho que estou sempre a aprender [do ponto de vista relacional] porque no fundo eu acho que isto também tem a ver com o nosso crescimento como pessoa. Eu acho que talvez seja (...) aquilo que me marcou e que me continua a marcar. Acho que é a parte que nós desenvolvemos mais.*" (**E9**: 92, 94, 95, 97, 98)

"*Acho que é bom [o doente ostomizado desabafar comigo] porque acho que eu consigo bem dar confiança àquele doente.*" (**E11**: 160)

"*Na vivência profissional (...) mesmo na fase em que eu estou porque já tenho alguns anos disto, a vivência da relação (...) acho que precisa de ser muito, muito, muito mais trabalhada [que a técnica]*". (**E14**: 49)

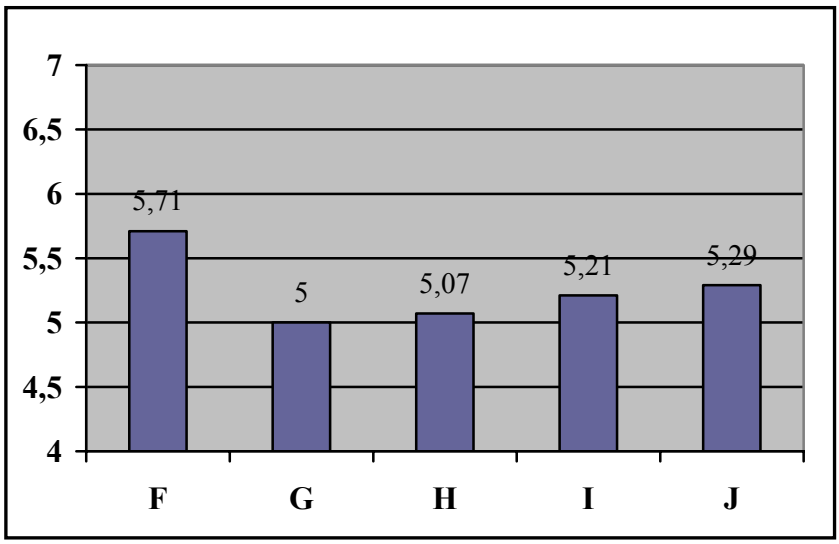
Estes dados são convergentes com os encontrados por Abreu (1994) nos enfermeiros que trabalhavam em contexto hospitalar, em que há valores médios muito semelhantes entre as quatro primeiras alíneas do grupo das competências de relação. Refira-se que para além deste, também nos estudos realizados pelo mesmo investigador com enfermeiros do contexto comunitário e com estudantes de enfermagem (1998) a competência "***E.*** *Prever implicações de situações ambíguas*" distingue-se de qualquer uma das outras do grupo por ser a menos cotada.

As competências de relação são bastante evidenciadas pelos teóricos de enfermagem. Carper (1997) conta com a componente do conhecimento pessoal em enfermagem entre os quatro modelos fundamentais de conhecimento identificados por si a partir da análise da estrutura conceptual e sintáctica do conhecimento de enfermagem. Para esta investigadora o conhecimento pessoal como um modelo fundamental de conhecimento em enfermagem é o mais problemático, o mais difícil de se tornar perito e de ensinar. Ao mesmo tempo, é talvez o modelo mais essencial para compreender o significado de saúde em termos de bem-estar individual. A enfermagem considerada como um processo interpessoal envolve interacções, relações e transações entre o enfermeiro e o doente/cliente.

A relação é algo recíproco, um estado (de estar) que não pode ser descrito ou mesmo experienciado – apenas pode ser actualizado. Esse conhecimento pessoal estende-se não apenas aos outros mas também às relações com o próprio *eu*. Como é mencionado pelos actores, uma relação pessoal autêntica requer a aceitação de outros na sua liberdade para se criarem a si próprios e o reconhecimento de que cada pessoa não é uma entidade fixa, mas está constantemente ligada ao processo de formação (Carper, 1997).

O segundo grupo analisado é o da conceptualização.

Gráfico 3 – Representação gráfica dos valores médios atribuídos às competências de conceptualização



COMPETÊNCIAS DE CONCEPTUALIZAÇÃO	Média	Desvio-padrão
F. Organizar as informações colhidas	5.71	1.33
G. Construir modelos conceptuais	5.00	1.36
H. Testar ideias e teorias	5.07	1.21
I. Planear pesquisas	5.21	1.05
J. Analisar dados quantitativos	5.29	1.14

À semelhança do sucedido no estudo realizado por Abreu (1998) no contexto comunitário a competência mais cotada foi "***F.*** *Organizar as informações colhidas*" (5.71). Com valor médio de 5.29 surge, em seguida, a competência "***J.*** *Analisar dados quantitativos*". Estas duas competências surgem também como sendo as duas com valores mais elevados em qualquer um dos estudos realizados por Abreu (1994, 1998), independentemente do contexto estudado (hospitalar, comunitário ou estudantil). Pode ser explicado pelo facto da prática de enfermagem ter necessidade de organizar muita informação colhida, nomeadamente a colheita de dados para a

planificação dos cuidados. Um bom plano de cuidados emerge de uma boa recolha de informações e posterior organização das mesmas.

A análise de dados quantitativos prende-se na exigência dos enfermeiros conviverem com informação quantificável, não só por prerrogativa da dinâmica assistencial como razões de ordem burocrática. Refira-se ainda que os contextos de trabalho da maioria dos actores são unidades de prestação de cuidados de saúde em que os utentes estão, na sua grande maioria, em risco de vida. Nestas situações o enfermeiro é confrontado com a necessidade de conhecer e utilizar escalas e meios auxiliares de diagnóstico complexos e em constante evolução. Além disso, a avaliação do doente é feita em períodos mais curtos, o que obriga que o enfermeiro tenha maior quantidade de informações para organizar e de dados quantitativos para analisar e, assim, planear a sua intervenção. Acrescente-se ainda a necessidade de compreender a utilização de determinadas estratégias terapêuticas que incluem informação desta índole. Contudo, trata-se em grande parte do desenvolvimento de uma competência muito ligada à esfera instrumental.

A competência "***I.*** *Planear pesquisas*" é cotada em terceiro lugar com 5.21 de média. De entre os estudos realizados por Abreu (1994, 1998) esta competência surge, igualmente, em terceiro lugar no contexto comunitário (5.11) e em quarto no contexto hospitalar (4.96) e no estudantil (4.89). Como se pode verificar qualquer um destes valores se encontram abaixo dos encontrados por nós. Condição esta que pode ser explicada pelo facto destes enfermeiros terem frequentado o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem no ano lectivo 2000/2001, isto é, cerca de um ano antes da nossa colheita de dados, e de terem ficado motivados e dotados de conhecimento para a investigação em Enfermagem, como expressam acentuadamente nas entrevistas.

> *"[O Complemento] em termos de... por exemplo de me dar bases para investigação (...) É o bichinho que a gente fica porque isso eu não tinha. E a gente às vezes pensa: (muda o tom de voz) Ah eu posso fazer assim porque gostava de fazer um trabalho, mas depois não tem as bases, não tem conhecimento, não sabe como é que se faz, como é que se começa e eu acho que isso para mim nesse aspecto foi fundamental. (...) O Complemento foi importante na medida em que me começou a motivar para fazer investigação.*" (**E2**: 145, 156)

> "*Posso dizer que [o Complemento] trouxe aporte em termos técnicos, em termos de... por exemplo de conhecimentos de investigação que eu não tinha (...) digamos que sim, teve esse aspecto positivo.*" (**E5**: 119)

> "*A outra vertente que me foi também estimulada muito [no complemento] foi a importância do desenvolvimento de acções de investigação. Investigação, pesquisa para melhoria. Perante um problema, há que melhorar, desenvolver trabalhos mais formais ou menos formais englobados em áreas mais específicas ou menos específicas ou mais gerais que nos possam melhorar, dar conhecimentos sobre a melhoria do conhecimento.*" (**E6**: 101, 102, 103)

> *"[Com o complemento consegui] fazer algumas coisas mesmo em termos de investigação, que era importante.*" (**E10**: 144)

> "*Eu não fazia a menor ideia como é que se devia fazer investigação em enfermagem. (...) O facto de ter tido investigação no curso de complemento deu--me outra visão obviamente diferente.*" (**E12**: 141, 144)

As competências "***H.*** *Testar ideias e teorias*" e "***G.*** *Construir modelos conceptuais*" são as menos cotadas com valores médios respectivos de 5.07 e 5.00 à semelhança do encontrado por Abreu (1998) nos enfermeiros que desempenhavam funções no Centro de Saúde. Em qualquer um dos seus estudos (1994, 1998) e independentemente do contexto em causa, a competência menos cotada foi a "***G.*** *Construir modelos conceptuais*". Refira-se ainda a divergência que há no grupo em relação à forma como avaliam esta competência. O desvio-padrão elevado (1.36) deixa perceber que existe no grupo uma certa clivagem na forma como encara esta questão, quando se referem à pouca adequação dos conteúdos abordados no CCFE às suas necessidades de formação.

> "*Eu gostava de ter desenvolvido um pouco mais determinados aspectos, sobretudo na investigação.*" (**E5**: 112)

> "*Acho que é muito pobre o módulo de investigação de um ano intensivo, digamos assim, não sei quantas horas, em que se chega apenas à construção do instrumento de colheita de dados. (...) Eu acho que é mesmo uma falha muito grave [no módulo de investigação] porque as pessoas aprendem a fazer instrumentos de colheita de dados mas depois não têm quem os oriente na análise dos resultados*." (**E14**: 121, 124)

Estes valores revelam também a invisibilidade de determinadas competências que se encontram difusas e não formalizadas. O investimento na formalização de saberes próprios da profissão e o trabalho de conceptualização são marginalizados nos contextos socio-profissionais por interesse dos poderes estabelecidos ou por algumas contradições existentes ao nível da identidade dos enfermeiros. A difusão e importação de modelos teóricos e conceptuais de culturas distintas da nossa (com o objectivo de os aplicar), omitindo ou não considerando as realidades locais e regionais tem contribuído também para esta situação (Abreu, 1998).

A forte dimensão técnica, que tem caracterizado a profissão e que acaba por condicionar a formação dos enfermeiros, bem como a existência de determinantes organizacionais, não são a única justificação para o fraco desenvolvimento das competências de conceptualização, também salientados por Kolb (1984) e Laschinger (1990). Embora exista pensamento na acção, tem que haver outros momentos distantes da acção para se poder pensar, reflectir e produzir saber (Rebelo, 1996). Contudo, no seio dos contextos profissionais tem-se verificado na formação dos enfermeiros a desarticulação entre a formação teórica e as realidades da prática bem como um fraco desenvolvimento num metaparadigma que formalize e dê visibilidade a uma dinâmica de problematização da própria profissão e à necessidade de construir mapas conceptuais que referenciem a prática profissional. Além disso, há também pouco investimento na problematização da profissão, na investigação e na formalização de saberes oriundos da prática (Abreu, 1998). Este facto é salientado nos trabalhos de Jarvis (1992), Costa (1994, 1998, 2002) e de Rebelo (1996: 16) ao afirmar que "*embora a Enfermagem tenha uma cultura oral muito rica, é importante que os enfermeiros da prática escrevam, desenvolvam reflexões inerentes aos cuidados de enfermagem reais, isto é, sobre a prática de Enfermagem"*.

Enquanto a prática sem a teoria não consegue produzir competências básicas, comportamento e pensamento de enfermagem em domínios complexos, a teoria sem a prática tem ainda menos oportunidade de sucesso. Teoria e prática articulam-se num processo de apoio mútuo ao mesmo tempo que os enfermeiros desenvolvem as suas competências. Apenas se teoria e prática forem trabalhadas e avaliadas numa orientação para o desenvolvimento de competências, pode ser atingida a perícia (Zydziünaité, 2003b).

Para Pelpel (1989) teoria e prática não se confrontam como dois estados irredutíveis. A abordagem teórica corresponde à abordagem dedutiva (aplicação de conceitos e princípios) e a abordagem prática à indutiva (generalização a partir de experiências particulares). Neste sentido, teoria e prática podem desenvolver lógicas distintas: as lógicas da produção e construção ou as da transmissão do saber. Ambas as lógicas devem ser manipuladas no quadro da formação dos enfermeiros.

A desarticulação entre a teoria e a prática bem como a falta de espaços de reflexão sobre a acção e a formação é expresso pelos actores do estudo nos seus discursos.

> "*[A formação] pode não (...) contribuir para a melhoria da qualidade. (...) Eventualmente a pessoa pode fazer muita formação e pode não melhorar nada a qualidade. [A qualidade não melhora] se a pessoa não conseguir aplicar toda a formação que (...) aprendeu e (...) a formação interiorizada em termos de conhecimentos teóricos. Muitas vezes na prática podem não ser aplicáveis [os conhecimentos adquiridos na formação]*." (**E1**: 73, 75, 76, 77)

> "*Se bem que às vezes é um bocado complicado [a formação ir de encontro àquilo que as pessoas pretendem ou que sentem necessidade] porque as pessoas não sentem necessidade, porque estão por estar, e não estão por ser. Faz-se porque faz-se e pronto. Não se faz por pensar, não se faz por acreditar. Faz-se porque sempre se fez, portanto será assim é deixar correr*." (**E13**: 90)

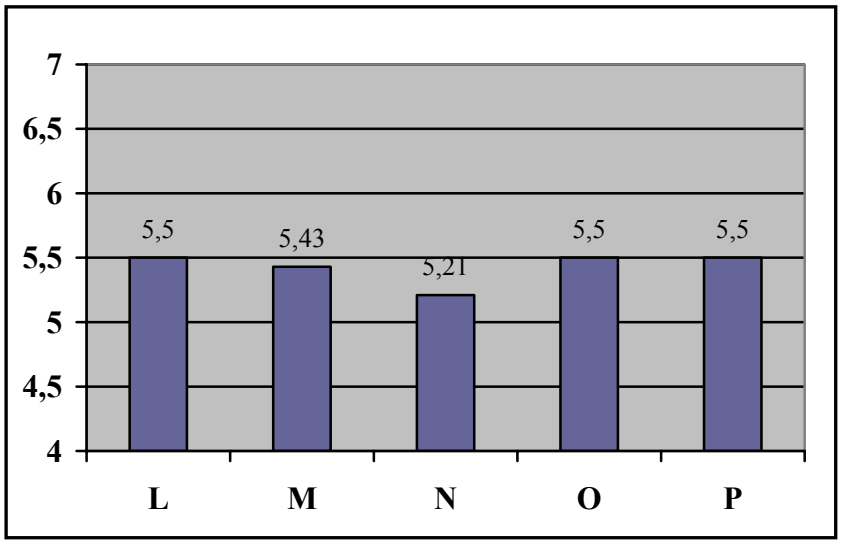
> "*Dificilmente [a formação] consegue [intervir no desenvolvimento de novas práticas profissionais] porque o contexto de trabalho depois também não promove o desenvolvimento dessas novas técnicas ou competências. Nós estamos habituados a estar na rotina, as pessoas que nos rodeiam também e a introdução de novas maneiras de estar, pensar, sentir ou de agir normalmente não é bem visto.*" (**E14**: 30, 31)

A dinâmica de reflexão e construção de modelos conceptuais, sentida como pouco presente ou ausente pelos enfermeiros, só pode ser conseguida através da criação de espaços significativos ao longo do processo de aprendizagem, nomeadamente de períodos de reflexão sobre as práticas. Jarvis (1992: 175) salienta ainda que "*(...) para compreender a prática profissional é necessário compreender a acção – é necessário ter uma teoria para a acção para ter uma teoria da prática profissional*".

Após a análise das competências de conceptualização o grupo de competências que se segue é o da experimentação.

Apesar de ter uma média ligeiramente inferior (5.43) em relação aos estudos realizados por Abreu (1994, 1998) (5.56 no contexto hospitalar, 5.58 no escolar e 5.46 no comunitário), as competências de experimentação são cotadas pelos enfermeiros com valores médios muito semelhantes entre si. As competências "***L.*** *Criar novas formas de pensar e agir*", "***O.*** *Definir objectivos/resultados esperados*" e "***P.*** *Tomar decisões*" foram cotados, igualmente, com o valor médio de 5.50. Esta situação parece ser justificada pelo facto de estarmos a estudar enfermeiros de contextos de trabalho em que os utentes têm uma grande diversidade cultural e estão, na sua maior parte, em estado crítico. Tal circunstância implica muita tomada de decisão, na maior parte das vezes num curto espaço de tempo, e a criação de novas formas de pensar e agir, recorrendo à criatividade. Esta tomada de decisão implica também alguma autonomia que estes enfermeiros revelam ter.

Gráfico 4 – Representação gráfica dos valores médios atribuídos às competências de experimentação



COMPETÊNCIAS DE EXPERIMENTAÇÃO	Média	Desvio-padrão
L. Criar novas formas de pensar e agir	5.50	.94
M. Realizar novas experiências	5.43	1.09
N. Escolher as melhores soluções	5.21	1.05
O. Definir objectivos/resultados esperados	5.50	.85
P. Tomar decisões	5.50	1.02

Qualquer uma destas competências vai ao encontro da definição de objectivos/resultados esperados (etapa do processo de enfermagem), pois no planeamento das acções prevêem-se os resultados de formas alternativas de prestação de cuidados (podendo criar-se novas formas de pensar e agir), seleccionam-se e prescrevem os cuidados de enfermagem com base na teoria e na investigação para se passar à fase da implementação em que se tomam decisões para se por o plano em acção (McFarlane et al., 1988, cit. por Costa, 2002).

> *"[Planear as coisas para mais tarde] é uma coisa que aqui [urgência] é muito complicado de fazer, de qualquer das maneiras prefiro a urgência, gosto de mais movimento, mais stress e mais reboliço. (...) [No SO] passa n pessoas, de n etnias, de n sítios, com n vícios, com n usos e costumes e as coisas vão fluindo e vamo-nos adaptando... eles a nós e nós a eles e vamos tentando, quase que é um negociar a situação. Eu faço isto se você não sei quê, tudo bem, então vamos lá... Vai haver cedência de parte a parte, vai havendo mais ou menos compreensão de parte a parte e vamo-nos ajudando*." (**E13**: 53, 66)

A competência "***M.*** *Realizar novas experiências*" surge em seguida com um valor médio de 5.43. Tal como sucede entre as competências de conceptualização em que os actores do estudo revelam falta de espaços para reflexão sobre a acção, neste grupo de competências o fraco desempenho pode dever-se aos constrangimentos

organizacionais, nomeadamente se houver resistência à mudança por parte dos gestores dos serviços.

> "*Aí [mudança] eu acho que também as chefias de enfermagem têm um papel fundamental. Se [as chefias de enfermagem] são abertas à mudança e à introdução de novas tecnologias ou de novos conhecimentos ou de novas competências, as coisas tendem a melhorar, pelo menos inicialmente. Se [as chefias] não [são abertas à mudança], é mais uma formação que foi fazer e pronto ficamos todos muito contentes e está-se muito bem.*" (**E14**: 38, 19, 40)

O facto de se ter que tomar decisões, por vezes em curto espaço de tempo, e de se ter de criar novas formas de agir de modo a que os objectivos planeados para os cuidados sejam cumpridos, conduz a que nem sempre se consiga escolher a melhor opção. A competência "***N.*** *Escolher as melhores soluções*" é a menos cotada de entre o grupo das competências de experimentação com o valor médio de 5.21.

> "*[No serviço de urgência é extremamente difícil] conseguir tomar as decisões certas na hora certa.*" (**E10**: 187)

As competências de experimentação situam-se, como refere Kolb (1984) na dialéctica entre o pensamento e a acção abrangendo, de igual forma, motivação, capacidade intelectual e transformação do meio. A prática profissional, designada por Schön (1994) como uma combinação de ciência, técnica e arte, apoia-se em dois princípios fundamentais:

- a reflexão a partir das práticas, que coloca o profissional em condições de enfrentar situações novas, distintas e conflituais, com que se depara na vida quotidiana, tomando as decisões adequadas;
- o saber sólido, inteligente e criativo, teórico e prático, que favorece a acção profissional em contextos instáveis, indeterminados e complexos, fazendo de cada situação uma novidade a reflectir, com a qual se estabelece um diálogo atento e interiorizador.

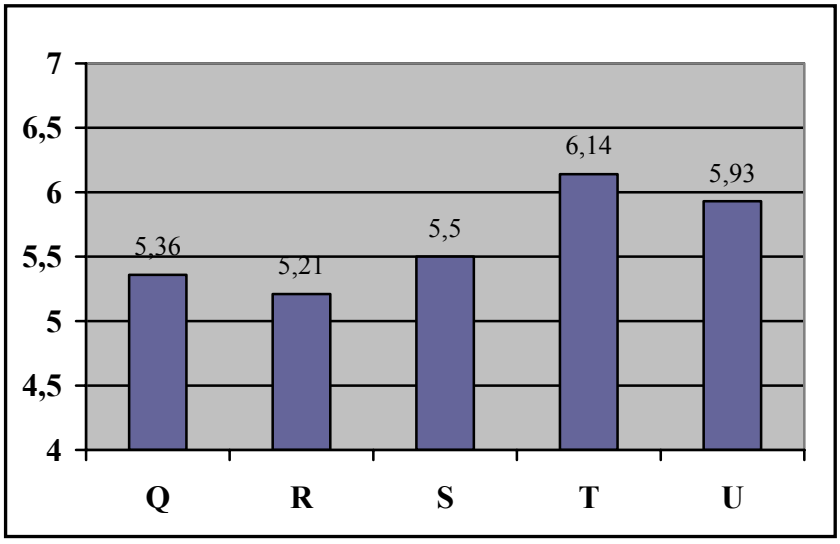
A actividade prática não se realiza sem um saber empírico, implícito ou explícito, que é mais que o *saber-fazer*, que é um *saber sobre o saber-fazer* (Mestrinho, 1997b). Malglaive (1990) refere que a aprendizagem consiste num ciclo recursivo que inclui dois momentos articulados: o do *fazer*, onde os saberes se investem nas actividades e o momento do *saber*, do que já é conhecido na prática, dando-se uma reelaboração a um nível de formalização superior.

Esta posição é sublinhada por Schön (1987) que apoia uma epistemologia da prática onde o conceito de profissional, tem subjacentes responsabilidades e reflexão na

acção e como ponto de referência as competências inerentes à prática dos bons profissionais. Para este autor, da prática dos bons profissionais deve fazer parte um profissionalismo eficiente. A reflexão sobe a prática baseia-se num conhecimento inerente e simultâneo às suas acções, completa o conhecimento que vem da ciência e da técnica, é criativa porque traz consigo o desenvolvimento de novas formas de utilizar as competências que já se possuem e traduz-se na aquisição de novos saberes, saberes-fazer e saberes-ser.

As competências de experimentação relacionam-se com o último grupo a comentar: as de acção.

Gráfico 5 – Representação gráfica dos valores médios atribuídos às competências de acção



COMPETÊNCIAS DE ACÇÃO	Média	Desvio-padrão
Q. Concretizar os objectivos traçados	5.36	.93
R. Criar e explorar novas oportunidades	5.21	.97
S. Influenciar e liderar colegas	5.50	1.02
T. Envolver-se pessoalmente nas situações	6.14	.86
U. Relacionar-se com os colegas	5.93	.92

De entre os quatro grupos de competências, as de acção assumem o valor médio mais elevado (5.63) e com um valor médio de desvio-padrão (0.94) mais baixo em relação aos restantes grupos de (relação – 1.05; conceptualização – 1.218; experimentação – 0.99), o que revela maior coesão do grupo quando aprecia a acção.

A valorização deste conjunto de competências enquadra-se no sentido global dos dados obtidos ao longo da pesquisa: valorização da participação ("***T.*** *Envolver-se pessoalmente nas situações*"), da relação ("***U.*** *Relacionar-se com os colegas*"), da

liderança ("***S.*** *Influenciar e liderar colegas*") e valorização da acção ("***Q.*** *Concretizar os objectivos traçados*" e "***R.*** *Criar novas oportunidades*").

A competência "***T.*** *Envolver-se pessoalmente nas situações*" assume um valor médio mais elevado (6.14) e tem também o desvio-padrão mais baixo de entre os itens deste grupo, o que revela alguma coesão dos actores do estudo ao fazerem a sua apreciação. Nos estudos de Abreu (1994, 1998) esta competência é bastante cotada no contexto hospitalar (5.62) e com os estudantes (5.60) mas surgem como a segunda do grupo em ambos os estudos.

Este resultado encaminha a nossa reflexão para a natureza dos cuidados de enfermagem e para a dimensão praxeológica dos mesmos. Carper (1997) quando se refere ao *Modelo Estético de Conhecimento* menciona a empatia como a capacidade de participar em ou experienciar os sentimentos dos outros. Ganha-se conhecimento da outra pessoa singular, particular; sente-se a experiência do conhecimento empático. A empatia é controlada ou moderada através da distância psíquica ou afastamento de modo a aprender e deduzir o que estamos a cuidar, neste sentido é objectivo. Quanto mais capacitado o enfermeiro se torna em perceber e "*empatizar*" com a vida dos outros, maior o conhecimento de compreensão dos modos de perceber a realidade. O enfermeiro irá ter disponível um amplo repertório de escolhas no planeamento e na prestação de cuidados efectivos e satisfatórios. Em simultâneo, o aumento da consciência da variedade de experiências subjectivas irá acentuar a complexidade e dificuldade na tomada de decisão envolvida. Este ponto de vista desta autora poderá também explicar o baixo desempenho na competência "***N.*** *Escolher as melhores soluções*" no grupo das competências de experimentação.

Este envolvimento pessoal nas situações é bem evidente nos testemunhos dos enfermeiros estudados.

> "*Acompanhar este percurso [do doente oncológico] é uma carga muito grande, é uma pressão, muitos sentimentos, e vais acompanhando a evolução. Isto acho que é... que é importante saberes tirar daqui conhecimento... (Ri-se).*" (**E5**: 99, 100)

> "*É um serviço que tem um tipo de doentes que requer muito de nós. (...) [Na reanimação tal como todas as unidades de cuidados intensivos] em termos humanos, em termos de relação, portanto é muito especial, sobretudo aqueles aspectos da relação com o doente em coma.*" (**E5**: 124, 126)

> *"[Tenho aprendido] a lidar melhor com a morte e com os familiares. (...) Já tenho mais qualquer informação que me ajuda quando eu estou perante uma situação difícil em termos emocionais.*" (**E7**: 91, 92, 95)

> "*Mas é um serviço... é assim, é gratificante mas ao mesmo tempo... é... não sei se poderei dizer traumatizante, porque é assim, há muitos velhotes, a população é muito idosa, há muitos problemas sociais, exige um envolvimento muito grande [Medicina]. (...) Enquanto cá estamos [no Serviço 2 Sala 1] é mesmo muito absorvente. (...) Eu acho que psicologicamente é um serviço que desgasta.*" (**E9**: 26, 151, 153)

> *"[Trabalhar no serviço de urgência é um momento de aprendizagem] mais importante ainda nós pensarmos se fossemos nós que estivéssemos naquela maca, naquele corredor, ao prestarmos cuidados da forma como são prestados sem individualização nenhuma. Como é que nós estaríamos se fosse algum dos nossos... nossos familiares. Que é horrível estar naquele corredor, lado a lado, com toda a gente, às vezes com 70 macas naquele corredor e não conseguirmos passar. Estar a prestar cuidados ali [serviço de urgência] é extremamente desumanizante, é para os doentes, é para os profissionais que prestam cuidados. (...) Eu penso que aprendemos interiormente a conhecermo-nos melhor, onde percebemos a ansiedade das famílias, percebemos a ansiedade dos doentes que ali estão, dos próprios profissionais que lá estão... todos eles (...) quer sejam enfermeiros, auxiliares, técnicos... todos.*" (**E10**: 167, 168, 181, 182, 183, 184)

Ao estudarem a identidade profissional dos enfermeiros numa perspectiva psicoanalítica, Martinez e Bergé (1996) defendem que a prática do cuidar pode envolver riscos para a saúde mental do profissional dados os vínculos conscientes ou inconscientes que entre enfermeiro e utente se estabelecem. O facto dos enfermeiros persistirem durante longos períodos em contacto com a pessoa deve ocasionar que, ao nível da formação, em conjunto com as disposições e competências de ajuda, se trabalhem as formas como os próprios enfermeiros se compreendem a si próprios e gerem os seus próprios sentimentos.

A competência "***U.*** *Relacionar-se com os colegas*" encontra-se cotada em segundo lugar entre este grupo com o valor médio de 5.93. Refira-se que esta competência é classificada em primeiro lugar em qualquer um dos estudos realizados por Abreu (1994, 1998). Este resultado aponta para a importância da afectividade na dinâmica de grupo, que influencia a qualidade dos cuidados prestados e a envolvência do profissional na situação. Parece-nos que esta será mais difícil quando se desempenhe funções integrado numa equipa que não seja coesa tanto no desempenho como no espírito de grupo.

> "*Eu fiz parte de uma equipa (...) de SO que (...) trabalhava muito bem, com excelentes profissionais. (...) Era uma equipa muito boa, era uma equipa muito reivindicativa em termos de condições de trabalho em fases muito más do nosso hospital. (...) Nós éramos uma equipa reivindicativa que fazia um bocado de pressão sobre a parte directiva da enfermagem para melhorar as condições de trabalho.*" (**E1**: 27, 18, 33, 34, 36)

> "*[No SO] tinha uma equipa espectacular. (...) A minha equipa era uma equipa um bocado especial.*" (**E2**: 65, 71)

> "*[Quando comecei a trabalhar] fui sempre muito bem recebida, muito bem aceite. (...) Acho que as pessoas me apoiaram bastante [quando vim para o serviço 10]. A enfermeira M., a enfermeira T., na altura também estava cá a enfermeira V., pronto as pessoas que estavam à frente do serviço na altura também me apoiaram sempre.*" (**E5**: 8, 30, 31)

> "*A nível de cuidados acho que prestamos bons cuidados de enfermagem de uma maneira geral [no Serviço 4]. (...) Nós estamos aqui é para ajudar o doente, e estamos aqui para trabalhar junto com os colegas e talvez a tal escuta, o trabalho em equipa, nisso acho que é muito mais fácil para nós trabalharmos no dia-a-dia.*" (**E11**: 232, 275)

O espírito de grupo vai ao encontro do abordado pela *escola das relações humanas*, em que o motor do comportamento humano são os sentimentos de pertença a um grupo (Chambel e Curral, 1995). Numa perspectiva mais actual podemos verificar que há também uma *cultura local*, pois dentro do hospital cada serviço é como que uma sub-cultura onde se desenvolve um percurso histórico e social típico dos actores que formam o colectivo de trabalho (Giust, 1988). Além disso, os grupos de profissionais de cada serviço, ou mesmo de cada equipa do serviço, desenvolvem também, em função da sua composição e do seu dinamismo interno, uma cultura que lhes é própria - *cultura de grupo*. Esta cultura assenta num conjunto de crenças, atitudes e orientações que são aceites por todos os membros. Com os seus padrões de normalização, integração e diferenciação, a cultura de grupo contém forças poderosas para moldar o comportamento dos seus membros. No interior das organizações formais desenvolve-se espontaneamente um sistema dinâmico de relações interpessoais que tem origem nas necessidades e aspirações específicas dos actores organizacionais, designado por *organização informal*. Nestas, as normas informais, valores e papéis, o próprio estilo dos líderes da organização condicionam o comportamento individual organizacional (Sanches, 1992)

Enquanto que nos estudos de Abreu (1994, 1998) a competência "***S.*** *Influenciar e liderar os colegas*" é a menos cotada entre as competências de acção, neste estudo surge como a terceira mais desenvolvida com a média de 5.50. Dado que este grupo

de actores foi o que frequentou o primeiro CCFE e que aquando da admissão dos candidatos ao mesmo, um dos critérios de selecção foi a participação na gestão dos cuidados e da formação, a probabilidade dos admitidos exercerem estas funções é maior. Quase todos verbalizaram o seu exercício, nomeadamente, de chefia de equipa (E1, E2, E3, E11), de responsável pela formação em serviço (E6, E9, E11, E12) e responsável pela gestão do serviço ou parte (E5, E10). Além destas funções um dos actores mencionou também ter sido dirigente sindical (E2).

A maior parte dos actores do estudo assumiam funções de liderança local no seu serviço, o que corresponde ao que Mintzberg (1982) designou por *linha hierárquica* no seu *Modelo das Configurações Estruturais*. Neste modelo a *linha hierárquica* une o centro operacional (que corresponde à parte da organização onde o trabalho de produção organizacional acontece) com o topo estratégico (que corresponde à parte organizacional responsável pela sua gestão, de uma perspectiva geral), sendo constituída por gestores cuja função é estabelecerem a ligação entre essas duas componentes. Ao nível das unidades organizacionais, a linha hierárquica promove as funções de supervisão directa, de gestão da fronteira e de desenvolvimento da estratégia (Chambel e Curral, 1995).

A penúltima competência valorizada pelos sujeitos entre as de acção é a "***Q.*** *Concretizar os objectivos traçados*" com um valor médio de 5.36. Tratando-se de um grupo de pessoas que, como vimos, dão bastante importância à relação com os colegas e envolvendo-se pessoalmente nas situações, ao ter funções de chefia procuram influenciar e liderar os colegas, é natural que a concretização dos objectivos traçados venha depois destas competências. Para os actores do estudo os objectivos traçados só são alcançados depois destas condições se verificarem. Além disso, a competência "**R.** *Criar e explorar novas oportunidades*" só faz sentido, para estes enfermeiros, depois de todas as outras (5.21), o que não deixa de ser curioso.

Em jeito de síntese, apesar do grupo de competências com valor médio mais elevado ser o da acção com 5.63, e depois de se analisar competência a competência, verifica-se que entre as mais valorizadas são competências ligadas com a relação, que foi o segundo grupo cotado com um valor médio de 5.53. As cinco competências mais cotadas foram:

1ª) "**T.** Envolver-se pessoalmente nas situações" (6.14);

2ª) "**U.** Relacionar-se com os colegas" (5.93);

3ª) "**A.** Ser sensível aos sentimentos do utente" (5.79);

4ª) "**B.** Ser sensível aos valores do utente" e "**D.** Saber colher informações (5.64).

Estes resultados levam-nos a afirmar que estes profissionais atribuem grande importância à relação aquando da prestação de cuidados, pois tanto os enfermeiros como os doentes transportam para a mesma os seus conhecimentos, atitudes, sentimentos, habilidades e padrões de conduta. Na verdade, considerar-se a interacção estabelecida como relação indica um sentido de ligação entre enfermeiros e utentes, tanto quanto a interdependência e reciprocidade entre eles. No estabelecimento de uma relação, doentes e enfermeiros apresentam-se com capacidades de ordem cognitiva, afectiva e psicomotoras próprias que utilizam num esforço conjunto para promover o bem-estar do cliente. Os enfermeiros são responsáveis por estimular esta troca de ideias, valores e habilidades. Numa relação de ajuda eficaz há uma garantia clara de intercâmbio entre utentes e enfermeiros, nessas três dimensões (Riley, 2004).

4.2. ESTILOS DE APRENDIZAGEM E REPRESENTAÇÕES SOBRE O TRABALHO

No âmbito dos seus estudos, Kolb (1984) sugeriu que o processo de aprendizagem não seria idêntico para todos os seres humanos, em que as estruturas fisiológicas que governam a aprendizagem permitem para a emergência do único processo adaptativo individual que tende a realçar algumas orientações adaptativas sobre outras. A individualidade humana é um ajustamento positivo, adaptativo das espécies humanas, que resulta do padrão ou "programa" criado pelas nossas escolhas e as suas consequências. Ao longo das suas escolhas de experiência, as pessoas programam-se para alcançar a realidade variando os graus de realce na apreensão ou na compreensão. De forma semelhante programam-se para transformar estas percepções via extensão e/ou intenção. Esta auto-programação condicionada pela experiência determina a extensão pela qual a pessoa realça os quatro modos do processamento de aprendizagem: aprendizagem concreta, observação reflexiva, conceptualização abstracta e experimentação activa. Enquanto que os indivíduos possuem os quatro

tipos de competências de aprendizagem, algumas pessoas desenvolvem certas competências sobre outras como resultado das suas experiências particulares da vida. O autor sugere, assim, o conceito de *estilo de aprendizagem*[8] definido como a forma preferida de processar a informação do mundo, que se articula com o processo de configuração identitária (Abreu, 1998).

Os estilos de aprendizagem têm também uma componente de desenvolvimento que consiste em três fases:

- *aquisição* (do nascimento à adolescência), em que os indivíduos desenvolvem as competências básicas associadas com cada modo no ciclo de aprendizagem;
- *especialização* (do jovem adulto a meio da carreira), em que os indivíduos se tornam especializados no estilo mais adequado para ter sucesso na carreira escolhida;
- *integração* (do meio da carreira para diante), em que as competências de aprendizagem menos usadas tornam-se mais desenvolvidas à medida que os indivíduos procuram as competências nucleares para papéis iniciais do trabalho e esforçam-se por auto-actualização. A integração dos quatro modos de aprendizagem ocorre, proporcionando que seja usada uma variedade de abordagens de aprendizagem a situações semelhantes (Kolb, 1984).

Kolb (1976, cit. por Laschinger, 1990) notou que estilos característicos eram associados a membros de diferentes profissões. Membros de profissões de tradições humanistas têm, tradicionalmente, estilos de aprendizagem concretos (acomodativo e divergente) em que os contextos de aprendizagem nestas profissões são percepcionados como tendo uma força contextual concreta/afectiva. Por outro lado, as profissões baseadas nas ciências puras têm estilos de aprendizagem convergente e os seus contextos de aprendizagem são percepcionados como tendo uma força contextual abstracta/simbólica. As profissões onde impera a formação dirigida ao social têm membros acomodativos. Esta investigação suportou a controvérsia de Kolb que tende a combinar o estilo de aprendizagem de membros disciplinares com a força contextual da disciplina. Num estudo realizado com enfermeiros Sutcliffe (1993) verificou que os estilos de aprendizagem dos enfermeiros variam de acordo com a área estudada.

[8] Já abordado no ponto 3.2. sobre a *Aprendizagem pela Experiência: o modelo de Kolb.*

À semelhança de Schön (1991), Kolb (1984) considera que em profissões onde se reconhece alguma complexidade, instabilidade e conflito, há uma tendência para o pluralismo em termos de estilos de aprendizagem.

A teoria de aprendizagem pela experiência foi testada em vários estudos na população da enfermagem, que apontavam para uma propensão de predominância dos estilos acomodativos e divergentes, ao contrário dos enfermeiros especializados e dos médicos, que tenderiam a evidenciar estilos convergentes. Kolb verificou que os enfermeiros tendiam para desenvolver competências na área relacional e de acção (estilo acomodativo) e por vezes de relação e de observação (estilo divergente). Os seus trabalhos de investigação empírica obrigaram o investigador a reflectir sobre os estilos de aprendizagem típicos dos enfermeiros, uma vez que em princípio, ao serem considerados os contextos de trabalho, estes deveriam ter tendência para desenvolver estilos convergentes (Laschinger, 1990).

O impacto da envolvente contextual e do desempenho profissional no estilo de aprendizagem foi evidente nos estudos de Laschinger e Boss (1989*), Marcinek (1983*) e de Seidemen (1983*) a partir da teoria de Kolb. Ao contrário do que se verificava com os seus colegas das diversas áreas profissionais e por imperativo do tipo de desempenho profissional, Burke (1988*) concluiu que os docentes de enfermagem eram assimilativos. Hodges (1988*) deu mais apoio a esta noção quando, no seu estudo observou um padrão semelhante de estilos de aprendizagem entre professores, freiras e estudantes de enfermagem britânicos. Espera-se que os educadores de enfermagem desenvolvam mais estilos abstractos considerando o envolvimento do seu dia-a-dia com ideias abstractas e teorias que preenchem as suas responsabilidades de ensino (Laschinger, 1990).

Pelo contrário, e dado um contexto cultural distinto, num trabalho desenvolvido por Duff, Johnstonn e Laschinger (1992) verificou-se que o estilo de aprendizagem predominante entre os professores de enfermagem na China era divergente (67,6%), seguido do assimilativo (13,5%) e acomodativo (11%). Nenhum sujeito era convergente.

* Citado por Laschinger, 1990

Sherbinski (1994) ao estudar o estilo de aprendizagem de enfermeiros estudantes de mestrado em enfermagem anestésica verificou que 80% dos sujeitos eram igualmente divididos em grupos de convergentes e assimilativos.

No nosso país, Abreu (1994, 1998) os resultados variaram de acordo com o contexto em que os actores estavam inseridos. Se no contexto hospitalar e estudantil o estilo de aprendizagem predominante foi o convergente, seguido do acomodativo e do divergente; no comunitário, o divergente dominou seguido do convergente e do acomodativo. Actores assimilativos só se verificaram no hospital e com estilo de aprendizagem misto entre os estudantes.

Cavanagh, Hogan e Rampogal (1995) ao estudar os estilos de aprendizagem de estudantes de enfermagem do Reino Unido verificou também uma predominância dos estilos concretos em relação aos reflexivos, em que o divergente (27,9%) foi o mais predominante, seguido do convergente (27,4%), do acomodativo (25,8%) e do assimilativo (18,8%). Com resultados semelhantes, no estudo de Colluciello (1999) realizado com estudantes de enfermagem finalistas, o estilo de aprendizagem mais frequente foi o acomodativo (31%), seguido do convergente (26%), do divergente (24%) e por fim o assimilativo (19%).

Astin, Closs e Hughes (2006) ao estudarem o estilo de aprendizagem das enfermeiras especialistas da Clínica Macmillan verificaram que o estilo de aprendizagem divergente foi o mais frequente, seguido do assimilativo, do convergente e por fim, o acomodativo.

Suliman (2006) ao estudar dois grupos de estudantes de enfermagem na Arábia Saudita verificou que os do curso com um programa convencional, designado por *Stream I*, para graduados na escola secundária eram divergentes, enquanto que os do curso com um programa avançado, designado por *Stream II*, para graduados na universidade com um curso de física, química, matemática ou biologia, eram convergentes.

De entre as vinte competências que compõem o *Adaptative Competency Profile* – ACP cotadas com valores entre 1 (baixo nível de desenvolvimento) e 7 (alto nível de desenvolvimento), em que cada conjunto de cinco se refere a um determinado estilo de aprendizagem (divergente, convergente, assimilativo e acomodativo), depois de

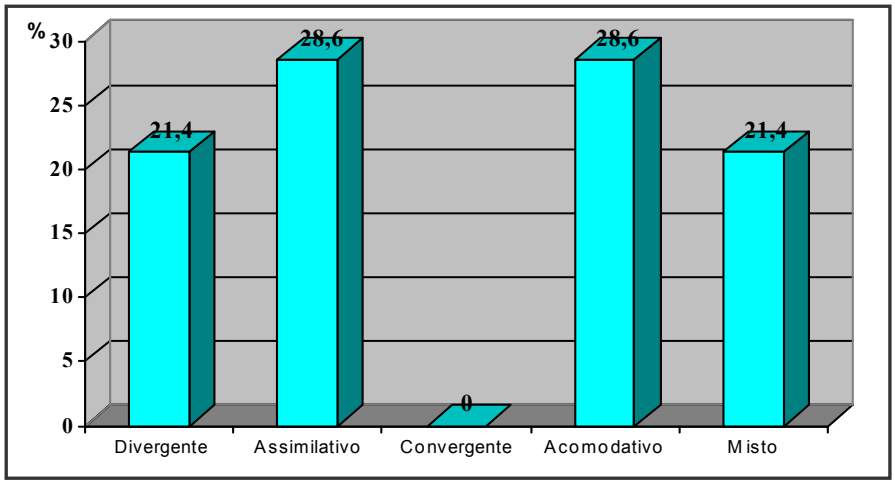
somadas para cada um dos grupos, verificou-se qual a que teria um resultado mais elevado. Ao grupo com maior valor fez-se corresponder o estilo de aprendizagem.

Com vista à determinação do estilo de aprendizagem predominante no grupo de actores do presente estudo, identificámos inicialmente o estilo de aprendizagem de cada um dos actores, passando-se de seguida a calcular as percentagens das frequências de ocorrência dos diversos estilos identificados.

Através da consulta do Gráfico 6, podemos identificar a percentagem da frequência com que os diversos estilos de aprendizagem surgiram entre os actores do nosso estudo.

Os estilos de aprendizagem predominantes são o assimilativo e o acomodativo (28,6%) com o mesmo valor percentual seguidos, igualmente, do divergente e do misto (21,4%). Nenhum actor do estudo se revelou apenas convergente. Trata-se de um conjunto de capacidades relativamente pouco frequentes em populações de enfermeiros ligados ao exercício profissional – recurso à indução, aptidão em (re)construir modelos teóricos, envolvimento no universo das ideias e conceitos abstractos: pouca preocupação com aplicação prática de ideias e maior com a lógica e precisão das mesmas.

Gráfico 6 – Estilos de aprendizagem desenvolvidos pelos enfermeiros



Os resultados encontrados entre os sujeitos distinguem-se dos estudos já enunciados, principalmente, pela predominância do assimilativo entre enfermeiros que, como sabemos, exercem funções em contexto hospitalar, o que habitualmente surge em

docentes de enfermagem (Burke, 1988*; Hodges, 1988*). Além disso, vem contrariar a afirmação de Kolb (1984) de que os indivíduos de profissões com tradições humanistas têm estilos e aprendizagem concretos. Contudo, se atendermos a todo o conhecimento que já temos do presente objecto de estudo, verifica-se uma grande congruência com as características do colectivo de actores, com o tipo de processamento da informação utilizado e o próprio contexto de trabalho.

Sendo o estilo de aprendizagem assimilativo um dos que predomina (28,6%, que corresponde a quatro actores – E2, E3, E8 e E14), uma primeira vertente é a valorização, pelo grupo, de competências de conceptualização, que curiosamente foi o menos cotado no ACP com valor médio de 5.26. No entanto, e tal como vimos aquando da caracterização dos actores, no ponto 3.1. deste Capítulo, um tinha um curso superior de grau académico licenciatura (Psicologia Social e das Organizações) (E14) e outro possuía, para além de um Curso de Estudos Superiores Especializados em Saúde Mental e Comunitária que lhe conferiu o grau académico de licenciatura, o Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais (E8). Outro actor encontrava-se a realizar a parte curricular do Mestrado em Estudos sobre as Mulheres (E2). Além disso, quando se referiram aos seus projectos profissionais para o futuro, os actores foram claros na importância atribuída à conceptualização.

> "*Eu gostava de terminar o Mestrado (...) em Estudos sobre as Mulheres. (...) Não me importava nada de o fazer [mestrado] na área da Enfermagem. (...) Acho que gostaria de qualquer coisa relacionado com a própria história da nossa profissão porque é uma história que (...) em Portugal não está feita, ou então qualquer coisa na área da família independentemente de estar a trabalhar ou não. (...) [O Mestrado é um aumento de qualificação] que me faz sentir bem.*" (**E2:** 356, 359, 361, 377)

> "*A nível de projectos gostava de fazer uma pós-graduação. Uma pós-graduação para... aprofundar conhecimentos. Agora para progredir para chefe, não. (...) O que eu gostava mesmo era algo de enfermagem (...) mas relacionado com a sociologia. Como inserir todo o envolvimento da criança e dos pais tem tudo a ver também com a sociologia. E isso era uma das coisas que eu gostava de fazer muito e se houvesse uma pós-graduação em que todo esse âmbito fosse tratado, por acaso eu gostava.*" (**E3**: 159, 160, 170, 171)

> " *(...) acabar o mestrado (...) que estou em vias de o acabar.*" (**E8**: 143)

* Citado por Laschinger, 1990

> "(*Silêncio) Portanto, acho que não é só a informação... acho que tem que ser completada (...). Há a parte prática e há os conhecimentos teóricos. Sem os conhecimentos teóricos que algumas pessoas trazem e outras não, tem que ser estimulado (...) na aprendizagem, também na prática não vão conseguir nada. Acho que não é só dar informação, portanto é tentar um pouco adaptar os conhecimentos, mobilizar os conhecimentos que eles têm (...) teóricos (...) na acção, na prática.*" (**E8**: 29, 30, 31, 32, 33)

Entre estes actores do estudo, dois revelam mesmo que têm como projectos profissionais para o futuro o ingresso na carreira docente, ou no mundo da formação.

> "*Eu acho que tenho jeito para ensinar, não me importava de transmitir conhecimentos a outras pessoas (...) em contexto de trabalho (...) em termos de formação. Eu acho que há coisas que nós temos que ensinar aos outros, para passar.*" (**E2**: 370, 371, 372)

> "*(...) Ingressar na carreira de docente, portanto a carreira é que é diferente mas o âmbito é o mesmo. Outra carreira dentro da mesma área. (...) Portanto é noutra mas salvaguardando esta... ir para fora cá dentro... (Ri-se)*." (**E8**: 144, 145, 146, 148)

O outro estilo de aprendizagem predominante foi o acomodativo (28,6% que corresponde a quatro actores – E1, E6, E7, E9), em que o grupo de competências privilegiadas é o da acção. Tratam-se de elementos que dão prioridade ao envolvimento pessoal nas situações quotidianas, realçando o sentimento por oposição ao pensamento e enfatizando uma perspectiva intuitiva por oposição à abordagem científica e sistemática de problemas. O discurso dos sujeitos é congruente com o descrito por Kolb (1984) em relação a este estilo de aprendizagem. As competências de acção são realçadas nas unidades de registo que a seguir passamos a apresentar.

> "*[Quando se vai de novo para o Bloco] acho difícil dar (...) com a especificidade do serviço em termos de orgânica de funcionamento, de complexidade de materiais. (...) penso que são os aspectos mais relevantes*" (**E1**: 46, 47, 48, 49)

> "*Em termos profissionais aquilo que me preocupa em primeira instância é obrigatoriamente, será as rotinas principais do serviço.*" (**E6**: 13)

> "*Nos cuidados directos eu estou sempre a aprender, há sempre coisas novas que eu não aprendi no curso.*" (**E7**: 85, 86)

O envolvimento pessoal nas situações emerge também do discurso dos actores. A chave para o bom desempenho do serviço é a forma como se cuida do outro. O envolvimento pessoal dá satisfação profissional, sentindo-se que parece haver uma recompensa fruto dessa sua forma de estar.

> "*[que tenham sempre em conta] a forma como cuidam do outro, eu acho que é o principal. E depois é claro que a organização, o planeamento, a organização isso tudo se reflecte no desempenho e no bom funcionamento do serviço.*" (**E7**: 39, 40)

> "*Mas é um serviço..., é assim gratificante mas ao mesmo tempo... é... não sei se poderei dizer traumatizante, porque é assim, há muitos velhotes, a população é muito idosa, há muitos problemas sociais, exige um envolvimento muito grande.*" (**E9**: 26)

Por outro lado, associado a esse envolvimento surge a falta de espaços formativos. A "absorção" do serviço não permite que os enfermeiros tenham tempo e disponibilidade mental para a formação, para a reflexão sobre a acção.

> "*Se às vezes não fazemos mais [em termos de formação] é porque realmente o serviço às vezes também (...) não permite porque é muito absorvente.*" (**E9**: 150)

O relacionamento com os colegas, valorizado por este estilo de aprendizagem, é realçado por um destes profissionais, por se referirem ao mesmo como importante de ser transmitido a novos profissionais aquando da sua integração no serviço.

> "*Como são equipas muito (...) pequenas (...) em termos de enfermagem (...) mas (...) em termos de equipa multidisciplinar muito grande, penso que uma das coisas que é necessário chamar à atenção [dos novos profissionais a integrar] é (...) o espírito de equipa e a camaradagem entre as pessoas.*" (**E1**: 50)

O estilo de aprendizagem divergente, que enfatiza as competências da relação (Kolb, 1984), surge em 21,4%, que corresponde a três dos actores do estudo (E10, E11 e E12). São indivíduos que estão sensíveis aos sentimentos e valores das pessoas, ouvir com uma mente aberta, reunir informação e imaginar implicações de situações ambíguas. No seu discurso é bem notória a consciência de que, no decurso do seu percurso profissional, desenvolvem fundamentalmente as competências de relação.

> "*Em termos dos doentes eu penso que uma das coisas mais importante é a componente relacional. É extremamente importante mesmo para a família.*" (**E10**: 64, 65)

> "*Eles [doentes ostomizados] não perguntam ao médico, eles vêm é ter comigo por causa das coisas específicas (...) mas eles desabafam, entre aspas, muito mais comigo, sentem se muito melhor comigo, mais à vontade do que propriamente com o médico. (...) Uma pessoa sente-se bem. Acho que é muito gratificante para mim.*" (**E11**: 158, 159)

> "*Principalmente a relação com o utente e com a família. Eu acho que foi com este grupo de pessoas [colegas, outros profissionais, utente e família] que eu mais aprendi.*" (**E12**: 79, 80)

A ocorrência de estilos de aprendizagem mistos ocorreu também no estudo de Abreu (1998) com estudantes de enfermagem, o que levou o autor a concluir que os

estudantes de enfermagem não têm um estilo típico de processar a informação, provavelmente pelo facto da formação dos enfermeiros ocorrer numa diversidade de situações e através de interacções com um grande número de indivíduos. Além disso, a presença de estilos mistos é identificada por Kolb (1984) como um dos factores que pode reflectir mobilidades e transições identitárias. Como vimos, os enfermeiros estudados por nós são um grupo heterogéneo, com desvio-padrão elevado tanto na idade (6.5) como no tempo de serviço (6.65), o que revela que entre os elementos do grupo possam haver diferenças nas fases de desenvolvimento do estilo de aprendizagem definidas pelo autor, podendo estar na fase de especialização ou de integração.

Com três sujeitos (21,4%) surge o estilo de aprendizagem misto (E4, E5 e E13), em que cada um identifica pelo menos dois grupos de competências melhor desenvolvidas por si. Apesar destes três actores terem um estilo de aprendizagem misto, os grupos de competências que consideram estar mais fomentadas são distintos entre si. Assim, E4 tem um estilo de aprendizagem divergente e acomodativo, em que os grupos de competências privilegiadas são as de relação e as de acção. É curioso verificar como este enfermeiro combina, precisamente, os estilos de aprendizagem mais predominantes entre os diversos trabalhos realizados por Kolb em populações de enfermeiros (Laschinger, 1990). Refira-se que este enfermeiro teve uma actividade profissional que foi muito variada em termos de contextos de trabalho (nove), mas que foi maioritariamente em blocos operatórios.

> "*[Nos três anos que estive no Hospital de Santa Cruz foi] onde realmente eu explorei bastante a minha relação com o utente, fantástica.*" (**E4**: 26)

> "*[A Unidade de Urgência Cirúrgica do Hospital de São José] é uma escola, foi uma escola para mim, mas aí sob o ponto de vista técnico, já explorei outras capacidades. Não as humanas, que eu acho que já as tinha bastante cimentadas, mas as técnicas também me faltavam.*" (**E4:** 34)

> "*Portanto aquela formação talvez tenha sido a mais marcante foi a de bloco operatório da urgência cirúrgica, no fundo ou porque era altura em que eu estava com uma maturidade diferente que me marcou mais. Hoje é talvez com que eu me identifique mais é com os blocos operatórios.*" (**E4**: 84, 85)

Um outro actor do estudo (E5) combina três estilos de aprendizagem: divergente, convergente e acomodativo. Os grupos de competências privilegiadas são, respectivamente, as de relação, experimentação e as de acção. Os estilos de aprendizagem divergente e acomodativo são, como já vimos, os mais frequentes

entre os enfermeiros estudados por Kolb (Laschinger, 1990). O estilo convergente, também presente neste enfermeiro, (típico, segundo Kolb, dos médicos) foi maioritariamente encontrado por Abreu (1994, 1998) nos enfermeiros que exerciam funções em contexto hospitalar num serviço de neurocirurgia e nos estudantes de enfermagem. Refira-se que este enfermeiro tem uma experiência profissional que engloba apenas duas áreas: a cirurgia geral (enfermaria e recobro) e a neurocirurgia, com uma vertente de intensivismo e especificidade muito presente. Nestes serviços valorizam-se competências técnicas de decisão e de previsibilidade, o que em diversos contextos de trabalho são fundamentalmente da competência médica. O discurso deste enfermeiro revela bem a pluralidade destes estilos de aprendizagem.

> "*Portanto de um serviço com enfermaria, passei depois para uns cuidados mais objectivos em termos do pós-operatório imediato e neste momento em cuidados intensivos... é um mundo não é? É assim mesmo, é um mundo. Eu gosto por acaso, nunca pensei vir a gostar tanto como gosto [de cuidados intensivos]*." (**E5**: 49, 50)

> "*(...) é um serviço muito pesado fisicamente, psicologicamente (...) Eu penso que desde o início que eu vim para cá... Há sempre alguém disponível para falar connosco, isso acho que é muito bom, neste serviço, que é um serviço que também requer muito de nós. Para além de todas as técnicas, entre aspas, que nós precisamos de ter para ultrapassar este tipo de problemas, eu acho que por vezes temos mesmo que chorar. Tão simples quanto isso, chorar no ombro de alguém.*" (**E5**: 54, 56, 57, 58)

> "*Aprendizagens... ora por exemplo... o sofrimento... das pessoas, saber dar valor ao sofrimento das pessoas... tem sido... a dor. Saber o que é uma pessoa ter dores, a dor crónica... as pessoas saberem que têm uma doença que, por exemplo na cirurgia daquelas neoplasias (...) acompanhares desde o percurso todo é uma carga muito grande, de fazer o diagnóstico, depois é operada, depois faz a quimioterapia, depois volta-te ao serviço para morrer contigo. Acompanhar este percurso é uma carga muito grande. É uma pressão, muitos sentimentos, e vais acompanhando a evolução. Isto acho que é... que é importante, saberes tirar daqui conhecimento... (Ri-se).*" (**E5**: 96, 97, 98, 99, 100)

> "*Porque normalmente as pessoas sentem-se um bocado cansadas, falta de tempo, de disponibilidade e às vezes é um pouco difícil [formação em serviço]*". (**E5**: 153)

A evidência da relação entre o estilo de aprendizagem e a especialidade de enfermagem preferida não foi demonstrada. Dougan (1982, cit. por Laschinger, 1990) no seu estudo de estilos de aprendizagem de enfermeiros que trabalhavam em médico-cirúrgica, cuidados intensivos, psiquiatria e educação não foi capaz de diferenciar os grupos pelo estilo de aprendizagem. No entanto, verificou que os seus sujeitos tinham resultados mais elevados nas escalas da experimentação concreta e

observação reflexiva, do que a amostra de Kolb em sujeitos não enfermeiros. De forma semelhante, Laschinger e Boss (1983, cit. por Laschinger, 1990) não encontraram uma relação entre o estilo de aprendizagem e as preferências de estudantes de enfermagem para diferentes especialidades de enfermagem.

Os estilos de aprendizagem acomodativo (que valoriza a acção) e o convergente (que valoriza a experimentação) são combinados por um dos sujeitos (E13). Este enfermeiro revela uma ligação aos objectivos, busca e exploração de oportunidades, influência e liderança dos outros, estar pessoalmente envolvido, lidar com as pessoas, criar novas formas de pensar e de fazer, experimentação com novas ideias, escolher a melhor situação para os problemas e tomada de decisão (Kolb, 1984). Em termos de percurso profissional deste actor do estudo, há a referir a curta passagem por uma enfermaria (otorrinolaringologia), uma estadia prolongada (cerca de nove anos) no bloco operatório, e desde os últimos sete anos no serviço de urgência. Além destes serviços, este enfermeiro fez uma comissão de serviço de três meses, em Timor.

> "*(Silêncio) Em termos globais é assim passei por sítios que foram extremamente enriquecedores, quer o bloco quer em termos do SO. (...) [O bloco central] já foi bem mais enriquecedor porque em termos de cirurgia programada faz-se coisas que não se faz na urgência, em termos de especialidades, não tento em termos de cirurgia geral mas em termos de especialidades, sobretudo otorrino, maxilo e plástica fazem-se coisas que não se faz na urgência. [No SO] foi aprender muita coisa que não sabia, sobretudo porque eu estava muito ligada à parte cirúrgica e não tanto à parte de medicina, como é lógico. E mesmo em termos cirúrgicos, pronto eu via o doente entrar para ser operado (...), mas pronto é diferente veres o outro lado.*" (**E13**: 14, 21, 23)

> "*[Planear as coisas para mais tarde] é uma coisa que aqui [urgência] é muito complicado de fazer, de qualquer das maneiras prefiro a urgência, gosto de mais movimento, mais stress e mais reboliço.*" (**E13**: 53)

> "*Quando fui para o bloco tinha as drogas anestésicas, desde relaxantes musculares, tudo. E aquilo fazia-me uma confusão diabólica, desde saber onde é que estavam, onde é que não estavam, e eu a ver os outros abrir a gaveta sem olhar para lá e tiravam e partiam e tal, o barulho dos (...) monitores, o barulho do ventilador, o barulho do ar condicionado, a máscara e o barrete, eu não conseguia ouvir nem perceber aquilo que me diziam, 50 mil linhas diferentes e mais próteses e tal...*" (**E13**: 102)

A diversidade de resultados em matéria de estilos de aprendizagem em relação a este grupo de actores podem levar-nos a concluir que os mesmos não têm um estilo típico de processar a informação, provavelmente pelo facto da formação dos enfermeiros

ocorrer numa diversidade de situações e através de interacções com um grande número de indivíduos (Abreu, 1998).

Através da triangulação da informação com a produzida em trabalhos realizados em contextos diferentes podemos afirmar que a escolha profissional não expõe a pessoa a um determinado contexto. Os estilos de aprendizagem são concebidos por Kolb (1984) como *competências adaptativas genéricas*, ou seja, um elevado nível de aprendizagem heurística que facilita o desenvolvimento de uma classe genérica de capacidades mais específicas que são requeridas para o desempenho efectivo nas diferentes tarefas. As forças que formam os estilos de aprendizagem passam pelas experiências passadas básicas e hábitos de pensamento e acção, a nossa orientação básica de personalidade e educação, que exerce uma moderada mas influência universal no nosso comportamento em quase todas as situações. Por outro lado, temos as exigências específicas ambientais que enfrentamos da nossa escolha da carreira, do nosso emprego e das tarefas específicas que enfrentamos.

Uma escolha profissional não expõe apenas a pessoa a um ambiente específico de aprendizagem; também envolve uma ligação a um problema genérico profissional, que requer uma orientação adaptativa especializada. Além disso, uma pessoa torna-se um membro de um grupo de referência de pares que partilham uma mentalidade *profissional*, um conjunto comum de valores e crenças sobre como deve comportar--se profissionalmente. Esta orientação profissional forma o estilo de aprendizagem através de hábitos adquiridos no treino profissional e através de pressões normativas imediatas envolvidas em ser um profissional competente (Kolb, 1984).

As exigências da tarefa e pressões de um trabalho tendem a formar uma orientação adaptativa da pessoa. Por exemplo, trabalhos executivos requerem um estilo de aprendizagem acomodativo, trabalhos pessoais requerem o divergente, trabalhos de informação estão para o assimilativo e, para os trabalhos técnicos o estilo de aprendizagem convergente. Por outro lado, cada tarefa que encaramos requer um conjunto correspondente de capacidades para o desempenho efectivo. A conjugação efectiva da exigência da tarefa e capacidades pessoais resulta numa *competência adaptativa*. O conceito de competência representa uma nova abordagem à melhoria de um desempenho conjugando as pessoas com os empregos (Kolb, 1984).

Uma vez que a aprendizagem pressupõe adaptação e esta exige interacção entre o indivíduo e o contexto, o estilo de aprendizagem condiciona a forma como os actores transformam o contexto. O processo de desenvolvimento de competências e o estilo de aprendizagem dos enfermeiros são dois aspectos com grande relevância no processo da formação das suas identidades profissionais.

4.3. REPRESENTAÇÕES SOBRE AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS

"*Cuidar... esta arte que precede todas as outras, sem a qual não seria possível existir, está na origem de todos os conhecimentos e na matriz de todas as culturas*" (Collière, 2003: 1). Cuidar representa a missão principal de qualquer "instituição de cuidados" e designa a atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular com vista a ajudá-la, a contribuir para o seu bem-estar, a promover a sua saúde (Hesbeen, 2000).

Ser cuidado, cuidar-se e cuidar sobrepõem-se e entrelaçam-se. Cuidar-se faz parte das nossas obrigações quotidianas. Esses cuidados vitais, muito antes de serem o apanágio de um ofício e muito menos de uma profissão foram, durante milénios, este bem, esta arte, este património de saberes, sem dúvida o mais bem repartido entre os seres humanos (Collière, 2003).

Florence Nightingale e Ethel Bedford Fenwick foram, sem dúvida, marcos importantes na profissionalização da Enfermagem, contribuindo para a origem de um novo corpo de saberes baseado na ciência moderna e para a formalização do ensino. Surgiu em seguida a centralização da actividade na técnica, que levou a que a profissão dependesse da actividade do médico. Contudo, o avanço da ciência, nomeadamente das ciências sociais e humanas foram importantes contributos, inicialmente, para a gestão dos serviços e posteriormente para a afirmação da profissão quando a relação passou a ser valorizada no domínio do conhecimento e na prestação dos cuidados [9].

Para Carr-Saunders e Wilson (1934, cit. por Rodrigues, 2002) uma profissão emerge quando um número definido de pessoas começa a praticar uma técnica fundada sobre

[9] Sobre este assunto ver também o ponto 1.1. do Capítulo I sobre a *Produção Sociohistórica da profissão de Enfermagem.*

uma formação especializada, dando resposta a necessidades sociais. Todos os atributos que caracterizam uma profissão são o desenvolvimento natural, de facto inevitável, da aplicação de uma técnica intelectual a assuntos da vida quotidiana. Goode (1969, cit. por Rodrigues, 2002) acrescenta ainda que o conhecimento é a variável central. Para se alcançar o estatuto de profissão são necessários elevados níveis de conhecimento e dedicação, aos quais nem todas as ocupações conseguem aceder. Uma importante parte do processo pelo qual uma ocupação se torna uma profissão é a institucionalização gradual do papel das várias relações entre ela própria e outras partes da sociedade.

Considerando todos os marcos socio-histórico-antropológicos mencionados, a afirmação da Enfermagem como profissão tem sido progressiva, influenciando também a identidade profissional, o que levou alguns dos actores do estudo a considerarem a actividade de enfermagem, acima de tudo, uma profissão.

> "*Para além de ser uma profissão, é uma profissão que eu valorizo, que eu acho que é prestigiante. (...) É uma profissão sem dúvida.*" (**E4**: 204, 205, 206, 218)

> "*É uma profissão como outra qualquer.*" (**E13**: 217)

O decurso da história da enfermagem ficou também marcado pela valorização do estatuto da enfermeira como auxiliar do médico, através da técnica. A prática de Enfermagem era construída em referência à prescrição com vista à investigação e ao diagnóstico médico. A *técnica* passou a ser o foco de atenção. Na relação médico--enfermeiro era sempre reforçada a dependência daquele que seria o colaborador, o executante, o auxiliar do médico. Todo este passado provocou, nos enfermeiros, a necessidade de criar uma identidade e um campo de competências, que permitam a sua afirmação profissional a par do desenvolvimento das outras profissões com as quais interagem (Martins, 1999), como é o caso da medicina. No entanto, a enfermeira "auxiliar do médico" é, porventura, a imagem que mais tem resistido ao longo dos tempos (Ferreira, 2003). Além de referirem tratar-se de uma profissão, um dos enfermeiros procura deixar bem claro que a enfermagem deixou de estar dependente do médico.

> "*Eu acho que nós temos uma função totalmente à parte [do médico], apesar de certas coisas se conjugarem.*" (**E3**: 30)

O trabalho profissional é aquele no qual há discrição e julgamento pelo trabalhador, que não é facilmente padronizado e para o qual são requeridos elevados níveis de

formação. Só estes continuam como memória do critério primeiramente associado ao significado de "*profissional*" (Oppenheimer, 1973, cit. por Rodrigues, 2002). De modo a que se possa reencontrar o sentido dos cuidados, poder falar deles e evocá--los, é necessário aprender o que os prestadores de cuidados dizem deles (Collière, 2003). Além de ser referida como uma profissão com autonomia, é também mencionada a responsabilidade que acarreta ser enfermeiro por se tratar de uma actividade cuja acção incide na pessoa e não num objecto.

> "*[É uma profissão] que tem uma responsabilidade acrescida em relação se calhar a muitas outras profissões. Todas elas [profissões] têm a sua responsabilidade, a grande diferença que sempre me marcou é que o canalizador, o pedreiro, o carpinteiro se estragar reconstrói, demora mais tempo, mas consegue remediar a situação eu se estragar depois não consigo remediar a situação. Há uma responsabilidade acrescida, que é o facto de que se eu falhar, as coisas poderem ser irremediáveis e não há volta possível.*" (**E12**: 218, 219, 220)

No decorrer das entrevistas, foram vários os enfermeiros que referiram tratar-se de uma actividade profissional de valor, utilidade, acentuando o seu discurso na vertente da compaixão e da ajuda ao outro. Esta perspectiva vai ao encontro da teoria funcionalista defendida por Parsons (1939, cit. por Rodrigues, 2002) em que as profissões são orientadas por motivações altruísticas e não por razões económicas. Trata-se de uma caracterização pelo "desprendimento" em que o profissional não é encarado como apostado apenas em conseguir lucros pessoais, mas sim em prestar serviços aos seus pacientes ou clientes. Além disso, reflecte o peso da história da profissão, pois como vimos a institucionalização da ideologia da vocação foi também uma das estratégias do processo de configuração socio-profissional da enfermagem. O ideal de servir devia consubstanciar a fonte de gratificação pessoal e profissional, em que a dedicação e a bondade de carácter eram considerados atributos necessários à missão de apoio moral a quem sofria. Termos como "*ajuda*", "*valor*", "*utilidade*", "*fundamental*", "*importante*" e "*ser humano*" são utilizados pelos actores do estudo quando caracterizam a profissão de enfermagem.

> "*Desempenho uma função em termos de utilidade. Tenho uma função útil na sociedade que é atender os pacientes em conformidade.*" (**E1**: 54, 55)

> "*Acho que é uma actividade profissional que (...) tem muito valor, que é necessária, que é muito fundamental. É fundamental porque a sociedade está diferente, porque as pessoas precisam de ajuda.*" (**E2**: 336, 337, 338, 339, 340)

> "*Acho que a nossa profissão vale imenso, é muito importante.*" (**E12**: 43, 44)

Para cada enfermeiro é fundamental a opinião que a sociedade atribui à profissão da qual faz parte. Há uma preocupação entre os sujeitos da investigação com a imagem que a sociedade tem do enfermeiro, reconhecendo que é predominantemente negativa. Em termos sociais, a profissão é considerada como sendo subvalorizada, pouco reconhecida, em que o seu verdadeiro trabalho que exige saber é desconhecido da população, sendo muitas vezes associada à vocação.

> "*Na sociedade actual (...) ser enfermeiro continua a ser uma profissão subvalorizada. Em termos sociais eu penso que continua a ser subvalorizada. Apesar de nós enfermeiros cada vez mais nos esforçarmos para nos credibilizarmos em termos sociais, nomeadamente com a criação da ordem, etc., eu penso que continua a ser uma profissão subvalorizada.*" (**E1**: 142, 143, 144)

> "*Eu acho que podíamos e devíamos ser melhor reconhecidos. Infelizmente acho que não nos dão o devido valor nem sabem muito bem a nossa importância.*" (**E3**: 154, 155)

> "*(...) devíamos ser tratados como enfermeiros e só como enfermeiros que passam muitas das suas horas nos hospitais. (...) Acho que ninguém valoriza, ninguém se apercebe do que é o desgaste de um enfermeiro que trabalha por turnos (...) Não é preciso devoção, não é de freira, não é de abdicação, não é de sacerdócio, mas um bocadito mais de respeito (Ri-se).*" (**E4**: 215, 217, 219)

Para os enfermeiros entrevistados, além da vocação e da devoção, a imagem que a sociedade tem da sua profissão centra-se na rotatividade de horários. O enfermeiro é visto como umas pessoas que, aos fins-de-semana, feriados e épocas festivas, são obrigados a deixar as suas famílias para "*fazerem uns turnos*" e "*tratarem dos doentes*".

> "*Acho que na sociedade actual, para já nós [enfermeiros] não somos minimamente reconhecidos. Os enfermeiros são assim umas pessoas que fazem assim uns turnos e que trabalham assim aos fins-de-semana e pouco mais que isso. E até tratam doentes, mas pronto. Também, não é, é para isso que lá estão. (Ri-se) Não há muito reconhecimento.*" (**E14**: 97, 98, 99)

Os "*gestos técnicos*", "*actos técnicos*" ou "*actos médicos de enfermagem*", que durante muito tempo designaram os "*cuidados*", e foram considerados com alguma supremacia em relação às denominadas "*tarefas de higiene*", em que se partiu do princípio que não eram necessários outros conhecimentos para além do aspecto técnico (Collière, 2003) têm favorecido a permanência da ideia na nossa sociedade de que ser enfermeiro é fazer pensos e dar injecções, o que contraria a representação que os nossos sujeitos têm em relação à sua profissão.

> "*Acho que muitas vezes vêem-nos como dar a injecção, o tratar, fazer o penso e mais nada. Não é nada disso, nós temos muita coisa para fazer na comunidade.*" (**E11**: 267)

> "*Infelizmente, o enfermeiro ainda é o que dá injecções e faz pensos (...) Até para as crianças a enfermeira é quem trata os dói-dóis...*" (**E12**: 73)

De acordo com um dos nossos actores, há alguma inconsistência entre os cuidados prestados e o que, por exemplo, é noticiado nos meios de comunicação social onde só se realça o negativo, ocultando-se o positivo da prestação de cuidados, que supera em muito o seu negativo.

> "*A ideia que transparece relativamente aos media não é boa para os enfermeiros. Muitas das vezes eu sinto um pouco a falta de algo positivo relativamente à enfermagem e à actividade do hospital quando ouvimos notícias e ouvimos alguns programas em que os familiares dizem que foram mal atendidos. E aparece sempre o que é mau, não é? (...) A ideia que é transmitida é completamente negativa e não é isso que se pratica.*" (**E10**: 96, 97, 99)

Para Moita Flores (1998) a representação social da enfermeira resulta do isolacionismo no interior do hospital e forte dependência no exterior do mesmo, que resulta de todos os actos clínicos terem de ser sancionados de forma directa ou indirecta pelo médico. Para este historiador e escritor, nenhuma enfermeira tem a possibilidade de impor o seu conhecimento, ainda que muito maior que o do médico, da sua unidade hospitalar. O saber médico decorre da prática e da frequência, os diagnósticos desenvolvem-se por analogias e é muito natural que quem convive diariamente com os doentes e com as mesmas queixas desenvolva maior conhecimento. A consciência plena do que realmente é ser enfermeiro leva a que não haja grande preocupação, por um dos entrevistados, com a forma como a profissão é considerada em termos sociais.

> "*Como gosto daquilo que faço e faço-o com prazer e tenho perfeita consciência de qual é o meu papel enquanto enfermeiro, não me preocupa muito que me vejam assim ou assado.*" (**E9**: 195)

Dado que, para estes profissionais, a imagem social do enfermeiro não é a melhor, alguns referem que há dificuldades no exercício da profissão, exigindo empenho no seu cumprimento.

> "*Ser enfermeira na sociedade actual é uma tarefa difícil, exige empenho*". (**E12**: 160, 161)

> "*[Ser enfermeiro na sociedade actual] é muito complicado. (...) É muito difícil, eu acho que é muito difícil*." (**E14**: 96, 100, 101)

Um dos actores do estudo faz alusão à complexidade do que é ser enfermeiro. A este respeito Hesbeen (2000) diz-nos que a sua consciência faz-nos compreender que nunca poderemos escapar à incerteza e nem ter um conhecimento total. O complexo tem subjacente a ajuda de alguém numa situação de vida que lhe é própria, não sendo dominável, duplicável, sofisticado ou espectacular, opondo-se ao complicado.

> "*(Silêncio) Ser enfermeiro é (...) um conceito muito complexo, muito difícil*." (**E6**: 148, 149)

Apesar da imagem social do enfermeiro não ser boa, para alguns dos entrevistados já foi pior e está a melhorar. Esta melhoria é associada à evolução positiva que a prestação de cuidados tem tido em termos qualitativos, nomeadamente com o desenvolvimento do humanismo nas unidades de saúde. A melhoria dos cuidados tem conduzido a um reconhecimento e respeito da sociedade em relação à profissão de enfermagem.

> "*Eu penso que hoje em dia está diferente a ideia que as pessoas têm do enfermeiro porque na verdade tem-se vindo a desenvolver essa questão do humanismo nas unidades de saúde e penso que hoje esses resultados são muito visíveis. As pessoas estão a mudar a ideia que têm da enfermagem, penso eu... esta é uma ideia muito pessoal, pronto.*" (**E5**: 66, 67)

> *"(Silêncio) (...) Eu acho que a posição do enfermeiro está a ser mais reconhecida (...) pelo utente, pela sociedade.*" (**E7**: 162, 163)

> "*Embora eu ache que as pessoas têm cada vez mais tendência para respeitar a nossa profissão.*" (**E9**: 196)

Para estes enfermeiros é importante agir para marcar a diferença e assim haver afirmação da profissão com vista à melhoria da imagem social. De notar que alguns profissionais realçam a especificidade da enfermagem como ciência, como profissão autónoma, como grupo maioritário numa instituição hospitalar, com um corpo de conhecimentos próprio que tem necessidade de se afirmar na sociedade através desse seu saber.

> "*Afinal temos os (...) instrumentos todos legais... a chancela superior, tudo, mas depois na prática andamos a apanhar bonés sem conseguir explicar porque é que (...) não [se] consegue uma profissão... com tanta gente porque somos o grupo maioritário no hospital, com os conhecimentos que já se tem, o desenvolvimento que se atingiu e como é que a gente não se consegue impor. (...) não [se] quer nada que seja de ninguém, é impor o grupo profissional, com a nossa organização, a nossa estrutura. (...) Acho que as pessoas devem [reivindicar] e lutar sempre (...) pode ser que um dia a gente lá chegue, mas eu acho que há montes de coisas que (...) [se] podia[m] fazer, muita coisa.*" (**E2**: 187, 188, 189, 192)

> "*Temos que mostrar que sabemos para nos valorizarmos também, para que seja reconhecido o nosso trabalho.*" (**E7**: 169, 170)

A acção de prestar cuidados diz respeito a todos os que exercem a sua profissão em contacto directo com as pessoas que necessitam de cuidados. Os agentes de todas as profissões da saúde têm por missão enquadrarem-se na mesma perspectiva profissional, a de prestarem cuidados às pessoas, de contribuírem para o seu bem--estar utilizando as competências e as características próprias do exercício da sua profissão. O conteúdo das acções de enfermagem faz a diferença. Sem essa perspectiva não passam de tarefas que, por conseguinte, nada têm a ver com os cuidados de enfermagem (Hesbeen, 2000). É esta especificidade que deve ser evidenciada na prática de modo a "*marcar uma posição*" própria e dar mais visibilidade à profissão. Antes de se trabalhar pelo reconhecimento dos enfermeiros, há que trabalhar pelo reconhecimento dos cuidados de enfermagem. É a valorização do conteúdo profissional que há-de dar, de forma duradoura, mais valor e mais reconhecimento aos que são seus actores (Hesbeen, 2000).

> "*Nós temos que marcar uma posição, as pessoas [enfermeiros] esquecem-se um bocado disso. (...) Nós temos muita coisa ainda para fazer, penso eu. Nós temos que saber marcar a diferença, temos que saber que somos nós que queremos fazer.*" (**E5**: 181, 183, 184, 185)

> "*Nós temos que nos tornar visíveis, nós temos que não ter medo de mostrar aquilo que fazemos, ter prazer em mostrar aquilo que fazemos, mostrar qual é o nosso papel dentro de cada instituição para provarmos ou não a nossa importância. (...) Temos que ser mais activos.*" (**E6**: 62, 63, 64, 65, 161)

> "*Os enfermeiros têm muito trabalho pela frente para conseguirem marcar a sua presença no socialmente... para serem olhados eu acho com aquele respeito que os enfermeiros merecem e não como a boazinha. Aquela imagem da mãezinha do hospital, que me incomoda um bocadinho e irrita-me mesmo (...) temos que mudar um pouco isso (Ri-se) de ser as Florences Nightingales*" (**E12**: 172, 175)

Esta ideia da importância da necessidade dos enfermeiros serem mais activos com vista à afirmação da profissão foi, segundo os mesmos, reforçada com a frequência do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

> "*Aquilo que veio [com o CCFE] foi que ser enfermeiro temos que ser mais activos, cada um per si, mais activos, todos nós podemos mudar.*" (**E6**: 162)

> "*Temos que fazer mais. (...) Temos que sei lá ter certas atitudes perante a sociedade que nos leve a acreditar que nós somos pessoas muito importantes, que não é só dar a injecção, que não é só fazer o penso, só aquilo que o médico manda.*" (**E11**: 266, 269)

Os entrevistados vão ao encontro de Neves (2000) quando afirma que o ponto de partida para visibilidade social da "insubstituibilidade" das competências de enfermagem deve recentrar a estratégia dos cuidados de enfermagem naquilo que é específico e autónomo à profissão. Nesta estratégia de afirmação profissional, os consumidores de cuidados de saúde são os verdadeiros aliados dos enfermeiros, porque mais conhecedores dos seus direitos, estão hoje mais preparados para imprimir mudanças substanciais no sistema de saúde. Collière (1989) acrescenta ainda que só quando a sociedade reconhecer que o serviço prestado não pode ser comutado e que estes são capazes de produzir conhecimento, se conseguirá mudar a imagem social dos enfermeiros reconhecendo-lhes credibilidade. Contudo, a maioria dos nossos sujeitos sentem-se satisfeitos com a profissão que exercem, gostam dela e orgulham-se de pertencer a este grupo profissional.

> "*Eu sinto-me bem, eu pessoalmente sinto-me bem [enquanto elemento pertencente ao grupo profissional dos enfermeiros]. Eu sinto-me como enfermeira, o trabalho que eu faço eu gosto.*" (**E3**: 39, 40, 41, 42)

> "*Sinto-me muito bem. Gosto muito de ser enfermeira. Nunca gostaria de ser outra coisa. Até agora, não estou arrependida (Ri-se) (...) Sinto-me muito importante [por ser enfermeira]*." (**E5**: 61, 62, 63, 64, 179)

> "*Ser enfermeiro na sociedade actual é pertencer a um grupo de pessoas que é o melhor, que eu me orgulho de pertencer.*" (**E10**: 250, 251)

> "*Sinto-me muito bem naquilo que faço. Adoro... muito... (...) Acho que nós temos o privilégio de trabalhar 24 horas com o doente, com o utente. Eu acho que isso é extraordinário. (...) Acho que estou no sítio certo.*" (**E11**: 1130, 145, 146, 147, 154)

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal com uma pessoa ou com um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Porém, no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permitem entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor em relação ao cliente dos seus cuidados (Silva, 2005).

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício da profissão de enfermagem estabelece-se entre o enfermeiro e o cliente no respeito pelas suas capacidades. São

diversas as circunstâncias em que a relação deve ser celebrada com as pessoas próximas do cliente individual (família, convivente significativo). No sentido de melhorar o exercício profissional, os enfermeiros alargam com frequência o conceito de cliente e, portanto, a relação terapêutica à família e à comunidade (Silva, 2005).

Apesar dos entrevistados terem desenvolvido, maioritariamente, competências de acção e de relação, apenas um centra o seu discurso na natureza dos cuidados de enfermagem. Curiosamente trata-se, como vimos, de um enfermeiro com estilo de aprendizagem assimilativo, que valoriza a conceptualização. Apesar de dar importância à relação, fá-lo racionalmente, com uma certa distância.

> "*Eu no meu dia a dia presto cuidados aos doentes tendo em conta a relação de ajuda, tendo em conta a empatia, tendo em conta os princípios fundamentais da profissão. Não sou muito de entrar em sentimentalismos (...) nem coisas desse género. Considero-me profissional e rrrrrrrraramente entro nesse tipo de coisas que nos marcam, que depois as pessoas contam em congressos, em jornadas (...) com coisas muito bonitas, isso para mim não me diz nada. (...) [O enfermeiro da sociedade actual] é um profissional que presta cuidados de saúde ao indivíduo, comunidade e família.*" (**E8**: 45, 46, 47, 48, 49, 141)

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste sentido, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. De forma semelhante, deseja-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, bem como se pretende a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (Silva, 2005). O facto de estarmos a abordar uma realidade de cuidados diferenciados, com uma vertente curativa, em contexto hospitalar a promoção da saúde e prevenção da doença são também de extrema importância. Contudo, apenas dois entrevistados fazem referência às mesmas no seu discurso.

> "*[Penso que desempenho] um papel activo e ponderante na promoção de saúde.*" (**E1**: 58)

> "*[Ser enfermeira na sociedade actual exige] uma coisa extremamente importante... deve-se fazer trabalho na comunidade. Os enfermeiros têm um lugar muito importante na estrutura hospitalar, têm um lugar muito importante na saúde comunitária. Temos que desenvolver esse trabalho. Quando eu falo a nível da comunidade, principalmente a prevenção. (...) Eu acho que nós enfermeiros temos uma responsabilidade enorme sobre a comunidade. Ainda não nos apercebemos muito disso... O hospital ia lucrar com isto. (...) Eu acho que o nosso investimento tem que ser esse [comunidade].*" (**E12**: 162, 163, 164, 165, 168, 170)

As funções desempenhadas, por vezes, vão para além daquilo que está inerente à profissão, apelando-se cada vez mais para a sua polivalência. Na falta de outros profissionais, o enfermeiro não os substitui, mas é essencialmente um ouvinte, um recurso para chegar até aos mesmos.

> "*Eu acho que cada vez mais (...) nós temos que fazer um bocadinho de tudo como enfermeiros. Como (...) estou a coordenar a parte dos cuidados aos doentes ostomizados, estou muito ligada a esses doentes, eu muitas vezes sou tudo para eles, (...) eu sou psicóloga, acabo por ser tudo um pouco.*" (**E11**: 155, 156)

Os enfermeiros trabalham integrados numa equipa multidisciplinar. No entanto, o seu trabalho não pode ser considerado sem o dos seus colegas. Os actores do nosso estudo consideram importante a coesão do grupo profissional no desempenho e no espírito de grupo, verbalizando sentimentos de forte pertença a um sub-grupo particular dentro da sua instituição – o serviço onde exerciam funções, sobre o qual tinham uma opinião muito positiva. Realce-se ainda o entusiasmo dos actores do estudo que exerceram funções no Serviço de Urgência ("*SO*") quando fazem referência à sua equipa de trabalho.

> "*Eu fiz parte de uma equipa (...) de SO que (...) trabalhava muito bem, com excelentes profissionais. (...) Era uma equipa muito boa.*" (**E1**: 27, 28, 33)

> "*[No SO] tinha uma equipa espectacular. (...) A minha equipa era uma equipa um bocado especial*." (**E2**: 65, 71)

> "*A equipa era óptima [no Serviço 3.1.]*." (**E5**: 15)

Esta coesão profissional tem consequências, nomeadamente, em relação à qualidade dos cuidados. Um serviço com uma equipa unida tem objectivos comuns, o que naturalmente se reflecte no tipo de desempenho.

> "*[Em termos profissionais em segunda instância estimular] a sua procura também da melhoria para que todos juntos integrados no grupo, por sinal enfermeiros deste serviço [3.1.] possamos ter objectivos comuns e possamos melhorar a qualidade global (...) dos cuidados prestados ao utente*." (**E6**: 15)

> "*De uma maneira geral os doentes ficam satisfeitos, ficam bem cuidados*." (**E8**: 114, 115)

> "*Nós estamos aqui é para ajudar o doente, e estamos aqui para trabalhar junto com os colegas e talvez a tal escuta, o trabalho em equipe, nisso acho que é muito mais fácil para nós trabalharmos no dia-a-dia*." (**E11**: 275)

A situação de trabalho, para além de se construir num poderoso sistema educativo produtor de qualificações e de saberes, é também fortemente socializadora, produtora

de disposições profundas que marcam a identidade de uma profissão (Dubar, 1991, 1994). Ao longo da vida profissional, os enfermeiros vão desenvolvendo outras representações do seu trabalho, para o que concorrem factores relacionados com os cuidados de saúde, entre os quais os dos próprios contextos de trabalho, os da formação, os seus modelos de referência, os das trajectórias de cuidados dos doentes e os indicadores sociais (Costa, 2001).

Na linha do interaccionismo simbólico, as profissões estão longe de ser blocos homogéneos, comunidades cujos membros partilham identidades, valores e interesses por força dos processos de socialização sofridos nas instituições de formação. Dentro das instituições existem segmentos ou grupos constituídos a partir da diversidade das instituições de formação, de recrutamento e das actividades desenvolvidas por membros do mesmo grupo ocupacional, pela aplicação e diferentes técnicas e metodologias, pelo tipo de clientes e pela diversidade de sentidos de missão. Tais segmentos tendem a tomar o carácter de movimento social, desenvolvem identidades distintas, um sentido de passado e futuro específicos, organizam as suas actividades e desenvolvem interacções de forma a garantir uma posição institucional (Rodrigues, 2002). Esta posição institucional é marcada pela importância assumida pelos enfermeiros no seio da equipa multidisciplinar, mencionada entre os actores do estudo.

> "*Nunca esquecer que nós [enfermeiros] somos um elo fundamental, é das coisas que acho imprescindíveis [transmitir aquando da integração de alunos ou novos profissionais]*." (**E3**: 34)

> "*Nós grupo profissional somos o elo de ligação da equipe toda. Nós conseguimos falar (...) com o médico, com o auxiliar de acção médica, (...), com o dietista, com a assistente social, portanto com a equipe toda.*" (**E11**: 148, 149)

Como temos vindo a afirmar o que faz a essência da prática do cuidar é a relação interpessoal entre a pessoa que precisa de ajuda e outra prestadora de cuidados que tem por missão ajudar, e isso numa situação de vida em que o prestador de cuidados é chamado a intervir. O acessório da prática do cuidar faz-se através de vários meios, mais ou menos específicos, de um grupo de profissionais que servem de suporte à acção do cuidar. Esses meios dependem dos aspectos técnicos, científicos, educativos, organizacionais e são de naturezas diversas. Sendo a essência comum a todos os prestadores de cuidados, o acessório de cada um pode ser muito diferente (Hesbeen, 2001), devendo estar articulados de modo a que se atinja o objectivo de

dar resposta às necessidades do outro. A importância do trabalho em equipa multidisciplinar para que o doente seja cuidado/tratado com qualidade não é esquecida pelos nossos sujeitos da investigação.

> "*[Aquando da integração de alunos ou novos profissionais falo] sobre a importância de uma das coisas: é que nunca fazemos um trabalho isolado, está sempre dependente ou de um médico ou de um auxiliar ou de um administrativo e isso funciona muito melhor quando há uma equipa a funcionar na totalidade.*" (**E3**: 38)

> "*Isso tudo em conjunto [equipe médica boa e equipe de enfermagem com bom relacionamento] traduz-se na boa prestação de cuidados, nos louvores que os doentes fazem quando saem do serviço e nos bolinhos que trazem. Acho que é a forma deles sentirem e de agradecerem. (...) Nós [equipa multidisciplinar] trabalhamos bastante tudo para que o serviço funcione da melhor forma*." (**E7**: 140, 141, 145)

> "*Incentivo-os sempre [alunos e novos profissionais] a ter uma boa atitude (...) em termos da equipe multidisciplinar. (...) Digo-lhes sempre que nós [médicos e enfermeiros] trabalhamos todos para o mesmo, cada um com a sua função (...) Não é que seja fácil, antes pelo contrário, é bastante difícil, é muito difícil mesmo e (...) de vez em quando há atitudes de desespero e de que apetece fugir (Ri-se)*." (**E9**: 32, 34, 38)

Acrescente-se ainda que trabalhar em equipa não é perder a autonomia, mas antes a afirmação da sua autonomia na complementaridade que faz do outro (Grande, 1996). Para Hesbeen (2000) a força e a fraqueza dos cuidados de enfermagem reside na proximidade que a enfermagem tem das pessoas e na pouca tendência dos cuidados de enfermagem serem percebidos como acções científicas quantificáveis, o que determina um espaço de liberdade de actuação com um leque de meios e tempos de acção à sua disposição mais amplos do que de outros profissionais. O lugar dos doentes mudou notavelmente no hospital e esta evolução é um factor de qualidade. Além da relação do cuidado, a exigência da informação ou mesmo da educação terapêutica, bem como as expectativas dos utentes mudaram profundamente e esta implicação contribui para que haja transparência e qualidade (Martin, 2002).

A articulação do enfermeiro com a comunidade é considerada pelos actores do estudo como um princípio da enfermagem. O sucesso do seu desempenho passa também pelo conhecimento e parceria com a comunidade em que o doente se insere, de modo a contextualizar a pessoa para além da patologia, da sua situação de doença aguda e assim ter-se uma perspectiva holística.

> "*Cada vez mais nós [enfermeiros] temos que nos interagir com o doente integrado nessas mesmo comunidades. (...) Temos que nos inserir dentro dessa mesma sociedade. Cada vez mais até mesmo nós dentro dos hospitais temos que começar a abrir as nossas portas ao exterior, interagir de uma forma muito mais activa com o exterior não só com a família, bem, como com todos os outros recursos de saúde e outras unidades de saúde existentes (...).*" (**E6**: 26, 151, 152, 153)

> "*Nós [enfermeiros] temos que estar na comunidade, temos que trabalhar na comunidade.*" (**E11**: 264, 265)

O contacto com a comunidade é também visto como favorecedor da aprendizagem dos profissionais.

> "*Ao estabelecer o contacto com qualquer outro grupo de comunidade, seja ela qual for e aonde quer que seja, dá-nos um certo traquejo*." (**E13**: 65)

A Enfermagem Familiar é um campo emergente da Enfermagem que ganha um destaque cada vez maior na teoria e prática. Ao longo de toda a formação e no decorrer da vida profissional, o enfermeiro contacta diariamente com a família do doente, considerando-a como unidade primária de saúde. Segundo João Paulo II (1994 in Carta dos Direitos da Família), a família é a primeira e fundamental comunidade humana. Actualmente tenta-se promover um aumento do interesse e da gama de oportunidades oferecidas às famílias, caminhando-se para uma cada vez maior responsabilização destas perante a promoção e manutenção da saúde dos seus elementos. A Enfermagem Familiar passou a implicar portanto, a prestação de cuidados, o aconselhamento e ensino a toda a família, agora considerada como unidade de trabalho e não como um conjunto de indivíduos isolados entre si no que respeita à manutenção e recuperação da saúde (Piscarreta, 2000a). A família é cada vez mais envolvida pelos actores do nosso estudo nas suas intervenções de enfermagem, não a esquecendo de a integrar também na equipa que cuida do outro.

> "*[A ajuda a dar às pessoas] tem de ser em parceria mesmo com a comunidade... O enfermeiro actual tem de estar mais em interacção com o utente e com os familiares, tem que se integrar, tem que se fazer uma equipa em conjunto. (...) Eu sempre fui muito defensora (...) de uma visão (...) dos doentes no seu contexto (...) é pessoal.*" (**E2**: 342, 343, 344, 345, 347)

> "*[Antigamente] os tempos de visitas, o tempo para estar com a família eram reduzidos ao máximo possível porque nós não gostávamos de nos expor. Para falar a verdade nós temos vindo a pouco e pouco aumentar essa exposição. Acho que estamos a caminhar no sentido certo. No entanto, ainda estamos em passos muito iniciais. Ainda há muita coisa a fazer nessa área.*" (**E6**: 33, 34, 35, 36, 37)

> "*(...) o facto de envolver muito a família e o facto de levar os familiares, mostrar o doente, eram situações geralmente que sabíamos que eram realmente situações complicadas, muito complicadas. (...) Também é importante para os familiares terem alguém de referência, alguém com quem tenham estabelecido uma relação de confiança para exprimir os seus sentimentos e quem melhor que o enfermeiro para o ser?*" (**E10**: 75, 111)

A relação que o enfermeiro estabelece com a comunidade, mesmo como pessoa, é também considerada por estes como determinante na prática profissional. As suas preocupações do quotidiano e a forma como os enfermeiros são vistos pela sociedade reflectem-se na prática dos cuidados.

> "*(...), estou preocupada com problemas da comunidade, estou preocupada com a exclusão social (...). Por isso aqui [no serviço] também me tenho preocupado. Por exemplo a gente [aqui na Plástica que é um serviço propício a isso] tem montes de [imigrantes ilegais com acidentes de trabalho] e isso é uma coisa que me aflige.*" (**E2**: 199, 200)

> "*(Silêncio) É sempre importante eu saber (...) como é que é vista a pessoa do enfermeiro lá fora. Isso influencia [a ideia que se tem como enfermeira] porque, obrigatoriamente eu estou integrada numa comunidade. Se as pessoas pensam de determinada forma ou vêm o enfermeiro de determinada forma interfere com (...) a minha forma de pensar.*" (**E7**: 56, 57, 58)

O retorno dado pelos doentes e familiares aos profissionais em relação ao seu desempenho vai também ter influência na sua prática. Se há serviços em que há muitas reacções em relação ao trabalho dos enfermeiros (como é o caso do serviço de Medicina); noutros, pela sua natureza intensiva (UCIC) isso já não acontece. Refira-se que nas unidades de cuidados intensivos, a maioria dos doentes têm alterações do estado de consciência ou a comunicação verbal comprometida, comunicando através do não verbal. Os familiares também permanecem pouco nos serviços pelo facto das visitas serem restritas em tempo e número.

> "*(Silêncio) Pelas respostas, no fundo (...) pelo feedback, pelo feedback do doente e da família que me faz sentir bem, exactamente. Eu não me lembro nunca de ter tido (...) um mau relacionamento com (...) algum doente nem com alguma família.*" (**E9**: 65, 66, 67)

> "*Os nossos doentes (UCIC) dão-nos pouco feedback sobre o nosso trabalho. No fundo é a família que o faz. Muito poucas são as famílias que o fazem. Penso que tem sido positivo [o contacto com a comunidade].*" (**E14**: 15, 16, 17, 18)

Além do contacto com a comunidade, os enfermeiros entrevistados consideram que a organização teve influência na sua prática profissional, nomeadamente em relação à falta de incentivo ou apoio para a progressão no percurso académico e, consequentemente, na ascensão na carreira, o que deu origem à sua desmotivação.

> "*Não entrei no primeiro [concurso para enfermeiros graduados] porque não me deixaram concorrer ao primeiro. (...) Eu devido talvez ao meu perfil não fui das pessoas escolhidas em quem eles [Direcção de Enfermagem] apostaram. Nunca me concederam bolsas para fazer a especialidade. Apesar de ter concorrido diversos anos e de ter entrado (...) no curso de especialidade médico-cirúrgica (...) nunca me concederam bolsa. A pessoa também se desmotiva um bocadinho em termos funcionais.*" (**E1**: 4, 21, 22, 23, 25)

> "*No tempo que o V. foi concorrer para a especialidade eu também fui, não fui das que foi por aqui [Hospital de São José] porque nunca estava à espera que alguém se lembrasse da M. Para tirar uma especialidade como deves calcular, com o meu percurso era um bocado marginal. (...) Fiquei como suplente (...) (Muda o tom de voz como se estivesse a imitar alguém) (...) 'Ah fica suplente porque a sua instituição não prevê vagas para Pediatria'. Tás a ver o modo de selecção, não tás? A partir daí eu também não me interessei mais nada por isso. Desmotivei-me completamente.*" (**E2**: 130, 136, 137)

Não havendo qualquer reconhecimento na actual carreira de enfermagem quanto à realização de mestrados, mesmo assim alguns profissionais procuram fazê-lo com vista à sua realização pessoal, bem como pelo reconhecimento da importância da investigação em enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados. Dado que não tem havido muitos mestrados nesta área, alguns enfermeiros procuram áreas do seu interesse que se possam associar à sua profissão, como é o caso do presente estudo ou do Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, realizado por E2. No entanto, e como a designação do mestrado parece não ter uma relação directa com a profissão, a instituição não apoiou financeiramente esses estudos, ao contrário de outros com designações mais claras para a profissão.

> "*Pedi uma comparticipação para a formação (...) à administração [do hospital] à conta lá dos dinheiros da formação (...) e disseram-me que o Mestrado em Estudos sobre as Mulheres não tinha interesse para a profissão.*" (**E2**: 365)

No âmbito do contexto de trabalho, destaque-se os acidentes em serviço, como uma picada com uma agulha infectada com o vírus da hepatite B, o aparecimento de hérnias discais devido ao esforço, ou a emergência de uma doença profissional (não especificada pela entrevistada). As suas vidas viram-se condicionadas pelas ausências forçadas que alguns tiveram que fazer, bem como às transferências de serviço provocadas pela sua nova condição de saúde.

> "*Aí [no CDR] é que eu fiz uma interrupção porque piquei-me com uma agulha infectada e tive com uma hepatite B dois anos. Aliás tive aqui [no Hospital de São José] internada e tudo umas três vezes. (...)*" (**E2**: 39)

> *Entretanto, numa das alturas que fui lá prós crónicos [na UUM] (...) a virar um doente fiz uma hérnia discal cervical aguda mesmo, saiu-me o disco disparado, sabes o que é ser pequenina...*" (**E2**: 60)

> "*Se eu não fosse enfermeira se calhar não tinha este problema, uma doença profissional. Se não tivesse ocorrido esta situação talvez tivesse outros objectivos mas assim tive de me cingir a estes (...), adaptar. (...) É quase mudar de profissão [por causa da doença profissional]. É arranjar forças para continuar, começar tudo de novo.*" (**E10**: 282, 283, 290,291)

Quem cuida gosta também de ser bem cuidado, designadamente nos seus contextos de trabalho. Roach (1984) sugere que a experiência de ter sido cuidado e consequentemente de poder expressar cuidado, influencia a habilidade de cuidar. Como já tivemos oportunidade de constatar no ponto 4.1. quando nos referimos às competências de acção, o relacionamento com os colegas é muito valorizado por estes enfermeiros, sendo motivo para mudança de contexto de trabalho.

> "*[O IPO] foi dos sítios em que eu senti que era descriminada. Eu que nunca liguei muito a isso (...). Sempre fui uma pessoa que... às vezes há coisas que eu nem percebo que podem ter essa ideia, não tou a pensar nem quero saber, mas ali [IPO] eu sentia-me mesmo mal e então vi-me embora. (...) [No Hospital de Santa Maria gostava mesmo] de ser bem tratada.*" (**E2**: 110, 111, 118)

As características do contexto, ou mais especificamente o tipo de serviço prestado condicionou alguns dos nossos sujeitos a permanecerem nos serviços. O facto de estarem bem não os motiva para mudanças, sentindo benefício e orgulho em integrarem aquela equipa de saúde.

> "*O serviço onde eu trabalho é um serviço que me é muito grato. De facto só estar a trabalhar até aqui agora não é à toa porque me identifico de alguma forma, porque gosto daquilo que faço aqui no serviço.*" (**E6**: 104, 105)

> "*Eu gosto muito do meu serviço. Acho que estou muito contente [no serviço 4]. É muito gratificante, é dos serviços onde eu estive (...) onde as pessoas dão mais feedback de contentamento, de satisfação de como foram bem (...) tratadas, bem cuidadas e isso orgulha-me muito. (...) Gosto muito de ser do serviço 4 de cirurgia.*" (**E7**: 130, 131, 133, 136)

> "*Eu lembro-me perfeitamente naquela altura [em que abriu o novo serviço 4] foi (...) as novas folhas, a colheita de dados... Depois na altura houve uma uniformização a nível dos processos todos. Acabou por começar por aqui. Lembro-me muito bem também a nível do trabalho dos protocolos que foram feitos pelas escolas, também nós começámos a receber muitos alunos aqui também, porque era um serviço novo, era um serviço pequenino. Eu também começava a trabalhar quase constantemente com as escolas (...) depois também aqui no serviço houve a classificação de doenças foi o serviço piloto. Acontecia sempre qualquer coisa de novo, que mexesse comigo. (...) Portanto havia sempre qualquer coisa que me prendesse [no Serviço 4].*" (**E11**: 109, 112)

Por outro lado, depois de algum tempo no mesmo serviço, alguns dos enfermeiros por considerarem estar a cair na rotina, procuram a mudança de serviço com vista a novas experiências profissionais. Esse tempo que cada um leva até ter esta necessidade vai variar com as características do próprio sujeito ou do contexto. A

escolha do novo serviço, quando possível, é influenciada por características do próprio contexto como o tipo de serviço prestado.

> "*Depois [dos primeiros anos positivos na urgência] começou-se a cair na monotonia e na rotina profissional e foi aí que pedi transferência. (...) [A Urgência] exige muitas capacidades tanto pessoais como profissionais, muitos conhecimentos... (...) Podemos dizer aqui [UCIP] é um serviço mais calmo mas pessoalmente preferia estar na urgência só que acho que depois de estar meia dúzia de anos na urgência tem que sair. (...) Só não gostava de ir para a UUM mas por características da própria unidade, por nada de especial.*" (**E8**: 11, 14, 15, 20, 26)

> "*Entretanto (...) também por minha opção (...) porque achei que estava na altura de sair da cirurgia, apetecia-me assim umas novas experiências e então pedi transferência para a medicina.*" (**E9**: 14)

Relativamente ao tipo de serviço prestado, a Urgência foi considerado como um serviço fascinante por todos os sujeitos que por lá passaram durante o seu percurso profissional. A vertente instrumental, a adrenalina, a expectativa marcam o discurso dos actores do estudo, que se relaciona com o registo do complicado de Hesbeen (2000). Para este autor, a confusão entre o complicado e o complexo influenciou bastante a representação que se tem de quem trabalha o complicado em detrimento dos que lidam com o complexo. Como consequência temos toda uma hierarquização social, que também existe no seio da profissão de cuidados, na qual quem domina o complicado, o espectacular é muito mais reconhecido – *brilha mai*s – do que quem está em contacto com o complexo. Tal facto tem conduzido a que profissionais de enfermagem que trabalham na área da urgência ou do intensivismo tenham sido, muitas vezes, considerados mais profissionais ou mais competentes do que os que trabalham noutras áreas como a geriatria, a psiquiatria ou os cuidados de saúde primários.

> "*O pessoal da urgência (...) a urgência era aliciante. Porque... não tem nada a ver o trabalho de uma urgência com o trabalho (...) do serviço (...) pequenino, programado onde... sabe-se os doentes que se recebe, os diagnósticos (...) são situações diferentes.*" (**E4**: 29)

> "*Gosto da urgência, essencialmente. Não gosto de enfermaria porque acho que (...) se por um lado se pode ganhar muito e reconheço que sim, que é o receber o doente e permanecer com ele durante um x tempo, vê-lo recuperar e tal, ter um contacto mais estreito com ele e com a família, fazer uma coisa que é muito difícil na urgência que é planear as coisas para mais tarde.*" (**E13**: 51, 52)

Uma outra condicionante do contexto de trabalho, para além do tipo de serviço prestado é a resistência à mudança que por vezes um novo elemento encontra ao chegar a um serviço. Perante um novo contexto, o enfermeiro é sujeito a um

processo de socialização, que nos parece ser comparável com o choque da realidade dos enfermeiros em início de carreira definido por Sonnet et al. (1983, cit. por Mestrinho, 1997) como a divergência entre a representação e a realidade, tratando-se duma diferença entre a percepção ideal do enfermeiro adquirida durante o curso de formação inicial e a percepção da realidade devido às exigências de funcionamento dos hospitais. Neste caso, a percepção ideal é também influenciada pelas experiências anteriores.

> "*A minha grande paixão tinha sido, em termos de estágio o Hospital de São José e queria vir para cá. (...) Para mim era muito pouco [o trabalho no bloco de oftalmologia], qualquer tipo de criatividade que quisesse ter, era completamente vedada, porque os adesivos são cortados assim há cinquenta anos e vão continuar a ser. Eu sou um bocado inconformista e portanto isto para mim não servia, não consigo fazer 365 dias por ano a mesma coisa. Portanto isto foi horrível.*" (**E12**: 5, 127, 128, 129, 130)

O discurso de um dos entrevistados tem presente a rotatividade vivida ao longo de todo o seu percurso profissional, marcada pela curta permanência em cada serviço e pautada por uma grande diversidade de experiências.

> " *(...) Claro que algumas experiências que eu gostei mais do que outras. (...) [No Bloco Operatório do Serviço 9] mesmo quando mudam as pessoas todas, os comportamentos não mudam. Estão lá, parece que ficaram escritos nas paredes e permanecem. (...) [A Consulta de Estomatologia] foi um mundo que me custou porque faz-me impressão. (...) Mas depois quando aprendi a estar com o grupo também saí. Porque (...) há sempre uma mistura de situações profissionais com situações pessoais porque eu não gostava da gestão [que] na altura havia a estomatologia integrada na consulta externa e quando dás entrada na consulta externa havia uma política, que existe hoje, que é de polivalência, que é de rotação e eu acho que já rodei bastante.*" (**E4**: 35, 71, 75, 80)

Para Mestrinho (1997) a mobilidade dos enfermeiros é, muitas vezes, provocada por um mal-estar profissional, devido ao crescendo das más condições da prática profissional, conjecturando que "*o encontro com a realidade gera a instalação gradual de ciclos de vida semelhantes ao dos professores: entrada na carreira; fases de sobrevivência e descoberta; fase de estabilização; fase de diversificação; fase de contestação; fase de serenidade e distanciamento afectivo; a fase de conservadorismo e queixas e a fase de desinvestimento*" (Gonçalves, 1994, cit. por Mestrinho, 1997: 77). Ao transpor para as situações de enfermagem, a autora cita Huberman (1992) que afirma que as "sequências" ou "maxiciclos" que atravessam não só as carreiras de indivíduos diferentes dentro de uma mesma profissão, como também as carreiras de pessoas no exercício de profissões diferentes são as de exploração e de estabilização. A fase de exploração refere-se a uma opção provisória

e à investigação dos contornos da profissão experimentando um ou mais papéis. Caso esta fase seja positiva, os sujeitos passam à fase de estabilização ou de compromisso, centrando a sua atenção no domínio das diversas características do trabalho, no sentido da inovação, de melhores condições de trabalho e na tentativa de um crescendo de papéis e responsabilidades de maior importância ou prestígio.

Este mal-estar profissional é bastante visível no discurso de uma das enfermeiras que nunca foi colocada onde manifestou interesse, o que gerou em si uma constante procura daquilo que desejava para si, dado a sua intenção ser constantemente contrariada.

> "*[Quando acabei o curso em 86] apesar de eu ter pedido para ir para a unidade de urgência cirúrgica, fui (...) para o serviço de cirurgia plástica e reconstrutiva, era o antigo 6.1. (...) Depois ao fim desses dois anos pedi a transferência porque a minha intenção e o meu objectivo era ir para a unidade de urgência cirúrgica e especificamente pedi para ir novamente para essa unidade. Foi nessa altura que eu pedi transferência, novamente não consegui ir, mandaram-me para o serviço 10, primeiro andar, doentes de neurocirurgia. Quando cheguei ao serviço 10, contrariamente às minhas expectativas, fui colocada não na equipa onde eu gostaria de estar e não na parte onde eu gostava de estar ao serviço. Concorri para a reanimação e contrariamente aos outros elementos que entraram comigo fui novamente para a enfermaria. Depois tentei de todas as formas de conseguir ir para onde eu queria, que era para a unidade de urgência cirúrgica. (...) Quando estava na UCIC há cerca de três anos no mesmo dia disseram-me para ir à Enfermeira Directora e fui transferida parra o Serviço de Urgência (Ri-se) (...) Fui obrigada a ir e fui.*" (**E10**: 2, 5, 6, 7, 8, 9, 16, 19)

Esta constante procura e, de certa forma, insatisfação levou-nos a questionar a sua repercussão na identidade profissional desta actora do estudo pois, tal como Dubar (1991) afirma, o processo de construção de identidades é alimentado pelas trajectórias sociais dos indivíduos e, principalmente, pelos contextos específicos em que as mesmas se concretizam. São esses contextos que vão consolidar provisoriamente as identidades, na medida em que constituindo os contextos de socialização duráveis dos actores, vão funcionar como os espaços de identificação e de reconhecimento de identidades. O mesmo autor sustenta ainda que não obstante a importância da socialização recebida durante a formação profissional, na estruturação das identidades profissionais, a consolidação destas é sempre resultante de um subsequente processo de retradução e reajustamento, no confronto com as experiências concretas e nos contextos de trabalho. Tais experiências tornam-se duravelmente estruturantes das identidades profissionais, dado serem já o produto da contínua tensão entre as orientações e definições de cada grupo ou segmento

profissional, em relação a si e aos outros, e dos diferentes recursos que cada um pode accionar nos contextos quotidianos de negociação.

A compreensão da acção profissional passa pela acção que ocorre no seio de uma organização, em que os contextos não são apenas estruturados por regras normativas unívocas; as acções que lá decorrem não são pré-determinadas pela aplicação de prescrições ou de regras de conduta, livres da intervenção do actor. Os actores têm teorias oriundas da sua experiência quotidiana sobre a natureza, compreensão e sucesso dos processos de negociação (Strauss, 1992). Alguns dos enfermeiros mencionam a sugestão/imposição por parte da instituição em serem colocados num determinado serviço, sendo a mesma justificada pela ausência de vagas ou pela sua necessidade noutro serviço.

> "*[Quando vim para me inscrever] pedi para ir para o Curry porque eu morava ali na 5 de Outubro e disseram-me logo que não. "Para o Curry não, porque não havia vagas" (muda o tom de voz como se estivesse a imitar alguém) e então eu disse que sendo assim gostaria que pronto se ficasse em São José, tudo bem, mas que não fosse para a Neurocirurgia porque eu já tinha trabalhado quase doze anos na unidade em Santa Maria. (Muda novamente o tom de voz aparentando imitar alguém) 'Só neurocirurgia!' (Riu-se)*" (**E2**: 44)

> "*Nessa altura [em que foi dito que era definitiva a colocação no serviço de otorrino] pedi logo transferência porque não concordava muito com o facto de ter saído da escola e ser colocada num local que (...) em termos de uma aprendizagem para quem saía da escola era muito pobre.*" (**E13**: 4)

> "*Quando me foi sugerido pela Enfermeira Directora na altura [2000, vim para o serviço de oftalmologia, para o bloco operatório]. (...) Para mim era muito pouco.*" (**E12**: 14, 127)

Um dos actores do estudo refere que na altura em que se sentia bem no seu serviço e a fazer um bom trabalho, foi-lhe imposta uma transferência por uma questão de números, o que gerou em si alguma revolta e contrariedade em relação ao serviço de acolhimento. No entanto, posteriormente, esta enfermeira passou a gostar muito deste seu novo local de trabalho e a identificar-se bastante com o mesmo.

> "*Vim contrariada para a urgência porque (...) eu nem sequer tinha pedido transferência. Portanto eu estava no bloco, sabia que tinha muito tempo de bloco, sem dúvida, mas estava porque eu gostava de bloco. (...) Vim contrariada exactamente por isso. Eu não tinha pedido transferência, não havia problema nenhum em relação à minha pessoa como profissional ou como pessoa para sair. Foi-me imposto sair porque alguém tinha que sair.*" (**E13**: 27, 31, 32)

Por outro lado, a pessoa pode ter manifestado o desejo de transferência e a mesma ter-lhe sido negada pelo facto de ser considerada necessária. Quando menos esperava foi-lhe imposta uma transferência para um serviço que não estava na sua mente, o

que lhe gerou alguma instabilidade emocional com grandes repercussões na motivação. Além disso, a entrevistada apresenta manifestações de profundo stress, exprimindo a utilização de algumas estratégias de *coping*.

> "*Na altura quis sair [da sala de recobro do 3.1.], não me deixaram porque era muito necessária na sala... (Ri-se) (...) Um dia a Enfermeira A. disse que eu vinha para aqui para o 10. Chorei baba e ranho, porque não gostava, achava que não gostava, mas pronto também fui aconselhada pelo chefe, estava na altura de mudar o meu percurso profissional, que era uma excelente profissional e (...) que talvez os cuidados intensivos até fosse uma área em que eu realmente... tivesse uma boa prestação e até gostar, porque tinha qualidades técnicas e humanas e enfim...*" (**E5**: 25, 26, 27)

De acordo com o Modelo das Configurações Estruturais de Mintzberg entre o topo estratégico (que corresponde à parte organizacional responsável pela gestão da organização) e o centro operacional (composto por todos os elementos que executam directamente os trabalhos de base relativos à produção de bens ou serviços) este tipo de interacção corresponde à configuração designada pelo autor por *burocracia profissional*, em que o centro operacional constitui a parte-chave da organização e se caracteriza por profissionais, cujas tarefas são especializadas horizontalmente e alargadas verticalmente.

Os actores do estudo acrescentam ainda a vida pessoal, nomeadamente a maternidade ou a paternidade, como influente no seu percurso profissional, denotando-se o facto da enfermagem ser uma profissão maioritariamente feminina. A consequência no percurso profissional foram ausências mais prolongadas que o previsto na lei na licença da maternidade, por exemplo devido ao facto de uma das entrevistadas ter tido gémeos prematuros, mudança de serviço ou de horário deixando de fazer horário rotativo para passarem a ter horário de manhãs. O horário rotativo é algo que traz muitas implicações ao casal e quando os filhos nascem é muito complicado de gerir no seio da vida familiar.

> "*[No Serviço 10] entrei numa equipa, tive algum tempo em roleman em equipa, depois entretanto fiquei grávida, tive alguns problemas com a gravidez, tive que ficar em casa alguns tempos, portanto (...) foi complicado. Mas já estava a gostar dos cuidados intensivos. (Ri-se) (...) Por causa do miúdo e enfim, tive que ficar fora de escala.*" (**E5**: 32, 40)

> "*Depois ao fim de oito anos, por razões pessoais, porque tinha os miúdos pequeninos, porque realmente fazer noites era assim uma situação muito complicada, pedi transferência para um serviço onde pudesse estar fora de escala e fui transferida para a cirurgia plástica*." (**E9**: 8)

> "*Entretanto depois saí daqui [UUC], pedi simplesmente porque foi na altura engravidei, tive uma criança e o serviço era muito pesado. (...) [A UUC] era um bocado complicado em relação à parte familiar (...) Entretanto tive outra criança e comecei a ter problemas lá em casa, porque uma tudo bem, na segunda comecei a ter problemas a nível da escala.*" (**E11**: 35, 37, 74)

Além da maternidade ou da paternidade é também mencionada a articulação do horário entre casais de enfermeiros, pois não é fácil uma vida a dois em que um acaba o seu trabalho e outro está a começá-lo, em que um dorme enquanto o outro trabalha.

> "*Podiam pôr-me no serviço onde quisessem desde que eu tivesse o mesmo horário que o meu marido.*" (**E8**: 23)

A procura de uma estabilidade de emprego marcou o ingresso na profissão de alguns dos enfermeiros estudados. A empregabilidade fácil é mencionada como determinante no ingresso da profissão de enfermagem por um dos entrevistados.

> " *(...) foi uma questão prática das coisas, foi uma questão de agarrar dentro das várias áreas para as quais eu teria um futuro profissional com maior estabilidade e com maior segurança*". (**E6**: 19)

Por vezes são circunstâncias da vida que ditam o futuro das pessoas e foi precisamente o que se passou com dois dos nossos entrevistados. Numa das situações era oriundo de meios humildes e se concorreu para ingressar numa escola de enfermagem foi porque havia uma vizinha que a aconselhou.

> "*Se me perguntares se eu gosto de ser enfermeira ou porque é que fui para enfermeira, eu costumo dizer: eu não fui para enfermeira por vocação, eu fui para enfermeira porque não tinha assim outras saídas profissionais e eu era de famílias muito humildes que as filhas iam para a costura e eu não fui para a costura porque era muito fraquinha e vai aprender a bordar. Um dia uma vizinha minha, minha amiga disse-me assim (muda o tom de voz como se estivesse a imitar a voz) 'Ó miúda vai ali concorrer para enfermeira, tu entras que tu és esperta.' E eu fui, tentei e... achei... mas houve umas coisinhas em casa, tu sabes que antigamente... é assim... (muda o tom de voz) 'Ah ela depois fica muito vaidosa porque...'."* (**E2**: 86, 88)

Noutra situação, as circunstâncias da vida familiar, como a perda de uma mãe associada a dificuldades financeiras, ditaram o ingresso no curso de enfermagem por E13. Apesar do êxito alcançado por esta profissional, tratou-se de um acaso, uma oportunidade marcada pelos seus acontecimentos de vida.

> "*Desde miúda que me lembro de dizer que queria ser médica. O meu pai foi uma pessoa mais ou menos doente e eu que sempre fui muito agarrada ao meu pai dizia que queria ser médica que era para o tratar. Fiz o 12º ano, foi na altura em que a minha mãe morreu. Tive um ano sem estudar porque (...) entrei para a faculdade mas (...) não entrei cá, entrei para os Açores, não havia dinheiro para eu poder ir para os Açores porque a minha mãe tinha morrido e nós tínhamos gasto tudo. Tive um ano sem estudar e entretanto tinha que ir fazer alguma coisa. Candidatei-me a enfermagem e candidatei-me a fisioterapia, em Alcoitão. Fui chamada primeiro para enfermagem e fui para enfermagem e segui. (...) A maneira como eu estive naquele momento [morte da mãe] foi a maneira em como eu 99% das vezes estou na minha vida profissional.*" (**E13**: 45, 46, 47, 48, 157)

A avaliação feita pelos actores do estudo em relação ao seu percurso profissional é, de uma forma geral, maioritariamente positiva. Apesar de longas carreiras, sem a dita "vocação", com diversidades de experiências, o discurso dos sujeitos relativo ao trajecto profissional é marcado por expressões "positivo" (E2, E3, E5, E7) ou "muito positivo" (E4, E9), "não é negativo" (E1), "boa enfermeira" (E2), "muito grande, muito compactado" (E4), "forma produtiva" (E6), "evolução de forma ascendente" (E7), "orgulho" (E12), "muito agradável e favorecedor da aprendizagem" (E13).

> "*Eu avalio [o meu percurso profissional] de uma forma positiva. (...) Eu acho que acabei por ser mesmo enfermeira, mesmo sem ter vocação. Eu acho que fui boa enfermeira.*" (**E2**: 85, 142, 143)

> "*Sempre estive bem, penso eu. Tive à altura dos meus objectivos. (...) Penso que... no geral é positivo [o percurso profissional]."* (**E5**: 12, 13, 53)

> "*Foi positiva, foi positiva [a avaliação do percurso profissional]. Eu penso que evoluí sempre de uma forma ascendente*." (**E7**: 31, 32)

> "*Acho que tive um percurso muito de acordo com os meus gostos. (...) Estou muito orgulhosa do meu percurso profissional. Considero-me uma boa profissional.*" (**E12**: 22, 115, 116)

> "*Tem sido muito agradável. (...) Tem-me dado muita, muita, muita aprendizagem.*" (**E14**: 5, 8)

Os actores do estudo enumeram o facto de considerarem positivo o percurso profissional referindo-se, especificamente, a determinadas experiências vivenciadas nos diversos contextos por onde passaram. A vivência das experiências é aliada à diversidade em termos de aprendizagem. Veja-se também como é marcante, no discurso dos actores, as suas primeiras experiências como profissionais de enfermagem.

> "*Na altura gostei muito de estar em Santa Maria. Foi muito giro! (...) Adorei a Patologia Cirúrgica, pá. (...).*"(**E2**: 6, 8)

> "*Gostei muito de poder iniciar a minha função em Santa Cruz [Hospital]. (...) Continuo a achar o serviço [medicina do Hospital de Santa Cruz] fantástico. (...)*". (**E4**: 4, 20)

> "*[O ano pós-escolar no Hospital da Cruz Vermelha] foi um ano muito, muito polivalente. (...).*" (**E12**: 2)

Como já foi mencionado, uma das experiências mais relatadas como positivas e enriquecedoras em termos de aprendizagem no percurso profissional, é a passagem pelo Serviço de Urgência. Quem já lá trabalhou não esquece e quem lá trabalha gosta de lá estar.

> "*[No SO] eu gostava muito do trabalho. (...)*" (**E2**: 66)

> "*Como eu gosto muito de estar ali [urgência] e acho que se não trabalhasse ali, não sei onde é que... [trabalharia]*." (**E3**: 18)

> "*Os primeiros anos na urgência foram muito positivos. (...) Gostei muito de trabalhar na urgência. Acho que a urgência é um serviço muito estimulante.*" (**E8**: 10, 12, 13)

> "*Gostei muito de lá estar [serviço de urgência], gostava essencialmente da reanimação, da sala de emergência. (...) O Serviço de Urgência foi extremamente marcante para mim.*" (**E10**: 22, 23, 24, 164)

> "*[No SOB] aprendi muito, foi uma experiência muito positiva.*" (**E11**: 15, 16)

> *[No SO] foi aprender muita coisa que não sabia, sobretudo porque eu estava muito ligada à parte cirúrgica e não tanto à parte de medicina, como é lógico. E mesmo em termos cirúrgicos, pronto eu via o doente entrar para ser operado (...), mas pronto é diferente veres o outro lado.*" (**E13**: 23)

Entre os entrevistados houve também quem tivesse outras experiências noutras instituições, para além do Hospital de São José e que, não sendo as primeiras vivências em termos profissionais, não foram menos importantes por isso.

> *O CDR é a Clínica de Doenças Renais ali na Avenida das Forças Armadas. Muito interessante. (...) Adorei lá estar [Centro de Saúde de Loures]*." (**E2**: 36, 54)

As características da unidade social estudada apontam, essencialmente, para uma vertente intensiva da prestação de cuidados o que leva a que os enfermeiros classifiquem de "interessante", "positiva", "enriquecedora" "gratificante", e destaquem as suas experiências nessa área.

> *Interessante [UUM do Hospital de São José]. (...) Aqui no Hospital de São José eu ali no 10 gostei muito de estar.*" (**E2**: 56, 125)

Foi realmente uma experiência muito... muito... forte [passar pela Unidade de Urgência Cirúrgica do Hospital de São José]. (...) (**E4**: 37)

"*A outra [experiência] foi muito gratificante [serviço 10 primeiro andar].*" (**E9**: 11)

"Gostei muito [da UUC]" (**E11**: 27)

"*[O bloco central] já foi bem mais enriquecedor porque em termos de cirurgia programada faz-se coisas que não se faz na urgência, em termos de especialidades, não tanto em termos de cirurgia geral mas em termos de especialidades, sobretudo otorrino, maxilo e plástica fazem-se coisas que não se faz na urgência. (...)*" (**E13**: 23)

Com um cariz menos intensivo e que por vezes é desvalorizado no seio da profissão, os serviços de internamento (como a medicina, cirurgia geral ou plástica, ortopedia) ou os que não têm uma reputação tão técnica aos olhos dos próprios profissionais (oftalmologia, estomatologia, saúde ocupacional) foram, com uma certa surpresa para alguns, consideradas experiências interessantes e ricas em termos de aprendizagem.

"*Por acaso [no Serviço 9.2.] foi muito interessante porque eu tinha curiosidade. (...)*" (**E3**: 6)

[Ir para o Bloco Operatório de Oftalmologia do Hospital de São José] quer dizer eu considero que foi uma experiência riquíssima do que é cimentar conhecimentos... portanto que eu tinha conhecido na urgência mas depois... no caso específico que é a oftalmologia. (...) Adorei [a consulta de estomatologia]. Gostei, aprendi claro, (...) aprendi estomatologia. (...) portanto, outro mundo completamente diferente [a central de esterilização]. (**E4**: 48, 78, 93)

"*Eu penso que aprendi bastante também lá na medicina. [A medicina] foi uma experiência a valorizar. (...) Eu estou a adorar a cirurgia. Eu acho que aqui [cirurgia] eu estou a fazer mesmo aquilo que gosto.*" (**E7**: 19, 20, 25, 26)

"*Em termos de prática (...) até foi muito gratificante, o ano que eu passei pela cirurgia plástica. (...) Mas não estou nada arrependida, acho que é um serviço muito, muito gratificante onde se aprende imenso, é muito trabalhoso, muito trabalhoso mesmo [medicina].*" (**E9**: 19, 25)

"*Neste momento estou francamente mais satisfeita com o meu desempenho [na consulta de oftalmologia e anestesia na cirurgia de ambulatório e angiografia].*" (**E12**: 18)

" (...) completamente diferente [Saúde Ocupacional]… nova… em muitos aspectos" (**E10**: 40, 41)

A hierarquização social, que de acordo com Hesbeen (2000) também existe no seio da profissão de cuidados, é bastante evidente no discurso de um dos entrevistados que faz referência a uma certa ascensão no seu percurso, pois de uma enfermaria passou para uma unidade de cuidados intermédios, até chegar ao topo: a unidade de cuidados intensivos.

> "*Aprendi muito [no Serviço 3.1.]. (...) Para já, penso que subi um pouco na escalada enfim digamos assim... Portanto de um serviço com enfermaria, passei depois para uns cuidados mais objectivos em termos do pós-operatório imediato e neste momento em cuidados intensivos... é um mundo, não é? É assim mesmo, é um mundo. Eu gosto por acaso, nunca pensei vir a gostar tanto como gosto [de cuidados intensivos]*." (**E5**: 16, 48, 49, 50)

Um outro tipo de experiência e que, na maioria das vezes não é visível, mas ao mesmo tempo é bastante valorizado entre os profissionais são os aspectos organizativos e de montagem de um novo serviço, o que para um dos enfermeiros foi uma experiência muito interessante.

> "*Um trabalho muito interessante [montar a UCIP] porque ao mesmo tempo eu tinha estado a montar as unidades da Expo. (...) ... completamente diferente (...)*" **E10**: 32)

Esta importância conferida à diversidade de experiências que são aliadas a mais conhecimento denota, por parte dos actores do estudo, um realce na aprendizagem pela experiência. Kolb (1984) sustenta que o processo de aprendizagem experiencial é um ciclo composto por etapas: a experiência concreta seguida da observação e da reflexão. Para a realização efectiva deste tipo de aprendizagem, o autor distingue duas dimensões estruturais fundamentais com cariz indissociável: a preensão e a transformação, respectivamente, percepção e interpretação teórica das representações, e compreensão como característica da conceptualização abstracta e da apropriação da experiência concreta.

Em relação ao seu percurso profissional, os enfermeiros apontam alguma falta de empenho em investir na progressão da carreira.

> "*[O meu percurso profissional] em termos de ascensão vertical na carreira devia ter começado mais cedo. Talvez se eu me tivesse esforçado um bocadinho mais por paralelamente trabalhar como profissional na instituição, tentar a nível particular fazer mais qualquer coisa porque uma vez que desde a primeira hora que a instituição não me deu apoios para eu fazer algo por mim, eu devia--me ter esforçado para fazer eu próprio. (...) Podia ter sido mais positivo se eu também tenho dado um bocadinho mais de mim*." (**E1**: 110, 111, 114)

> "*Nunca tive também aquela noção que a seguir uma carreira tem que ser planeada, tens que planear... agora faço assim... se quero chegar ali faço isto... Andei um bocadinho à vontade, andei à nora, na maré, deixa estar, fazia porque gostava de fazer, gostava de conhecer.*" (**E2**: 132)

Outro aspecto negativo realçado é a rotinização do desempenho, em virtude da longa permanência no mesmo serviço, conduzindo a uma sensação de que o dia seguinte é igual ao anterior e que nada mais há a aprender.

> "*Estacionei um bocado em termos de âmbito do que para mim já não há muita coisa que seja novidade [na urgência]. Tudo o que se podia aprender, uma pessoa insiste, insiste muito no início mas depois as coisas até (...) começam a ser todas um bocado muito rotineiras*." (**E3**: 13, 14)

> "*Porque eu acho sim chega uma certa altura uma pessoa começa a questionar o que é que uma pessoa está aqui a fazer, já não há nada para fazer. Só que há qualquer coisa sempre na vida que acontece, percebes, e acabamos por acomodar*." (**E11**: 99)

Pelo contrário, a pouca permanência nos serviços leva a que haja pouco aprofundamento da sua especificidade. Na altura que se começa a aprofundar dá-se a saída, que poderá ser forçada ou não.

> "*Não vou ignorar que há factores negativos (...). É que talvez ao fim de dois anos eu começo a ter (...) um conhecimento mais científico ou mais profundo das situações. Muitas vezes quando eu tenho esse conhecimento muito... quando eu entro na parte profunda eu saio. (...) É ter um conhecimento de tudo mas não chegar ao fundo da questão.*" (**E4**: 103, 107)

O choque com a realidade no início da carreira, estudada entre os enfermeiros por Mestrinho (1997), ainda faz parte do discurso de alguns destes profissionais, apesar dos anos de trabalho de cada um serem de dezoito (E5) e doze (E12) anos.

> "*No início [quando comecei a trabalhar] foi um bocado assustador. (...) Era um bocado assustador, quer dizer eu fazia noites sozinha com quarenta doentes, era muito assustador*." (**E5**: 5, 10)

> "*[O ano pós-escolar no Hospital da Cruz Vermelha foi um ano] muito angustiante porque os quartos fechados angustiavam-me bastante. No início de carreira com a minha experiência, nem sequer deixava os doentes sossegar porque passava a noite toda abre porta, fecha porta, foi um ano terrível.*" (**E12**: 3, 4)

Quanto ao tipo de cuidados prestados, algumas experiências como a medicina, otorrinolaringologia ou o bloco operatório de oftalmologia, foram também consideradas como negativas pelos sujeitos. Como se depreende do discurso dos actores, estas experiências foram angustiantes e geradoras de um profundo stress.

> "*Não é o tipo de doente que me agrada mais o doente do foro médico, gosto mais da especialidade. Internamentos mais prolongados não me agradavam tanto.*" (**E7**: 17, 18)

> "*Não gostei minimamente da experiência [bloco operatório de oftalmologia]. (...) A vinda para o bloco foi horrível. (...) Eu não tenho nada a ver com as características exigíveis a um enfermeiro do bloco. (...) Foi dramático de facto. E do ponto de vista emocional então (...) foi muito mau, mesmo*." (**E12**: 16, 26, 28, 29)

> "*Não falo tanto de otorrino [ser enriquecedor] por uma razão, aprendi muito de otorrino durante aquele ano mas penso que se eu tivesse lá ficado mais tempo teria perdido muita coisa. Acho que fiz bem em ter pedido a transferência.*" (**E13**: 15)

Como temos vindo a constatar, estes enfermeiros atribuem grande importância ao bom ambiente de trabalho para o desempenho. O mau ambiente de trabalho foi também reconhecido como negativo no seu percurso profissional.

> "*A única experiência má que eu tive e foi mais em termos relacionais, foi mesmo em termos relacionais [foi o ano que eu passei na cirurgia plástica]. (...) Em termos pessoais, problemas com o chefe... (Ri-se). Aí (...) nesse aspecto foi francamente mau. Eu poderia dizer que foi para aí o pior ano da minha vida*." (**E9**: 18, 21, 22)

> "*É extremamente difícil manter boas relações [no serviço de urgência], relações em conflitos, conseguir tomar as decisões certas na hora certa, confrontarmo-nos com os outros profissionais. Não é fácil chegarmos de manhã e termos 20 ou 30 TACs para fazer porque o médico radiologista não fez. E porque é que não fez? E depois procuramos saber isto, porque não há ninguém que resolva isso!*" (**E10**: 185, 186, 187, 188, 189)

A reflexão sobre a acção reveste-se de grande importância para o desenvolvimento pessoal/profissional de cada um. Trata-se de um dos elementos importantes de formação através do qual os profissionais podem enfrentar eficazmente novas e diferentes situações com que se deparam no quotidiano (Schön, 1987; Malglaive, 1995). A formação situa-se na história de vida de cada pessoa como resultado de processos de reapropriação, reflexão e consciencialização do contexto, marcando o processo educativo de cada adulto (Dominicé, 1991). Dois dos enfermeiros expressam no seu discurso que mudariam o seu percurso profissional se lhes fosse possível.

> "*Se pudesse voltar atrás, penso que naquela altura em que eu fui da UCIC para a urgência, eu teria ido para a UUM, em vez de ter ido para a urgência. Se calhar naquela altura também não iria [para a UUM] porque eu não estava desperta para isso. Mas gostaria de ter passado o meu percurso [pela UUM]*." (**E10**: 46, 47, 48)

> "*Uma das coisas que eu acho que realmente fiz ao longo do meu trajecto... trajectória de vida profissional, acho que hoje se calhar tinha mudado [de serviço]*." (**E11**: 100)

Decorrentes de um processo reflexivo surgem também os projectos profissionais para o futuro. Refira-se que a palavra *projecto* tem origem na palavra latina *projectu*, que significa "*que se lança sobre*" (Machado, 1977c).

O projecto presume a visão de um fim, implica uma previsão de consequências que resultariam da acção que é introduzida no impulso inicial. A previsão das consequências implica o jogo da inteligência, exige a observação objectiva das condições e das circunstâncias. Isto porque o impulso e o desejo produzem consequências pela sua interacção e cooperação com as condições envolventes. Para além da observação é também necessário compreender a *significação*, que resulta das consequências que decorrem da acção em que nos empenhámos. No entanto, é difícil a partir das condições observadas prever as consequências, a não ser que se recorra a experiências anteriores e que se compreenda a semelhança com a situação presente e que se formule um juízo sobre o que se pode esperar. Pode mesmo afirmar-se que a formulação de um projecto é uma operação intelectual bastante complexa (Dewey, 1968). Neste sentido, podemos afirmar que o projecto é a prefiguração exacta e precisa do que pretendemos concretizar. Trata-se da transição do desejo à intenção e desta à acção, mas acção reflectida, esclarecida e planeada (Botelho, 1994).

A intenção manifestada por dois dos intervenientes no estudo é a mudança de serviço.

> "*sair de certeza daqui [serviço] para fora (ri-se)*." (**E1**: 151)

> "*É uma das coisas que eu penso é assim acho que estava na altura de ser transferida dali [urgência] (...).*" (**E3**: 19)

Contudo, E1 não faz alusão para onde pretende a mudança e E3 tem sérias dúvidas, pois parece-nos, mais uma vez, que emerge das suas palavras a hierarquização profissional em torno da técnica e do intensivismo mencionada por Hesbeen (2000).

> "*Neste momento… [mudar da urgência para outro serviço] a não ser numa unidade de cuidados intensivos, talvez o 10 que me cativasse um bocado porque eu gosto de coisas de traumatologia ao nível da neurocirurugia, não sei*." (**E3**: 20).

Pelo contrário E6, que considera que ainda tem muito para dar e receber no seu actual serviço, e E13, que dado que não pediu a transferência para o seu contexto de trabalho, não pretende sair do mesmo.

> "*Projectos profissionais futuros… neste momento pretendo manter-me em funções aqui no Serviço 3, Sala 1 porque ainda há algo que consigo tirar muito rendimento, acho que tenho muito a dar neste serviço (...)*" (**E6**: 163)

> "*Vou-me manter [no SO] enquanto entenderem, porque já que não pedi para vir para cá, também não peço para sair*." (**E13**: 34)

De uma forma geral E3, E7, E10, E11 e E12 fazem referência, no âmbito dos seus projectos profissionais, contribuir de alguma forma para melhorar a qualidade dos cuidados.

> "*(...) eu tenho sempre projectos, porque eu acho que vou tendo (...) sempre objectivos dentro (...) do serviço. (...) [No serviço] podemos sempre traçar metas.*" (**E7**: 175, 177)

A forma como o pretendem alcançar vai variar de acordo com o seu contexto de trabalho. Contudo, associada a essa melhoria está inerente a formação, seja através de um processo de auto-formação (E10) ou de um projecto de formação-acção (E3) que abranja toda a equipa multidisciplinar do seu serviço.

> "*(...) uma das coisas que, por exemplo, eu gostava e gosto de no fundo de desenvolver e criar novas situações em termos (...) de pediatria porque infelizmente está muito esquecida (...) [Na urgência] não há formação, por assim dizer, para atender aqueles pais, para as crianças, isso é um dos meus projectos. (...)*" (**E3**: 163, 166)

> "*Eu ainda estou numa fase neste momento de tentativa de interiorização de todos estes aspectos de saúde ocupacional, porque eu não conhecia a legislação, tudo isso faz parte. É importante que eu conheça [a legislação] (...), é preciso saber muitas outras coisas [para poder prestar cuidados aos profissionais]*." (**E10**: 269, 270, 271)

E11 vai mais longe e gostava de estar inserida num projecto de formação-acção que envolvesse a equipa do seu serviço, mas também a dos Centros de Saúde com quem articula no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, com vista sempre à melhoria da sua qualidade.

> "*(...) melhorar estes cuidados [ao doente na sua globalidade] sempre constantemente. (...) Continuar a tratar e a cuidar. (...) Eu gostava de fazer algo nesta área (...) que gosto muito [cuidados continuados] (...), digo-te sinceramente gostava, gostava muito. (...) Eu acho que uma das coisas que melhorava muito era nós irmos lá [Centro de Saúde], a tal formação (...) que se falava, a partilha, irmos lá mesmo aos locais, eles virem cá [ao hospital]. Eu acho que era muito bom (...) para nós, para elas [enfermeiras do Centro de Saúde], para o doente, para a comunidade, claro.*" (**E11**: 277, 281, 289, 293)

Com uma perspectiva mais humanística, E12 pretende "amenizar" o período de internamento, procurando proporcionar um bom ambiente. Parece-nos que por detrás desta perspectiva estará o tão importante ambiente de trabalho que, ao ser favorável irá, como já tivemos oportunidade de verificar, influir na qualidade dos cuidados.

> "*Acho que eu quero mesmo é contribuir de algum modo (…) para que as pessoas se sintam cada vez melhor quando vêm ao hospital, que não encarem o hospital como um sítio feio, (…) para que as pessoas se sintam bem quando cá estão e que (…) o mau bocado que aqui passam seja amenizado com (…) presenças agradáveis que são os enfermeiros e os outros profissionais de saúde. Se eu conseguir fazer um bocadinho disto, acho que já fiz imenso porque o meu projecto foi este.*" (**E12**: 194)

Apenas E2 com 52 anos de idade e 32 anos de serviço faz referência à aposentação em termos de projectos profissionais para o futuro.

> "*Eu estou à beira de me reformar. [Como estou à beira de me reformar] também não tenho aquela expectativa…*" (**E2**: 378, 379)

Contudo, esta enfermeira traça já alguns planos para sua aposentação, pretendendo ser voluntária, por exemplo em Angola.

> "*Um dia que deixe de ser enfermeira não me importava nada de ser voluntária (…) E isso acho fixe… Não me importava nada de ir voluntária (…) para Angola. (…) Que eu também não quero reformar-me e… ir para casa calçar os chinelinhos, é diferente.*" (**E2**: 205, 206, 386)

O facto da aposentação estar na sua mente e por já ter tido algumas desilusões ao longo do seu percurso profissional (como a falta de apoio da instituição para a realização da especialidade ou do mestrado), E2 refere não ter ambições em termos de progressão de carreira.

> "*Em termos de carreira não estou à espera de nada*" (**E2**: 362)

A progressão na carreira também não é objectivo para E11, E12 e E13, por diversos motivos. Ou porque já teve essa intenção e como não se proporcionou, já não o pretende (E11); ou porque considera que ainda deve estar na prestação directa de cuidados (E12) ou por achar que deve "deixar andar" (E13).

> "*Não, neste momento [não tenho projectos a nível institucional ou de carreira], houve uma altura que sim, neste momento não (…) porque eu gosto muito de trabalhar (…) a nível da comunidade.*" (**E11**: 283, 284)

> "*Isso [progressão na carreira ou nível institucional] é uma coisa que não me preocupa muito. Não faz parte dos meus planos vir a ser isto ou vir a ser aquilo. (…) Neste momento eu ainda preciso muito de estar na prestação directa*." (**E12**: 195, 196, 198, 199)

> "*Não sou propriamente assim muito ambiciosa de dizer assim 'O meu sonho é ser chefe, ser supervisora, directora', não. Gosto muito do que faço. (…) Por experiência pessoal, quantos mais projectos, mais furado sai, portanto deixar andar*." (**E13**: 240, 243)

Em termos de progressão na carreira, a maior parte dos enfermeiros centram-se em ascender a enfermeiro especialista, deixando bem claro que não pretendem ser enfermeiros chefes.

> "*Uma pós-graduação para… aprofundar conhecimentos. Agora para progredir para chefe, não. Eventualmente posso chegar a enfermeira especialista*." (**E3**: 160, 162)

> "*Continuar a minha carreira. (…) Eu gosto de estar onde estou, gosto de estar com os doentes, gosto de estar com os colegas, com as pessoas. (…) Por exemplo ser chefe não… nunca… foi uma coisa que eu quisesse ser… Ser enfermeira especialista, já era bom (Ri-se).*" (**E5**: 187, 193, 195, 196)

> "*É isso mesmo [ser enfermeira especialista]*." (**E7**: 183)

> "*Não tenho como pretensão (…) nem ser enfermeira chefe (…) não tenho mesmo honestamente. (…) Eventualmente [ser enfermeira especialista], exactamente*." (**E9**: 207, 209)

Com uma perspectiva um pouco diferente, E14 menciona a sua pretensão em ascender a enfermeira especialista, não excluindo a hipótese de, se necessário, ser enfermeira chefe. Todavia, Vê-se confrontada com a sua impossibilidade por não haver no momento cursos de pós-licenciatura em enfermagem que lhe dessem essa possibilidade.

> "*Portanto eu quero seguir a carreira, enfermeira especialista. Enfermeira chefe eventualmente não é muito o meu objectivo, mas pronto. Por contingências o que tiver que ser será. Neste momento quero ascender a enfermeira especialista. Sem o curso de especialização não é viável.*" (**E14**: 110, 111, 112, 113)

Apenas E6 diz claramente que pretende ascender, em termos de carreira, a enfermeiro-chefe depois da frequência do curso de pós-licenciatura.

> "*Progressão na carreira, penso progredir na carreira (…) tirando uma pós--graduação de licenciatura (…) e posteriormente, eventualmente, poder chegar a enfermeiro chefe*." (**E6**: 167)

Em jeito de síntese podemos referir que os enfermeiros do Hospital de São José que frequentaram o primeiro Curso de Complemento de Formação consideram a enfermagem, acima de tudo, uma profissão valorizada por si e prestigiante, que deixou de estar dependente do médico e está imbuída de uma grande responsabilidade por incidir na pessoa e não num objecto. A missão de ajuda e compaixão, tão presente na história da enfermagem, está também presente nos seus discursos. Estes profissionais preocupam-se com a sua representação profissional, reconhecendo que a mesma é subvalorizada pelo facto do seu desempenho estar associado à vocação e não ao saber, o que lhes traz algumas dificuldades para o exercício, exigindo o seu empenho. O facto da qualidade dos cuidados ter melhorado nos últimos anos tem contribuído para a melhoria da imagem social da profissão de

enfermagem. É também realçada a importância de acção do grupo através do saber com vista à melhoria da imagem que a sociedade tem de si, destacando a especificidade da enfermagem como ciência, como profissão autónoma com um corpo de conhecimentos próprio. Esta necessidade de acção viu-se reforçada com a frequência do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Os actores do estudo referem sentir-se satisfeitos com a sua profissão e orgulham-se de pertencer a tal classe.

Em termos de desempenho da profissão é mencionada a relação, a promoção da saúde e a polivalência que o enfermeiro tem de ter ao cuidar no âmbito multidisciplinar

Entre estes sujeitos há um forte sentimento de pertença ao serviço onde exerciam funções, que considerámos como um sub-grupo particular na organização. Integrados em equipas multidisciplinares, os enfermeiros consideram o trabalho em equipa fundamental no cuidar/tratar do utente com qualidade, revelando ter um papel importante no seio da mesma. Destacamos a "paixão" dos actores que passaram pelo serviço de urgência pelo mesmo.

A relação com a população é considerada como um princípio da enfermagem, determinante na prática profissional e considerado favorecedor da aprendizagem, sendo a família cada vez mais envolvida nas intervenções de enfermagem. Além desta, foram também influentes a organização e o contexto de trabalho, nomeadamente:

- em relação à falta de incentivo ou apoio para a progressão no percurso académico;

- à ocorrência de acidentes em serviço ou doenças profissionais;

- as características de determinados contextos de trabalho que foram motivação para o ingresso ou saída dos profissionais, em que há maior enfoque no bom ambiente de trabalho e no tipo de serviço prestado;

- a imposição/sugestão pela instituição na colocação dos enfermeiros em determinados serviços.

A vida pessoal, nomeadamente a maternidade e paternidade e a articulação do horário entre casais de enfermeiros marcaram o desenvolvimento destes

profissionais. A empregabilidade fácil e algumas circunstâncias da vida, pautadas de dificuldades marcadas por crises de vida, assinalaram também o ingresso na profissão de alguns dos actores do estudo.

De uma forma geral, a avaliação que cada sujeito faz do seu percurso profissional é positiva, referindo-se especificamente a determinadas experiências vivenciadas nos contextos por onde passaram aliando a diversidade em termos de aprendizagem. Esta apreciação denota a importância que os actores do estudo atribuem à aprendizagem pela experiência. Negativamente apontam no seu percurso profissional:

- alguma falta de empenho em investir na progressão da carreira;
- a rotinização do desempenho, em virtude da longa permanência no mesmo serviço;
- a pouca permanência nos serviços que pode levar a pouco aprofundamento da sua especificidade;
- o choque com a realidade em início de carreira;
- algumas experiências em termos de cuidados prestados;
- o mau ambiente de trabalho.

Decorrente de um processo de reflexão sobre a acção, dois dos enfermeiros mencionam que mudariam o seu percurso profissional.

Em termos de projectos profissionais para o futuro é feita alusão à mudança ou não de serviço e a pretensão de contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados seja através da auto-formação ou de projectos de formação-acção que envolvesse a equipa multidisciplinar ou, mesmo, as equipas dos Centros de Saúde. Apenas um entrevistado tem em vista a aposentação. Quanto à ascensão na carreira, a grande maioria gostaria de ser enfermeiro especialista, deixando bem claro que não pretende ser enfermeiro chefe, ao contrário de um dos actores que tem em mente tal projecto.

5. TRAJECTOS DE FORMAÇÃO

Em Portugal a formação em enfermagem ocorre ao nível do ensino superior. O nosso país é o único na Europa que segue a recomendação da Organização Mundial de Saúde, anunciada na Conferência de Munique (2000), de que a enfermagem deve ter um único nível de formação de base (Sousa e Nunes, 2005).

Hughes (1971, cit. por Rodrigues, 2002) identifica as escolas e os professores como instituições centrais nos processos de profissionalização, uma vez que, nos conflitos de disputa de áreas de trabalho entre grupos ocupacionais, o recurso mais importante é o aumento dos níveis de qualificação, a instituição de currículo. A formação e as escolas transformam-se, efectivamente, em instituições que atribuem licenças para trabalhar numa ocupação, estabelecendo a distinção entre os verdadeiros profissionais e os leigos. A formação é percebida como um meio, um recurso e não como um atributo.

Os anos de escolaridade funcionam mais como uma justificação ideológica para o preço da mercadoria profissional do que como determinante do seu valor de mercado (Larson, 1977, cit. por Rodrigues, 2002). O que se passa com a Enfermagem é que apesar do nível de formação ter aumentado (de bacharelato para licenciatura) não se viu, por enquanto, qualquer valorização, nomeadamente monetária.

Para além do papel que os contextos organizacionais e sociais têm na estruturação do conjunto "pessoas em formação", é importante considerar a afinidade destas com a prática profissional e o meio de inserção social: a interacção entre os elementos estruturantes em presença é igualmente o produto da expressão dessa relação do ponto de vista da reflexão e da experiência concreta da prática e das relações sociais e de trabalho em graus diferenciados de implicação (Santiago, Alarcão e Oliveira, 1997).

Este ponto do trabalho pretende, à semelhança do anterior, apresentar e analisar os dados obtidos e assim dar resposta a algumas das questões orientadoras. Num primeiro sub-capítulo abordamos as representações sobre a formação, no segundo intitulado de "*Regresso à escola: uma nova fase do percurso… formativo?... profissional?... pessoal?...*" fazemos referência à percepção dos enfermeiros estudados em relação ao CCFE e por fim abordaremos a articulação da formação e dos contextos das práticas.

5.1. REPRESENTAÇÕES SOBRE A FORMAÇÃO

A palavra *formação* tem vindo a merecer uma revitalização crescente nos últimos tempos. Emerge associada a educação, evoca contextos distintos e espelha uma continuidade no tempo na expressão formação ao longo da vida (Alarcão, 1997). Para Josso (1987) a sua utilização apresenta uma dificuldade semântica, pois designa tanto a actividade no seu desenvolvimento temporal, como o respectivo resultado.

As representações sobre a formação que os enfermeiros estudados têm são, favoráveis. Para a maior parte dos entrevistados, a formação tem uma potencialidade transformativa e formativa, valorizando o sujeito, centrando o discurso no alvo da mesma – o formando, considerando-se sujeitos da sua própria educação.

> "*[A formação] tem efeito na pessoa (...) porque vai valorizá-la sem dúvida*." (**E1**: 70)

> "*[Com a formação] uma pessoa valoriza-se muito*." (**E7**: 78)

> "*[A formação] é capaz de dar uma mais valia à pessoa, uma componente se calhar de educação*." (**E8**: 63, 64)

> "*[A formação em serviço é uma maneira das pessoas crescerem, (...) [tem tudo a ver com o percurso] pessoal de crescimento*." (**E9**: 86, 192)

> "*(Silêncio seguido de um suspiro) Acima de tudo é crescer, crescer enquanto pessoa, enquanto profissional que é aquilo que nós somos*". (**E13**: 76, 77, 78)

Acresce ainda o facto dos intervenientes no estudo atribuírem à formação uma perspectiva cumulativa, em que os saberes são hierarquizados e adquiridos num processo individual e cumulativo, no qual "*é preciso galgar degraus paulatinamente até alcançar os frutos raramente disponíveis para todos*" (Leitão, 2003: 35).

> "*Formação (...) é aquilo que agente vai adquirindo*". (**E2**: 223)

> "*(...) no fundo [formação] (...) é aquilo que nós conseguimos reunir*." (**E4**: 143)

> "*Ao fazer formação adquire-se imensos conhecimentos e muitas teorias. Eu penso que essa formação é importante porque faz-nos adquirir esses novos conhecimentos*." (**E10**: 128, 129)

> "*É aprender mais qualquer coisa*." (**E13**: 81)

Freire (2003) menciona que a educação é uma resposta da finitude da infinitude, pois é possível para o homem por este ser inacabado e sentir-se como tal. Este autor defende ainda que a sabedoria parte da ignorância, pois o saber faz-se através de uma superação constante, o que vai de encontro à representação sobre a formação de E14.

> "*Nós aprendemos sobre aquilo que não sabemos*." (**E14**: 59)

Dar sentido àquilo que vivemos ao longo da nossa vida é também construir saber (Bercovitz, 1981, cit. por Nóvoa, 1988), o que tem subjacente a noção de história de vida. "*Formar-se é aprender a construir uma distância face à sua própria experiência de vida, é aprender a contá-la através das palavras, é ser capaz de a conceptualizar*" (Hess, 1985, cit. por Nóvoa, 1988: 115). Para um dos enfermeiros estudados a história de vida está inerente ao processo formativo, pois à semelhança do defendido por Nóvoa (1988) o adulto tem de construir a sua própria formação com base num balanço de vida com uma perspectiva retrospectiva e não apenas numa óptica de desenvolvimento futuro. O conceito de reflexividade crítica deve assumir um papel primordial no domínio da formação de adultos.

> " *(...) um deles [aspectos na formação] é a formação pessoal, muito daquilo que nós somos é aquilo que todos nós temos de pessoa e aquilo que nós incutimos de pessoal.*" (**E10**: 125, 126)

Aos olhos de um dos nossos actores a formação conduz a uma superior compreensão da pessoa. Refira-se que para Leitão (2003) os processos de formação estão relacionados ao que saber, por que saber e aos modos de saber na relação entre as pessoas. A relação com os saberes ao ser constituída também de afecto, solidariedade, curiosidade, insatisfação, provisoriedade, traz no seu interior incertezas, inseguranças e necessidade de mudanças, perdem-se algumas certezas, descobrem-se outras, sobre as quais também não temos garantias. Esta relação é mais próxima da vida no seu movimento ininterrupto e dinâmico.

> "*E isso [formação] também nos leva a uma maior compreensão da outra pessoa.*" (**E2**: 244)

O exercício de funções profissionais de enfermagem implica, com alguma frequência, gerir situações de carácter imprevisível, em contextos de natureza interactiva e em constante mutação, que exige adaptação, equilíbrio e bom senso. No entanto, sublinhe-se que a estrutura pessoal (motivações, expectativas, interesses, etc.) é bastante afectada pelo processo formativo, sendo que a mesma deve ser encarada como uma forma de desenvolvimento do adulto (Ralha Simões, 1995, cit.

por Marques Simões e Ralha Simões, 1997). A formação não deve ser encarada como um mero veículo de transmissão de conhecimentos e de técnicas de teor estritamente restrito, mas como uma função educativa ao nível do processo global de desenvolvimento (Marques Simões e Ralha Simões, 1997). O desenvolvimento de conhecimentos ou de competências associado à formação está inerente a algumas afirmações dos enfermeiros.

> "*Formação significa aprendizagem*." (**E1**: 78)

> "*A formação é ao nível de tudo. Portanto, desde adquirir novos conhecimentos, desenvolver novas técnicas, portanto teórico-práticas, ter conhecimentos*." (**E3**: 60)

> "*Formação é um conceito muito importante em enfermagem nos nossos dias. Formação implica a melhoria dos conhecimentos, o aumento das competências*." (**E6**: 44, 45, 46)

> "*[Com a formação uma pessoa adquire competências que lhe permitem ficar] bem consigo mesmo*." (**E7**: 82)

> "*Em relação à transmissão de conhecimentos, interiorização de conhecimentos. (...) A formação acaba por capacitar as pessoas para outras competências.*" (**E8**: 52, 53, 56)

Estas perspectivas coincidem com um dos princípios de referência a qualquer projecto de formação de adultos de Nóvoa (1988: 128) que refere que "*a formação é sempre um processo de transformação individual, na tripla dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (capacidades) e do saber-ser (atitudes)*".

Como vimos, a formação é uma grande construção, em que o conhecimento é imprescindível. Não é possível entrar em qualquer tipo de formação sem passar pela aquisição e produção de conhecimento (Tavares, 1997). Contudo, para que haja aprendizagem efectiva, os enfermeiros realçam a importância da abertura/motivação para a formação, ou da adequação desta às suas necessidades formativas. É preciso que o sujeito esteja implicado na sua própria formação, pois "*ninguém forma ninguém e… a formação pertence, de facto a quem se forma*" (Nóvoa, 1988: 128).

> "*[A formação tem efeito na pessoa] se a pessoa tiver aberta à formação e tiver susceptível de aprender alguma coisa com a formação*." (**E1**: 71)

> "*Um conjunto de [conhecimentos] até de acordo com o saber da pessoa*." (**E8**: 54)

> "*Se esta formação for de encontro às necessidades de cada um e as pessoas (...) começarem a acreditar que podem progredir minimamente em alguma coisa, pode não ser em tudo, (...) mas vão crescendo em alguma coisa e muitas vezes até direccionarem-se para uma outra área*." (**E13**: 92)

Além de valorizar a pessoa, a formação insere-se na vida da pessoa e desenvolve-se com ela (Chené, 1988), ou seja, dá-se ao longo da vida social e profissional (Belchior, 1990). Este tipo de formação prende-se com a importância cada vez maior conferida à capacitação (que não é sinónimo de preparação) para a vida profissional, sobretudo em relação às competências necessárias, à reconversão e permanente actualização profissional ao longo da vida (Roldão, 1996).

> "*(...) estar em permanente formação acho que... é positivo, acho que é mesmo extremamente necessário. Se a pessoa não estiver em permanente formação, chega ali pára*." (**E3**: 56, 57, 58)

> "*A aquisição do conhecimento é constante*." (**E5**: 82)

> "*[Formação é] evolução, é crescimento, é o contrário de estagnação.*" (**E7**: 70, 71, 72)

> "*É estar-se sempre a aprender.*" (**E9**: 86)

Para um dos entrevistados o desejo de formação dependeria estreitamente da visão do futuro, mais precisamente da sua reconversão profissional (Dubar e Evrad, 1975, cit. por Malglaive, 1995).

> "*[Uma pessoa] adquire competências (...) com a formação que lhe permitem ascender na carreira*." (**E7**: 80)

Lopes (2001) ao relacionar o antagonismo entre concepção e execução, que formalmente tem diferenciado a natureza da saber médico e de enfermagem dicotomiza o saber em *saber indeterminado* e *saber-fazer*. O primeiro é identificado por Turner (1987, cit. por Lopes, 2001) como um saber essencialmente interpretativo, cuja aplicação requer um exercício considerável intelectual de interpretação, distinguindo-se das formas de saber cuja aplicação é padronizável em regras e procedimentos. Trata-se de uma forma de saber cuja aplicação está associada ao domínio da complexidade e imprevisibilidade inscritas no objecto de trabalho, dada a contínua avaliação e reajustamento dos procedimentos que a natureza do objecto requer.

Barcet et al. (1985, cit. por Lopes, 2001) referem-se ao saber-fazer como associado ao trabalho rotinizado, cujo modo de operacionalização é objecto de minuciosa

codificação e regulamentação sendo, portanto, um saber representado como não requerendo na sua aplicação qualquer exercício intelectual de interpretação cognitiva. Figura-se como um saber aplicável padronizadamente e adquirível por uma formação prática. Contudo, para estes autores a dicotomização entre o saber--fazer e os saberes científico e indeterminado oculta a natureza compósita das dimensões cognitivas que congrega o primeiro. Apesar do saber-fazer se situar num plano cognitivo distinto do saber científico, não deixa de incorporar elementos deste outro saber, sendo essa incorporação o que torna possível que, a partir de uma situação concreta de trabalho, sejam retiradas as regras gerais que permitem numa situação semelhante aplicar a mesma solução. Só aquando da inexistência desta produção de regras gerais se estará no simples domínio do *fazer*, o que será o caso, numa actividade exclusivamente de repetição dos mesmos gestos (Barcet et al., 1985, cit. por Lopes, 2001), o que como sabemos não pode acontecer quando se cuida de pessoas. Cuidar implica individualizar e não padronizar. Neste sentido, *saber indeterminado* e *saber-fazer* constituem saberes cujo valor estratégico nos processos de trabalho são desiguais sendo, portanto, saberes objecto de desigual valorização social (Lopes, 2001). A procura da relação da profissão ao saber indeterminado conduziu a que a maioria dos actores do estudo considerassem que a sua valorização social passa também pela formação dos enfermeiros.

> "*A formação num grupo profissional (...) contribui para o seu desenvolvimento. (...) E isso [ter mais formação] também dá (...) um certo prestígio à profissão.*" (**E2**: 245, 248)

> "*Enquanto grupo profissional há um maior reconhecimento. (...) Se se conseguir chamar à atenção, cativar as pessoas [para a formação], a formação pode ser um bom veículo para o crescimento de um grupo profissional, desenvolvimento desse grupo*." (**E13**: 91, 94)

> "*(...) quanto mais se souber que nós [enfermeiros] estamos num nível mais elevado, tanto a nível cultural como social, melhor é a aceitação*." (**E3**: 63)

> "*Se calhar nós com os nossos conhecimentos é que nos temos valorizado na sociedade, é que temos feito ver às pessoas que realmente o enfermeiro não é só isso [dar injecções e dar banhos]*." (**E7**: 167, 168)

O reconhecimento da enfermagem como uma profissão autónoma, ou seja, a possibilidade do grupo realizar o seu trabalho com independência do controlo, quer de outras profissões, quer da organização em que exerce e, concomitantemente, a possibilidade de criação directa de clientes sem a mediação de outras profissões ou

organizações (Freidson, 1984), é o desejado e esperado por um dos actores do estudo, em que a formação é um meio para concretizar tal facto.

> "*Acho que o reconhecimento no fundo, o reconhecimento (...) da enfermagem como uma profissão autónoma*." (**E9**. 90, 91)

A socialização inerente à formação emerge entre os discursos de um dos sujeitos envolvidos no estudo. No discurso desse enfermeiro está uma forte legitimidade social associada à formação que, "*sendo elitista, favorece a mobilidade social ascendente de alguns que mais se destacam pelo seu mérito*" (Canário, 2005: 67-68).

> "*Dá sempre status ir à formação por um lado*." (**E14**: 41)

Para Dubet (1994) a experiência social é o resultado da articulação entre três lógicas de acção distintas: a *integração*, a *estratégia* e a *subjectivação*. Na lógica de integração, o actor define-se pelas suas pertenças, visa mantê-las ou fortalecê-las (neste caso através da formação) entre uma sociedade considerada como um sistema de integração. Na lógica da estratégia o actor procura realizar a concepção que tem dos seus interesses numa sociedade concebida como um mercado. Quanto à subjectividade social, o actor representa-se como um sujeito crítico confrontado com uma sociedade definida como um sistema de produção e de dominação (Dubet, 1994), sendo esta afigurada pela formação.

Apenas um enfermeiro entrevistado refere que a formação não tem influência na representação social da enfermagem, pois aos olhos da sociedade as habilitações não mudam a ideia que as pessoas têm de uma determinada profissão.

> "*(Silêncio) Portanto o facto das pessoas terem mais habilitações, não quer dizer que isso (...) que nos traga maior ou melhor representação social. Um engenheiro é um engenheiro, um médico é um médico e tu mesmo que agora tenhas um mestrado és enfermeira. (...) Não estou a ver que isso [formação] assim de repente que vá trazer alguma alteração na representação social*." (**E8**: 57, 61, 66)

Esta afirmação contraria o defendido por Moscovici (1984, 2000) de que as representações sociais são dinâmicas e, portanto, podem evoluir ao longo do tempo.

"*O nosso grau de competência global depende da maneira como organizamos e integramos as nossas capacidades de modo a, numa circunstância particular, ser possível actuar da maneira mais adequada*" (Marques Simões e Ralha Simões, 1997: 47). Neste sentido, um profissional competente é aquele que possui um repertório de capacidades mais vasto e diversificado, que melhor lhe permitem tomar e executar decisões em circunstâncias nem sempre previsíveis, tendo também uma visão mais

abrangente das situações e uma melhor adequação às necessidades dos outros (Combs, 1965*; Zimpher e Howey, 1987*). Para a maioria dos actores do estudo, a formação inova e melhora a prática, estando subjacente à aprendizagem o desenvolvimento de novas práticas, a aquisição de conhecimentos e competências, a mudança positiva da forma de cuidar e de estar.

> "*A formação penso que intervém [no desenvolvimento de novas práticas no sentido de instruir as pessoas para os novos conceitos, as novas teorias, as novas concepções, digamos de prática profissional e teórica*." (**E1**: 69)

> "*[Formação é para] tu desenvolveres as práticas, a tua maneira de estar, (...) novas competências, novas maneiras... Eu acho que tem tudo a ver.*" (**E2**: 232)

> "*Se eu aprender consigo modificar, consigo adquirir novas formas de melhorar a minha forma de cuidar, a minha prestação de cuidados*." (**E7**: 74, 75, 76)

> "*Através das competências [a formação intervém no desenvolvimento de novas práticas]*." (**E8**: 55)

> "*Nós trabalhamos completamente diferente e eu acho que para muito melhor*." (**E11**: 187)

O desenvolvimento organizacional é definido por Bennis (1969, cit. por Rocha, 1999: 162) como "*uma estratégia educacional complexa destinada a mudar as crenças, atitudes, valores e estruturas da organização de forma a adaptar-se melhor a novas tecnologias, mercados e mudanças*".

Apesar de haver referência à mudança, não nos parece que haja inerente ao discurso dos enfermeiros marcas do pensamento racionalizador sobre a formação marcado pela previsibilidade e linearidade causal (Canário, 1999), pois o envolvimento do sujeito, nomeadamente através da reflexão sobre a acção, decorrente de um processo formativo está também subjacente.

> "*[A formação não gera novas práticas] se fores preconceituosa, se não conseguires ultrapassar certas barreiras, se não pensares, se não reflectires sobre certas coisas*." (**E2**: 234, 235, 236, 237)

> "*Portanto a formação é fundamental, porque tu se vês que uma coisa em que acreditaste imenso ao longo dos anos e (...) quando te dizem não espera lá, vamos pensar, e se pensarmos de um outro modo. Olha esta experiência assim, assim... Vou cá experimentar e dizer bolas, aquilo em que eu acreditei, pensando bem, vendo (...) de outros prismas, se calhar não é tão correcto assim. Então se calhar não é tão correcto assim. Então se calhar há que reformular a minha prática. E acabas por reformular*." (**E12**: 66)

* Cit. por Marques Simões e Ralha Simões, 1997

"*O reconhecimento da importância da experiência nos processos de aprendizagem supõe que esta é encarada como um processo interno ao sujeito e que corresponde, ao longo da sua vida, ao processo da sua auto-construção como pessoa*" (Canário, 1999: 109). Este processo pode ser associado à noção de maturidade. Trata-se duma propriedade dos seres humanos concebidos como sistemas organizados e abertos, em constante desenvolvimento, dependentes da adaptação aos outros e ao meio exterior (Heath, 1968, 1977, 1980, cit. por Marques Simões e Ralha Simões, 1997).

> "*No fundo essa [formação que intervém no desenvolvimento de novas práticas] é a formação que nos fica, é a formação que eu sinto que me fica*." (**E4**: 138)

> "*(Silêncio) Depende da pessoa [Se a formação contribui para o desenvolvimento de novas práticas]*." (**E10**: 147)

> "*Eu só entendo [a formação] intervir [no desenvolvimento de novas práticas] a partir do momento em que a pessoa queira aceitar. Se não quiser aceitar, pode estar ali a batalhar (Ri-se), a batalhar e aquilo vai tudo dar ao mesmo, continua-se a fazer da mesma maneira*." (**E13**: 86)

A formação contínua pressupõe a mudança voluntária assumida pelos actores com a possibilidade de um maior ou menor apoio do exterior ou mesmo sob a direcção do exterior; as mudanças involuntárias não são objecto de formação. À semelhança do que é verbalizado por alguns dos entrevistados, o factor primeiro na mudança não é o indivíduo, nem a organização, mas os sistemas sociais próximos e afastados que os envolvem e enquadram (Santiago, Alarcão e Oliveira, 1997). A dimensão pessoal é considerada como um aspecto determinante para um adequado desempenho profissional, a qual deve constituir um processo de descoberta e de transformação interna no sentido de tornar possível ao sujeito utilizar-se a si próprio como um instrumento de mediação, que lhe permita agir de maneira específica em função das experiências que extrai das situações vividas (Marques Simões e Ralha Simões, 1997). Uma abordagem reflexiva valoriza a construção pessoal do conhecimento e legitima o valor epistemológico da prática profissional (Vieira, 1995).

A ideia que tende a prevalecer no campo das teorias da formação de adultos e que confere uma importância decisiva aos saberes adquiridos por via experiencial e ao seu papel de "âncora" na produção de novos saberes, procura articular uma lógica de continuidade (sem a alusão à experiência anterior não há aprendizagem), com uma lógica de ruptura (a experiência só é formadora se passar pelo filtro da reflexão crítica) (Canário, 1999). Para tal é necessário que os contextos também favoreçam

essa reflexão, o que nem sempre acontece. No entanto, o que se passa na maioria dos serviços é que não há espaço para se reflectir nos cuidados de enfermagem (Rebelo, 1996). Os actores do estudo fazem referência à desarticulação que por vezes sentem que existe entre teoria e prática.

> "*[A qualidade não melhora] se a pessoa não conseguir aplicar toda a formação que (...) aprendeu e (...) a formação interiorizada em termos de conhecimentos teóricos. Muitas vezes na prática podem não ser aplicáveis [os conhecimentos adquiridos na formação]*." (**E1**: 76, 77)

> "*Dificilmente [a formação] consegue [intervir no desenvolvimento de novas práticas profissionais] porque o contexto de trabalho depois também não promove o desenvolvimento dessas novas técnicas ou competências*." (**E14**: 30)

Os enfermeiros estudados fazem a distinção de dois tipos de formação: a formal e a informal. A formação formal é encarada como importante no percurso formativo do indivíduo em termos de reconhecimento; contudo deve ser complementada com a experiência e com momentos informais. Está associada à forma escolar, que se baseia em princípios de revelação e de cumulatividade, em que o mestre que sabe ensina ao aluno ignorante e a aprendizagem está associada à acumulação de informações (Canário, 2005). Este tipo de formação pode ser realizada em diversos contextos: instituição escolar, congressos, jornadas ou no serviço. Os conhecimentos transmitidos são essencialmente teóricos.

> "*Nós no curso aprendemos o que é a teoria.*" (**E3**: 65)

> "*[A formação que se faz nos cursos] (...) às vezes temos a sorte de nos ser passada (...) bastante bem, com bastante teoria, que alguns de nós vão conseguindo passar muito bem*." (**E4**: 140)

> "*A nossa formação não deve ser unicamente pensada em termos de ocasiões formais de normalmente a formação em serviço, há a ida a um congresso, alguma coisa. (...) [Formação quer dizer] participação em actividades de formação formal.*" (**E6**: 47, 52)

> "*[A formação em serviço é uma maneira das pessoas] aprenderem.*" (**E9**: 189)

> "*Não é só formação ir a cursos, mas também formação a nível do serviço, acho que também faz muita falta*." (**E11**: 180)

Entre as palavras proferidas pelos sujeitos em relação à formação formal está inerente o optimismo, com base na associação entre "*mais escola*" e três promessas: de desenvolvimento, de mobilidade social e de igualdade (Canário, 2005).

> " *[A formação] pode ser formalizada (...) e (...) dá-nos umas certas garantias para termos uma vida diferente*." (**E2**: 226)

Por ser reconhecida, por exemplo, para a candidatura ao curso de complemento de formação em enfermagem, a formação formal tem tido alguma tendência para ser realizada por obrigação curricular e não por interesse na aprendizagem.

> "*Neste momento as pessoas começaram a fazer formação só porque (Fala como se estivesse a imitar alguém) 'Ora isto dá quantos dias é quinta, sexta, sábado, dia 7, 8 e 9, portanto três vezes oito são vinte e quatro, vinte e quatro já dá para concorrer ao complemento, vamos fazer'. Penso que (...) ainda não estamos numa muito de fazer formação por aprender, acho que estamos numa de fazer formação porque é necessário ter formação."* (**E13**: 182, 183, 184)

A formação informal é encarada, pelos sujeitos, como a formação do adulto, ampla, oculta, ao longo da vida, associada à experiência, sendo-lhe atribuída grande importância.

> "*[Formação tem a ver com] toda uma formação enquanto adulto*." (**E1**: 68)

> "*O termo formação é muito... (Suspiro) muito abrangente*." (**E3**: 54)

> "*Para mim a formação é a formação de todos nós, é a diária. (...) Ela [formação] não está, nem sempre aparece de uma forma, digamos que referenciada, nem sempre eu posso referenciá-la. (...) A formação não tem que passar em grandes palestras, aliás as grandes palestras é onde a formação menos passa.*" (**E4**: 128, 131, 196)

> "*Eu acho que (...) o conhecimento faz parte da vida humana. (...) Há o [tipo] informal de aquisição de conhecimentos. Eu acho que todos os dias estamos a aprender. (...) Eu acho que se aprende muito informalmente*." (**E5**: 81, 84, 87)

> "*É uma aprendizagem contínua, permanente.*" (**E9**: 85)

Estas afirmações vão ao encontro da definição de educação informal de Coombs (1985, cit. por Pain, 1990, cit. por Canário, 1999: 82):

> "(...) processo ao longo da vida através do qual cada pessoa adquire e acumula conhecimentos, capacidades, atitudes; a partir das experiências quotidianas e da interacção com o meio ambiente – em casa, no trabalho, no lazer; a partir do exemplo e das atitudes da família e dos amigos; das viagens, lendo jornais e livros, ou escutando rádio, vendo filmes ou televisão. Em geral, a educação informal não é organizada, nem sistematizada, nem sequer, muitas vezes, intencional, mas constitui até ao presente a maior fatia da aprendizagem total durante a vida de uma pessoa – mesmo para aqueles que são altamente escolarizadas."

Entre a acção dos outros (heteroformação) e a do meio ambiente (ecoformação), parece existir, ligada a estas últimas e dependente delas de uma maneira própria, uma terceira força de formação, a do eu (autoformação) (Pineau, 1988). Estas três forças de formação estão inerentes no discurso dos actores. A que é mais expressa é,

precisamente, a autoformação. Num estudo realizado por Riverin-Simard (1984, cit. por Pineau, 1988) uma das principais conclusões foi que o adulto vive estados quase permanentes de interrogação e que, de uma forma geral, os momentos de novas interrogações têm uma preponderância marcada nos adultos de todas as idades; são superiores em intensidade e em duração aos momentos de reorganização. É neste sentido, que a autora afirma que "*o adulto no trabalho vive sempre um pouco mais num estado de desequilíbrio do que de estabilidade. Portanto, os períodos de interrogação não são momentos excepcionais da vida adulta; pelo contrário, situam-se constantemente no próprio coração do quotidiano da vida no trabalho*" (pp. 69-70). A autora propôs um modelo de sequências múltiplas que articula três grandes períodos da vida profissional. O primeiro, que se dá entre os 20 e os 35 anos de idade, caracteriza-se por um período de aterragem e de exploração. Entre os actores do nosso estudo apenas três se encontram nesta primeira fase: E6 (com 27 anos de idade e 5 anos de serviço), E8 (com 28 anos de idade e 7 anos de serviço) e E14 (com 35 anos de idade e 13 de serviço).

> "*Com base na auto-formação [procuro evoluir o meu comportamento na prestação dos cuidados.* (…) *[Formação] quer dizer a pesquisa bibliográfica em casa.*" (**E6**: 9, 51)

Para esta autora é por volta dos trinta anos que se procura um caminho profissional promissor e é quando a competição profissional se aviva que os lugares de formação organizada são considerados como locais privilegiados para descobrirem "*bons treinadores*", o que se denota nas palavras destes enfermeiros em relação aos seus projectos profissionais, no domínio da formação.

> "*Quero continuar a procurar conhecimento. Mais tarde ou daqui a alguns anos quando sentir que tenha já suficiente melhorado o meu grau de formação, nomeadamente o curso de (...) pós-graduação em enfermagem.*" (**E6**: 164, 165)

> "*Acabar o mestrado (...) que estou em vias de o acabar, ingressar na carreira docente.*" (**E8**: 143, 144)

> "*Neste momento era isso que eu queria fazer [a especialização] na área da médico-cirúrgica.*" (**E14**: 108)

O segundo período definido por Riverin-Simard (1984, cit. por Pineau, 1988) inclui pessoas com idades compreendidas entre os 35 e os 50 anos. Trata-se de uma altura da vida em que dominam os períodos reflexivos que levam à aquisição de uma certa distância; são tiradas as lições do primeiro período e tenta encontrar-se uma pista pessoal. Por exemplo, é por volta dos quarenta e cinco anos que há a busca de um fio

condutor da história de cada um. A maioria dos nossos entrevistados encontra-se nesta fase (E1, E3, E4, E5, E7, E9, E10, E11, E12 e E13 com idades que variam entre os 36 e os 46 anos e tempo de serviço compreendido entre 12 e 23 anos), e denotando-se alguma reflexão quando se referem à formação.

> "*Eu penso que a formação em si tem a ver com a aprendizagem que a pessoa quer ou não fazer, depende sempre da pessoa.*" (**E1**: 74)

> "*Há formação profissional,... há formação de postura, de maneira de ser, de maneira de estar, de maneira de comportar, eu acho que é muito abrangente.*" (**E3**: 55)

> "*[Formação] é o que cada um de nós tem capacidade de adquirir para que cada um dos outros tenha capacidade de mostrar, de transmitir.*" (**E4**: 149)

> "*A formação, eu acho que a formação em termos de adultos, é muito aquilo que nós queremos que seja (...). É sem dúvida. (...) É a questão de quereres aprender, porque às vezes a gente tenta ensinar, tenta passar esse conhecimento e as pessoas não o apreendem (Ri-se).*" (**E5**: 80, 94)

> "*Formação é tudo aquilo que nós ao longo da nossa vida encaixamos dentro de nós (...), em que acreditamos, e que vamos aumentando.*" (**E12**: 58)

> "*Para aprender penso que acima de tudo (...) tem que se querer aprender.*" (**E13**: 96)

Verifica-se também que alguns dos elementos deste grupo tem as características dos sujeitos-excepção (que representam cerca de 15% da população), que a autora denomina nesta etapa como os "*exploradores-excepção*", em que há descoberta do meio-chave da auto-formação. O que os caracteriza é o facto de reconhecerem como meio quase único de aprender a perspectiva da educação permanente. Este meio--chave consiste numa auto-formação, acidental ou planificada, cumprida aquando do desempenho das tarefas ocupacionais.

> "*Ainda gostaria de saber muito mais [sobre cuidados intensivos].*" (**E5**: 51)

> " *[No serviço podemos] aprender cada vez mais, poder realizar trabalhos dentro do serviço*". (**E7**: 178, 179)

> "*Estar constantemente sempre ligada a esta formação, a formação em serviço, o que é que eu posso fazer pelo outro, tanto pelos colegas como pela aquela pessoa que eu tenho ali deitada*". (**E11**: 280)

A última etapa definida pela autora inclui pessoas com mais de 50 anos e caracteriza-se pelo início de uma interrogação quanto a uma saída válida, o que

realmente acontece com E2 (com 52 anos de idade e 32 anos de serviço), que está perto de se aposentar.

> "*A formação está um bocadinho dentro de nós. (...) Dizer assim 'Ah agora vou--me embora, vou para a escola, vou dar aulas.' Também não sei bem se… será esse o meu futuro porque não tenho experiência nessa área, também tenho que ser um bocado realista. Uma coisa é tu fazeres um trabalho, quereres desenvolver… sei lá uma área qualquer por uma questão pessoal ou por contributo, outra coisa é ter assim uma perspectiva de [ficar ligada à formação]… pode ser que mais tarde… (...) [Quando me reformar] até posso fazer outras coisas… dedicar-me a outras coisas e… pelo menos travar outros conhecimentos.*" (**E2**: 227, 383, 384, 387)

A ecoformação é mencionada por alguns dos enfermeiros como força da formação abrangente, com origem na envolvente e decorrente de factores externos de diferentes contextos e de um misto de relações: pessoais, profissionais, materiais e sociais.

> "*[Formação tem a ver com] uma aprendizagem em todos os aspectos: a nível interno e profissional, como a nível pessoal, como a nível externo, social*." (**E1**: 66)

> "*Uma pessoa formada para mim é uma pessoa que é sensível ao que a rodeia.*" (**E2**: 229)

> "*[Formação é tudo aquilo] que nós fomos apanhando em vários sítios*." (**E4**: 146)

> "*Tudo pode ser formação.*" (**E6**: 48)

> "*Eu acho que a formação é tudo.*" (**E12**: 62)

A heteroformação é considerada como algo adquirido externamente pelo sujeito com influência de outrem, nomeadamente da família, colegas de trabalho da mesma profissão ou não, doente e família.

> "*Formação tem a ver com (...) aquilo que nós já temos (...) que é a nossa formação básica, familiar*." (**E1**: 67)

> "*[Formação] é quase como aquilo que nos é transmitido*." (**E4**: 148)

> "*[Eu acho que foi com este grupo de pessoas (colegas, outros grupos profissionais, utente e família) que] mais me fizeram mudar.*" (**E12**: 82)

As estratégias de aprendizagem que emergem do discurso dos actores do estudo baseiam-se na aprendizagem pela experiência, na reflexão sobre a acção e interacção com os colegas/estudantes da equipa de enfermagem. A experiência é considerada

como fonte de saber em questão e aprofundamento (Alarcão, 1997). No estudo de Mestrinho (1995), realizado com estudantes finalistas do curso superior de enfermagem, a sua preocupação prioritária face ao ingresso profissional seria a falta de conhecimentos teóricos e, sobretudo, a insuficiente preparação ao nível da prestação de cuidados aos utentes, com a subjacente falta de experiência, referindo que não estavam preparados para lidar com o imprevisto. Apesar de terem catorze (E3), dezoito (E5) e vinte (E7) anos de serviço estes enfermeiros ainda se reportam à época, que para si foi tão marcante, a do fim do curso e ingresso no mercado de trabalho, como o início de uma nova fase de aprendizagem.

> "*(...) ali [no serviço]... depois [da escola] vamos para a escola da vida*." (**E3**: 66)

> "*(...) quando saímos da escola, o fundo não sabemos nada, e é realmente com o dia-a-dia, vendo os outros fazer, perguntando aos outros como é que se fez, aprendi muito naquele serviço [3.1.]*." (**E5**: 17)

> "*Nos cuidados directos eu estou sempre a aprender, há sempre coisas novas que eu não aprendi no curso*." (**E7**: 85, 86)

A enfermagem é dotada de saberes teóricos que podem englobar os modelos, o processo (metodologia científica) e o diagnóstico de intervenção de enfermagem, produzidos na e pela profissão e de saberes engendrados pela experiência reflectida. Tratam-se de saberes práticos que nenhuma teoria produz directamente nem nenhuma escola ensina, apenas os contextos de trabalho em que o próprio fazer, estar e pensar os vai criar (Rebelo, 1996). A experiência nos diversos contextos de trabalho por que os intervenientes no estudo passaram ao longo do percurso profissional tem sido a base das suas aprendizagens.

> "*Depois na prática também se fazem uma série de aprendizagens*." (**E1**: 86)

> "*Não vamos esquecer que isto tudo [as várias experiências] é (...) um todo. Embora a gente vá explorando outros campos, mas depois tudo se junta no mesmo bolo. (...) A formação é tudo aquilo que... eu tenho feito no meu percurso*." (**E4**: 42, 132)

> "*Tudo pode ser formação desde a nossa experiência profissional. (...) Se tenho (...) aprendizagens mais importantes, em termos de prestação de cuidados directos ao doente, ao utente, as aprendizagens aqui no serviço*." (**E6**: 49, 73)

> "*Claro que (...) tudo o que nós passamos aqui [Hospital] (...) acaba por ser relevante*." (**E8**: 67)

> " *(Silêncio) É assim: eu aprendizagens tive muitas... já passei uns quantos anos aqui... (Silêncio).*" (**E13**: 95)

Tal como Rebelo (1996) afirma estes saberes práticos são fundamentais à teoria, pois esta sem a perspectiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega. É neste sentido que os entrevistados referem que os conhecimentos teóricos devem ser aplicados na prática.

> "*Nós podemos andar a aprender alguns conceitos mas se não os aplicarmos no dia-a-dia não nos enriquecemos*." (**E10**: 131)

> "*Não basta só (...) adquirirmos os conhecimentos, depois temos que os pôr em prática*." (**E11**: 181)

O contacto com o mundo do trabalho e seus problemas, bem como o recurso à reflexão dialogante sobre o que se observa e se vive conduz à construção activa do conhecimento (Costa, 2002). A reflexão sobre a acção é também considerada como estratégia de aprendizagem por este grupo de enfermeiros.

> "*[Tudo pode ser formação desde] o nosso pensar sobre a nossa experiência profissional e melhoria*." (**E6**: 50)

> "*[Eu acho que aqui na cirurgia estou a fazer aquilo que eu gosto] de uma forma reflectida, de uma forma muito mais consciente*." (**E7**: 27, 28)

> "*Se nós não reflectirmos (...) sobre aquilo que nós fazemos nas práticas diárias de todos os dias não há formação absolutamente nenhuma*." (**E10**: 130)

> "*(...) porque eu acho que todos nós questionamos o que é que a gente anda aqui a fazer*." (**E5**: 105)

Canário (1997) destaca a dimensão formativa dos contextos de acção em saúde, enquanto contextos de estruturação de competências. Esta reflexão sobre a prática passa por ser individual ou em grupo (profissional, multidisciplinar ou mesmo com o doente e família).

> "*Foi a partir daí, foi mesmo nessa altura que eu vim para aqui para o serviço que eu comecei a pensar nisso [na comunicação com o doente em coma], (...) foi uma coisa que sempre me estimulou muito... tentar perceber como é que era, e pronto enfim falar sobre isso com os colegas e... o que é que se podia fazer, como é que se devia fazer, quais as necessidades do doente neurocirúrgico...*" (**E5**: 36, 38)

> "*[Eu acho que foi com este grupo de pessoas (colegas, outros profissionais, utente e família)] que mais me fizeram reflectir*." (**E12**: 81)

A interacção e partilha com colegas, recém-formados ou não, ou mesmo estudantes de enfermagem, são também mencionadas como estratégia de aprendizagem. É nesta

perspectiva que Canário (1997) defende que "*as situações vividas pelos profissionais de saúde ocorrem no quadro de organizações sociais, pelo que a dimensão organizacional atravessa, necessariamente, as práticas profissionais bem como o processo (formativo) de produção em contexto, através da interacção entre os diversos actores presentes*."

> "*Na troca de experiências com outros colegas estou sempre a aprender.*" (**E7**: 88)

> "*O facto de estar a trabalhar com alunas, acho que nós aprendemos muito também com elas. (...) Tentava como eles eram recém-formados, traziam muita coisa, então a tal partilha de experiências era muito bom.*" (**E11**: 128, 139)

Verifica-se pois que estes enfermeiros enquanto formandos tendem a assumir-se cada vez mais como sujeitos e simultaneamente agentes de formação, co--responsabilizando-se igualmente pela formação dos seus pares (Alarcão, 1997).

Para os actores do estudo a formação é aprendizagem e aprendizagem social, é relação interpessoal e grupal e, simultaneamente, é prática social (Cortesão, 1991). Ou seja, a formação é encarada como um sistema que admite a interacção entre a acção, o conhecimento, a experiência e a inserção social dos adultos na formação (Santiago, Alarcão e Oliveira, 1997).

No ponto 4.3., sobre as representações relativas às práticas, vimos que a maior parte dos actores do estudo se tinham centrado na prática de enfermagem e que apenas um (E8) tinha feito referência à relação. Contudo em relação às aprendizagens relevantes no percurso profissional a grande atenção foi, precisamente, para a componente relacional com o doente e família. A empatia emerge do discurso dos sujeitos, quando a ênfase é colocada na compreensão o do sofrimento do outro no processo de cuidar.

> "*Aprendizagens... ora por exemplo... o sofrimento... das pessoas, saber dar valor ao sofrimento das pessoas. (...) [Acompanhar o percurso do doente oncológico] é uma pressão, muitos sentimentos e vais acompanhando a evolução. Isto acho que é... que é importante, saberes tirar daqui conhecimento... (Ri-se).*" (**E5**: 96, 100)

Um dos entrevistados destaca como formador no seu percurso profissional o contacto com as visitas dos utentes de quem cuida.

> "*(...) é exactamente essas experiências de contacto com visitas que têm sido importantes (...) na minha formação.*" (**E6**: 77)

A transmissão de uma má notícia é encarada com alguma dificuldade pela maioria dos profissionais de saúde dada a complexidade dos aspectos emotivos que lhe estão

associados. Refira-se que a má notícia provoca, habitualmente, perturbações a quem a recebe e a quem a dá. Uma notícia pode também ser geradora de crescimento pessoal, por vezes, associado a muito sofrimento mas que pode ser suportado desde que entendido e elaborado da forma mais adequada para aquela pessoa. No entanto, dar uma má notícia requer perícia (conhecimento e aptidões específicas) e algum tacto que, na maioria das vezes, são aprendidos e praticados ao longo da vida (Twicross, 2003). Esta aprendizagem no decurso da vida profissional é clara no discurso dos enfermeiros.

> "*Acho que a minha forma de lidar com as pessoas tem modificado bastante. (...) Já tenho mais qualquer informação que me ajuda quando eu estou perante uma situação difícil em termos emocionais*." (**E7**: 89, 95)

> "*Penso que ao longo do tempo consegui ir arranjando mecanismos de dar a notícia, mas tentando ao mesmo tempo apoiar as famílias da melhor forma possível, informando-os de todos os procedimentos seguintes, se haverá ou não autópsia e respondendo às questões colocadas pelos familiares, mesmo relativamente à hora da morte do seu familiar, como ocorreu, contrabalançando um pouco*." (**E10**: 82)

À semelhança do mencionado no ponto 4.1. em que a diversidade das experiências profissionais foi associada a diversidade em termos de aprendizagem, os nossos sujeitos, quando questionados sobre as aprendizagens relevantes ao longo da vida profissional, associam-nas naturalmente ao seu contexto profissional, evidenciando mais uma vez a relação.

> "*(...) quem quer aprofundar muitas coisas [no serviço de urgência é] aperceber-me de como vive a nossa sociedade e como está a nossa sociedade. (...) como é que as pessoas reagem perante determinadas situações (...) a nível do comportamento...*" (**E3**: 68, 72)

> "*[Nos três anos que estive no Hospital de Santa Cruz foi] onde realmente eu explorei bastante a minha relação com o utente, fantástica*." (**E4**: 26)

> "*(Silêncio) Aqui em SO, em termos de aprendizagem foi mais o relacionar*." (**E13**: 105)

Em conformidade com o mencionado no ponto 4.1. sobre *Os actores e o processo de desenvolvimento de competências,* em que verificamos que a competência "**U.** *Relacionar-se com os* colegas" estava cotada em segundo lugar no grupo de competências de acção, agora constatamos que a relação no seio da equipa profissional é também destacada em termos de aprendizagem por alguns dos enfermeiros.

"*[Na estomatologia] aprendi a estar com aquele grupo.*" (**E4**: 79)

"*[O Serviço de Urgência é um local onde percebemos a ansiedade] dos próprios profissionais que lá estão... todos eles (...) quer sejam enfermeiros, auxiliares, técnicos... todos*." (**E10**: 184)

"*(...) a relação com o meu grupo profissional, (...) a relação com outros grupos profissionais que me ensinaram imenso.*" (**E12**: 76, 78)

Uma determinada identidade que se constrói, nomeadamente a profissional, condicionará as vivências e as reacções do sujeito face a dados da experiência que, em função de outras estruturas, dariam origem a certas informações e, consequentemente, a determinadas reacções. Esta situação ocorre dada a interdependência de aspectos como a cognição, a motivação, as representações, que influenciam todas elas numa construção de realidade específica, situando o sujeito aos vários níveis em que se inscreve a sua acção em geral (Marques Simões e Ralha Simões, 1997).

A componente técnica é também emergente do discurso dos actores, havendo incidência na técnica, na destreza manual, na especialidade médica (por exemplo cirurgia geral), associados ao próprio contexto de trabalho. A formação específica da dinâmica de funcionamento dos blocos operatórios, os próprios materiais utilizados em ortopedia ou em maxilofacial marcam as palavras dos enfermeiros em relação a esta temática. Além disso, é também evidente a ansiedade gerada num profissional quando chega de novo a um serviço e que se depara com uma multiplicidade de tecnologia e material. O controlo da mesma passa pelo domínio do conhecimento, essencialmente, no fazer.

"*[Quando fui para o bloco] tinha passado um ano pela enfermaria em que assim a droga mais pesada que eu conhecia era o dormicum, não conhecia mais nada, não havia lá assim mais nada de especial. Quando fui para o bloco tinha todas as drogas anestésicas, desde relaxantes musculares, tudo. E aquilo fazia--me uma confusão diabólica, desde saber onde é que estavam, onde é que não estavam, e eu a ver os outros a abrir a gaveta sem olhar para lá e tiravam e partiam e tal, o barulho dos monitores, o barulho do ventilador, o barulho do ar condicionado, a máscara e o barrete, eu não conseguia ouvir nem perceber aquilo que me diziam, 50 mil linhas diferentes e mais próteses e tal.*" (**E13**: 101, 102)

Apesar da técnica ser importante para a prática de enfermagem, alguns dos enfermeiros desvalorizam-na em termos de aprendizagem, pois consideram a relação mais necessária no seu dia-a-dia. Fica ainda a ideia de que a técnica pode ser

dominada por qualquer um ao longo do seu percurso, enquanto que o estar na prestação de cuidados de enfermagem marca a diferença dos profissionais.

> "*A nível técnico eu fui sempre aprendendo e é assim se calhar desaprendendo outras que aprendi porque se me pusessem outra vez ali no 10, numa unidade de cuidados intensivos, chegava lá e... (Ri-se) (...) Mais técnica menos técnica vai lá tudo*." (**E9**: 93, 99)

> "*Na vivência profissional (...) mesmo na fase em que eu estou porque já tenho alguns anos disto, a vivência da relação (...) acho que precisa de ser muito, muito, muito mais trabalhada [que a técnica]*." (**E14**: 49)

A informática é outra área aprendida, mencionada por alguns dos entrevistados, que se revestiu de alguma importância no seu percurso profissional.

> "*(...) depois fiz uma aprendizagem que me ajudou bastante, foi em termos de conhecimentos informáticos... que não tinha e que foi enquanto... enfermeiro que fiz essa aprendizagem*." (**E1**: 90)

> "*Eu não percebia nada, por exemplo, de computadores, aprendi a mexer num computador em três dias porque tinha mesmo de mexer, tinha mesmo que fazer o trabalho, não podia estar dependente de terceiros para fazer os trabalhos*." (**E13**: 247)

Quando abordamos a questão da autoformação fizemos referência aos projectos profissionais para o futuro no domínio formação. Contudo, refira-se que estes enfermeiros planeiam a progressão de estudos: através de cursos de pós-licenciatura em enfermagem ou mestrados. A grande maioria pretende realizar cursos de pós--licenciatura/pós-graduação (E1, E3, E4, E5, E6, E7, E9, E13 e E14). Parece-nos que quando mencionam "*pós-graduação*", os actores do estudo se referem a cursos de pós-licenciatura em enfermagem que lhes daria a possibilidade de obterem o título profissional de especialistas numa determinada área de enfermagem.

> "*Gostava de fazer uma pós-graduação, (...) para a progressão na carreira*". (**E1**: 149, 153)

> "*A nível de projectos gostava de fazer uma pós-graduação. (...) O que eu gostava de fazer era algo de enfermagem (...) mas relacionado com sociologia*." (**E3**: 159, 170)

> "*Gostaria na altura [em que terminei o CCFE] e talvez ainda espero ainda conseguir fazer, continuar a desenvolver na área de enfermagem (...) se tiver oportunidade aprofundar a enfermagem, fazer uma especialidade ou (...) uma pós-graduação na enfermagem.*" (**E4**: 222)

> "*Aliás, uma das especialidades que eu gostava de fazer era mesmo intensivismo.*" (**E5**: 52)

> "*Eu penso que a curto ou a longo prazo a especialidade será um [objectivo]*." (**E7**: 181)

Um dos enfermeiros entrevistados tem dúvidas em relação ao que pretende fazer em relação à progressão de estudos. E12 tem noção de que pretende estudar, mas a sua opção recai entre várias possibilidades: mestrado, pós-graduação ou especialidade; não se tendo ainda definido por nenhuma delas.

> "*Sei que quero continuar a estudar, quero fazer qualquer outra coisa (…) mestrado (…), tudo vai depender do que sair, uma pós-graduação, uma especialidade…*" (**E12**: 184, 185)

Como vimos anteriormente, a frequência do CCFE obriga a que os enfermeiros e as suas famílias se vejam obrigadas a um ano de "*sacrifício*", de quase ausência dessa pessoa no seio familiar, o que levou a que E11 referisse que no momento não aspirava a progressão em termos académicos.

> "*Para já neste momento não sinto [necessidade de fazer uma pós-graduação] (…) porque (…) [o complemento] foi um sacrifício muito grande, coisas que eu não consegui, deixei de fazer porque eu (…) dou importância à família (…) e então eu acho que foi um bocadinho que eu deixei…*" (**E11**: 282)

A conclusão do mestrado que E2 e E8 estavam a frequentar é o seu objectivo próximo quando se referem à progressão de estudos.

> "*Eu gostava de terminar o mestrado (…) em estudos sobre as mulheres.*" (**E2**: 356)

> "*Acabar o mestrado (…) que estou em vias de acabar.*" (**E8**: 143)

Entre todos os sujeitos da investigação e que não estava a realizar mestrado, apenas E10 tem como objectivo definido o seu ingresso a curto prazo.

> "*Penso fazer [mestrado] ainda este ano, vamos ver se consigo… em Saúde Pública… não há em Saúde Ocupacional.*" (**E10**: 275, 276, 277)

E1 e E5 têm muito bem definido que pretendem realizar curso de pós-licenciatura/pós-graduação e que não pretendem ingressar em mestrado.

> "*A nível académico não, fazer mestrados penso que não. O mestrado é preciso (…) a pessoa ter muito espírito de sacrifício, uma vida familiar estável que lhe permita levar tudo até ao fim.*" (**E1**: 156, 157)

> "*Neste momento [mestrado] não… não…*" (**E5**: 191)

Resumidamente as representações sobre a formação dos enfermeiros que frequentaram o primeiro Curso de Complemento de Formação em Enfermagem e que exerciam funções no Hospital de São José são positivas. A formação é considerada como um processo construtivo que valoriza a pessoa de forma individual, estando

também associado o desenvolvimento de conhecimentos ou de competências numa perspectiva cumulativa. A consciência de que não se detém a plenitude do conhecimento, bem como a reflexividade crítica tornam-se essenciais no domínio da formação de adultos, que conduzem à compreensão do outro e ao processo de transformação do formando nas dimensões do saber, saber-fazer e do saber-ser. No entanto, para que a aprendizagem seja efectiva é necessária motivação e interesse, o que se relaciona com a sua adequação às necessidades formativas sentidas por si.

A formação ocorre ao longo da vida dos sujeitos, inserindo-se na vida da pessoa e desenvolvendo-se com ela. A reconversão profissional é associada ao processo formativo por um dos intervenientes no estudo.

A valorização social da profissão, que passa pela procura de a relacionar cada vez mais ao saber indeterminado e não apenas ao saber-fazer passa, para a maioria destes enfermeiros, pela formação dos enfermeiros. A formação é também considerada como um meio para alcançar a autonomia do grupo profissional sendo prestigiante frequentá-la.

Grande parte dos entrevistados considera que a formação inova e melhora a prática, estando subjacente ao discurso o seu envolvimento através da reflexão sobre a acção, decorrente de um processo formativo. A mudança, decorrente deste processo reflexivo nem sempre é possível nos contextos de acção, o que conduz a uma certa desarticulação entre a teoria e a prática.

Os actores do estudo fazem a distinção entre formação formal e informal. A primeira é considerada como relevante no percurso formativo do indivíduo em relação ao seu reconhecimento. No entanto, deve ser complementada com a experiência e momentos informais. Este tipo de formação pode ter lugar em diversos contextos (instituição escolar, congressos, jornadas e serviço). Dado o seu reconhecimento, a formal tem tido alguma tendência para ser realizada por obrigação curricular e não por interesse na aprendizagem. À informal é também atribuída grande importância, sendo encarada como ampla, oculta, ao longo da vida e associada à experiência.

De entre as três forças de formação: autoformação, heteroformação e ecoformação, a primeira é a mais mencionada pelos enfermeiros. Na autoformação a acção do processo formativo é centrada no sujeito. De acordo com o modelo de Riverin-Simard (1984, cit. por Pineau, 1988) três dos actores do estudo encontram-se num

período de aterragem e de exploração, em que se procura um percurso profissional auspicioso, o que se denota através dos seus projectos profissionais que giram em torno da continuação das actividade académicas e da consequente conquista de graus académicos mais elevados, como é o caso do mestrado. O facto da maior parte dos nossos sujeitos terem idades compreendidas entre os 35 e os 50 anos, conduz a que a seja comum entre os seus discursos a reflexão quando se referem à formação. No entanto, centram também as suas palavras na autoformação, ocasional ou programada, realizada aquando do seu exercício profissional. Na última fase definida pela autora apenas E2 (com 52 anos de idade) se questiona em relação a uma saída válida, traçando alguns objectivos para a sua aposentação.

A aprendizagem pela experiência, a reflexão sobre a acção e a interacção com os colegas ou estudantes da equipa de enfermagem são as estratégias de aprendizagem que emergem do discurso dos actores. Apesar de terem mais de catorze anos de serviço, três dos enfermeiros reportam-se ao ingresso no mercado de trabalho após o término do curso de enfermagem, considerando-o como uma nova etapa de aprendizagem. Os diferentes contextos de trabalho foram enriquecedores em termos de novas aquisições ao longo do trajecto profissional. Estes saberes são o âmago da articulação entre teoria e prática, pois uma não existe sem a outra. A reflexão sobre a acção realizada individualmente ou em grupo é também revestida de formatividade.

As aprendizagens consideradas pelos sujeitos como relevantes centram-se na relação com o outro, utente ou colega da equipa multidisciplinar, sendo que o contacto com as visitas e os familiares foi um dos momentos considerados como privilegiantes para tal.

A dificuldade inerente à transmissão de uma má notícia é também mencionada como uma aquisição marcante. A diversidade de aprendizagens é associada à multiplicidade de contextos de trabalho por onde estes enfermeiros já exerceram funções, em que é realçado um domínio da técnica; e desvalorizada por outros que a consideram atingível por qualquer um ao contrário da componente relacional que distingue os profissionais. Além destas, a informática é também considerada como valorizada no seio das suas principais obtenções.

Os projectos profissionais da maioria dos actores do estudo no domínio da progressão de estudos centram-se em cursos de pós-graduação/licenciatura ou

mestrados. Realçamos a posição assumida por um enfermeiro que não pretende continuar a estudar por ter abdicado e feito abdicar a sua família de momentos de união e de lazer aquando da frequência do CCFE.

5.2. REGRESSO À ESCOLA: UMA NOVA FASE DO PERCURSO... ...FORMATIVO?... PROFISSIONAL?… PESSOAL?...

Qualquer percurso de formação é inseparável, por um lado, de determinadas concepções, por outro, das competências que se pretendem atingir para vir a exercer uma profissão. É dentro destas concepções de formação e das competências que se deseja adquirir para poder vir a ser um bom profissional, que as pessoas constroem e produzem conhecimento científico e pedagógico. A formação passa por esta construção, em que estão envolvidas actividades de investigação, de docência e do próprio desenvolvimento pessoal e social dos respectivos actores ou autores do processo (Tavares, 1997). "*Cada ser humano trilha o seu próprio percurso de formação, fruto do que é e do que o contexto vivencial lhe permite que seja, fruto do que quer e do que pode ser. (...) No seu percurso de formação encontra outros sujeitos que, de um modo ou de outro, desempenham também funções de formadores* (Alarcão, 1997: 7).

A evolução profissional no decurso do ciclo de vida depende de aspectos contextuais de natureza social e institucional, sendo, todavia, indissociável da estrutura pessoal e dos factores que, directa ou indirectamente, interpenetram a rede de relações interpessoais e as transições ecológicas que pontuam esse desenvolvimento. Este enquadramento permite construir as perspectivas sobre a profissão e edificar a própria identidade profissional, sem esquecer que as carreiras, apesar de socialmente construídas, são individualmente vivenciadas sendo necessário não só acumular experiências adequadas, mas sobretudo, reinterpretar a experiência acumulada (Marques Simões e Ralha Simões, 1997).

O Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (CCFE)[10] foi criado em 1999, com a finalidade de atribuir o grau de licenciado em Enfermagem aos

[10] Sobre este assunto, ver também o ponto 3.3. sobre o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem do Capítulo I referente à Enfermagem: Formação e Percursos Profissionais.

enfermeiros titulares do grau de bacharel ou de equivalente legal, tendo o primeiro curso iniciado em 2000.

O objectivo do CCFE é assegurar o reforço, a extensão ou o aprofundamento da formação em Enfermagem, de forma a garantir a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção. O curso visa ainda assegurar a formação necessária: à participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde; à participação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde; ao desenvolvimento da prática da investigação no seu âmbito (Decreto – Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro).

A Ordem dos Enfermeiros recomendou que o CCFE fosse entendido como uma questão estratégica para o desenvolvimento de uma política de saúde virada para a qualidade dos cuidados aos cidadãos onde os cuidados de enfermagem são uma das parcelas mais determinantes.

Os enfermeiros, então bacharéis, viram-se assim confrontados com uma oportunidade de alcançarem o grau de licenciado, mas que não lhes traria qualquer alteração em termos de carreira ou de título profissional, o que gerou em cada um algumas representações sobre o mesmo, a maioria das quais com uma conotação negativa.

O desconhecimento e a ausência de expectativas em relação ao curso foram bastante evidentes no discurso de alguns dos enfermeiros. O facto de não ter havido anteriormente ninguém a frequentar o curso conduziu a que a opinião sobre o mesmo fosse muito pouca.

> "*Eu não tive grande oportunidade de fazer grandes ideias acerca do curso [CCFE] porque sou realmente das primeiras*." (**E4**: 150)

> "*Não via de maneira nenhuma porque eu fui logo. (Ri-se) É assim muito sinceramente, se queres que te diga, não (...) fazia ideia como é que ia ser*." (**E9**: 100, 101)

> "*Antes de eu frequentar o curso aquilo que eu achava, que eu achava não, eu não achava nem deixava de achar*" (**E13**: 108)

Outros já criaram algumas expectativas positivas em relação ao curso, pela novidade, pelo facto de serem os primeiros a frequentar algo que se anunciava, para si, tão prometedor e inovador.

> "*As expectativas eram muitas [em relação ao CCFE]. (...) Mas as expectativas eram muitas (...) pela novidade do complemento em si, pela novidade gerada acerca do complemento*." (**E1**: 96, 100, 101)

> "*Sente-se uma grande expectativa [antes de frequentar o CCFE]*." (**E10**: 196)

> "*Antes de o frequentar [CCFE] pensei que ia ser uma inovação para mim*." (**E14**: 50)

Antes da sua frequência, o CCFE não foi considerado por alguns como enriquecedor em termos de aprendizagem. O facto de se tratarem de adultos, alguns com larga experiência profissional[11], levou a que se questionassem sobre o que é que iriam aprender de novo e que tivesse impacto no seu desempenho, ignorando a aprendizagem como um processo permanente que se confunde com o ciclo vital e que remete para uma concepção inacabada do ser humano (Canário, 2005).

> "*Não via propriamente [o Complemento] como uma questão de ir aprender muito em termos profissionais*." (**E2**: 258)

> "*Pensava também que não ia aprender muito mais [no CCFE]*." (**E7**: 98)

> "*Eu tinha um grande ponto de interrogação, era o que é que eu vou lá fazer, o que é que me vão ensinar? Já saí do curso há uma série de anos, vão-me ensinar o quê?*" (**E13**: 109, 110)

Num estudo realizado com enfermeiros que exerciam funções em contexto hospitalar público e em contexto comunitário sobre a sua percepção em relação ao desenvolvimento pessoal contínuo, Hughes (2005) verificou que a quarta razão negativa em relação ao mesmo era o facto de não aprenderem nada de novo. A autora não consegue explicar esta justificação, pois razões como esta revelam que os enfermeiros têm dificuldade em reflectir criticamente sobre a sua prática e aplicar nova aprendizagem nas experiências do dia-a-dia.

Pelo contrário, alguns actores do estudo tinham o CCFE como forma de extensão da aprendizagem, de "reciclagem" ou de aprofundamento de conhecimentos já adquiridos anteriormente, pois parece-nos que consideram que aprender significa "*acumular experiências*" (Canário, 2005), o que também vai de encontro à concepção de educação bancária de Freire (1975, 2003), em que a educação se limita a um acto de depósito de um saber pré-fabricado.

[11] A experiência profissional dos actores do estudo varia entre cinco e trinta e um anos, tem uma média de 16,86 anos de serviço, com desvio-padrão de 6.65.

> "*[O Complemento] era uma hipótese que eu tinha de fazer outras coisas, (...) de estudar, de fazer mais tarde um trabalho de investigação*." (**E2**: 260, 262, 263)

> "*Sabia que realmente até tinha noções que eu não tinha dado no meu curso, que era um curso com dezoito anos*." (**E5**: 105)

> "*Pensei que fosse adquirir mais conhecimentos [no CCFE], que fosse do género de uma reciclagem mas (...) com aquisição de novos conhecimentos*." (**E8**: 69, 70)

A motivação para a aprendizagem no âmbito do CCFE emerge também entre as palavras proferidas pelos sujeitos de investigação.

> "*No meu caso eu fui fazer o complemento com vontade de aprender*." (**E1**: 105)

No estudo de Hughes (2005), já mencionado, o gosto pela formação surge em quarto lugar nas razões apontadas pelos enfermeiros para realizarem formação contínua, depois da melhoria dos cuidados, da aquisição de competências práticas e das perspectivas de carreira.

Dois dos enfermeiros atribuem ao CCFE uma forma de ficar em igualdade de circunstâncias com os novos profissionais, o que nos permite confirmar a instabilidade reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros (2000: 1) no seio dos enfermeiros "*agravada pelo facto dos alunos que terminaram no ano lectivo 2000/2001, já possuírem o grau de licenciado e existirem nos serviços simultaneamente, enfermeiros com o grau de bacharel e habilitados com uma especialização, ou seja, uma formação de tipo de licenciatura a quem não é reconhecida a equivalência*". Há a preocupação de ficarem em igualdade, em termos de habilitações académicas, com os profissionais recém-formados licenciados. Vigora a ideia de quanto mais educação consumir mais a pessoa se eleva na "*hierarquia dos capitalistas do conhecimento*" (Illich, 1971, cit. por Oliveira e Dominicé, 1977: 15).

> "*[O CCFE era] o que eu tinha que fazer para ficar ao nível dos outros.*" (**E7**: 97)

> "*Eu acho que as pessoas depois que se formarem [como licenciadas], não me sinto também bem, porque eu não consigo acompanhar. Portanto a experiência que eu já tenho, eu vou de certeza absoluta (...) adquirir conhecimentos que eu um dia, que eu posso estar a trabalhar lado a lado [com os licenciados] sem ter problemas nenhuns*." (**E11**: 200, 201)

À semelhança do que acontece com a formação dos professores e mencionado por Canário (2005) em relação aos mesmos, o Curso de Complemento de Formação pode ser encarado, de forma optimista, como uma valorização da profissão, mas também

pode ser visto como um processo de instalar a generalidade dos profissionais numa situação de défice, apenas superável com o recurso a mais formação.

Num estudo realizado por David (1972, cit. por Malglaive, 1995: 251) sobre o individual e o colectivo na formação de trabalhadores,

> "todos ou quase todos, através da actividade educativa a que se entregam, só admitem 'voltar à escola' se esta for de tipo completamente novo e se as matérias gerais ensinadas forem diferentes daquelas com que lhes encheram os ouvidos durante a sua formação inicial e em relação às quais se dão conta mais ou menos claramente, de que elas os marcaram profundamente com o seu cunho ideológico".

O seu é o mundo do fazer, o mundo da prática onde se pode muito bem passar sem o saber dos teóricos. O que querem aprender é como é preciso fazer, e para isso não são precisos discursos: façamos (Malglaive, 1995).

O regresso à escola para a realização do CCFE, e antes do mesmo, não foi muito bem encarado por alguns destes enfermeiros. O regresso à escola foi apelidado de "*chatice*", de "*mais um ano*" e olhado com desconfiança por estes enfermeiros.

> "*Pensava isso [CCFE] como se calhar fosse mais um ano*." (**E3**: 77)

> "*Eu no início disse: mas que grande chatice, agora vou ter que ir para a escola outra vez*." (**E5**: 101)

> "*No início a ideia que me ficou quando surgiram o complemento de formação, houve muito cepticismo, muitas reticências, o desconfiar...*" (**E6**: 170)

O curso em si foi também criticado e adjectivado de "*coisa horrível*". O Homem, quando está de alguma forma contrariado e "obrigado" a fazer algo que desconhece tem tendência a criticar negativamente, mesmo desconhecendo a realidade em si.

> "*Obviamente que critiquei imenso o curso.*" (**E4**: 151)

> "*Eu achava que [o CCFE] era uma coisa horrível*." (**E7**: 96)

Acrescente-se ainda que, esta nova situação social que é o CCFE tende a transformar os enfermeiros em estudantes trabalhadores para quem a formação é vivida como algo conflitual com o desempenho profissional (Canário, 2005).

A conotação de obrigação associado a alguma urgência na realização do CCFE também paira entre as palavras proferidas por alguns dos enfermeiros no decurso das entrevistas, que se pode relacionar com o desencanto com a escola amplificado durante o último quartel do século XX, fruto das mudanças que afectaram os sectores económico, político e social (Canário, 2005). Acrescente-se ainda a conexão dos

discursos dos enfermeiros com uma das definições históricas de escola, apresentadas pelo mesmo autor, de que a mesma se trata de "*um lugar destinado a receber instrução, em que a acção exercida sobre os alunos é realizada à força e não por livre consentimento"* (p. 72).

> "*[O CCFE] tinha que ser feito, quanto antes melhor*." (**E7**: 113)

> "*Eu achei que tinha que fazer, pronto. (...) Eu achei que se era para fazer... então bora lá fazer (Ri-se)... e faz-se logo. (...) Fiz para ficar despachada, pronto.*" (**E9**: 128, 130, 133)

> "*O. K., dizem que a gente tem de fazer isto [complemento], não é? Isto é capaz de ser giro. Pronto vamos fazer. (...) O complemento foi quase como que em termos de habilitações académicas eu teria que fazer. (...) Aquilo [complemento] era quase como que eu tinha que ir.*" (**E12**: 88, 190, 192)

Também no estudo de Hughes (2005) surgiu a "*obrigatoriedade*" como a quinta razão apontada pelos enfermeiros para realizarem formação contínua, logo após a melhoria dos cuidados, da aquisição de competências práticas, das perspectivas de carreira e do gosto por tal.

Com opinião contrária há a manifestação de uma enfermeira estudada, que para si o complemento nunca foi visto como uma obrigação, mas como algo revestido de alguma importância que teria de fazer.

> "*Eu nunca o vi como uma obrigação [complemento]. Como eu sempre gostei de estudar e já estava parada há muito tempo, sempre o vi como algo importante que eu tinha que fazer.*" (**E10**: 193, 194)

A este respeito, Dionísio (1956, cit. por Canário, 2005: 72) diz-nos que o que está em causa na organização do trabalho escolar é "*substituir o critério de obrigação pelo de necessidade, o constrangimento pela espontaneidade, a incompatibilidade pelo entendimento, o enfado pelo prazer*".

O ano de realização do CCFE é também encarado como sendo de sacrifício, pois não podemos ignorar o facto destes profissionais serem de uma profissão que exige muito em termos emocionais, mas também a carência de elementos que conduz a uma grande sobrecarga de trabalho. Estes enfermeiros trabalhavam, na sua maioria, em regime de horário acrescido (quarenta e duas horas semanais) e, alguns, em horário rotativo. A frequência do complemento obrigou a que alguns estivessem meses sem um dia de descanso. As folgas semanais eram durante a semana para que pudessem cumprir as obrigações académicas e ao fim-de-semana trabalhavam para compensar as horas em falta.

"*(...) que seria um ano de sacrifício*." (**E11**: 202)

A questão da vida familiar como barreira ao desenvolvimento pessoal foi também encontrada por Hughes (2005) no seu estudo sobre a percepção dos enfermeiros em relação ao desenvolvimento profissional contínuo. Para estes profissionais os dias de folga e a vida familiar são preciosos, pois o trabalho por turnos causou cansaço e motivação reduzida.

A ideia de que "*quanto mais um ser humano 'consome' educação tanto mais faz frutificar as suas posses*" (Illich, 1971, cit. por Oliveira e Dominicé, 1977: 15) fez com que os actores do nosso estudo associassem o CCFE à progressão na carreira, à mudança de estatuto com a aquisição de um grau académico superior, apesar de não ter havido qualquer alteração na carreira de enfermagem.

> "*Via-o [Complemento] mais como uma questão de um estatuto que eu também queria adquirir*." (**E2**: 259)

> "*Isto [CCFE] há-de trazer alguma coisa de novo, em primeiro lugar, em segundo lugar, muito honestamente, teve a ver (...) com a ascensão na carreira*." (**E12**: 95)

> "*Eu penso que [o CCFE] é importante para a carreira, eu acho que é fundamental, nesta fase que nós vamos atravessar brevemente, é fundamental a licenciatura*." (**E14**: 64, 65, 66)

As perspectivas de carreira são, no trabalho desenvolvido por Hughes (2005), a terceira razão apontada pelos enfermeiros para realizarem formação contínua, logo após da melhoria dos cuidados e da aquisição de competências práticas.

A procura do grau de licenciatura em Enfermagem foi também uma das motivações para o ingresso neste curso. Refira-se que E8 já tinha um Curso de Estudos Superiores Especializados em Saúde Mental e Comunitária que lhe conferiu o grau académico de licenciatura, mas não em Enfermagem. Para esta enfermeira a licenciatura em enfermagem revestia-se de uma importância particular, pois era seu desejo ingressar na carreira docente e a falta deste grau académico seria um entrave à sua concretização.

> "*O que me motivou [concorrer ao CCFE] foi por questões de que tinha que fazer. (...) [O CCFE] foi essencialmente para obter o grau de licenciada em enfermagem. (...) E ainda bem que fiz [o CCFE] porque na altura nem fiz (...) com essa ideia [precisar de ser licenciada para dar aulas]*." (**E8**: 82, 85, 151)

Estas eram as representações que os actores do estudo tinham em relação ao CCFE antes de o frequentarem. Procurámos também saber como o tinham visto: quais as

características do dispositivo de formação em relação à metodologia utilizada, aos conteúdos abordados e quais as aprendizagens relevantes realizadas no decurso do mesmo.

As opiniões em relação à metodologia de formação são distintas entre os vários enfermeiros. Nalguns aspectos, o mesmo sujeito tem opinião contrária, pois especificam-na para determinadas unidades curriculares, não a generalizando para o curso (E2 e E13). Assim, a metodologia de formação utilizada no CCFE é considerada adequada pela maioria dos enfermeiros entrevistados, referindo-se especificamente às metodologias pedagógicas ou avaliativas, consideradas por si inovadoras.

> "*Houve professoras mesmo mais velhas que (...) tinham uma maneira de chegar ao pé de nós (...) muito menos convencional através de filmes que eu por acaso já tinha visto e que nunca tinha visto com aqueles olhos. (...) São novos métodos de ensino. Não é aqueles ensinos nhã, nhã, nhã... nhã, nhã, nhã que as professoras vêm para ali e sabem muito bem e a gente cá está (Muda de tom de voz) 'Olha aquela fala muito e não diz nada' (...) E a gente não aprende nada.*" (**E2**: 273, 276, 277)

> "*Gostei muito das aulas. (...) A forma como o trabalho [do CCFE] foi feito (...) nós cada um fazia o seu trabalho, o trabalho foi individual, tinha uma relação muito próxima com (...) a monitora, com a tutora, o que permitia realmente a discussão muito acesa das coisas (...) era assim mano a mano e também gostei dessa parte*." (**E5**: 106, 165)

> "*[No CCFE] aprendi de um modo que não foi imposto porque nós tínhamos aquele projecto de formação, claro que aprendemos muito mais porque aprendemos também com os outros, cada um tinha o seu projecto*." (**E9**: 117, 118)

A articulação da formação com o contexto de trabalho (mais desenvolvida no ponto 5.3), que permite que os actores do estudo vejam alguma aplicabilidade da formação e valorização da sua experiência faz parte do seu discurso.

> "*Penso que de uma forma geral as escolas todas estão a optar por essa situação, que é interagirem essa formação [do CCFE] dada na escola com o local de trabalho, com o contexto de trabalho*." (**E6**: 89)

Além da articulação com o contexto de trabalho é também mencionada a articulação entre as várias unidades curriculares.

> "*As aulas [do Complemento] foram feitas de uma forma extremamente articulada, as coisas faziam sentido entre as várias disciplinas, Nós sabíamos todos do que é que estávamos a falar.*" (**E12**: 100)

> "*Gostava imenso de fazer trabalhos para ela [professora da formação em contexto de trabalho]. Dava-me um certo gozo porque ela (...) digamos que me dava asas para eu poder voar e eu pronto voava pelo lado que eu entendia, era a responsável depois pelo lado que eu tinha optado. (...) Isto [compreender que as várias unidades curriculares estavam relacionadas] deve-se, penso que, isto é a minha opinião, à bendita enfermeira B. [professora da formação em contexto de trabalho]. Consegui chegar a não pôr as coisas compartimentadas*." (**E13**: 131, 151)

A relação pedagógica deixou de ser caracterizada pela atitude autoritária e hierárquica de um "*mestre todo-poderoso*" que transmite os seus conhecimentos a alunos passivos para dar lugar ao diálogo, que de acordo com as teorias de Freire (cit. por Oliveira e Dominicé, 1977) é a dimensão essencial de um trabalho comum de compreensão da realidade. De forma semelhante, a diferenciação rígida entre professores e alunos tende a desaparecer. A relação mais próxima com alguns docentes revelou-se como sendo facilitadora e motivadora do processo de aprendizagem.

> "*Eles [professores] mesmo diziam não estamos aqui a ensinar em relação às coisas que tu sabes muito mais que nós.*" (**E11**: 217)

As opiniões negativas em relação à metodologia de formação dizem respeito à grande quantidade de assuntos abordados no curso. Para estes enfermeiros os temas trabalhados são em grande quantidade e pouco desenvolvidos, o que leva a que fiquem apenas com uma noção superficial dos mesmos.

> "*Porque a gente ali naquela altura [do Complemento] aquilo é tudo muito condensado e a gente tem de fazer aquilo tudo e depois anda ali. [O Complemento] é uma seca às vezes... Então não é? Eu acho que sim, podia ser feito de outra maneira, pronto mas isso...*" (**E2**: 149, 150)

> "*Aquilo [CCFE] é, como eu costumo dizer, tínhamos muitas horas de tédio, tínhamos muitas horas de pesquisa bibliográfica, muitas horas de pesquisa bibliográfica (Ri-se) e muito poucas horas de formação, digamos assim... Para irem reflectir sobre o curso base ou sobre a prática não vale a pena acho que (...) é um bocadinho um ano inteiro a queimar as pestanas e a perder tempo*." (**E14**: 15, 133)

O recurso à metodologia expositiva por alguns docentes, bem como a falta de reflexão sobre a acção é criticado pelos sujeitos da investigação.

> "*Houve muitas coisas que nós falámos, que eles [professores] não chegaram a falar, fomos nós que fizemos através dos trabalhos. (...) Eu nem sei o que é que ela [professora de antropologia] falava. Ela chegava lá e divagava, divagava...*" (**E3**: 87, 92, 93)

> "*No fundo houve pouca reflexão sobre e é o que devia de haver [no CCFE]. (...) Dizem que é formação de adultos mas depois chegam lá e despejam e os adultos ficam todos contentes porque é mais fácil... Se for formação de adultos, no sentido que éramos tratados como adultos... Agora na maneira como expunham os conteúdos, para mim não foi formação de adultos (...).*" (**E8**: 159, 160, 161, 162)

> "*Não gostei da primeira parte, de enfermagem natureza e tendências, isto depende um bocado das escolas e do modo como fazem. (...) Se calhar, se ela [professora da unidade curricular enfermagem natureza e tendências] fosse um bocadinho mais criativa, se calhar tinha sido mais interessante termos andado ali naqueles meandros das teorias e das concepções da enfermagem.*" (**E13**: 137, 146)

A apreciação da adequação dos conteúdos abordados às necessidades de formação de cada um dos actores do estudo é igualmente muito diversificada. Também aqui há opiniões antagónicas, pelo facto do discurso se centrar nas unidades curriculares. Para estes enfermeiros foi-lhes possível não só adquirir novos conhecimentos em áreas desconhecidas para si, nomeadamente em termos de questões sociais, a relação em enfermagem, ética, investigação, direito, gestão, mas também aprofundar alguns conhecimentos que já detinham anteriormente ao CCFE.

> "*Sim, sim [o CCFE] foi [ao encontro das minhas necessidades de formação], (...) em termos de gestão, em termos de investigação (...) foram aportes que eu fui lá buscar, até porque foram coisas que eu fui buscar lá que não tinha quando eu tirei o curso basicamente a estes níveis*." (**E5**: 122, 162)

> "*Eu acho que (...) [o CCFE] foi uma reciclagem que eu fiz. [Acho que o CCFE] me ajudou a ascender bastante em termos de conhecimentos*." (**E7**: 111, 112)

> "*Eu penso que nada daquilo que me foi falado em termos de formação que eu fiz no complemento nada disso era novo para mim, só que talvez eu consegui optimizá-los [conceitos] de outra forma. (...) [O Complemento] esteve de acordo com aquilo (...) que eram as minhas esperanças*." (**E10**: 136, 200)

Um dos actores do estudo refere mesmo que o seu trabalho foi desenvolvido em torno daquilo que o próprio sentia como necessidade de aprendizagem, indo ao encontro da óptica das necessidades como mudança, em que o termo necessidade aplica-se como sinónimo de querer (*want*) ou das suas preferências (*needs are wants*) (Rodrigues e Esteves, 1993). Além disso, o seu discurso aponta para um papel activo no seu próprio processo de aprendizagem, em que é o próprio estudante que determina o seu percurso através da metodologia de projecto.

> "*No final eu acho que [o CCFE] (...) foi muito gratificante não só porque aprendi, (...) mas de qualquer das maneiras eu virei o meu projecto para uma determinada temática e aprendi aquilo que eu sentia necessidade. (...) [O CCFE é] uma aquisição de conhecimentos*." (**E9**: 116, 119, 172)

A pouca adequação ou desadequação dos conteúdos abordados no CCFE às necessidades de formação dos enfermeiros é justificada no seu discurso pela referência da não aprendizagem de algo novo e da superficialidade em que os assuntos foram tratados pela sua grande quantidade. Parece tratar-se de uma análise de necessidades centrada no formador, em que se procura, sobretudo, a eficácia da formação através do ajustamento entre a formação esperada pelos formados e a formação dada pelo formador ou pela instituição formadora (Rodrigues e Esteves, 1993).

> "*Pelo menos aquilo que eu tive, eu acho que foi um bocado superficial [CCFE]. Acho que devia-se investir mais (...) em determinados temas de enfermagem. (...) Foi tudo tratado assim por cima porque não havia tempo*." (**E3**: 83, 84, 88)

> "*Houve aspectos que eu penso que podiam ter sido mais desenvolvidos*." (**E5**: 110)

Verifica-se também que não houve total concordância entre as necessidades das pessoas e as necessidades dos sistemas, sendo as mesmas conflituais (Rodrigues e Esteves, 1993).

> "*Coisa que não se verificou [aquisição de novos conhecimentos]. O que se passou no curso de complemento foi um repetir de conhecimentos do curso base. (...) Nas cadeiras (...) que eu assisti não representou um acréscimo de conhecimentos*." (**E8**: 71, 72, 76)

> "*Eu não aprendi nada novo [no complemento]. (...) Nada dos temas que foram abordados lá não eram nada de novo*." (**E10**: 137, 199)

Contudo, um dos enfermeiros dá-nos a ideia de que a análise das necessidades foi também centrada no formando por visar "abrir horizontes" para a autoformação, através da consciencialização das suas lacunas, problemas, interesses, motivações (Rodrigues e Esteves, 1993), mas não entrando em detalhes.

> "*Relativamente ao Complemento (...) em termos de Enfermagem não aprendi nada. (...) Para já é muita coisa num ano só. Não dá para aprofundar coisa nenhuma, mas fornece-nos pistas. (...) Acho que o complemento deveria ser mais específico*." (**E2**: 144, 265, 266, 291)

Para um dos actores do estudo, a metodologia utilizada, mais concretamente a realização de trabalhos de grupo e a respectiva apresentação, não foi muito favorecedor da sua aprendizagem, pois após a apresentação não se verificou um trabalho efectivo sobre o seu conteúdo. Isto é, os trabalhos eram apresentados mas provavelmente a discussão que se seguia era ausente ou pouco presente.

> "*[No CCFE] deram-se muitos trabalhos de grupo para fazer, muitos temas, muitas coisas, cada um fez o seu, depois apresentou-se à turma, numa forma mais ou menos clara, isso depois dependia dos grupos mas não houve um trabalho efectivo sobre o conteúdo e eu acho que aí foi a grande falha. [No CCFE] aprofundamos aquilo que já sabemos mas ir ouvir aquilo que já sabemos não vale a pena.*" (**E14**: 57, 60)

Outros acrescentam ainda algumas temáticas abordadas no CCFE que consideraram desnecessárias para a sua aprendizagem, como problemáticas na área da gestão, estatística e antropologia.

> "*Haviam assim algumas coisas que agente não achava assim muito necessárias que outras pessoas se calhar achariam... problemáticas na área da gestão*." (**E2**: 290)

> "*[Haviam módulos que podiam ser retirados] por exemplo estatística, porque eu pessoalmente não tive estatística, mas aquela estatística que eu dei... é a estatística que estão a dar no 12º ano, ou pelo menos aquela que dão nestes cursos já do bacharelato... antropologia para mim... aliás, eu não aprendi nada. (...) Essencialmente, tirando essas duas [estatística e antropologia] e aproveitava e aprofundava um bocado as outras*" (**E3**: 90, 91, 97)

Com opinião oposta, a investigação e a estatística são as áreas que outros enfermeiros mencionam que gostariam de ter visto melhor desenvolvida no CCFE.

> "*Eu gostava de ter desenvolvido um pouco mais determinados aspectos, sobretudo na investigação*." (**E5**: 112)

> "*[O CCFE] foi uma desilusão e eu quero deixar bem claro uma coisa que é como eu tenho esta licenciatura [Psicologia Social e das Organizações], eu tive dois anos de investigação, portanto a nível das metodologias de investigação nada de novo, não foi nada de novo, (...) em termos de estatística (...) aquilo que eu estava à espera a nível de enfermagem que me fosse transmitido não foi. (...) A nível de investigação eu acho que é flagrante.*" (**E14**: 53, 130)

As aprendizagens consideradas relevantes no CCFE pelos enfermeiros, em termos de conteúdos abordados, foram no âmbito da investigação e da estatística. "*O relativo isolamento e auto-suficiência do conhecimento científico decorrem, em parte, do facto de socialmente se ter operado um processo de divisão do trabalho que transferiu para um grupo restrito de sábios uma actividade de aprendizagem própria da sociedade no seu conjunto*" (Canário, 2005: 14).

A investigação em enfermagem tem sido considerada como "trabalho" dos "teóricos". Aos enfermeiros da prática competia cuidar; aos das escolas investigar. Com o decorrer do tempo, tem-se vindo a constatar que teoria e prática têm que se articular. À semelhança do que acontece com a profissão docente, atrevemo-nos a afirmar que a articulação da investigação com a formação dos enfermeiros tende a ser equacionada por referência ao conceito de "enfermeiro-investigador" cujo

significado principal pode ser desdobrado em duas dimensões (Alarcão, 2001, cit. por Canário, 2005): a investigação é intrínseca ao exercício profissional e corresponde a competências que permitem, não apenas reproduzir os moldes investigativos académicos, mas também investigar na acção e ser capaz de partilhar resultados e processos com os outros, nomeadamente os colegas.

A este respeito Jarvis (2000) diz-nos que os "*práticos-investigadores*" estão a emergir na actualidade moderna e são um resultado da sociedade de aprendizagem. Além disso, os práticos estão, vulgarmente, colocados para aprender sistematicamente sobre a sua própria prática, o que pode ser considerado como uma aposta colaborativa em vez de individualista. Actualmente a investigação não é removida do quotidiano da prática: tem sido desmistificada e democratizada. Somos todos enfermeiros e em conjunto temos de procurar investigar para melhor cuidar. Esta foi a mensagem que nos parece ter chegado aos nossos sujeitos de investigação. A investigação passou, assim, a ser "olhada com outros olhos".

> "*O Complemento foi importante na medida em que me começou a motivar para fazer investigação*." (**E2**: 156)

> "*Posso dizer que trouxe aporte em termos técnicos, em termos de... por exemplo de conhecimentos de investigação que eu não tinha (...) digamos que sim, teve esse aspecto positivo*." (**E5**: 119)

> "*A outra vertente que me foi também estimulada muito [no complemento] foi a importância do desenvolvimento de acções de investigação*." (**E6**: 101)

> "*Eu não fazia a menor ideia como é que se devia fazer investigação em enfermagem. (...) O facto de ter tido investigação no curso de complemento deu--me outra visão obviamente diferente*." (**E12**: 141, 144)

A falta de espaços de reflexão sobre a acção já mencionados no ponto 4.1. sobre "*Os actores e o processo de desenvolvimento de competências*", quando nos referimos especificamente às competências de conceptualização, bem como a pouca consideração da reflexão sobre a acção como estratégia de aprendizagem em detrimento da experiência referida no ponto 5.1. sobre "*Representações sobre a formação*", trouxe-nos alguma surpresa quando verificámos que as aprendizagens que os enfermeiros referem ter sido relevantes ao longo do CCFE tenham sido, maioritariamente, baseadas na reflexão sobre a acção. Antes de mais, os enfermeiros ficaram sensibilizados para a importância da reflexão sobre a acção.

> "*[O Complemento foi importante] para reflectir. (...) [O Curso de Complemento] obrigou-me a reflectir*." (**E2**: 157, 303)

> "*Foi bastante importante (...) o ter feito o complemento porque ajudou-me a reflectir sobre a minha forma de cuidar. (...) Não quer dizer que até aqui fizesse de uma forma inconsciente, mas eu agora reflicto mais*." (**E7**: 3, 29)

> "*Durante o complemento adquiri competências que fez com que eu conseguisse reflectir sobre aquilo que faço. (...) O complemento a mim ajudou-me a reflectir (...) muito os meus actos*." (**E11**: 192, 273)

Por outro lado, o CCFE é também considerado como uma oportunidade de colmatar a tal falta de tempo e espaços para reflectir sobre a acção, que por vezes leva a que as pessoas rotinizem a sua prática sem que disso tenham consciência.

> "*Eu acho que [o complemento] é uma altura em que nós temos que parar e reflectir. É essa oportunidade que nós temos naquele ano. É de reflectir sobre aquilo que nós fazemos todos os dias, como fazemos. Não é que a gente trabalhe mal, não é que nós prestamos cuidados mal, não, não é isso. Só que temos tempo naquele tempo que estamos na aula, temos tempo para parar e reflectir que é o que por vezes não acontece*." (**E10**: 207, 208, 209)

> "*Isso [reflexão sobre a prática de relação] sinto para mim foi positivo. Porque ao fim de uns anos uma pessoa andar sempre a fazer as mesmas coisas e acaba por entrar naquela rotina tão perigosa e que massifica tudo. É uma rotina perigosa e uma pessoa sem querer acaba por cair nisso e eu se calhar também já estava a cair nisso, portanto foi-me dada essa possibilidade de fazer uma reflexão mais aprofundada sobre a relação, que eu acho que foi a única vantagem do complemento*." (**E14**: 71, 72)

Foi através da reflexão sobre a acção que estes profissionais referem ter tomado consciência da sua importância na mudança, na melhoria das práticas e na influência que poderiam ter sobre o grupo. É exactamente esta capacidade de actuar, operar, de transformar a realidade de acordo com finalidades propostas pelo Homem, à qual está associada a sua capacidade de reflectir, que o faz um ser da práxis (Freire, 2003).

> "*O que me foi dado no complemento é que tenha talvez melhorado no complemento foi de facto a importância de nós como pessoas per si sermos todos vectores de mudança. (...) Todos nós somos a primeira instância (...) de mudança*." (**E6**: 96, 98)

> "*Eventualmente nós que fizemos o complemento e que tomamos a consciência disso, podemos é induzir mais nos outros profissionais (...) em termos de tentar induzir os outros profissionais, influenciá-los [influência no grupo]*." (**E10**: 149)

> "*Envolver todos os colegas na nossa mudança também, não só mas (...) puxá--los um bocado. (...) Acho que se mudarmos todos é mais fácil. Acho que na mudança há sempre resistência ao princípio, mas com uma certa persistência, explicando porquê e envolvê-los também a eles [colegas] é mais fácil haver essa mudança*." (**E11**: 192, 253, 254)

Depois de terem frequentado o CCFE, os enfermeiros passaram a ter representações mais positivas sobre a formação desenvolvida ao longo do mesmo. A apreciação geral em relação ao curso é bastante aceitável e há mesmo referência à mudança de opinião à medida que o tempo foi passando.

> "*Depois vendo bem as coisas (...) quando já comecei [o CCFE] eu comecei a ter mais expectativas, comecei a pensar que realmente que aquilo me iria dar algumas vantagens*." (**E3**: 78, 79)

> "*De certo modo correspondeu [às minhas expectativas] (...) talvez até positivamente (...) precisamente porque uma pessoa critica, critica, critica e afinal gostei, até amei*." (**E4**: 165)

> "*Realmente quando comecei a ver o que é que o curso ia tratar (...) portanto fiquei agradavelmente surpreendida, gostei. (...) Em termos gerais [o CCFE] foi bom*." (**E5**: 104, 109)

> "*E depois gostei muito [do CCFE]. Gostei sobre todos os pontos de vista.*" (**E9**: 108, 109)

A ideia de que o "tempo é dinheiro" é coexistente com o triunfo da lógica de mercado, que considera o tempo como um bem escasso que se "gasta" e deste modo precisa de ser gerido (Canário, 2005). E porque o tempo para os enfermeiros é tão pouco e se reveste de grande importância, há mesmo referência que o tempo despendido no curso não teria sido mal empregue.

> "*Depois fui-me apercebendo ao longo do complemento o que é que lá andava a fazer. Por acaso foi engraçado. (...) Eu não dei por mal empregue o tempo que estive no complemento*." (**E13**: 118, 244)

A influência da formação recebida durante o CCFE na pessoa, ou seja o trabalho que cada um realiza sobre si próprio com vista à aprendizagem (Canário, 2005), foi algo evidente para estes enfermeiros. Para além de um desenvolvimento profissional é também associado o pessoal. Depois da formação os actores do estudo sentem-se outras pessoas, mais enriquecidas.

> "*Penso que o complemento contribuiu para me enriquecer profissionalmente*." (**E1**: 108)

> "*Mas agora [depois do CCFE] não vejo nada disso, acho que aprendi muito, (...) agora já não penso nada que [o CCFE] seja só uma forma de estatuto. (...) Senti que saí enriquecida da forma como fui enriquecida do complemento. Fiz-me outra pessoa*." (**E7**. 99, 110, 185, 186)

> "*Acho que o complemento para mim foi sem dúvida (...) uma mudança muito grande. (...) Eu acho que só o crescimento que houve em mim e as alterações que houve, acho que só isso vale a pena*." (**E11**: 190, 196)

O regresso à escola que não era muito bem visto por alguns dos enfermeiros antes de frequentarem o CCFE, nomeadamente E3, E4, E5, E6 e E7, passou a ser algo mencionado com uma boa conotação por E4, E7, E9, E10, E11 e E13.

> "*É de facto nós nos disponibilizarmos a sentar numa escola a ouvir outra pessoa que pode não ter nada para dizer mas no fundo até tem.*" (**E4**: 163)

> "*Para já porque acho que voltar aos bancos da escola foi assim uma coisa que me deu um prazer muito grande*." (**E9**: 110)

> "*Adorei novamente voltar a estudar*." (**E10**: 300)

> "*Achei engraçado voltar outra vez à escola. Foi giro!...*" (**E13**: 254)

A partilha de experiências, o conhecimento de outros colegas de outras instituições com outras realidades é uma mais-valia em termos de aprendizagem que se destaca no discurso dos entrevistados. Ao contrário da sua representação antes da frequência do CCFE, em que a aprendizagem no âmbito do curso era vista como um acumular de experiências, há referência a uma construção do conhecimento no quadro de interacções com pares e a partir de um processo de aproximações sucessivas, em que a capacidade de mobilizar e conectar informação diversa se revela mais importante que o acumular informação segmentada (Canário, 2005).

> "*Eu contacto com outras pessoas que estão a fazer o curso, é o conhecer outras pessoas, outras realidades.*" (**E4**: 162)

> "*O meu curso teve um aspecto que eu gostei muito que (...) era partilhar experiências. (...) Cada um à sua maneira pode ter uma resposta eficaz para determinado assunto. Isso foi uma das coisas que eu aprendi e que gostei muito*." (**E5**: 158, 161)

> "*O contacto com outras pessoas, estar fora do serviço, apesar de ser muito cansativo, estava de manhã aqui [no Hospital], à tarde lá [escola], mas olha abriu-me a mente. (...) Depois acho que a troca de experiências com outras pessoas (...) porque houve (...), o ficar a saber das vivências dos outros hospitais. Para mim até eram um bocado ortodoxas porque são coisas que já nem sequer se praticam aqui no nosso hospital. Fez-me pensar que afinal de contas eu até estava muito melhor do que aquilo que eu pensava*." (**E9**: 111, 114, 115)

> "*[No Complemento] a troca de experiências foi fantástica*." (**E12**: 102)

A qualidade dos cuidados melhora com o CCFE na óptica dos actores do estudo. Os contextos de trabalho passaram a ter mais actividade em termos de intervenção, dado que nalgumas escolas foram realizados trabalhos com recurso à metodologia de projecto ou à investigação-acção.

> "*E é isso [estimular novos graus de competência, novos graus de formação, novos graus de investigação] que os complementos, na minha opinião, têm apesar de ainda poderem estimular mais, têm conseguido, de alguma forma. Nós vemos de uma forma geral dentro do Hospital o desenvolvimento de uma série de iniciativas (...) na linha de condução das escolas.*" (**E6**: 131, 132)

> "*[Com o CCFE] eu penso que na prestação directa não houve uma melhoria na quantidade de trabalho, mas na qualidade. (...) Penso que tenho a noção de mais qualidade na prestação de cuidados.*" (**E7**: 5)

No estudo de Hughes (2005) a melhoria dos cuidados surge como a primeira razão apontada pelos enfermeiros para realizarem formação contínua.

Associada à melhoria da qualidade dos cuidados surge a noção de "agente de mudança" (Freire, 2003). E2 refere-se como um dos agentes de mudança que teve alguma influência nos restantes elementos da equipa. A mudança não é o trabalho exclusivo de alguns homens, mas dos homens que a escolhem. Quem opta por esta atitude deve actuar e reflectir com os indivíduos com quem trabalha para conscientizar-se junto com eles das reais dificuldades da sua sociedade (Freire, 2003).

> "*[Houve benefícios do Complemento para abordar a questão da resistência à família] porque no fundo quem começou fui eu*." (**E2**: 332)

Ao melhorar a qualidade dos cuidados, a visibilidade da profissão na comunidade pode também ser melhorada, em que o curso é considerado como uma oportunidade de valorização dos enfermeiros no seio da comunidade e entre as entidades governativas.

> "*[O CCFE abriu uma certa credibilização em termos] de imagem como os outros nos vêem.*" (**E1**: 174)

> "*Eu acho que [o CCFE] é uma oportunidade [para a valorização dos enfermeiros]*." (**E3**: 176)

> "*[O CCFE] é ao fim ao cabo um reconhecimento pelas instâncias superiores do Governo Nacional e do Ministério da Educação*." (**E6**: 82)

> "*Eu penso que sim que a imagem da enfermagem melhorou desde que é feita maior formação, mesmo em termos da família, da comunidade*." (**E10**: 154)

Com uma visão mais pessimista, outros enfermeiros não atribuíram importância ao CCFE em relação à representação social da enfermagem. Em termos sociais não notam qualquer alteração como consequência do aumento das habilitações académicas da profissão. Relembramos que os actores do nosso estudo frequentaram o primeiro CCFE, pelo que não se esperava qualquer impacto em termos sociais.

> "*Ainda que isso [o Complemento] (...) se ficar por aí não é nada. Não chegamos a lado nenhum [em relação à mudança de estatuto]*." (**E2**: 159)

> "*(...) em relação ao estrato como digo penso que não modificou (Ri-se).*" (**E5**: 163)

> "*Eu não estou a ver que a formação, até porque nós agora somos licenciados e isso não está a ter repercussão nenhuma a nível social. São coisas muito enraizadas culturalmente*." (**E8**: 59, 60)

O facto do grau académico anterior ser de bacharelato condicionava muito a progressão académica destes profissionais. Para conseguirem o grau académico de licenciatura teriam de realizar uma especialidade o que, como vimos, era muito complicado o seu ingresso. Por outro lado, com a alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo em 1997, tal situação deixou de ser possível. Ser enfermeiro bacharel significava não ter acesso a pós-graduações ou mestrados. O que por vezes acontecia era a frequência de outras licenciaturas (como é o caso de E14, que tem a licenciatura em Psicologia Social e das Organizações) ou de Cursos de Estudos Superiores Especializados (CESE) (como E8, com o CESE em Saúde Mental e Comunitária que lhe conferiu o grau académico de licenciatura e permitiu o ingresso no Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais). O CCFE passou, também, a ser visto como um instrumento que facilitaria o acesso a pós-graduações ou a mestrados.

> "*As pessoas que conseguirem fazer o complemento têm as portas abertas para fazerem também as pós-graduações*." (**E1**: 167)

> "*[O Complemento era uma hipótese] de aceder ao Mestrado, (...) foi um passo para o Mestrado*." (**E2**: 261, 374)

> "*Penso que [o CCFE] me (...) trouxe mais conhecimento que me pode ajudar talvez mais facilmente chegar onde quero, à especialidade*." (**E5**: 197)

Refira-se que já na ocasião em que colhemos os dados E2 já tinha recorrido à sua licenciatura em enfermagem para ingressar no Mestrado em Estudos sobre as Mulheres.

Para alguns destes enfermeiros, a instituição valoriza a formação feita no CCFE, sentindo-se credibilizados e com outras responsabilidades que não lhes eram atribuídas anteriormente.

> "*Eu penso que a nível pessoal o CCFE a mim deu-me (...) uma certa credibilização em termos da instituição. [o CCFE] abriu-me a porta para determinadas tarefas e desempenhos de cargos que eu antes muito dificilmente eu desempenharia, como por exemplo fazer parte dos órgãos sociais do Conselho Científico dos Enfermeiros (...) que no fundo permitiu-me colaborar também na execução da organização do Congresso de Enfermagem*." (**E1**: 171, 172)

> "*É óbvio que houve repercussões pessoais [com o CCFE]. Como é lógico também profissionais*." (**E8**: 133, 134)

O facto de terem tido ou passado a ter boas representações sobre a formação desenvolvida ao longo do CCFE não invalida que não hajam aspectos negativos vistos pelos actores do estudo. Os enfermeiros referem que a sua prática não mudou com o CCFE, continuam a ser os mesmos profissionais, a agir de maneira semelhante, independentemente de o terem frequentado ou não.

> "*(...) relativamente ao Complemento e às competências que eu adquiri no Complemento (...) não sinto que elas... me contribuíssem para a minha competência como enfermeira*." (**E2**: 138)

> "*Em termos da minha progressão propriamente dita em relação (...) à minha relação com o doente... não trouxe grandes novidades*." (**E5**: 120)

> "*Não vejo assim que agora que faça alguma coisa que dantes não fazia por causa do complemento*." (**E8**: 132)

> "*Eu penso que as práticas que eu tinha [antes do complemento] eram as práticas que eu mantenho*." (**E10**: 150)

> "*Em termos de Know-how [o CCFE] não [trouxe] muito [benefício para a prática]*." (**E14**: 90)

Hughes (2005) explica esta percepção negativa em relação à formação pelo facto dos enfermeiros terem dificuldade em reflectir criticamente sobre a sua prática e aplicar nova aprendizagem às experiências quotidianas. O que também poderia ser deduzido é que os profissionais possam ter experienciado uma falta de direcção no

desenvolvimento profissional, o que poderá estar relacionado com a incapacidade para implementar novas ideias.

Um dos sujeitos do estudo é bastante crítico ao facto de ter de realizar o CCFE em regime pós-laboral, o que implicou da sua parte um grande investimento. Além disso, os serviços têm algumas dificuldades na sua gestão decorrente da flexibilização de horário necessária para a frequência do mesmo. É certo que o curso deve funcionar preferencialmente em horário pós-laboral. Sendo uma profissão que cuida nas vinte e quatro horas, em que os enfermeiros têm horários rotativos, qual o horário que melhor se adequa? O pós-laboral de uns será o "*ante-laboral*" de outros e as dificuldades para o acerto de horários sem prejuízo dos serviços são imensas. Dadas estas questões houve também quem se referisse a que esta formação devia ter sido realizada exclusivamente no contexto de trabalho.

> "*[Critiquei e critico o curso] porque não vai dentro das nossas horas de trabalho, porque não é possível fazer no local de trabalho, nós temos que sair e ir para as escolas Isto implica um esforço (...) enorme (...) do serviço porque tem que nos permitir sair*." (**E4**: 153, 154, 155)

Esta foi uma das opiniões que se fazia sentir entre os enfermeiros. Contudo, depois de terem frequentado o CCFE, E11 reconheceu a pertinência da formação em contexto escolar.

> "*Há coisas que nós temos que aprender lá [na escola], acho que é lá [escola] que devemos aprender e não aqui no local de trabalho*." (**E11**: 218, 219)

Como vimos, o CCFE implica um grande esforço dos enfermeiros, pois para além do trabalho hospitalar (neste caso) com horário rotativo ou não, acresce a ida às aulas e o tempo para estudo e realização de trabalhos. Além disso, a grande maioria tem filhos, o que implica um empenho ainda maior. Todo este trabalho fica valorizado, maioritariamente, em termos pessoais, pois em termos legislativos a carreira de enfermagem não foi alterada. Os enfermeiros passam de bacharéis a licenciados com uma grande investimento da sua parte sem qualquer reconhecimento, nomeadamente em termos de progressão de carreira e como consequência no aspecto financeiro.

> "*(...) não falando propriamente em termos de carreira porque não vejo que este curso me vá dar alguma coisa, me vá fazer progredir na carreira*." (**E2**: 294)

> "*Felizmente ou infelizmente isso [maior remuneração com o CCFE] também não acontece e nem sei quando é que isso se vai reflectir*." (**E3**: 178)

> "*Monetariamente não recebemos nada [com o complemento]*." (**E11**: 195)

> "*[É pena que o CCFE não tenha outcomes] nem em termos financeiros nem em termos funcionais.*" (**E14**: 68)

À semelhança dos professores, é desta forma que se poderá compreender o aparente paradoxo da formação poder estar associada ao agravamento da crise identitária dos enfermeiros, concomitantes com modalidades de "sofrimento" que decorrem, no essencial, do não reconhecimento social do valor do trabalho produzido (Canário, 2005).

Apesar do não reconhecimento do CCFE em termos de carreira e apesar de todas as críticas e representações negativas que os actores do estudo revelaram ter, houve quem reconhecesse que, independentemente da ascensão na carreira, para si o curso já teria sido benéfico em termos pessoais. Independentemente das consequências que a educação possa ter na vida das pessoas, "*os grandes consumidores do saber podem, por isso, pretender prestar serviços de maior valor à sociedade*" (Illich, 1971, cit. por Oliveira e Dominicé, 1977: 15).

> "*Acho que o complemento para mim foi sem dúvida (...) uma mudança muito grande. (...) Eu acho que só o crescimento que houve em mim e as alterações que houve, acho que só isso vale a pena*." (**E11**: 190, 196)

Como vimos no ponto 4.3. sobre *Representações sobre as práticas* e no ponto 5.1. sobre as *Representações sobre a Formação*, os enfermeiros têm alguns projectos para o seu futuro. Em relação às práticas planeiam mudar ou não de serviço, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, progressão na carreira para Enfermeiro/a Especialista e/ou Enfermeiro/a Chefe, bem como a aposentação. Em relação à formação ficou a ideia de alguns sujeitos terem em mente a progressão de estudos através de Cursos de Pós-Licenciatura e/ou Mestrado. Outros frisam mesmo que não pretendem realizar Mestrados. É acrescida a ideia de investir na formação contínua, bem como o ingresso na carreira docente. Quando questionados sobre a influência do CCFE na definição dos seus projectos profissionais, a maior parte dos entrevistados consideraram que a mesma seria positiva. O curso havia-lhes dado maior motivação para continuar a fazer algo mais para além do dia-a-dia do trabalho, como uma pós-graduação. O ritmo do trabalhar e estudar já estava interiorizado e se se tinham organizado para realizar o complemento também o conseguiriam se continuassem.

> " *(...) de certa forma [o CCFE] foi uma influência e... uma influência fortíssima para eu tentar fazer alguma coisa por mim agora. (...) Se eventualmente não fizesse o complemento, nunca pensaria numa pós-graduação*." (**E1**: 119, 165)

> "*Sim, pensava [em fazer uma pós-graduação antes de fazer o CCFE]. E agora isto veio influenciar ainda mais*." (**E3**: 167)

> "*[O CCFE teve influência na formação dos projectos profissionais] porque no fundo é assim, dá-nos um envolvimento maior e quando nós nos envolvemos acabamos por gostar e querer fazer mais*." (**E4**: 225)

> "*No fundo eu quando acabei o complemento estava pronta para ir fazer mais qualquer coisa. Aquilo já estava ali tudo no ritmo. (...) Eu acho que isso [trabalhar e estudar] é tudo uma questão de organização e de... essencialmente de organização (...) da nossa cabecinha. Porque acho que o resto tudo se arranja. Com mais umas horas de sono menos umas horas de sono. (Ri-se)*" (**E9**: 213, 216)

O CCFE foi também importante nesta definição de projectos profissionais, bem como da relevância de o fazer, através da reflexão sobre o percurso profissional e conscientização em relação às suas necessidades futuras, que passa por um nível mais elevado que a simples tomada de consciência (Freire, 1975). As necessidades podem incidir no presente ou ser prospectivas. No caso da educação, as necessidades são frequentemente potenciais, podendo ser satisfeitas apenas a longo prazo, já que a acção educativa raramente é imediata nos seus efeitos, projectando-se sempre no tempo longo (Rodrigues e Esteves, 1993).

> "*[O CCFE] alertou-me cada vez mais para a necessidade de o fazer [projectos profissionais]*." (**E7**: 184)

> "*Se calhar só hoje [depois do CCFE] é que eu reconheço que seria bom para mim tirar a especialidade. Só depois do complemento é que senti essa necessidade*." (**E11**: 120, 121)

Com o CCFE houve também quem mudasse de ideias para o seu futuro. Se havia quem considerasse em termos de progressão na carreira ser Enfermeiro Chefe, após o curso houve mudança de opinião depois de um processo reflexivo que conduziu a um questionamento crítico.

> "*[Eu aprendi a olhar] para as funções inerentes à categoria de enfermeiro chefe dum outro modo e (Falou como se imitasse alguém a falar) 'Será que é aquilo que eu quero?' Portanto, deu-me este tipo de capacidade de analisar de forma crítica e de sei lá não é... Então vamos esperar. (...) O que eu queria fazer antes [do complemento], muito objectivamente, ser chefe, neste momento deixou de ser verdade*." (**E12**: 208, 210)

O investimento feito pelos enfermeiros e pela sua própria família que se vê obrigada a prescindir em muito de um elemento durante um ano, em que pais viram mães, os filhos pequenos vêem-se privados das mães (alguns ainda pequenos e não compreendem a situação) e não há quase momentos para vida social e familiar, conduziu a que um dos entrevistados não tivesse vontade de se envolver numa

situação semelhante num futuro próximo. Apesar de ter mencionado que o CCFE lhe teria alertado para a necessidade de fazer projectos profissionais, não prescinde da sua vida particular, que o ano do curso em muito afectou.

> "*Se calhar tomo eu uma posição um pouco mais comodista porque a minha vida profissional não é tudo e [o CCFE] mexeu muito com a minha vida particular. Agora se calhar não estou disposta tão depressa a prescindir de determinadas [coisas] que a gente tem de abdicar completamente... não digam que não porque eu abdiquei de muita coisa durante o curso e mexeu muito com a minha estabilidade*." (**E7**: 127, 128)

Uma das actoras do estudo denota a influência negativa que o CCFE teve nos seus projectos profissionais. Esta enfermeira tinha planeado realizar uma especialidade e foi obrigada a mudar o seu percurso. Para o fazer teria de fazer primeiro o CCFE, o que a condicionou em termos temporais.

> "*Infelizmente [o CCFE] só me veio atrasar a vida porque na altura que eu queria sim fazer a especialização tive que fazer o complemento. Tinha mesmo que fazer o complemento*." (**E14**: 116)

De entre todos os sujeitos da investigação, apenas um referiu que o CCFE não tinha influenciado os seus projectos profissionais.

> "*(...) agora assim dizer vou fazer isto ou... Não, não... [o CCFE não influenciou os projectos profissionais]*." (**E2**: 373)

Depois de termos visto como os enfermeiros do Hospital de São José que frequentaram o primeiro Curso de Complemento de Formação em Enfermagem viam o curso antes de o frequentar, em jeito de síntese, podemos afirmar que se antes do curso a opinião era pouca ou negativa, depois de o terem frequentado melhorou significativamente. O CCFE foi realizado com vista à progressão na carreira, o que até à data ainda não se verificou ou para o ingresso na carreira docente. O facto de não haver qualquer reconhecimento em termos sociais, nomeadamente remuneratório, tem trazido algum desalento entre estes profissionais, pois sentem que investiram em vão.

O curso é considerado, por este grupo, como intensivo e superficial, pois dada a grande quantidade de assuntos tratados, o mesmo é feito de uma forma abrangente. As aprendizagens consideradas mais relevantes são na área da investigação, alertando os profissionais da sua importância na prática do cuidar e na melhoria da qualidade dos cuidados. A reflexão sobre a acção foi-lhes permitida e contribuiu para alertar da sua importância no dia-a-dia de trabalho. A metodologia de projecto e a investigação-acção favoreceram a dinamização dos serviços, a melhoria da qualidade dos cuidados e o impacto de uma pessoa como um dos agentes de mudança, o que

pode contribuir para uma melhoria da representação social da enfermagem. Com opinião contrária, manifestam-se alguns enfermeiros que não vêm qualquer vantagem para a profissão nesse sentido. Se por um lado há quem afirme que se sente valorizado na instituição por ser detentor do grau académico de licenciatura, outros não vêem qualquer vantagem e sentem que o seu agir enquanto profissionais não mudou. Contudo, como curso foi possibilitado algum crescimento pessoal.

Os projectos profissionais baseiam-se na mudança ou não de serviço, progressão ou não de estudos, ascensão na carreira, ingresso na carreira docente, investimento na formação contínua e aposentação, sendo que para a maioria, o CCFE teve uma boa influência na sua definição.

5.3. FORMAÇÃO E CONTEXTOS DAS PRÁTICAS: QUE ARTICULAÇÃO

A articulação entre a formação e o trabalho deveria manifestar-se por uma adequação funcional entre a formação e o trabalho, persiste no domínio do desejo e as dificuldades de *transfert* permanecem como um obstáculo difícil de ultrapassar (Canário, 2005). Para este autor a natureza desta dificuldade só deixa de ser misteriosa se forem consideradas duas ordens de competências distintas:
- as de *natureza escolar*, produzidas no contexto de formação e que não são transferíveis, pois os "bons alunos" não são, necessariamente, "bons profissionais";
- as de *natureza profissional*, que são produzidas em contexto de trabalho, que lhes confere um carácter contingente, pois correspondem não a um "dado", mas sim a um "construído", o que explica que a qualidade de ser competente não corresponde a um atributo individual e com carácter absoluto. O mesmo é dizer que a competência de um indivíduo varia no tempo e nos contextos.

As primeiras podem colaborar, ser auxílio das segundas e podem até ser consideradas imprescindíveis à produção das segundas, mas não as determinam (Canário, 2005).

Uma das principais limitações dos sistemas de formação inicial e contínua (do tipo "reciclagem") tem sido a sua exterioridade, quanto aos contextos de desempenho profissional, o que leva à desvalorização da experiência dos formandos, ao ignorar que as competências profissionais emergem dos contextos de trabalho e, assim, a

criar dificuldades acrescidas aos processos de *transfert*, da formação para trabalho (Canário, 2005).

Como vimos nos pontos 3.2. sobre *Aprendizagem pela experiência: o modelo de Kolb* do Capítulo I referente à *Enfermagem: formação e percursos profissionais* e 1.4.2. sobre os *Questionários: ACP e EPQ* do ponto 1 que aborda o *Modo e Estratégias de Investigação* do presente capítulo, Kolb (1984) descreve uma tipologia de contextos de aprendizagem que corresponde à tipologia dos estilos de aprendizagem. O autor defende que o estilo de aprendizagem é condicionado e fortificado pelo uso repetido de determinadas competências de aprendizagem, intrínsecas ao contexto. O tipo de competências realçadas em cada contexto de aprendizagem (escola e hospital, neste caso) cria o que o autor designou por *environmental press*, sobre o indivíduo. Para ter sucesso num contexto, o aprendente deve usar um conjunto particular de competências de aprendizagem. A estrutura do conhecimento e os métodos de aprendizagem numa determinada área do saber podem influenciar o estilo de aprendizagem (Kolb, 1984).

O EPQ (*Environmental Press Questionnaire*) foi empregue para identificar as competências que os contextos de aprendizagem do CCFE (hospital e escola) permitiam desenvolver com maior predominância.

Os dados que obtivemos para o contexto hospitalar, após o tratamento dos dados, estão representados no Quadro 17, onde estão referenciadas as vinte competências, os seus valores médios, o desvio-padrão e a média de cada grupo de competências (que corresponde a um estilo de aprendizagem).

Com um valor médio de 6.43 as competências "***U.*** *Relacionar-se com os colegas*" do grupo de competências de acção e "***P.*** *Tomar decisões*" do grupo de competências de experimentação são as que o contexto hospitalar permite desenvolver com maior predominância. Entre as vinte competências estas são também as que apresentam um desvio-padrão mais baixo (0.94 e 0.65 respectivamente). Estes resultados vão ao encontro dos obtidos por Abreu (1994a) no seu estudo com enfermeiros do contexto hospitalar, em que a competência com valor médio mais elevado foi "***U.*** *Relacionar-se com colegas*" (6.296) seguida de "***P.*** *Tomar decisões* (6.074). Refira-se também que noutro estudo de Abreu (1997) realizado com enfermeiros que exerciam funções em centros de saúde, os resultados obtidos já foram distintos dada a natureza distinta

dos contextos de exercício da profissão. No entanto, a competência "***U.*** *Relacionar-se com os colegas*" é a segunda mais cotada no EPQ, com o valor médio de 6.11.

Quadro 17 – Quadro de competências utilizado no EPQ - Hospital e respectivos cálculos estatísticos

COMPETÊNCIAS	MÉDIAS	DESVIO-PADRÃO	MÉDIA DO GRUPO
DIVERGENTE (relação)			
A. Ser sensível aos sentimentos do utente	5.86	1.61	**5.71**
B. Ser sensível aos valores do utente	6.00	1.57	
C. Saber ouvir	5.79	1.58	
D. Saber colher informações	5.50	1.87	
E. Prever implicações de situações ambíguas	5.43	1.83	
ASSIMILATIVO (conceptualização)			
F. Organizar as informações colhidas	5.79	1.89	**5.09**
G. Construir modelos conceptuais	4.93	1.69	
H. Testar ideias e teorias	4.71	1.64	
I. Planear pesquisas	4.93	1.86	
J. Analisar dados quantitativos	5.07	1.86	
CONVERGENTE (experimentação)			
L. Criar novas formas de pensar e agir	6.21	.89	**5.93**
M. Realizar novas experiências	5.29	1.20	
N. Escolher as melhores soluções	5.86	1.17	
O. Definir objectivos/resultados esperados	5.86	1.51	
P. Tomar decisões	6.43	.65	
ACOMODATIVO (acção)			
Q. Concretizar os objectivos traçados	6.14	1.03	**6.14**
R. Criar e explorar novas oportunidades	5.93	1.21	
S. Influenciar e liderar colegas	6.00	1.04	
T. Envolver-se pessoalmente nas situações	6.21	.80	
U. Relacionar-se com os colegas	6.43	.94	

Estes resultados exprimem bem a força que os contextos de trabalho exercem sobre os seus intervenientes. No discurso de um dos enfermeiros quando se refere às competências exigidas para o desempenho no seu contexto de trabalho temos bem presente a necessidade de se relacionar com os colegas e a tomada de decisões, que muitas vezes não podem ser individuais, requerendo também um trabalho multidisciplinar.

> " *(...) é necessário mesmo um grande envolvimento de toda a equipa [da medicina] e às vezes isso também não é fácil, é preciso trabalhar muito isso. (...) Depois temos todos aqueles problemas sociais, que é preciso trabalhar com o médico. Mas eu (...) até gosto muito (...) dessas coisas. (Ri-se).*" (**E9**: 27, 154)

Pelo contrário, as três competências que o contexto hospitalar permite que os actores do estudo desenvolvam menos são: "***H.*** *Testar ideias e teorias*", com 4.71 de valor médio e com 4.93 temos as competências "***G.*** *Construir modelos conceptuais*" e "***I.*** *Planear Pesquisas*", todas do grupo da conceptualização. Os enfermeiros estudados por Abreu (1994a) em contexto hospitalar também cotaram no EPQ a competência "***I.*** *Planear pesquisas*" com o valor médio mais baixo (5.185), seguida da "***G.*** *Construir modelos conceptuais*" com 5.222 de valor médio. Esta última competência é também a que obtém uma média inferior (4.88) no estudo do mesmo autor que se refere ao contexto centro de saúde (Abreu, 1997). No estudo de Laschinger (1986) as competências abstractas "***H.*** *Testar ideias e teorias*" e "***G.*** *Construir modelos conceptuais*" foram avaliadas pelos estudantes de enfermagem como sem importância para a enfermagem. Nos seus estudos com enfermeiros, De Back e Mentkowski (1986) tiveram resultados superiores nas competências de acção e inferiores nas de conceptualização.

Estes resultados são elucidativos da forma como os contextos profissionais se encontram organizados, em relação à enfermagem. A esfera motora, que na maioria das vezes se projecta em actividades repetitivas e rotinas, sem que o seu sentido seja percebido, é alvo de valorização. São implementadas novas formas de organização do trabalho, sem que antes se perceba as especificidades de cada contexto (Abreu, 1998).

> "*Eu acho que isto [central de esterilização] é uma fábrica, onde tem funcionários, rotinas… onde as pessoas têm que obedecer a rotinas, têm que obedecer a padrões de qualidade para o doente. As pessoas muitas vezes esquecem que existe o doente, é importante perceber isso*." (**E4**: 184)

Como vimos no ponto 3.2. do presente capítulo, aquando da caracterização dos serviços onde os enfermeiros exerciam funções, a grande maioria está organizado por equipas fixas que trabalham em horário rotativo (Bloco Operatório Central, Serviço de Urgência de Internamento Curto, a Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço 10, a Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente). Numa instituição hospitalar onde a noção de *cultura local* está bem enraizada apenas pela cultura específica de cada serviço, esta é ainda mais acentuada por haver um sentimento de pertença muito forte não só ao serviço, mas também à

sua equipa, o que se reflecte numa cultura própria de cada sub-grupo de trabalho. Este facto vem também explicar a forte influência do contexto de trabalho no desenvolvimento da competência "***U.*** *Relacionar-se com colegas*". Esta organização dos recursos humanos conduz a que, apesar de trabalharem em horário rotativo, estes enfermeiros trabalhem dia após dia com os mesmos colegas e a qualidade dos cuidados vai ser influenciada pelo bom ou mau relacionamento que a equipa tenha entre si. Refira-se ainda que o bem-estar profissional é também alcançado no caso de haver um bom ambiente de trabalho.

> "*Eu fiz parte de uma equipa (…) de SO que (…) trabalhava muito bem, com excelentes profissionais. (…) Era uma equipa muito boa.*" (**E1**: 27, 28, 33)

Nos outros serviços (Bloco de Cirurgia Ambulatória do Serviço de Oftalmologia, Central de Esterilização, Serviço 2 Sala 1, Serviço 3 Sala 1, Serviços 4 e 6) em que não há esta organização por equipas, a noção de cultura local é também evidente, por estarmos perante contextos distintos com características muito específicas dentro de uma organização, que é o Hospital de São José.

> "*Isso tudo em conjunto [equipa médica boa e equipa de enfermagem com bom relacionamento] traduz-se na boa prestação de cuidados, nos louvores que os doentes fazem quando saem do serviço e nos bolinhos que trazem. Acho que isso é a forma deles sentirem e de agradecerem. (…) Nós [equipa multidisciplinar] trabalhamos bastante, tudo para que o serviço funcione da melhor forma*." (**E7**: 140, 141, 145)

O resultado médio elevado obtido no EPQ na competência "***P.*** *Tomar decisões*" pode ser interpretado através de duas razões que passamos a explicar. Sete dos catorze enfermeiros que participaram no estudo exerciam funções em contextos de trabalho com doentes em estado crítico (Bloco Operatório Central, Serviço de Urgência de Internamento Curto, a Unidade de Cuidados Intensivos do Serviço 10, a Unidade de Cuidados Intensivos Cirúrgicos e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente). Cuidar deste tipo de doentes tem inerente a tomada de muitas decisões, algumas num curto espaço de tempo e com consequências que podem ser vitais para a pessoa cuidada. Refira-se também que as funções exercidas por alguns dos actores do estudo são de liderança, por serem chefes de equipa (E1, E2, E3, E11), responsáveis pela formação em serviço (E6, E9, E11, E12) ou pela gestão do serviço ou parte (E5, E10) o que, certamente os *pressiona* para a tomada de decisões, que como vimos foi o sétimo valor médio obtido no ACP (5.50) e uma das três mais cotadas entre as competências de experimentação.

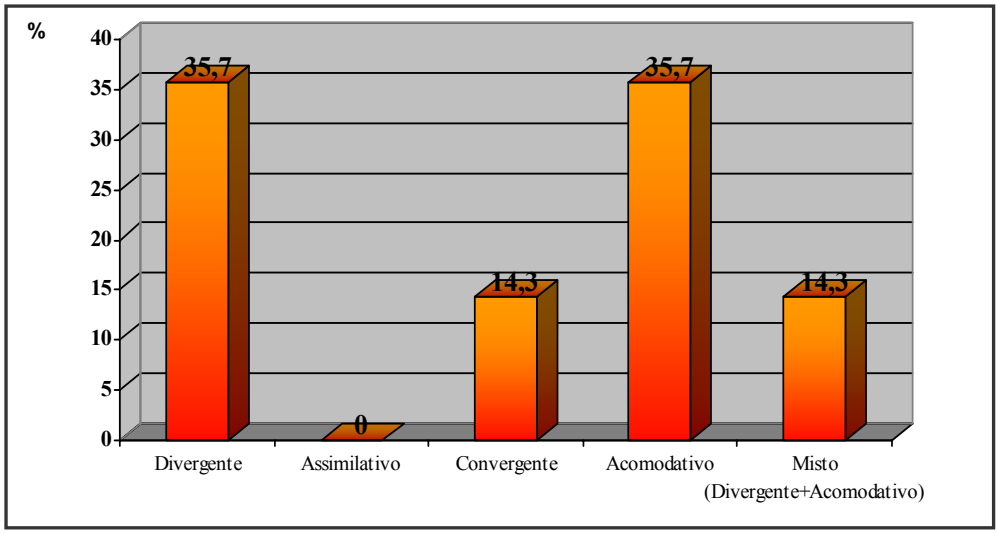
Em termos de grupos de competências, as de acção surgem com o valor médio mais elevado (6.14), seguido das de experimentação (5.93), das de relação (5.71) e por fim estão cotadas as competências de conceptualização (5.09). Apesar de ter tido um valor médio mais baixo refira-se a forte influência do contexto de trabalho, pois as competências de acção são também consideradas como mais desenvolvidas pelos sujeitos no ACP, com 5.63 e as menos desenvolvidas são precisamente as de conceptualização, com 5.26. No estudo de Abreu (1994a) desenvolvido em contexto hospitalar o grupo de competências com valor médio mais elevado foram as de relação (5.81), seguido das de acção (5.76), das de experimentação (5.73) e por fim, tal como no presente estudo, as de conceptualização (5.44). No contexto de centro de saúde, este grupo de competências assume também um valor médio mais baixo (5.21) (Abreu, 1997). Com valor médio mais elevado destacam-se as competências de relação (5.84), seguidas das de experimentação (5.46) e das de acção (5.38) (Abreu, 1997).

À semelhança dos procedimentos utilizados na análise dos dados obtidos através da aplicação do ACP, procedemos também à identificação dos estilos de aprendizagem cujo desenvolvimento seria favorecido pelas características do meio. De entre as vinte competências que compõem o *Environmental Press Questionnaire* - EPQ cotadas com valores entre 1 (competência pouco relevante no desempenho de funções no serviço específico) e 7 (muito relevante), em que cada conjunto de cinco se refere a um determinado estilo de aprendizagem (divergente, convergente, assimilativo e acomodativo), depois de somadas para cada um dos grupos, verificou-se qual a que teria um resultado mais elevado. Ao grupo com maior valor fez-se corresponder o estilo de aprendizagem.

Os estilos de aprendizagem que os contextos de trabalho permitem desenvolver com maior predominância são o divergente, que favorece o uso de competências de percepção (onde se inclui a observação reflexiva), e o acomodativo, que beneficia as competências comportamentais, ambos com 35,7% dos sujeitos, o que corresponde a cinco elementos cada. O acomodativo foi também o estilo de aprendizagem com maior percentagem de actores no ACP (28,6%, que corresponde a quatro pessoas). Apesar de alguma diferença, o estilo de aprendizagem divergente teve três sujeitos (21,4%), no ACP. De acordo com a perspectiva dos actores do estudo, os contextos

de trabalho permitem desenvolver maioritariamente as competências de relação e de acção.

Gráfico 7 – Estilos de aprendizagem que o contexto hospitalar permite desenvolver com maior predominância



Estes resultados vêm reforçar o que mencionámos quando nos referimos à importância que estes enfermeiros atribuem ao trabalho em equipa e ao bem-estar profissional, pois de acordo com Kolb (1984) a combinação de contextos de aprendizagem afectivos e comportamentais produzem um clima de trabalho estimulante e em equipa.

No estudo de Abreu (1994a), desenvolvido em contexto hospitalar, foi também verificada a predominância dos estilos acomodativo e divergente, com 25,9% cada um.

Laschinger (1986), ao pesquisar a força contextual de dois locais de aprendizagem clínica (médico-cirúrgica e psiquiátrica) com estudantes de enfermagem, encontrou também a preponderância do estilo acomodativo. No estudo de Murphy (1988, cit. por Laschinger, 1990), realizado com enfermeiros do contexto hospitalar, os seus resultados apontaram para valores mais elevados na escala da observação reflexiva isto é, à predominância do estilo de aprendizagem divergente entre os seus actores. O autor dá uma possível explicação para o facto, referindo que é possível que tal se deva à monitorização contínua, natural da enfermagem hospitalar.

Dada a natureza do trabalho nos cuidados de saúde primários, que é bastante ligada à relação, à ajuda, ao saber ouvir, o estilo que os enfermeiros consideraram que o seu contexto de trabalho lhes permitia desenvolver com maior preponderância foi o divergente, com 38,1%. Neste mesmo estudo de Abreu (1998) o estilo de aprendizagem acomodativo surge com 16,7% à semelhança do convergente e misto.

Com 14,3% (E7 e E11) surge o estilo de aprendizagem convergente, que evidencia no contexto a importância das competências simbólicas. Curiosamente, estes dois profissionais que consideram maioritariamente esta força contextual são oriundos do mesmo serviço, o que se poderá inferir que estes dois sujeitos percepcionam a força contextual da mesma forma. Contudo, o estilo de aprendizagem desenvolvido por ambos é distinto, pois de acordo com os resultados do ACP, E7 é acomodativo e E11 divergente. Refira-se que estes actores do estudo já tinham tido outras experiências de trabalho que possam ter sido mais significativos na sua formatividade. Além disso, há ainda a considerar a força contextual escolar.

O estilo misto (divergente e acomodativo), por apresentarem valores idênticos nas competências de relação e de acção, emerge com valor semelhante ao convergente (14,3%), o que corresponde a dois enfermeiros (E5 e E13). Assim, além dos cinco enfermeiros (35,7%) a considerarem as competências afectivas e dos outros cinco (35,7%) a considerarem a experiência concreta como sendo mais favorecidas no seus contextos de trabalho, surgem agora mais dois (14,3%) a considerarem estas mesmas competências mas de igual forma.

O desenvolvimento do estilo de aprendizagem assimilativo, que beneficia as competências de conceptualização, não é evidenciado por nenhum dos sujeitos, o que diverge dos resultados obtidos no ACP em que este foi um dos estilos mais frequentes com 28,6% (quatro enfermeiros). Decididamente, os contextos de trabalho não solicitam o desenvolvimento de competências simbólicas e o pensamento abstracto. Contudo, e dado que quatro destes enfermeiros até apresentam o estilo de aprendizagem acomodativo, na prática, pode traduzir-se num investimento destes profissionais na área da criação e desenvolvimento dos quadros simbólicos.

A frequência significativa na generalidade dos estilos, exceptuando o assimilativo, corresponderia, de acordo com Laschinger (1990), a uma situação em que os contextos solicitariam o desenvolvimento global de competências (à excepção das

competências de conceptualização). Ramprogus (cit. por Lapeyre, 1992, cit. por Abreu, 1998) faz referência a esta tendência para a dispersão pelos diversos estilos, dada a complexidade e diversidade das experiências formativas dos enfermeiros.

Os dados que obtivemos para o contexto escolar no EPQ, após o tratamento dos dados, estão representados no Quadro 18, onde estão referenciadas as vinte competências, os seus valores médios, o desvio-padrão e a média de cada grupo de competências (que corresponde a um estilo de aprendizagem).

Quadro 18 – Quadro de competências utilizado no EPQ - Escola e respectivos cálculos estatísticos

COMPETÊNCIAS	MÉDIAS	DESVIO--PADRÃO	MÉDIA DO GRUPO
DIVERGENTE (relação)			
A. Ser sensível aos sentimentos do utente	5.93	1.07	**5.77**
B. Ser sensível aos valores do utente	5.86	1.03	
C. Saber ouvir	5.86	1.03	
D. Saber colher informações	6.07	.92	
E. Prever implicações de situações ambíguas	5.14	1.46	
ASSIMILATIVO (conceptualização)			
F. Organizar as informações colhidas	6.07	1.07	**5.87**
G. Construir modelos conceptuais	5.64	1.28	
H. Testar ideias e teorias	5.50	1.29	
I. Planear pesquisas	6.21	1.05	
J. Analisar dados quantitativos	5.93	1.33	
CONVERGENTE (experimentação)			
L. Criar novas formas de pensar e agir	6.00	1.04	**5.86**
M. Realizar novas experiências	5.71	1.27	
N. Escolher as melhores soluções	5.50	.85	
O. Definir objectivos/resultados esperados	5.93	.62	
P. Tomar decisões	6.14	.77	
ACOMODATIVO (acção)			
Q. Concretizar os objectivos traçados	6.07	.62	**5.96**
R. Criar e explorar novas oportunidades	6.36	.84	
S. Influenciar e liderar colegas	5.29	1.54	
T. Envolver-se pessoalmente nas situações	6.07	1.14	
U. Relacionar-se com os colegas	6.00	1.36	

Com valores médios que oscilam entre 5.14 e 6.36, as competências que os enfermeiros que frequentaram o primeiro CCFE e que exerciam funções no Hospital de São José consideram ser favorecidas pelo contexto escolar assumem valores muito semelhantes, ao contrário do que aconteceu com o contexto hospitalar. Estes

resultados levam-nos a afirmar que a escola favorece de forma muito idêntica todos os grupos de competências. No entanto, há pequenas diferenças que importa analisar.

A competência "***R.*** *Criar e explorar novas oportunidades*", do grupo das competências de acção, é a que assume o valor médio mais elevado (6.36) e um desvio-padrão de 0.84, seguida da "***I.*** *Planear pesquisas*" da conceptualização (6.21), esta com um desvio-padrão de 1.05.

As competências que são consideradas como menos promovidas pelo contexto escolar são a "***E.*** *Prever implicações de situações ambíguas*", das competências simbólicas e pensamento abstracto, com um valor médio de 5.14. Contudo, não há grande consenso neste resultado pelo facto do desvio-padrão ser de 1.46, o mais elevado entre todas as competências.

Saber determinar, com antecedência, os resultados eventuais de situações pouco clarificadas é algo que se reveste de grande importância na prática de enfermagem, principalmente quando se trabalha num contexto hospitalar com doentes em estado crítico. Trata-se, pois, de uma competência que é desejada de ser alcançada pelos profissionais de saúde. Há uma certa exigência em termos formativos quanto à mesma e, por vezes, há desilusão dos formandos por procurarem as tão típicas "*receitas*", que em qualquer profissão que lide com pessoas não podem existir, pois cada ser é único e a sua resposta às situações é também exclusiva. Esta postura conduz a uma sensação de pouca ou nenhuma aprendizagem em relação ao desempenho da profissão.

> "*Relativamente ao Complemento (...) em termos de enfermagem não aprendi nada*." (**E2**: 144)

> "*Acho que devia-se investir mais (...) em determinados temas de enfermagem*" (**E3**: 84)

> "*Coisa que não se verificou [aquisição de novos conhecimentos]. O que se passou no curso de complemento foi um repetir dos conhecimentos do curso base*." (**E8**: 71, 72)

> "*Aquilo que me transmitiram [no complemento] não foi nada de novo*." (**E10**: 145)

> "*Eu estava à espera que me fosse transmitido algo mais [no CCFE] e não foi. (…) Em relação a coisas nossas de enfermagem, digamos assim. Os modelos, por exemplo, é uma coisa que eu acho que podia-se ter dado, sei lá, há tanta coisa nova, avanços da técnica, coisas que se fazem agora recentes em termos de medicina, em termos de enfermagem e eu acho que não se aprende nada disso*." (**E14**: 61, 131)

Contudo, apesar destes comentários, os actores do estudo valorizaram mais a competência "***R.*** *Criar e explorar novas oportunidades*", em que está subjacente a capacidade de contribuir para a criação de novos contextos e situações de trabalho, para a prestação de cuidados de enfermagem, aproveitando as oportunidades que emergem do exercício profissional. De acordo com os enfermeiros estudados, apesar da escola não favorecer a previsão de implicações de situações ambíguas, pressiona os profissionais para que sejam activos e que intervenham no contexto de trabalho. Este facto pode mesmo ter sido favorecido pela metodologia de projecto ou pelo desenvolvimento de trabalhos com recurso à investigação-acção, no âmbito do CCFE.

> "*O meu projecto de enfermagem e o meu trabalho de investigação esteve relacionado com determinadas situações cá do serviço*". (**E1**: 139)

> "*Acabei por fazer parte de uma parceria por causa do trabalho [realizado no Complemento] que eu quis desenvolver que estava relacionado com a área da família.*" (**E2**: 313)

> "*Eu sem querer, envolvi-me mais [no serviço] do que se calhar não tivesse feito o complemento. Porque eu tive que fazer o meu trabalho de investigação (…), portanto usando o serviço. Eu fui obrigada, obrigar-me.*" (**E4**: 176)

> "*O meu projecto de investigação foi em relação a aspectos do serviço, portanto foi bom*." (**E5**: 117)

> "*O tal projecto [de formação] tinha a ver com o contexto de trabalho.*" (**E9**: 121)

Além da investigação e da metodologia de projecto, a própria reflexão sobre a acção, que alguns se viram "obrigados" a fazer, pois se antes tinham referido que nos contextos de trabalho não havia oportunidade para reflectir, o CCFE foi uma oportunidade para disponibilizar esse tempo.

> "*(…) era-nos dado um tema para nós reflectirmos durante esse período de tempo [em que estávamos no Hospital] e pormos em prática os conhecimentos que tínhamos adquirido [na escola]. No final era-nos pedido um (…) relatório crítico de actividades onde teríamos de (…) reflectir essa nossa aprendizagem (…).*" (**E7**: 121, 122)

> "*(...) isso [trabalho de campo no serviço] ajudava a reflectir um bocado daquilo o que é que nós temos para depois para ficarmos aqui a nível do serviço. Depois tivemos que fazer o relatório com as actividades todas, isso ajudou-me um bocado (...) a melhorar e até mudar de atitudes*." (**E11**: 223, 224)

> "*Houve em todas [as unidades curriculares] uma reflexão mais sobre a prática dos cuidados, não a prática técnica mas a prática de relação*." (**E14**: 70)

"***S.*** *Influenciar e liderar os colegas*", referente à experiência concreta, é a segunda competência menos relevante na escola (5.29), cuja discrepância é também acentuada pois o desvio-padrão é de 1.54.

Quando se trabalha em equipa, implica um grande envolvimento entre as pessoas, o que por vezes implica a emergência de conflito que nem toda a gente tem a capacidade de gerir. É algo que está presente no dia-a-dia nos contextos de trabalho e que se procura resolver, pois a relação com os colegas da equipa de profissão ou multidisciplinar é considerada como muito importante para o seu desempenho e para a qualidade dos cuidados. Além disso, dado que muitos destes elementos eram chefes de equipas, a maioria sem formação específica na área, mas com um vasto leque de experiências profissionais, parece-nos que era desejado que tal tivesse sido abordado com maior profundidade no CCFE, o que nem sempre se verificou.

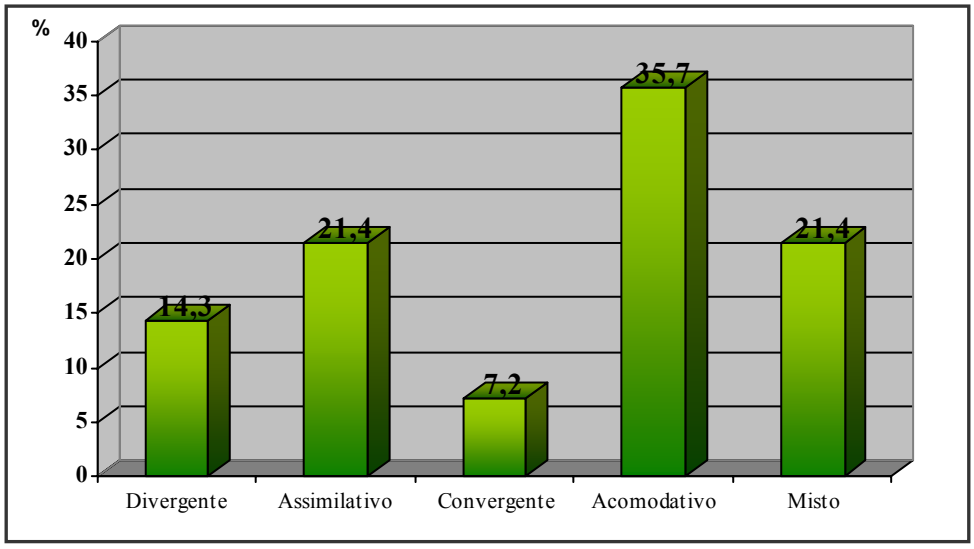
> "*Em relação à gestão (...) devia ser dado mais ênfase à gestão de conflitos, que é uma coisa que nós não sabemos como é que se faz, à liderança de equipas, as chefias de equipas, eu acho que há todo um conjunto de técnicas de grupo e de coesão de grupo: como é que se faz (...) para unir mais o grupo ou não, que tipo de estratégias é que se podem adoptar. Eu acho que há muita coisa acerca dessa área, mas foi muito pouco explorada. Muito pouco explorada. E no fundo nós todos trabalhamos em equipa*." (**E14**: 129)

Em relação aos resultados por grupos de competências, também obtivemos valores médios muito semelhantes que variaram entre 5.77 e 5.96. Este último valor corresponde às competências de acção, pelo que se pode afirmar que a escola, à semelhança do hospital, favorece a experiência concreta. A conceptualização é o segundo grupo de competências cotado no EPQ com um valor médio de 5.87. Apenas com menos uma décima (5.86) surge o grupo de competências da experimentação. O valor médio inferior (5.77) é obtido pelo grupo das competências afectivas. Constata-se, pois, pequenas diferenças entre cada grupo de competências. Neste sentido, a escola valoriza de forma muito idêntica qualquer um dos grupos de competências.

À semelhança dos procedimentos utilizados na análise dos dados obtidos através da aplicação do ACP e do EPQ para o contexto hospitalar, procedemos também à identificação dos estilos de aprendizagem cujo desenvolvimento seria favorecido pelas características do meio escolar. De entre as vinte competências que compõem o *Environmental Press Questionnaire* - EPQ cotadas com valores entre 1 (competência pouco relevante no desempenho de funções no serviço específico) e 7 (muito relevante), cada conjunto de cinco refere-se a um determinado estilo de aprendizagem (divergente, convergente, assimilativo e acomodativo). Depois de adicionadas em cada um dos grupos, verificou-se qual a que teria um resultado mais elevado. Ao grupo com maior valor fez-se corresponder o estilo de aprendizagem.

Uma vez que os valores obtidos para cada grupo de competências foram muito semelhantes, verificou-se uma grande pluralidade de estilos de aprendizagem favorecidos pelo contexto escolar, de acordo com os enfermeiros que frequentaram o primeiro CCFE e que exerciam funções no Hospital de São José. O mais frequente foi o acomodativo, com 35,7% (que corresponde a cinco sujeitos – E1, E3, E5, E9 e E10). O assimilativo surge em seguida, com 21,4% (E2, E4 e E8). Com o mesmo valor percentual surge o estilo de aprendizagem misto (E6 – assimilativo, convergente e acomodativo; E7 – divergente, assimilativo e convergente e E13 – convergente e acomodativo). O contexto afectivo (divergente) é considerado por 14,3% (E11 e E14) e o convergente por 7,2% (E12).

Gráfico 8 – Estilos de aprendizagem que o contexto escolar permite desenvolver com maior predominância



Em relação ao estilo acomodativo considerado favorecido pelo contexto de aprendizagem escolar por E1, E3, E5, E9 e E10 (35,7%), verificamos que entre estes actores do estudo E1 e E9 percepcionaram-no como sendo o seu estilo de aprendizagem e que este seria também favorecido pelo seu contexto de trabalho. Já E3, que se considera assimilativo, vê o seu local de exercício como favorecedor de um contexto afectivo (divergente). E5, que no ACP apontou para o estilo de aprendizagem misto evidenciando o divergente, o convergente e acomodativo, no EPQ hospital teve também como resultado o estilo de aprendizagem misto (divergente e acomodativo). Por fim, E10, que se considera divergente, este é também o estilo de aprendizagem favorecido pelo seu serviço.

Refira-se que o estilo de aprendizagem acomodativo obteve o valor percentual mais elevado no ACP (28,6%) e no EPQ – hospital (35,7%).

O assimilativo foi considerado como sendo beneficiado pelo contexto escolar por E2, E4 e E8. E4 percepciona-se como sendo divergente e acomodativo e ao seu local de trabalho como favorecedor do acomodativo. E2 e E8 consideram que o seu estilo de aprendizagem é assimilativo, mas os seus contextos de trabalho favorecem, respectivamente, o divergente e o acomodativo. Pode-se, pois, afirmar que há também uma certa pressão exercida pelo contexto escolar, mas que para estas duas pessoas não se devem exclusivamente à escola onde foi frequentado o CCFE, pois como já vimos, E8 tinha um Curso de Estudos Superiores Especializados em Saúde Mental e Comunitária e estava a terminar o Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais, enquanto que E2 frequentava a parte curricular do Mestrado em Estudos sobre as Mulheres.

Relativamente ao misto, E6 considerou que os estilos de aprendizagem que a escola permite desenvolver são: o assimilativo, o convergente e o acomodativo, considerando este último o seu estilo de aprendizagem e o favorecido pelo seu serviço.

Também E7 atribui à escola uma multiplicidade de estilos de aprendizagem que esta permite desenvolver: divergente, assimilativo e convergente, sendo este último o seu e beneficiado pelo seu contexto de trabalho.

E13 percepciona a escola como facilitadora do desenvolvimento dos estilos convergente e acomodativo, sendo estes os desenvolvidos por si. No entanto, os que

o seu contexto de trabalho permite desenvolver são o divergente e o acomodativo, sendo este último comum às duas forças contextuais e desenvolvido pela pessoa.

O contexto escolar promove o desenvolvimento do estilo de aprendizagem divergente para os sujeitos E11 e E14. Este é também o estilo de E11, mas a força contextual do seu exercício profissional aponta para o convergente. E14 considera que o divergente é também o estilo de aprendizagem que o seu local de trabalho favorece, contudo, o assimilativo é o seu estilo de aprendizagem. Todavia refira-se que este actor do estudo é detentor de licenciatura em Psicologia Social e das Organizações, o que significa que houve influência de outras forças contextuais no desenvolvimento do seu estilo de aprendizagem.

Por fim, E12 considera que a escola favorece o desenvolvimento do estilo de aprendizagem convergente, quando se considera divergente, sendo este o estilo que o seu contexto de trabalho permite expandir.

A força contextual no desenvolvimento dos estilos de aprendizagem dos actores do estudo, hospitalar ou escolar, é resumida no Quadro 19, onde se representam os estilos de aprendizagem obtidos através do ACP, do EPQ – Hospital e do EPQ – Escola. Quando o estilo de aprendizagem do actor do estudo (obtido através do ACP) é coincidente com uma das forças contextuais (hospital ou escola) é assinalado com um ligeiro sombreado.

Ao analisarmos o Quadro 19 podemos constatar a forte influência que os contextos de aprendizagem do CCFE tiveram no desenvolvimento do estilo de aprendizagem dos actores do estudo. À excepção de E3 e E14, todos os enfermeiros têm influência de pelo menos um dos contextos. Destacamos E1 e E9, cujo estilo de aprendizagem obtido em qualquer um dos questionários foi o acomodativo. Apesar de E6 considerar que a escola favorece o desenvolvimento de três estilos de aprendizagem: assimilativo, convergente e acomodativo, este último coincide com o beneficiado pelo hospital e o que é percepcionado por si.

E13 obteve em qualquer um dos questionários o estilo de aprendizagem misto, sendo percepcionados como seus o acomodativo e o convergente, que coincidem precisamente com os que o contexto escolar permite desenvolver. O acomodativo é também favorecido pelo contexto de trabalho, para além do divergente. E2 e E8 têm como estilo de aprendizagem assimilativo, sendo este o que é considerado por si

como favorecido pelo contexto escolar. O mesmo acontece com E11, mas com o estilo de aprendizagem divergente. Com um estilo de aprendizagem misto – divergente e acomodativo, E4 considera que este último é o que o desenvolvido pelo seu local de trabalho. Por fim, E10 e E12 consideram que o seu estilo de aprendizagem é o divergente, sendo este o que o seu serviço permite desenvolver com maior predominância.

Quadro 19 – Estilos de aprendizagem obtidos através do ACP, EPQ – Hospital e EPQ – Escola

	Estilos de Aprendizagem obtidos através dos questionários		
Sujeito	**ACP**	**EPQ - Hospital**	**EPQ - Escola**
E1	Acomodativo	Acomodativo	Acomodativo
E2	Assimilativo	Divergente	Assimilativo
E3	Assimilativo	Divergente	Acomodativo
E4	Misto Divergente / Acomodativo	Acomodativo	Assimilativo
E5	Misto Divergente / Convergente / Acomodativo	Misto Divergente / Acomodativo	Acomodativo
E6	Acomodativo	Acomodativo	Misto Assimilativo / Convergente / Acomodativo
E7	Acomodativo	Convergente	Misto Divergente / Assimilativo / Convergente
E8	Assimilativo	Acomodativo	Assimilativo
E9	Acomodativo	Acomodativo	Acomodativo
E10	Divergente	Divergente	Acomodativo
E11	Divergente	Convergente	Divergente
E12	Divergente	Divergente	Convergente
E13	Misto Convergente / Acomodativo	Misto Divergente / Acomodativo	Misto Convergente / Acomodativo
E14	Assimilativo	Divergente	Divergente

Antes de iniciarmos a análise comparativa da informação referente ao EPQ (que avalia até que ponto o contexto de trabalho e o contexto escolar permitem desenvolver as competências) e ao ACP (avalia até que ponto o enfermeiro desenvolveu, durante o seu percurso o referido conjunto de competências), apresentaremos no Quadro 20 a globalidade dos dados oriundos dos três questionários.

Quadro 20 – Valores médios das cotações, por competência, do ACP, do EPQ Hospital e do EPQ Escola

COMPETÊNCIAS	ACP	EPQ HOSPITAL	EPQ ESCOLA
DIVERGENTE (relação)			
A. Ser sensível aos sentimentos do utente	5.79	**5.86**	**5.93**
B. Ser sensível aos valores do utente	5.64	**6.00**	**5.86**
C. Saber ouvir	5.57	**5.79**	**5.86**
D. Saber colher informações	**5.64**	5.50	**6.07**
E. Prever implicações de situações ambíguas	5.00	**5.43**	**5.14**
ASSIMILATIVO (conceptualização)			
F. Organizar as informações colhidas	5.71	**5.79**	**6.07**
G. Construir modelos conceptuais	**5.00**	4.93	**5.64**
H. Testar ideias e teorias	**5.07**	4.71	**5.50**
I. Planear pesquisas	**5.21**	4.93	**6.21**
J. Analisar dados quantitativos	**5.29**	5.07	**5.93**
CONVERGENTE (experimentação)			
L. Criar novas formas de pensar e agir	5.50	**6.21**	**6.00**
M. Realizar novas experiências	**5.43**	5.29	**5.71**
N. Escolher as melhores soluções	5.21	**5.86**	**5.50**
O. Definir objectivos/resultados esperados	5.50	**5.86**	**5.93**
P. Tomar decisões	5.50	**6.43**	**6.14**
ACOMODATIVO (acção)			
Q. Concretizar os objectivos traçados	5.36	**6.14**	**6.07**
R. Criar e explorar novas oportunidades	5.21	**5.93**	**6.36**
S. Influenciar e liderar colegas	**5.50**	**6.00**	5.29
T. Envolver-se pessoalmente nas situações	**6.14**	**6.21**	6.07
U. Relacionar-se com os colegas	5.93	**6.43**	**6.00**

Para facilitar a leitura do quadro e de modo a conseguirmos detectar a diferença para cada competência entre os três questionários, optámos por representar em letra normal o valor médio mais baixo, a negrito o segundo valor médio e a negrito, sombreado e com tamanho de letra superior o valor médio mais elevado, sendo que se for no EPQ - hospital está a vermelho e se for no EPQ - escola está a verde.

Os dados que se podem observar neste quadro comparativo reforçam a ideia de que a formação dos enfermeiros no âmbito do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem deve estar referenciada a ambos os contextos de aprendizagem: escolar e hospitalar. Repare-se que entre as vinte competências nove são, na opinião dos actores do estudo, passíveis de serem mais desenvolvidas no contexto hospitalar ("***B.*** *Ser sensível aos valores do utente*"; "***E.*** *Prever implicações de situações ambíguas*"; "***L.*** *Criar novas formas de pensar e agir*"; "***N.*** *Escolher as melhores soluções*"; "***P.***

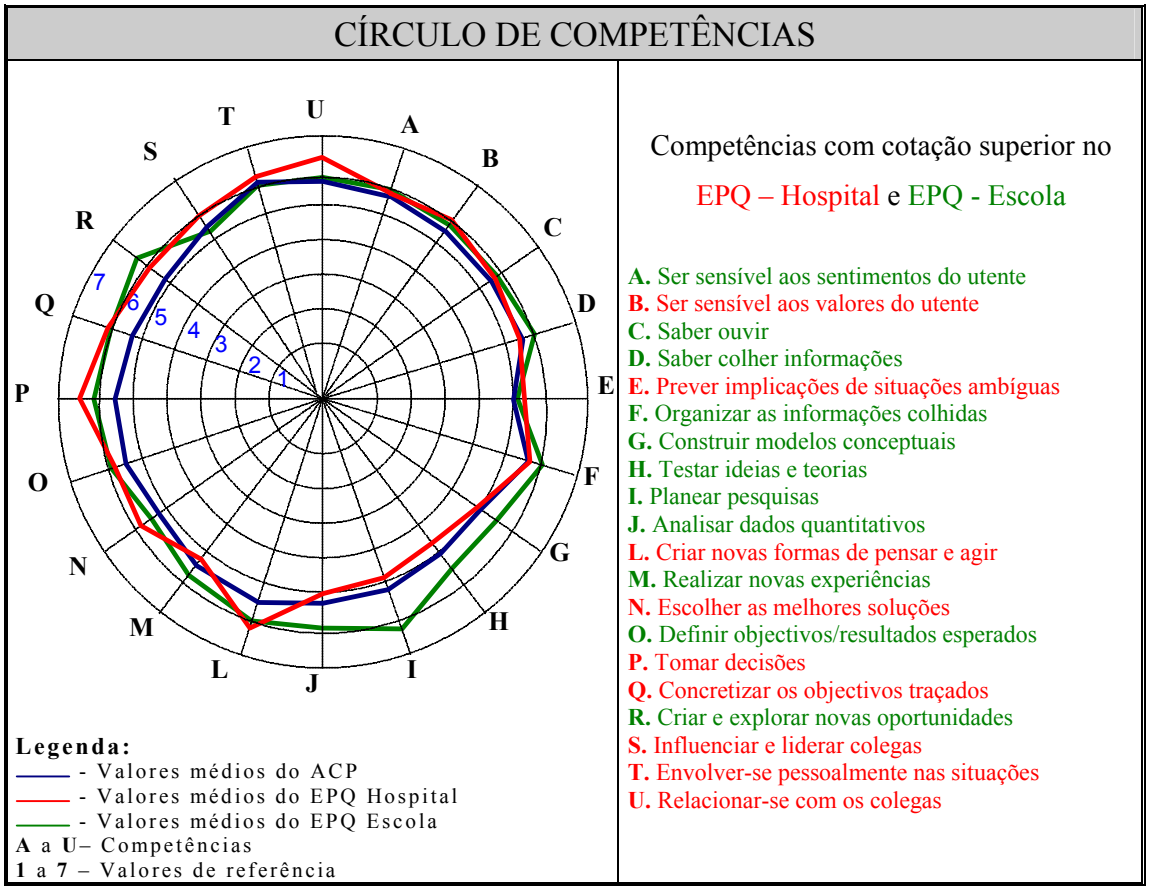
Tomar decisões"; "***Q.** Concretizar os objectivos traçados*"; "***S.** Influenciar e liderar colegas*"; "***T.** Envolver-se pessoalmente nas situações*" e "***U.** Relacionar-se com os colegas*") e onze são susceptíveis de serem mais desenvolvidas no contexto escolar ("***A.** Ser sensível aos sentimentos do utente*"; "***C.** Saber ouvir*"; "***D.** Saber colher informações*"; "***F.** Organizar as informações colhidas*"; "***G.** Construir modelos conceptuais*"; "***H.** Testar ideias e teorias*"; "***I.** Planear pesquisas*"; "***J.** Analisar dados quantitativos*"; "***M.** Realizar novas experiências*"; "***O.** Definir objectivos/resultados esperados*" e "***R.** Criar e explorar novas oportunidades*"). Neste sentido, podemos afirmar que ambos os contextos (hospitalar e escolar) complementam-se para uma *pressão* no desenvolvimento global de competências dos enfermeiros que frequentaram o primeiro Curso de Complemento de Formação em Enfermagem e que exerciam funções no Hospital de São José. Por outro lado, os resultados apontam para a existência de contextos de trabalho afectivos, simbólicos e comportamentais e de um contexto escolar que, para além destas características, é também perceptivo sendo por isso também indutor da conceptualização abstracta.

Os resultados referentes a cada competência são assinalados num "círculo de competências" para uma representação visual do estilo e da força contextual. As semelhanças/diferenças são determinadas pelas lacunas entre os resultados na auto--avaliação de competências (resultados do ACP) e avaliação da importância (resultados do EPQ) (Kolb e Wolfe, 1981, cit. por Laschinger, 1990).

Da observação do Círculo de Competências, na Figura 18, torna-se evidente a superioridade das cotações obtidas nos EPQ – hospital (representado a vermelho) e EPQ – escola (representado a verde) em relação ao ACP (representado a azul), o que traduz a mais valia de ambos os contextos de aprendizagem no desenvolvimento de competências dos enfermeiros no âmbito da frequência do CCFE. Destaca-se a superioridade dos valores obtidos no EPQ – escola em relação ao ACP e EPQ – hospital no grupo das competências da conceptualização ("***F.** Organizar as informações colhidas*"; "***G.** Construir modelos conceptuais*"; "***H.** Testar ideias e teorias*"; "***I.** Planear pesquisas*" e "***J.** Analisar dados quantitativos*"). Realça-se também a preponderância do EPQ – hospital em relação em relação ao ACP e EPQ – escola nas competências de acção ("***Q.** Concretizar os objectivos traçados*"; "***S.** Influenciar e liderar colegas*"; "***T.** Envolver-se pessoalmente nas situações*" e "***U.***

Relacionar-se com os colegas"), à excepção da competência "***R.*** *Criar e explorar novas oportunidades*", que obteve maior cotação no EPQ – escola.

Figura 18 – Ciclo de Competências – representação gráfica dos valores médios das cotações obtidas por competência, com aplicação do ACP e do EPQ (hospital e escola)



A articulação entre a formação a nível do CCFE e o contexto de trabalho é perceptível através da complementaridade das duas forças contextuais de aprendizagem (escola e hospital), sendo também verbalizada pelos actores do estudo. Esta articulação foi possível através da realização de trabalhos das diferentes unidades curriculares, nomeadamente da enfermagem, da investigação e dos estágios em que tinham de realizar um trabalho de campo.

> "*A parte dos projectos que nós usualmente escolhemos, quer o projecto de enfermagem quer o projecto de investigação esteve relacionado com determinadas atitudes e determinados comportamentos que eu (...) enquanto enfermeiro deste serviço [bloco] necessitava de adquirir.*" (**E1**: 140)

> "*No curso de complemento nós não fazíamos monografia, fizemos o relatório do trabalho de campo. (…) Eu sempre fiz os estágios, que não são propriamente estágios, mas tínhamos trabalho de campo no próprio serviço, no nosso próprio horário, portanto, não tínhamos que (…) redobrar, digamos assim, carga horária nem nada disso e até foi fácil*." (**E13**: 174, 209)

A aprendizagem corresponde, de acordo com Canário (2005) a um trabalho que cada sujeito realiza sobre si próprio. A interacção da pessoa com o mundo que a rodeia permite a construção de teorias que vai testar permanentemente através da acção. A articulação entre a informação e a experiência tem um papel central, levando a considerar cada sujeito como o principal recurso para a sua aprendizagem. Se por um lado, haviam enfermeiros que não estavam motivados a investir no serviço e no seu próprio desenvolvimento enquanto profissionais de um contexto específico, o CCFE veio reforçar essa necessidade e até mesmo "obrigá-los" a tal.

> "*Isso [fazer o trabalho de investigação no serviço] facilitou-me uma série de coisas. Quer dizer, assim [com o CCFE] eu pesquisei imenso, sem querer acabei por me envolver imenso, pesquisar, ler imensas coisas que depois me serviram que se calhar eu não teria feito se não tivesse ido [para] o complemento*." (**E4**: 178)

Por outro, haviam enfermeiros que estavam motivados em desenvolver o seu saber e assim melhorar a qualidade dos cuidados, mas não detinham conhecimentos para pôr em prática um trabalho que tivesse impacto no serviço. O CCFE foi a chave para a sua concretização.

> "*Em relação ao trabalho que eu desenvolvi (…) [o CCFE] (…) deu-me realmente o conhecimento para eu o poder fazer. Eu queria fazê-lo mas não sabia como. Por isso, aprendi sem dúvida*." (**E5**: 164)

Esta articulação entre a formação ao nível do CCFE com o contexto de trabalho permitiu o envolvimento dos vários elementos das equipas e deste modo foi possível sentir-se o impacto da formação no serviço bem como na qualidade dos cuidados prestados à população. Este efeito foi imediato e persistiu mesmo após a conclusão do CCFE por parte destes enfermeiros, pois houve continuidade desses trabalhos e preocupação em aplicar na prática o aprendido na escola em termos teóricos.

> "*(…) isso [resistência relativamente aos familiares que existia quando estava a frequentar o Complemento] (…) melhorou muito porque envolvemos o pessoal todo nessa altura… e exteriorizaram, exorcizaram medos e questões e durou. (…) Houve [benefícios do Complemento para o serviço] porque o trabalho foi desenvolvido nesse âmbito [da família]*." (**E2**: 329, 334)

> "*(Silêncio seguido de inspiração profunda) Se calhar no início (…) de ter terminado o complemento se calhar teve algum impacto, (…) se calhar algumas coisas ainda apliquei [no contexto de trabalho]. Depois e como [o que se aprende no CCFE] é novidade as pessoas até aceitam e até acham que é boa ideia*." (**E3**: 102, 104, 105)

> "*Ainda quero continuar a desenvolver mais [a relação com o doente em coma]. E se Deus quiser hei-de desenvolver mais, aliás estou a continuar o trabalho*." (**E5**: 128)

Na perspectiva de E13 o impacto da formação no contexto de trabalho e na qualidade dos cuidados começa a ter alguma visibilidade, mas só após a conclusão do CCFE por vários enfermeiros.

> "*Já há vários [enfermeiros] que têm [o complemento no SO] e as coisas começam a se calhar a ter algum impacto. Pode-se ainda brincar se calhar um bocadinho com a palavra [formação], mas [depois de vários enfermeiros do SO concluírem o CCFE] começa a tocar até algum bocadinho de começar a tocar a sério, aí se calhar as coisas vão começar, pronto isto é muito lento*." (**E13**: 212, 213).

Por outro lado, a frequência do CCFE permitiu algumas aquisições em termos de conhecimentos que influenciaram a conduta profissional destes enfermeiros.

> "*A relação que [a formação no CCFE] teve [com a prática] foi que adquiri determinados conhecimentos que me são úteis no dia-a-dia… nomeadamente quer na parte relacionada com os colegas quer na parte de formação com os colegas, quer na parte de reconhecimento (…) de certa forma profissional. (…) [O CCFE] teve a ver com o adquirir competências para o desempenho de funções no meu local de trabalho*." (**E1**: 107, 141)

Da mesma forma no estudo de Hughes (2005), sobre a percepção dos enfermeiros em relação ao desenvolvimento profissional contínuo, a autora verificou que o desenvolvimento profissional contínuo era visto de uma forma positiva não apenas para rodear a sua prática, mas também dos que os rodeiam.

A motivação, como processo, é aquilo que suscita ou incita uma conduta, que sustém uma actividade progressiva, que canaliza essa actividade para um dado sentido. Pela motivação consegue-se que a pessoa enquanto aluno encontre motivos para aprender, para se aperfeiçoar e para descobrir e rentabilizar capacidades (Balancho e Coelho, 1994). O envolvimento dos sujeitos no processo de formação do CCFE foi também determinante na existência da articulação da formação com o contexto de trabalho. A forma como a formação em si é encarada pelos sujeitos determina a utilidade que é dada aos conhecimentos apreendidos nas diversas unidades curriculares. Se a motivação para a formação existir, então há como que uma preocupação com a articulação do saber teórico com o saber prático, pois "*só se aprende alguma coisa em situações que façam sentido para o sujeito*" (Canário, 2005: 159).

> "*Todas estas disciplinas na área das ciências sociais e humanas têm sempre ligação, por isso [a formação a nível do CCFE com a prática profissional]. (…) Isso vai logo também do princípio, do que é que tu estás à espera do complemento e a maneira como tu o encaras*." (**E2**: 283, 285)

> "*[Foi uma preocupação] minha pessoal [relacionar o CCFE com o contexto de trabalho]. Tudo o que eu tentei desenvolver [no CCFE] como trabalhos, tentei que não fossem retóricos, mas sim com uma vertente prática mais possível aplicada ao meu contexto de trabalho específico, serviço 3, sala 1*." (**E6**: 92, 93)

> "*Eu tive sempre (...) em relação com a prática. (...) Se eu não tivesse (...) uma relação [com o contexto de trabalho] não aprendia (...) Não estava a tirar partido de ter andado lá [no CCFE]*." (**E7**: 117, 124)

Além desta procura de articulação com o CCFE, é dada a possibilidade de relembrar alguns aspectos teóricos que com o decorrer dos anos já haviam caído no esquecimento e que após alguma reflexão se revelaram importantes na prática dos cuidados de enfermagem.

> "*Se calhar, para começar eu pessoalmente aplicava [na prática], coisas que me estavam um pouco esquecidas, (...) coisas que até as pessoas que pensam que já não é bem assim, (...) que um doente tem o direito de recusar a ser tratado por aquele médico, ou então por aquela enfermeira, terapeuta ou instituição*." (**E3**: 98, 100, 101)

Alguns trabalhos realizados no âmbito do CCFE foram o contributo teórico para quebrar a rotina imposta nalguns serviços e que foram como que um "despertar" da consciência de E11 e E13 para tal facto.

> "*(...) muitas vezes dou comigo e eu tentei sempre fazer isso mas acho que agora [depois do complemento] com mais consciência, de maneira diferente, tentar mudar algo que eu fiz no meu dia-a-dia, tanto com o doente, como com os colegas. (...) [O complemento ajudou] não só a reflectir mas depois arranjar maneira como é que eu depois tenho que lidar com certas situações para mudar atitudes e comportamentos de determinadas situações porque às vezes não é aquilo (...) que fazemos, nem aquilo que dizemos, mas a maneira como as coisas são feitas e como são ditas. E tudo isso [o complemento] ajudou-me muito*." (**E11**: 193, 274)

> "*(Silêncio) (...) em termos de prática profissional mudou algumas coisas porque há práticas que nós temos e faz-se assim porque sempre se fez… em termos de complemento houve trabalhos que eu tive que fazer, alguns individuais, que me deram algumas certezas enquanto prática na minha vida profissional*." (**E13**: 152, 153)

As características do contexto de trabalho são também consideradas influentes no processo de aprendizagem no âmbito do CCFE. A força contextual é reconhecida verbalmente por um dos enfermeiros que participaram no estudo, considerando que o seu actual serviço (Serviço de Urgência) favorece muito mais o desenvolvimento de competências de relação, às quais passou a dar mais importância, do que o anterior (Bloco Operatório).

> "*Eu penso que (...) ter feito o complemento enquanto enfermeira de SO me ajudou imenso. Se eu estivesse no bloco não tinha ficado alertada para tanta coisa, porque (...) em termos de relação [o SO] é um serviço extremamente rico, tem todo o tipo de sentimentos. (...) O facto de ter estado no SO [durante o complemento], ajudou-me a enriquecer mais do que se eu estivesse em qualquer outro serviço, sem dúvida*." (**E13**: 163, 164, 169)

A articulação da formação ministrada no CCFE com o contexto de trabalho foi benéfica, na perspectiva de E2, para si, para o grupo de trabalho, para os utentes que são cuidados no seu serviço e respectivas famílias.

> "*[Houve benefícios do Complemento para várias partes] para a minha, para a do grupo, para a dos próprios utilizadores e para as suas próprias famílias*." (**E2**: 333)

Com uma perspectiva diferente E8 e E14 dizem-nos que existiu pouca ou nenhuma articulação entre a formação a nível do CCFE e o contexto de trabalho, pois as unidades curriculares tiveram uma abordagem geral.

> "*Nenhuma específica [relação entre a formação a nível do CCFE e a prática profissional] (...) para o tipo de cuidados que prestamos aqui. (...) Especificamente para este contexto profissional nada, porque as cadeiras foram todas de âmbito geral.*" (**E8**: 89, 91)

> "*Muito pouca [articulação entre a formação no CCFE e o contexto de trabalho]*." (**E14**: 94)

E8 acrescenta ainda que a articulação entre a formação no âmbito do CCFE e o contexto de trabalho não é possível de se conseguir dada a diversidade de contextos dos estudantes, considerando-a como uma questão de personalização. Além disso, vê sentido nesta distância entre escola e serviço, pois considera que o fundamento de enfermagem é a prestação de cuidados ao indivíduo independentemente da sua patologia.

> "*(...) até outra coisa não era possível porque as pessoas que lá [CCFE] estão cada uma é de um serviço e uns são do hospitalar, outros da comunidade, outros da Presidência da República e coisas do género, por isso se calhar é impossível se calhar haver uma personalização. (...) Se calhar nem tem lógica porque o fundamento da enfermagem é a prestação de cuidados independentemente da patologia (...) que ele traga (...) porque ele primeiro é o indivíduo depois é que é o doente com neoplasia ou com arritmia ou com alguma coisa*." (**E8**: 92, 94)

Esta exterioridade do sistema de formação do CCFE em relação aos contextos de trabalho, de acordo com Canário (2005) conduz a uma desvalorização da experiência dos formandos, à ignorância de que as competências profissionais são "emergentes" dos contextos de desempenho profissional e, assim, a criar dificuldades acrescidas aos processos de *transfert*, da formação para o trabalho.

Além da articulação da formação no âmbito do CCFE com a prática propriamente dita, procurámos saber se tinha havido também articulação com a formação em serviço. A realização de trabalhos das unidades curriculares foi também sentida nalguns contextos de trabalho. Os enfermeiros puderam cumprir os objectivos curriculares e, em simultâneo, participar como prelectores na formação em serviço. Se, por um lado houve quem continuasse essa intervenção, por outro não passou de uma situação ocasional que visou apenas o cumprimento do objectivo curricular.

> "*[Na formação em serviço do Serviço 6] houve aquela da parceria com a escola, já que eu estava afazer o complemento e era um problema [atendimento aos utentes] que a gente queria resolver… melhorar no serviço.*" (**E2**: 326)

> "*A formação é avaliada, pelo menos a minha foi avaliada… segundo (…) uma temática que nós queremos aprofundar (…) no serviço. Entretanto, optei por (…) a formação a nível de pais, (…) acolhimento e relação de ajuda [como temas para aprofundar no serviço e ser avaliada no CCFE]. Portanto, aproveitei as duas coisas, tanto fiz depois a formação em serviço para os enfermeiros e fiz a formação do complemento*." (**E3**: 150, 151, 152)

> "*Houve [relação entre a formação no CCFE e a formação em serviço] e tenta--se fazer, só que, realmente não foi continuada. (…) Houve a intenção de um projecto de fazer pequenas formações (…) neste caso para auxiliares de acção médica (…) e houve e fez-se na altura e recomeçou-se, mas agora houve uma certa paragem*." (**E4**: 201, 203)

> "*Nós propusemo-nos realizar sessões e os protocolos de uma forma, escolhemos um tema dentro do complemento, que foi posto em prática no serviço e foi em conjunto… permitiu-nos desenvolver essa actividade*." (**E7**: 160)

Alguns dos actores do estudo consideram também que a dinâmica de formação foi influenciada devido à articulação do CCFE com o contexto de trabalho ou, simplesmente, pelo facto dos mesmos terem frequentado o referido curso. Esta influência passou pelo incentivo da realização de trabalhos e pela parceria na sua realização.

> "*Relação [entre CCFE e formação em serviço] houve, vamos lá a ver, há determinadas formações que se fazem hoje em dia no serviço que têm a ver também com alguma dinâmica que eu, apesar de não ser o responsável pela formação, juntamente com a enfermeira chefe temos tentado dinamizar as pessoas para a formação. No terceiro Congresso do Hospital de São José, conseguimos dinamizar muitas pessoas do bloco para a formação, para a apresentação de trabalhos, para fazerem posters, etc., e eu penso que isso teve directamente relacionado com o facto de eu ter feito o complemento de formação.*" (**E1**: 136, 137)

> "*Fez-se um trabalho agora aí [no Serviço 6] que foi apresentado – os CIPEPS – metade foi o projecto que eu tinha desenvolvido e depois o resto foi a enfermeira da formação que fez o resto*." (**E2**: 324)

Dois dos enfermeiros, cujas funções passavam também pela responsabilidade pela formação em serviço, procuraram implementar uma nova dinâmica de formação em contexto de trabalho. A experiência formativa que o CCFE lhes proporcionou fez com que fosse atribuída uma maior importância à formação. Dado o papel que desempenhavam tiveram hipótese de procurar implementar mudanças a esse nível.

> "*Ao ganhar uma nova perspectiva sobre enfermagem, uma nova perspectiva baseada na importância para a formação e no desenvolvimento de iniciativas de investigação e formação fez-me tentar (...) transpor para o serviço e para (...) os restantes colegas de equipa e do serviço, essa mesma iniciativa. (...) Um pouco a formação em serviço mais no desenvolvimento, no estímulo, para servir de estímulo ao desenvolvimento dessas iniciativas de formação aqui (...) ou resolução de problemas que existem no serviço*." (**E6**: 146, 147)

> "*Eu penso que houve [relação deliberada entre a formação a nível do CCFE com a formação em serviço]. Eu senti cada vez mais que era preciso haver formação em serviço, que era preciso as pessoas envolverem-se na formação, é isso que eu lhes digo sempre a eles [enfermeiros do serviço]*." (**E9**: 184, 185, 186, 187)

Cinco dos enfermeiros (E5, E8, E10, E12 e E14) que participaram no estudo referem não ter existido qualquer articulação entre a formação a nível do CCFE com a formação em serviço, o que se justifica pelo facto de não ser objectivo de nenhuma das unidades curriculares, do plano de formação já estar previamente definido.

> "*Sabes que o meu curso não me obrigou a fazer propriamente uma formação em serviço. (...) Não, não. [O CCFE] não mexeu [com a formação em serviço]*." (**E5**: 173, 175)

> "*Não porque nós tínhamos um (...) plano de formação (...) em serviço e não teve assim grande articulação [com o complemento]*." (**E10**: 246)

Uma outra experiência de um dos entrevistados foi o facto de tentar motivar os colegas em relação a determinados assuntos abordados no CCFE, mas o facto de não haver qualquer interesse manifestado conduziu a uma desistência da sua parte.

> "*Inclusivamente houve alturas em que eu tentava contar [no serviço] determinadas coisas que se tinham passado no complemento, o feedback não era muito grande, portanto também desisti rapidamente*." (**E12**: 157)

Perante tais comportamentos, esta enfermeira sentiu necessidade de se fazer algo pela formação do seu local de trabalho, pelo que considera o CCFE como a chave para a sua motivação para se candidatar como enfermeira formadora.

> "*Acho que se calhar se houve alguma coisa foi de facto eu ter ganho coragem para me candidatar como enfermeira formadora*." (**E12**: 158)

Apesar de não ter existido a articulação da formação no âmbito do CCFE com a formação em serviço aquando da frequência do curso, alguns destes enfermeiros (E5 e E10) referem que sentiram essa articulação após o seu término.

> "*[O CCFE] irá mexer agora [com a formação em serviço], que nós agora é que estamos realmente a fazer a formação em serviço, muito por causa do meu trabalho.*" (**E5**: 176)

A articulação entre a formação a nível do CCFE e o contexto de trabalho foi pautada de algumas dificuldades, nomeadamente no relacionamento da formação com a realidade das práticas, que passou pelo cair na rotina algum tempo após o término do CCFE, bem como a resistência à mudança por parte da chefia do serviço.

> "*[Depois de ser novidade o que se aprende no CCFE] as pessoas começam a entrar na rotina anterior. (...) Com a chefia que estava anteriormente [na urgência] (...) tinha que ser tudo assim, assim, assim, pronto. (...) alguma coisa que eu quisesse fazer que dependesse do que viesse de cima… aí já… era cortado*." (**E3**: 107, 108, 109)

Esta situação é também mencionada no estudo de Hughes (2005) sobre a percepção dos enfermeiros em relação à importância do desenvolvimento profissional contínuo, em que muitos enfermeiros foram enquadrados num círculo de frustração ao aprenderem coisas novas. Esta frustração foi identificada pelos profissionais que tentaram implementar mudanças no seu contexto de trabalho e foram incapazes de alterar o ambiente de trabalho. Este sentimento relacionou-se com o facto dos enfermeiros estarem muito ocupados, com a falta de pessoal, com a resistência à mudança por outros membros da equipa multidisciplinar, o cair na rotina, a falta de apoio na implementação da mudança e o estilo de liderança do gestor.

A coincidência do início da frequência do CCFE com a transferência de serviço veio também dificultar a articulação da formação com a realidade das práticas. A reflexão na acção implica um conhecimento algo profundo do contexto, que não é possível a quem acabou de chegar, o que conduziu a um sentimento de ambivalência entre os contextos anterior e actual.

> "*Eu tive numa situação muito particular, (...) eu tinha mudado de serviço há pouquíssimo tempo, estava em integração no serviço e estava a frequentar o complemento, em que nada daquilo que me estava a ser transmitido eu conseguia aplicar no serviço novo onde estava. (...) Nunca pensei nos vários aspectos para que somos alertados [no complemento] e para os quais reflectimos, no serviço (...) onde estava (...) porque me era impossível, porque eu não conhecia o serviço de forma a que me permitisse fazer essa análise*." (**E12**: 108, 112)

À articulação da formação no âmbito do CCFE com o contexto de trabalho está subjacente a frequência do curso em contexto escolar. Contudo, os enfermeiros

tinham também que cumprir o seu serviço no Hospital de São José, alguns dos quais em horário rotativo e com horário acrescido (quarenta e duas horas semanais), o que conduziu à existência de algumas dificuldades, que se relacionaram com questões de horário de trabalho. As estratégias para ultrapassar esta dificuldade passaram pela realização de trocas com os colegas, gozo de folgas, feriados e férias.

> "*[A chefe do Serviço 6] acabou por não corresponder àquilo que eu estava à espera em termos de facilidades de horários [para frequentar o CCFE]. Muitas das vezes… eu tava de saída de noite para ir para as aulas, acabava por não ir porque eu cansada não vou pra lado nenhum, vou para a cama, vou dormir, já não tenho essa capacidade. (…) [Para além dos horários] não tive propriamente assim mais dificuldades*." (**E2**: 309, 310, 311, 321)

> "*O primeiro feedback que eu tive foi perfeitamente negativo, porque a resposta que me deram [em relação ao horário]: desenrasque-se que é só um ano. Fiquei em pânico (Ri-se).*" (**E3**: 142)

> "*Fiz, não gosto de fazer trocas. Comecei em (…) finais de Março, 29 de Março (…) portanto só tive de fazer trocas até Junho, a partir de Junho tinha feriados acumulados, mais as férias mais a folga de compensação e tal, e os feriados que tinham surgido ao longo do ano. (…) No início propriamente, não foi muito fácil, digamos assim*." (**E13**: 197, 198, 202)

Para quem tinha um horário em que apenas realizava o turno da manhã, as dificuldades passaram pelo facto de algumas actividades lectivas coincidirem com o do trabalho, o que obrigou a que gozassem folgas e feriados atrasados, ou passassem a fazer turnos da tarde para compensar as horas em falta.

> "*Embora o meu horário não fosse complicado porque era das (…) 17 às 21, há sempre dificuldade (…) algumas vezes haviam lá as aulas de manhã. O que havia [de manhã] eram seminários e provas e fui metendo uns feriados e folgas essas coisas assim, mas ainda senti alguma dificuldade*." (**E10**: 244, 245)

> "*Foi [um ano de sacrifício] porque eu inclusive tive que começar a fazer tardes aqui a nível do serviço para compensar*." (**E11**: 203)

A distância dos estabelecimentos de ensino foi sentida por dois dos enfermeiros que frequentaram o CCFE em Portalegre e Coimbra. Além dos horários rotativos, da carga horária acrescida (quarenta e duas horas semanais), estes sujeitos tinham de se deslocar semanalmente às localidades referidas.

> "*Para mim a minha principal dificuldade foi o facto de eu ter optado pela minha escola [Escola Superior de Enfermagem de Portalegre]*." (**E6**: 136)

> "*(…) até porque eu estava a fazer [o CCFE] em Coimbra e à quarta e à quinta-feira. Ia à quarta e vinha à sexta*." (**E8**: 135, 136)

A conjugação da sobrecarga laboral com a vida familiar e ainda a vida escolar traduziram-se num cansaço, o que exigiu um esforço acrescido para estes enfermeiros para conseguirem cumprir, também, as suas obrigações académicas.

> " *[Tudo se conseguiu com muito esforço da minha parte] Porque eu tinha dias que estava o dia praticamente desde manhã ia para as aulas, depois aproveitava para fazer os trabalhos na escola, que rendia muito mais do que aqui em casa, tinha as aulas e depois ia então trabalhar*." (**E3**: 149)

> "*Foi conciliar (...) a minha vida particular e profissional e tudo o resto com o curso e com a actividade profissional, tudo em simultâneo. Para mim foi a principal dificuldade*." (**E7**: 103)

> "*É assim, eu andava muito cansada. (...) É óbvio que eu tive durante um ano… só tive uma folga por semana*." (**E9**: 112, 178)

> "*Já o facto de sair daqui [do hospital] a correr para ir para as aulas e… o facto de termos vida pessoal, porque todos temos a nossa vida pessoal é extremamente cansativo*." (**E10**: 248)

> "*É difícil conciliar [trabalho e curso], não há dúvida nenhuma, porque são 42 horas mais as horas da formação*." (**E14**: 76)

À dificuldade em conciliar o trabalho, a família e a escola, acresce também o inconveniente das famílias aceitarem a situação de uma maior ausência dos actores do estudo, principalmente pelos filhos, o que psicologicamente seria uma pressão, que se traduziu num sentimento de que o sacrifício seria ainda maior.

> "*Lá em casa também foi um bocado complicado. Se calhar a minha filha pensava que (muda o tom de voz como se estivesse a imitar alguém) 'Ó mãe, mas porquê, se tu já és tão boa enfermeira, porque é que hás-de andar lá a sacrificar-te este ano?'. Eu acho que eles [família] não conseguiam ver bem a necessidade que eu tinha de realmente estudar aquele. Daí que foi difícil conciliar tudo*." (**E11**: 210, 211, 212)

As características do contexto de trabalho tiveram também influência na dificuldade no cumprimento das obrigações académicas, pois a maior exigência em termos físicos e psicológicos reflectia-se depois na disponibilidade mental dos enfermeiros quando iam frequentar as aulas.

> "*A dificuldade vinha mesmo que eu já ia cansada do serviço porque era um serviço pesado [10 UCI]*." (**E5**: 168)

O tempo marca o ritmo de vida pessoal e social (Fachada, 2001), é o preço do sucesso e a fonte da força de cada um. A gestão adequada do tempo foi uma dificuldade sentida pelos enfermeiros do Hospital de São José que frequentaram o

primeiro CCFE, o que levou a que considerassem curtos os prazos estabelecidos para o cumprimento de algumas das obrigações académicas.

> "*Depois outra dificuldade foi de facto o tempo, como poder desenvolver actividades. Há muitas actividades que têm de ser desenvolvidas extra laborais: pesquisas, redacção de texto, entrevistas… tem que ser muito na base do trabalho do esforço. Muitas das vezes o tempo… o dia só tem 24 horas, às vezes era bom que tivesse 48 mas só tem 24, e o tempo aí faltou….*" (**E6**: 140, 141, 142)

> "*A principal [dificuldade] foi conseguir conciliar o tempo e as actividades todas que eu tinha*." (**E7**: 102)

Como vimos aquando da caracterização dos actores do estudo, a média de tempo de serviço era de 16,86 anos, com desvio padrão de 6.65 com máximo de trinta e um anos e mínimo de cinco. A grande maioria não estudava, pelo menos em contexto escolar, há alguns anos, o que no início do CCFE se veio reflectir numa dificuldade em conseguir entrar novamente no "ritmo" académico.

> "*Depois foram as dificuldades de uma pessoa que não estudava há 19 anos. Haviam conhecimentos que eu não tinha, de estatística, nomeadamente que eu não tinha nada, nada, nada*." (**E7**: 104, 105)

Dominicé (1986, cit. por Nóvoa e Finger, 1988) diz-nos que a formação pertence, de facto, a quem se forma. Contudo, a verdade é que todo o adulto depende de apoios exteriores, sendo ajudado e apoiado por outros, em que a sua formação acompanha o percurso da sua socialização. A colaboração dos colegas e das chefias facilitou esta articulação entre a formação a nível do CCFE e o contexto de trabalho, em relação a trocas de turnos e facilidades no horário para a frequência do curso e realização de trabalhos.

> "*Eu acho que só foi graças a isso [colaboração dos colegas] e ao chefe principalmente, foi facilitador, como elemento facilitador no horário (…) tudo, nas trocas, na flexibilidade com os colegas, eu acho que eles estavam sempre disponíveis e só posso agradecer, foi graças a eles que eu o fiz [CCFE]*." (**E7**: 157)

> "*Em relação ao chefe, acho que foi impecável, portanto tentou sempre ajudar. Os colegas a mesma coisa, mesmo os mais antigos, tentaram sempre ajudar em relação às trocas*." (**E11**: 256)

> "*Os meus colegas e a chefe foram impecáveis comigo durante o complemento e nunca me criaram o menor obstáculo. Acho que fui super apoiada pelo serviço*." (**E12**: 153, 154)

O auxílio dos colegas do hospital em relação aos trabalhos a realizar, no âmbito do CCFE, foi outra das facilidades encontradas entre o discurso dos actores do estudo.

> "*Mesmo aqui a nível do hospital havia pessoas, por exemplo em relação ao especialista, estou-te a dizer concretamente eu falo-te em relação à L.: ela tirou a especialidade Saúde do Idoso e houve um trabalho que eu fiz [no complemento] e que eu tentei pedir ajuda e ela ajudou-me, eu acho que isso é que deve ser*." (**E11**: 228)

Além da colaboração dos colegas do serviço foi também relevante a cooperação entre os colegas de grupo de trabalho do CCFE, pois a interajuda, a partilha e o bom ambiente no grupo foram um elemento-chave para o sucesso de cada um.

> "*Eu acho que tive a sorte e se nós tivermos essa sorte de trabalhar com o grupo onde as pessoas se dão bem, se interajudam, que partilham do melhor que têm, eu acho que isso é meio caminho andado [para fazer o complemento]*." (**E11**: 207)

O apoio dado pela organização em relação à frequência do CCFE foi realmente sentido por muitos destes enfermeiros. Refira-se que a instituição, preocupada coma formação dos enfermeiros tem definidas entre as suas estratégias: a frequência do CCFE pelo maior número de enfermeiros, a implementação de medidas tendentes a diminuir as dificuldades dos enfermeiros na sua frequência e o incentivo da realização de trabalhos de investigação iniciados no CCFE. Neste sentido, ao contrário de muitas instituições, em que o estatuto de trabalhador estudante é incompatível com o horário acrescido, no Hospital de São José, os funcionários não eram penalizados por estudarem. Pelo contrário, as suas regalias mantinham-se, o que de certa forma era um incentivo à progressão dos estudos académicos. A organização dava o direito aos dias para momentos de avaliação e flexibilizava o horário de trabalho, de acordo com o previsto na lei que regulamentava o Estatuto do Trabalhador-Estudante (Lei nº 116/97, de 4 de Novembro).

> "*Apesar do serviço estar numa altura de transição de chefia não houve dificuldade quer do serviço, quer do hospital para a minha formação no complemento.*" (**E1**: 134)

> "*Nunca tive qualquer problema. Os dias de exame tinha, quando precisava de sair mais cedo para fazer trabalhos, eu tinha*." (**E5**: 169, 170, 171)

> "*Não de maneira nenhuma [não houve dificuldades por parte do serviço para frequentar o CCFE]. Muito pelo contrário. (...) Ia à quarta [para Coimbra] e vinha à quinta à noite e nunca trabalhei nesses dias, mas depois compensava as horas. Mas nunca houve nenhum obstáculo à realização do [CCFE]*." (**E8**: 135, 138, 139)

> "*Não. De maneira nenhuma, antes pelo contrário. (...) Mesmo em relação à enfermeira E., portanto eu sei que havia orientação para não nos complicar a vida, antes pelo contrário para nos facilitar*." (**E11**: 255, 258)

> "*Eu negociei com a direcção de enfermagem de não perder as 42 horas, (...) o facto de não sair da equipa de colheitas. (...) Consegui sempre que tinha necessidade, sempre que havia a sobreposição de manhã aqui com manhã da escola (...) de meter folga, meter feriado. (...) Em termos de direcção de enfermagem até foi fácil, pronto, tudo bem, não houve problemas*." (**E13**: 192, 193, 199, 203)

A relação de unidade entre teoria e prática que se impõe como uma relação dialéctica que carece da presença da acção-reflexão-acção é a base para o processo de conscientização, pois o vínculo teoria e prática forma um todo onde o saber tem um carácter libertador (Freire, 1975). A conscientização traduz-se pela interpretação da realidade vivida, ou seja por um nível mais elevado do que a simples tomada de consciência, fora da acção profundamente transformadora que o homem exerce sobre a realidade social. Refira-se ainda que não há formação sem modificação, mesmo que muito parcial, de um sistema de referências ou de um modo de funcionamento (Dominicé, 1985). O processo educativo ganha em dinamismo e alarga o seu campo para se transformar num esforço de reflexão comum sobre a realidade vivida e os problemas comuns de um dado grupo social (Freire, 1975, cit. por Oliveira e Dominicé, 1977). A este respeito Damásio (2000) fala-nos também da importância da "*consciência de si*", pois a tomada de consciência do que se está a aprender é importante, já que o "*sentimento de* si" implica a capacidade de envolvimento em cada situação de aprendizagem, vivendo-a conscientemente. A articulação entre a formação vivida no CCFE e o contexto de trabalho permitiu que ainda durante ou após o curso, alguns dos enfermeiros do Hospital de São José que frequentaram o primeiro CCFE, conscientizassem o seu percurso profissional e vissem sentido desses momentos formativos na sua prática presente, passada e futura.

> "*[Depois de ter começado o CCFE comecei a pensar que] ensinava algumas coisas para a minha vida profissional.*" (**E3**: 80)

> "*Há uma coisa que reflicto muito, e após o complemento ajudou-me, acho que cresci muito a nível profissional*." (**E11**: 113)

> "*Esta consciência (...) do meu percurso profissional também me foi dado muito pelo complemento. (...) Acho que ainda tenho imensa coisa para fazer*." (**E12**: 114, 117)

> "*(Silêncio) Em termos de percurso profissional há certezas. (...) O que é o apoio psicológico? Tudo isso fui aprender, ou fui consciencializar, digamos, durante o curso de complemento. O que é o apoio psicológico ao doente, o que é o apoio psicológico à família, o que é o apoio psicológico a NÓS (aumenta o tom de voz), entre pares e que às vezes as coisas não são fáceis. (...) Em termos profissionais sinto-me mais responsável. Em termos de projectos (...) profissionais [o CCFE] alertou-me (...) enquanto profissional (...).*" (**E13**: 158, 162, 187, 235)

Em jeito de síntese, para os enfermeiros que frequentaram o primeiro CCFE e exerciam funções no Hospital de São José, o grupo de competências que o contexto hospitalar permite desenvolver mais são as de acção, enquanto que as de conceptualização são as menos favorecidas.

No contexto escolar, os quatro grupos de competências surgem com valores médios muito semelhantes, o que nos leva a afirmar que de acordo com os actores do estudo a escola valoriza todos os grupos de forma muito semelhante.

Quanto aos estilos de aprendizagem que os contextos de trabalho permitem desenvolver, o acomodativo e o divergente são os que têm maior percentagem entre os enfermeiros estudados (35,7%, cada), seguidos do convergente e do misto (14,3%, cada). Refira-se que os estilos de aprendizagem mistos têm cotação igual nos estilos divergente e acomodativo, que são os que obtiveram percentagens mais elevadas.

Decorrente da semelhança de valores obtidos para cada grupo de competências que o contexto escolar permite desenvolver, verificou-se uma grande pluralidade de estilos de aprendizagem favorecidos pelo contexto escolar. No entanto, aquele que os sujeitos consideram como o que é mais favorecido pela escola é o acomodativo (35,7%), seguido do assimilativo e do misto (ambos com 21,4%), do divergente (14,3%) e, por fim o convergente (7,2%).

Ao procedermos à triangulação dos dados dos três questionários (ACP, EPQ – hospital e EPQ – escola) constatámos a forte influência que os contextos de aprendizagem do CCFE (hospital e escola) tiveram no desenvolvimento do estilo de aprendizagem dos actores do estudo. De entre as vinte competências, nove são percepcionadas como sendo passíveis de serem mais desenvolvidas no contexto hospitalar, havendo uma maior concentração de valores médios mais elevados no grupo das competências de acção; enquanto que o desenvolvimento das onze restantes é mais favorecido no contexto escolar.

A articulação entre a formação a nível do CCFE e o contexto de trabalho é perceptível através da complementaridade das duas forças contextuais de aprendizagem (hospital e escola) e da triangulação destes dados com os obtidos através das entrevistas. Esta articulação foi possível através da realização de trabalhos no âmbito das diversas unidades curriculares. O CCFE reforçou a necessidade de alguns destes profissionais investirem no seu próprio desenvolvimento ou deu-lhes o saber que necessitavam para tal. O impacto da formação no âmbito do CCFE foi sentida nos contextos de trabalho imediatamente após o término do mesmo e, também, posteriormente pois alguns dos trabalhos não tiveram um fim com a conclusão do curso. Acrescente-se ainda que o CCFE permitiu aos sujeitos a aquisição de alguns conhecimentos que influenciaram a sua conduta profissional, melhorando a qualidade dos cuidados prestados à população.

A presença de motivação para a formação foi também determinante nesta articulação por ter como repercussão a preocupação em articular o saber teórico apreendido no CCFE com a prática profissional, bem como incentivar a reflexão sobre a acção que desta forma passou a ter lugar pois anteriormente era deixada para segundo plano por não haver disponibilidade temporal por se centrarem demasiado na acção. Além da articulação da formação do CCFE com a prática propriamente dita, houve também com a formação em serviço, sendo a intervenção formativa ocasional com vista ao cumprimento do objectivo curricular ou com continuidade.

A articulação da formação no âmbito do CCFE com o contexto de trabalho foi pautada de algumas dificuldades decorrentes dos contextos de trabalho, da vida familiar e do facto de uma grande maioria dos sujeitos estarem sem estudar já há alguns anos.

A colaboração dos colegas, das chefias e o apoio da organização foram a chave para o sucesso desta articulação. Este apoio passou pela flexibilidade dos horários exigida para a frequência de aulas e cumprimento das obrigações académicas, além do apoio na realização de alguns trabalhos.

Esta articulação entre o CCFE e o contexto de trabalho permitiu a conscientização do percurso profissional dos actores do estudo em termos passados, presentes e futuros.

6. CONCLUSÕES

> "*Formar-se não é instruir-se; é antes de mais, reflectir, pensar numa experiência vivida (...).*
> *Formar-se é aprender a construir uma distância face à sua própria experiência de vida, é aprender a contá-la através de palavras, é ser capaz de a conceptualizar.*
> *Formar é aprender a destrinçar, dentro de nós, o que diz respeito ao imaginário e o que diz respeito ao real, o que é da ordem do vivido e o que é da ordem do concebido (ou a conceber), o que é do domínio do pretendido, isto é do projecto, (...).*"
>
> Rémy Hess, 1985

A emergência da enfermagem como profissão, ciência dotada de um conhecimento próprio e de trajectos históricos únicos, marcou decisivamente este nosso estudo. Sendo uma profissão com objectos de atenção localizados na prática clínica, motiva um conjunto de interrogações não apenas devido à importância destes objectos mas também devido à evolução acelerada da profissão.

A interrogação sobre o que caracteriza e identifica a natureza dos cuidados de enfermagem dá-nos, de acordo com Collière (2003), a capacidade de explicar, de argumentar os seus efeitos terapêuticos e o seu contributo sócio-económico. Esta autora cita Touraine (1974: 195) que defende que "*para que um indivíduo ou um grupo se torne actor da história da sociedade, é necessário antes de mais que deixe de aceitar a identidade que lhe confere o sistema social. Só nasce para a acção histórica e para uma nova identidade se rejeitar os seus estatutos e papéis*" (p. 99). A formação emerge, então, como um instrumento essencial, quer para fazer face a mudanças que decorrem da própria inércia social, quer para produzir e gerir mutações deliberadas (Canário, 1997).

A carreira e a formação dos enfermeiros portugueses têm sido alvo de grande evolução num curto espaço de tempo. Apenas no século XX, a formalização do ensino contribuiu para que se passasse de uma prática de caridade com um cariz essencialmente religioso para um desempenho que se passou, efectivamente, a designar de profissional. A primeira carreira pública viu a sua emergência nos anos quarenta a par da reforma do ensino de enfermagem, que preconizava dois níveis de

formação (enfermeiros e auxiliares de enfermagem), de modo a fazer face à carência de profissionais.

De uma profissão essencialmente feminina, com autonomia limitada, a enfermagem começou a conquistar a sua posição em diversos contextos para além das instituições hospitalares (marinha, guerra colonial, exército, companhias de seguros, grandes empresas, entre outros.). Depois de uma nova reestruturação da carreira, em 1967, que preconizou três percursos distintos (saúde pública, hospitalar e ensino), a enfermagem viu o fim da proibição do casamento nos anos setenta, que ficaram também marcados com a introdução da metodologia científica designada por "*plano de cuidados*" ou "*processo de enfermagem*". Nesta década foi criada a carreira profissional de enfermagem, e decorrentes dos acontecimentos socio-políticos surgiram reivindicações em relação a melhores condições de trabalho e salários, bem como ao reconhecimento do exercício da profissão.

A última década do século vinte foi marcada por grandes acontecimentos, que foram essenciais para afirmação da profissão, nomeadamente a publicação do Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermagem (REPE) e a criação da Ordem dos Enfermeiros.

A formação em enfermagem foi também alvo de uma grande evolução, num espaço de tempo relativamente curto. O primeiro curso, que data de 1886, tinha requisitos de admissão que passavam por um exame de instrução primária elementar, ser funcionário no Hospital Real de São José e apresentar um atestado de bom comportamento moral e idade mínima de dezasseis anos. O seu objectivo era preparar o pessoal do hospital para auxiliar o médico e substituí-lo no que não dependesse de uma orientação científica. A sua organização curricular girava em torno do ensino teórico e prático em diversos hospitais, durante um ano. Foi durante os anos cinquenta que o curso passou a ter a duração de três anos e ao longo do tempo os requisitos de admissão, a organização e os seus objectivos tiveram também um desenvolvimento que foi acompanhando as mudanças sociais e a evolução do conhecimento científico.

Destacamos a integração do curso de enfermagem no Ensino Superior Politécnico, em 1988. A última alteração ocorreu em 1999 quando o curso passou a ter a duração de quatro anos curriculares, com uma carga horária que varia entre 4600 e 4800

horas, em que há articulação entre ensino teórico e ensino clínico, sendo conferido o grau académico de licenciatura. Os requisitos de admissão são semelhantes a qualquer outro curso ministrado no ensino superior (12º ano de escolaridade, realização de pré-requisitos e de provas de ingresso). Os objectivos da formação tiveram também algum aperfeiçoamento.

Os primeiros cursos de Licenciatura em Enfermagem tiveram início no ano lectivo 1999-2000. Contudo, houve uma fase de transição em que foi dada a possibilidade aos estudantes que concluíram o bacharelato entre os anos lectivos de 1998-99 e 2000-2001 de frequentarem o Ano Complementar de Formação que visava a atribuição do grau académico de licenciatura. Para os enfermeiros que tinham o grau de bacharel ou o seu equivalente legal obtido no período anterior a 1999, foi criado o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

A pertinência do tema centra-se no facto de se tratar de um novo dispositivo de formação com capacidade para fazer emergir formas inovadoras de pensar a relação entre a formação e o trabalho.

Refira-se que apesar do aumento da qualificação académica, não estava nem está prevista qualquer mudança em termos de ascensão/reposição na carreira, o que não acontece com outros profissionais, como é o caso dos professores. O interesse do estudo centra-se também no facto de obtermos algumas informações relativas ao CCFE como dispositivo de formação, de modo a darmos algum contributo para a reflexão sobre a prática formativa para que esta possa ser melhorada e cada vez mais adequada às necessidades formativas dos enfermeiros.

O objectivo do CCFE é assegurar o reforço, a extensão ou o aprofundamento da formação em Enfermagem, de forma a garantir a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais. Além disso, a estrutura curricular do curso deve ser organizada para que exista conjugação com a formação obtida a nível do bacharelato. O plano de estudos inclui, de forma adequadamente articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico. Esta é assegurada através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade. No nosso entender, estes objectivos, estrutura curricular e plano de estudos do CCFE, pressupõem uma articulação da formação com o contexto de

trabalho do estudante/profissional, pelo que formulámos a seguinte questão de partida:

- "*De que forma as experiências profissionais vividas pelos enfermeiros se traduzem nos trajectos de formação ao nível do CCFE?*"

Para responder à questão de partida, procurámos conhecer a unidade social e explicar fenómenos socioculturais. Procuramos chegar a conclusões para um determinado contexto, parecendo-nos que o mais adequado seria o recurso à abordagem multimétodo. O grupo estudado incluiu enfermeiros que exerciam funções no Hospital de São José, em Lisboa e que frequentaram o primeiro CCFE. À semelhança do que é referido por Costa (2001), a pesquisa de campo incidiu sobre uma pequena unidade social.

Para o trabalho empírico, foram seleccionadas diversas estratégias de recolha da informação:

- Entrevista semi-estruturada;
- ACP (*Adaptative Competency Profile*), de Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger, 1990);
- EPQ (*Environmental Press Questionnaire*), de Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger, 1990);
- Análise Documental.

Deste conjunto pareceu-nos mais relevante para a problemática em estudo ter como técnica nuclear a entrevista semi-estruturada e todas as outras como secundárias.

O facto do presente estudo ter decorrido no nosso local de trabalho poderia levantar alguns problemas metodológicos, o que poderia comprometer a recolha, análise e interpretação da informação e da nossa implicação nos fenómenos envolvidos na problemática em estudo, dado que também teríamos de frequentar o CCFE posteriormente. De modo a reduzir este risco recorremos a uma metodologia multimétodo, no decurso da qual concretizamos triangulações teóricas, metodológicas e espaciais.

Não temos intenção de nos alongar em relação à metodologia utilizada, pois já tivemos oportunidade de o fazer, no local próprio, a uma descrição detalhada das opções metodológicas, das suas implicações e respectiva pertinência. Deste modo passamos a responder às questões que se levantaram e orientaram o trabalho.

REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS QUE DESENVOLVEM NOS CONTEXTOS DE TRABALHO

Para os enfermeiros do Hospital de São José que frequentaram o primeiro Curso de Complemento de Formação a enfermagem é considerada, acima de tudo, uma profissão valorizada por si e prestigiante, que deixou de estar dependente do médico e está imbuída de uma grande responsabilidade por incidir na pessoa e não num objecto. A missão de ajuda e compaixão, tão presente na história da enfermagem, está também presente nos seus discursos. Estes profissionais preocupam-se com a sua representação profissional, reconhecendo que a mesma é subvalorizada pelo facto do seu desempenho estar associado à vocação e não ao saber, o que lhes traz algumas dificuldades para o exercício, exigindo o seu empenho. O facto da qualidade dos cuidados ter melhorado nos últimos anos tem contribuído para a melhoria da imagem social da profissão.

É atribuída importância à acção do grupo através do saber com vista à melhoria da imagem que a sociedade tem de si, realçando a especificidade da enfermagem como ciência, como profissão autónoma com um corpo de conhecimentos próprio. Esta necessidade de acção viu-se reforçada com a frequência do Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Há também presente um sentimento de satisfação para com a sua profissão e orgulho em pertencer a tal classe.

É feita referência à relação, à promoção da saúde e à polivalência que o enfermeiro tem de ter ao cuidar no âmbito multidisciplinar, em termos de desempenho da profissão.

Verificou-se haver um forte sentimento de pertença dos enfermeiros ao serviço onde exerciam funções, que encarámos como um sub-grupo particular na organização. Os enfermeiros consideram o trabalho em equipa fundamental no cuidar/tratar do utente com qualidade, revelando ter um papel importante no seio da equipa multidisciplinar. Evidenciou-se um sentimento de "paixão" pelo serviço de urgência dos actores que por lá tinham passado.

A relação com a população é considerada como um princípio da enfermagem, determinante na prática profissional e considerado favorecedor da aprendizagem, sendo a família cada vez mais envolvida nas intervenções de enfermagem. Além

desta, foram também influentes no percurso profissional a organização e o contexto de trabalho, nomeadamente:

- em relação à falta de incentivo ou apoio para a progressão no percurso académico;
- à ocorrência de acidentes em serviço ou doenças profissionais;
- as características de determinados contextos de trabalho que foram motivação para o ingresso ou saída dos profissionais, em que há maior enfoque no bom ambiente de trabalho e no tipo de serviço prestado;
- a imposição/sugestão pela instituição na colocação dos enfermeiros em determinados serviços.

A vida pessoal, nomeadamente a maternidade e paternidade e a articulação do horário entre casais de enfermeiros marcaram o desenvolvimento destes profissionais. A empregabilidade fácil e algumas circunstâncias da vida, pautadas de dificuldades marcadas por crises de vida, assinalaram também o ingresso na profissão de alguns dos actores do estudo.

De uma forma geral, a avaliação que cada sujeito faz do seu percurso profissional é positiva, referindo-se especificamente a determinadas experiências vivenciadas nos contextos por onde passaram aliando a diversidade em termos de aprendizagem. Esta importância denota a importância que os actores do estudo atribuem à aprendizagem pela experiência. Negativamente apontam no seu percurso profissional:

- alguma falta de empenho pessoal em investir na progressão da carreira;
- a rotinização do desempenho, em virtude da longa permanência no mesmo serviço;
- a pouca permanência nos serviços, o que pode levar a pouco aprofundamento da sua especificidade;
- o choque com a realidade em início de carreira;
- algumas experiências em termos de cuidados prestados;
- o mau ambiente de trabalho.

REPRESENTAÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A FORMAÇÃO DESENVOLVIDA AO LONGO DO CURSO DE COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A palavra *formação* tem vindo a merecer uma revitalização crescente nos últimos tempos. Emerge associada a educação, evoca contextos distintos e espelha uma continuidade no tempo na expressão formação ao longo da vida (Alarcão, 1997). O CCFE, ao tratar-se de um novo dispositivo de formação de adultos e profissionais em exercício, considerámos que seria relevante conhecermos quais as representações dos enfermeiros que frequentaram o primeiro CCFE e que exerciam funções no Hospital de São José em relação à formação, para depois passarmos às do curso, propriamente ditas. O conhecimento das representações sobre a formação deu-nos alguns subsídios para compreendermos melhor as representações em relação ao CCFE.

Os actores do estudo têm representações que considerámos serem positivas. A formação é encarada como um processo construtivo que valoriza a pessoa individualmente, estando também associado o desenvolvimento de conhecimentos ou de competências numa perspectiva cumulativa. A consciência de que não se detém a totalidade do conhecimento, bem como a reflexividade crítica tornam-se essenciais no domínio da formação de adultos, que conduzem à compreensão do outro e ao processo de transformação do formando nas dimensões do saber, saber-fazer e do saber-ser. No entanto, para que a aprendizagem seja efectiva é necessária motivação e interesse, o que se relaciona com a sua apropriação às necessidades formativas sentidas por si.

A formação ocorre ao longo da vida dos sujeitos, inclui-se na vida da pessoa e progride com ela. A valorização social da profissão e o alcance da autonomia profissional passa, para a maioria destes enfermeiros, pela sua formação.

A formação inova e melhora a prática, estando subjacente ao discurso o envolvimento da pessoa através da reflexão sobre a acção, que nem sempre é conseguida por falta de espaços para tal, conduzindo a uma certa desarticulação entre a teoria e a prática.

Os actores do estudo distinguem entre formação formal e informal, em que a primeira é considerada relevante no percurso formativo do indivíduo em relação ao seu reconhecimento. Contudo, deve ser complementada com a experiência e momentos informais. Dado o seu reconhecimento, a formal tem tido alguma

tendência para ser realizada por obrigação curricular e não por interesse na aprendizagem. À informal é também atribuída grande importância, sendo encarada como ampla, oculta, ao longo da vida e associada à experiência.

A aprendizagem pela experiência, a reflexão sobre a acção e a interacção com os colegas ou estudantes da equipa de enfermagem são as estratégias de aprendizagem mencionadas pelos enfermeiros. Os diferentes contextos de trabalho foram enriquecedores em termos de novas aquisições ao longo do trajecto profissional. Estes saberes são o âmago da articulação entre teoria e prática, pois uma não existe sem a outra. A reflexão sobre a acção efectuada individualmente ou em grupo é também revestida de formatividade.

As aprendizagens consideradas pelos sujeitos como relevantes centram-se na relação com o outro, utente ou colega da equipa multidisciplinar, sendo que o contacto com as visitas e os familiares foi uma das oportunidades consideradas como privilegiantes para tal.

A dificuldade inerente à transmissão de uma má notícia é também mencionada como uma aquisição marcante. A diversidade de aprendizagens é associada à multiplicidade de contextos de trabalho por onde estes profissionais já exerceram funções. O domínio da técnica é desvalorizado, sendo considerada atingível por qualquer um ao contrário da componente relacional que distingue os enfermeiros. Além destas, a informática é também considerada como valorizada no seio das suas principais aquisições.

Em relação às representações dos actores do estudo quanto ao CCFE, antes de o frequentar uns tinham uma ideia escassa, outros já tinham criado algumas expectativas positivas em relação ao mesmo. Apesar de alguns dos entrevistados terem considerado o curso enriquecedor em termos de aprendizagem, não invalidou que questionassem sobre o que iriam aprender de novo e que tivesse impacto no seu desempenho. Outros já consideraram o curso como forma de extensão de aprendizagem, de "reciclagem" ou de aprofundamento de conhecimentos já adquiridos anteriormente, havendo também alguma motivação para o realizar.

A instabilidade gerada entre os profissionais de enfermagem decorrente das alterações na sua formação contribuiu para que dois enfermeiros atribuíssem ao CCFE um meio de ficar em igualdade de circunstâncias com os profissionais recém-

-licenciados em termos de habilitações académicas. Foi com alguma desconfiança e desagrado que a maioria dos actores do estudo encararam o regresso à escola, criticando o curso e conotando-o de obrigação.

Trabalhar e estudar exige, como sabemos, muito esforço por parte do estudante. Quando se tratam de pessoas que cuidam de outras, alguns com horários rotativos e acrescidos, muitas com filhos pequenos, as exigências tornam-se maiores, o que levou a que este ano fosse considerado como um ano de sacrifício.

O desejo e a esperança de alteração na carreira de enfermagem com vista à valorização do CCFE conduziram a que os enfermeiros associassem o mesmo à progressão na carreira decorrente da aquisição de um grau académico superior. Uma das entrevistadas procurou o grau de licenciatura em enfermagem, com vista ao ingresso na carreira docente, pois sem o mesmo seria muito difícil consegui-lo.

Depois de conhecermos as representações dos actores do estudo em relação ao CCFE antes de o frequentarem, procurámos saber como o tinham passado a ver após a sua realização. As representações que tinham alguma conotação menos positiva foram sendo alteradas depois dos enfermeiros terem vivido essa nova experiência de formação. À medida que o tempo foi decorrendo a opinião mudou e a avaliação feita ao curso, de uma forma geral, foi bastante positiva. O tempo despendido para a sua realização foi considerado como útil e o regresso à escola passou também a ser bem encarado pelos sujeitos.

A articulação da formação com o contexto de trabalho traduziu-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, pelo que a população terá uma melhor noção do papel do enfermeiro, sendo que o complemento é considerado como uma oportunidade de valorização da profissão no seio da comunidade e entre o Governo. Com opinião contrária, alguns enfermeiros manifestam-se não atribuindo qualquer importância à extensão das habilitações literárias para a beneficiação da representação social da profissão.

A formação realizada no âmbito do complemento é, segundo alguns actores do estudo, valorizada pela instituição, pois passaram-lhes a ser atribuídas outras responsabilidades, fazendo com o que os mesmos se sentissem credibilizados. Contudo, alguns dos sujeitos referem que a sua prática não mudou e que continuam a ser os enfermeiros que eram até então.

Se por um lado a obrigatoriedade de aprendizagem em contexto escolar é criticada, por outro é reconhecida a necessidade da mesma por alguém que antes partilhava da mesma opinião.

Depois de um investimento pessoal/familiar, os enfermeiros ascendem em termos de grau académico, mas permanecem na mesma situação no que diz respeito à carreira e à remuneração. No entanto, valorizam o crescimento pessoal que lhes foi possibilitado ao longo do CCFE. Se antes de frequentarem o curso, a aprendizagem era considerada como um acumular de experiências, a interacção com os pares veio favorecer a sua construção do conhecimento.

MODALIDADES DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDAS AO LONGO DO PERCURSO QUE ENQUADROU O CURSO DE COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ao fazerem referência à metodologia utilizada no CCFE, nomeadamente pedagógica ou avaliativa, os enfermeiros consideram-na inovadora, na qual é realçada a articulação da formação com o contexto de trabalho e entre as várias unidades curriculares.

A proximidade na relação aluno-professor, em que o primeiro passou a ter um papel mais activo na sua aprendizagem e o último deixou de ter a exclusividade do saber, foi considerada facilitadora e motivadora do processo de aprendizagem.

Para estes enfermeiros foi-lhes dada a possibilidade de tratar temas relacionados com questões sociais, relação em enfermagem, ética, investigação, direito, gestão e o aprofundamentos de outros já apreendidos anteriormente. Contrariamente, problemáticas nas áreas da estatística e antropologia são tidas como pouco relevantes para a sua aprendizagem. É através da metodologia de projecto que um dos enfermeiros vê o encontro entre a formação recebida no âmbito do CCFE e as suas necessidades de aprendizagem.

Os assuntos tratados durante o CCFE são, para estes enfermeiros, em abundante quantidade e muitas vezes abordados superficialmente o que, em conjunto com o recurso por alguns docentes à metodologia expositiva e à falta de reflexão sobre a acção, são alvo de crítica negativa pelos mesmos. Além destes motivos é também apontado o facto de não ter sido ensinado algo de novo para que seja mencionada

pouca adequação ou desadequação dos conteúdos tratados no curso. No entanto, é possível a abertura de horizontes para que o estudante ganhe interesse e aposte na auto-formação para desenvolver o que para si é considerado pertinente. A investigação e a estatística são áreas que deveriam ser melhor desenvolvidas no curso e que foram consideradas como aprendizagens relevantes. Refira-se ainda que a investigação, outrora considerada como trabalho dos teóricos, passou a ser vista como parte integrante do cuidar e importante para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Apesar de terem manifestado a falta de espaços para reflexão sobre a acção nos contextos de trabalho, o CCFE permitiu sensibilizar para a sua importância e foi visto como uma oportunidade de colmatar essa lacuna que poderá conduzir à rotinização das práticas sem que de tal houvesse consciência. A reflexão sobre a acção permitiu, assim, a tomada de consciência da importância de cada um na mudança, na melhoria das práticas e na influência que poderiam ter sobre o grupo.

PRINCIPAIS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS

A abordagem da competência feita no presente estudo, centrada na teoria de aprendizagem pela experiência de Kolb (1984), emerge de uma perspectiva construtivista distinta das teorias *behavioristas* da aprendizagem, baseadas numa epistemologia empírica ou nas mais implícitas teorias da aprendizagem que sublinham métodos de educação tradicional. A aprendizagem pela experiência é encarada pelo autor como um processo que articula educação, trabalho e desenvolvimento pessoal.

Kolb (1976, cit. por Laschinger, 1990) desenvolveu o *Learning Style Inventory* (LSI). No entanto, ao verificar-se que havia incompatibilidade entre estilo de aprendizagem pessoal e as exigências de aprendizagem do contexto, Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger, 1990) descreveram uma tipologia de ambientes de aprendizagem que correspondem à dos estilos de aprendizagem e desenvolveram dois instrumentos que visam a sua operacionalização: o *Adaptative Competency Profile* (ACP), que tem como objectivo avaliar o estilo de aprendizagem dos sujeitos, bem como as competências mais desenvolvidas; e o *Environmental Press*

Questionnaire (EPQ), que estabelece a importância de determinadas competências de aprendizagem no contexto em que a pessoa está inserida.

As competências de acção foram as mais cotadas entre os sujeitos. Estes resultados coincidem com os obtidos por Stustky e Laschinger (1995) e Abreu (1994), no seu estudo com enfermeiros do Serviço de Neurocirurgia de um Hospital Central (Escolar), bem como no estudo do mesmo autor com estudantes do Curso Superior de Enfermagem (Abreu, 1998).

As competências que são consideradas pelos actores do estudo como as menos desenvolvidas são as de conceptualização, resultados estes que são também semelhantes com os obtidos por Sutsky e Laschinger (1995) e Abreu (1994, 1998), nos seus trabalhos realizados com estudantes de enfermagem e enfermeiros que exerciam funções em contexto hospitalar e no âmbito dos cuidados de saúde primários, respectivamente. No entanto, é feita referência à relevância deste grupo de competências para o exercício profissional.

O grupo de competências que surge cotado em segundo lugar, com uma diferença mínima, é o da relação, o que por si só é indicador da natureza dos cuidados de enfermagem. A este respeito, Rebelo (1996) diz-nos que não há cuidados de enfermagem sem relação com o doente ou família, como não há se os enfermeiros não dominarem os procedimentos técnicos relativos às intervenções de enfermagem.

As competências de experimentação têm o terceiro valor médio cotado, o que traduz a concepção dos actores em relação ao acto do trabalho, que na maior parte do seu dia-a-dia prestam cuidados a doentes em estado crítico, o que os obriga, em cada instante, a encontrar respostas para aquelas situações específicas, por vezes, num curto espaço de tempo.

No conjunto das vinte competências, os desvios-padrão dos valores atribuídos às competências são superiores, em relação aos obtidos por Abreu (1994, 1998). Esperar-se-ia que os enfermeiros apresentassem valores mais idênticos em relação às cotações médias das competências, o que se traduziria por valores mais baixos de desvio-padrão (menores dispersões). Este facto poderá ser explicado pela sua diversidade de tempo de serviço, o que poderá evidenciar estádios diferentes em relação ao desenvolvimento de competências. Além disso, permite que seja colocada

a hipótese adiantada por Kolb (1984), que defende que se possa estar perante uma população em transição ou instabilidade em relação à configuração identitária.

Destacamos a competência "***T.*** *Envolver-se pessoalmente nas situações*" (do grupo das de acção) que assumiu um valor médio mais elevado entre as vinte competências, o que encaminhou a nossa reflexão para a natureza dos cuidados de enfermagem e para a dimensão praxeológica dos mesmos. A segunda mais cotada foi a "***U.*** *Relacionar-se com os colegas*" (também das competências de acção), o que aponta para a importância atribuída à afectividade na dinâmica de grupo, que influencia a qualidade dos cuidados prestados e a envolvência do profissional na situação.

Apesar das competências de relação se terem cotado em segundo lugar, a competência "***E.*** *Prever implicações de situações ambíguas*" foi uma das menos cotadas entre as vinte competências, à semelhança do sucedido no estudo de Abreu (1998).

A outra competência que surge com um valor médio mais baixo é a "***G.*** *Construir modelos conceptuais*", do grupo da conceptualização, o que também foi alcançado por Abreu (1994, 1998). No entanto, refira-se que o desvio-padrão elevado deixa perceber que existe no grupo uma certa clivagem na forma como esta competência é encarada por si, o que revela também a invisibilidade de certas competências que se encontram difusas e não formalizadas.

O investimento na formalização de saberes específicos da profissão e o trabalho de conceptualização são discriminados nos contextos sócio-profissionais por interesse dos poderes estabelecidos ou por algumas contradições existentes ao nível das identidades dos enfermeiros (Abreu, 1998). A forte dimensão técnica que tem caracterizado a profissão e que acaba por influenciar a formação dos enfermeiros não é a única justificação para o fraco desenvolvimento das competências de conceptualização, também salientados por Kolb (1984) e Laschinger (1990). A reflexão na acção torna-se essencial para a produção do saber. Contudo, verifica-se uma certa desarticulação entre teoria e prática e um fraco desenvolvimento num metaparadigma que formalize e dê visibilidade a uma dinâmica de problematização da própria profissão e à necessidade de construir mapas conceptuais que referenciem a prática profissional. Além disso, verifica-se também pouco investimento na

problematização da profissão, na investigação e na formalização de saberes oriundos da prática (Abreu, 1998).

ESTILO TÍPICO DE APRENDIZAGEM DOS ENFERMEIROS

Kolb (1984) sugere que o processo de aprendizagem não é idêntico para todos os seres humanos, propondo o conceito de *estilo de aprendizagem*, que se reporta à forma preferencial como o indivíduo processa a informação à sua volta. Como consequência da sua hereditariedade, da sua experiência de vida e das exigências do contexto, a pessoa desenvolve estilos de aprendizagem que realçam o desenvolvimento de algumas competências, em detrimento de outras.

O mesmo autor (1976, cit. por Laschinger, 1990) verificou que estilos característicos eram associados a membros de diferentes profissões. As de tradições humanistas têm, tradicionalmente, estilos de aprendizagem divergentes (desenvolvimento das competências de relação), enquanto que as profissões baseadas nas ciências puras são convergentes (desenvolvimento das competências de experimentação) e naquelas em que impera a formação dirigida ao social e ao instrumental têm membros acomodativos (desenvolvimento das competências de acção). Sutcliffe (1993) verificou que os estilos de aprendizagem dos enfermeiros variam de acordo com a área que estudam.

McDonough e Osterbrink (2005) advogam que os aprendentes adultos podem ser mais flexíveis do que os estudantes mais novos em relação ao estilo de aprendizagem e podem ter maior capacidade de se adaptarem a estilos de ensino diferentes.

Kolb (1984), à semelhança de Schön (1991) defende que em profissões onde se reconhece alguma complexidade, instabilidade e conflito, há uma tendência para o pluralismo em termos de estilos de aprendizagem.

Os estilos de aprendizagem predominantes, entre os enfermeiros do Hospital de São José que frequentaram o primeiro CCFE, são o assimilativo e o acomodativo, seguidos do divergente e do misto. Nenhum dos actores do estudo se revelou convergente, pois este refere-se a um conjunto de capacidades relativamente pouco frequentes em populações de enfermeiros ligados ao exercício profissional – recurso

à indução, aptidão em (re)construir modelos teóricos, envolvimento no universo das ideias e conceitos abstractos: pouca preocupação com aplicação prática de ideias e maior com a lógica e precisão das mesmas.

Os estilos de aprendizagem assimilativo e convergente predominaram entre enfermeiros estudantes do mestrado em enfermagem anestésica (Sherbinski, 1994), enquanto que entre estudantes de enfermagem do Reino Unido a preponderância foi para o divergente, seguido do convergente, do acomodativo e do assimilativo (Cavanagh, Hogan e Rampogal, 1995). Também entre estudantes finalistas de enfermagem Colluciello (1999) teve como mais significativo o acomodativo, seguido do convergente, divergente e por fim, o assimilativo.

O convergente foi o estilo de aprendizagem mais expressivo entre as enfermeiras especialistas da Clínica Macmillan, seguido do assimilativo, do convergente e do acomodativo (Astin, Closs e Hughes, 2006).

Nos estudos de Abreu (1994, 1998) realizados com enfermeiros do contexto hospitalar e comunitário, bem como com estudantes do terceiro ano do curso superior de enfermagem, os resultados variaram de acordo com o contexto em que os sujeitos estavam inseridos. Se no contexto hospitalar e estudantil o estilo predominante foi o convergente, seguido do acomodativo e do divergente; no comunitário, o divergente dominou seguido do convergente e do acomodativo. Actores assimilativos só se verificaram no hospital e com estilo de aprendizagem misto entre os estudantes.

Os resultados encontrados no nosso estudo distinguem-se destes, principalmente, pela predominância do assimilativo entre enfermeiros que, como sabemos, exercem funções em contexto hospitalar, o que habitualmente surge em docentes de enfermagem (Burke, 1988*; Hodges, 1988*). Acrescente-se ainda que contraria também a afirmação de Kolb (1984) de que os indivíduos com profissões com tradições humanistas têm estilos de aprendizagem concretos. No entanto, verificou-se uma grande congruência com as características do colectivo dos actores, com o tipo de processamento da informação utilizado e o próprio contexto de trabalho.

Kolb (1984) identificou uma componente de desenvolvimento de estilos de aprendizagem que engloba três fases: aquisição, especialização e integração. Os enfermeiros estudados são um grupo heterogéneo, com desvio-padrão elevado tanto

* Citado por Laschinger, 1990

na idade (6.5) como no tempo de serviço (6.65), o que revela que possa haver diferenças na fase de desenvolvimento do estilo de aprendizagem, podendo encontrar-se na fase de especialização ou de integração. Esta questão poderá estar relacionada também com a ocorrência do estilo de aprendizagem misto em 21,4% dos actores do estudo, que Kolb (1984) identifica como um dos factores que pode reflectir mobilidades e transições identitárias.

A diversidade de resultados em relação aos estilos de aprendizagem dos enfermeiros do Hospital de São José que frequentaram o primeiro CCFE levou-nos a concluir, à semelhança de Abreu (1998), que os mesmos não têm um estilo típico de processar a informação, provavelmente pelo facto da formação dos enfermeiros ocorrer numa diversidade de situações e através de interacções com um grande número de indivíduos.

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS CONTEXTOS DE APRENDIZAGEM DOS ENFERMEIROS

Os contextos de aprendizagem dos enfermeiros aquando da frequência do CCFE baseiam-se no contexto de trabalho (onze serviços distintos do Hospital de São José) e escolar (seis estabelecimentos de ensino distintos, que incluem públicos e privados da região de Lisboa, Coimbra e Portalegre), caracterizados no Capítulo II, Ponto 3.

Em relação às potencialidades formativas de cada contexto, procurámos saber qual a força contextual exercida na aprendizagem de cada sujeito, através da aplicação do EPQ (*Environmental Press Questionnaire*), desenvolvido por Kolb e Wolfe (1981, cit. por Laschinger), que determina a utilidade de determinadas competências de aprendizagem no contexto em que a pessoa está inserida.

O grupo de competências que o contexto hospitalar permite desenvolver mais são as de acção, enquanto que as de conceptualização são as menos favorecidas. Cotadas com o segundo e terceiro valor médio surgem, respectivamente, as competências de experimentação e as de relação.

No contexto escolar, os quatro grupos de competências surgem com valores médios muito semelhantes, o que nos leva a afirmar que, de acordo com os actores do estudo, a escola valoriza todos os grupos de forma muito semelhante. No entanto, há

pequenas diferenças, sendo que as competências de acção são as mais cotadas, seguidas das de conceptualização, em terceiro lugar as de experimentação e por fim as de relação.

Quanto aos estilos de aprendizagem que os contextos de trabalho permitem desenvolver, o acomodativo e o divergente são os que têm maior percentagem entre os enfermeiros estudados (35,7%, cada), seguidos do convergente e do misto (14,3%, cada). Refira-se que os estilos de aprendizagem mistos têm cotação igual nos estilos divergente e acomodativo, que são os que obtiveram percentagens mais elevadas em relação ao estilo de aprendizagem que o contexto de trabalho permite desenvolver. O assimilativo não foi considerado por nenhum dos actores do estudo.

Decorrente da semelhança de valores obtidos para cada grupo de competências que o contexto escolar permite desenvolver, verificou-se uma grande pluralidade de estilos de aprendizagem favorecidos pelo contexto escolar. No entanto, aquele que os sujeitos consideram como o que é mais favorecido pela escola é o acomodativo (35,7%), seguido do assimilativo e do misto (ambos com 21,4%), do divergente (14,3%) e, por fim o convergente (7,2%). Em relação ao estilo de aprendizagem misto, verificou-se também uma maior diversidade de estilos, pois E6 considera que a escola permite desenvolver de igual forma os estilos assimilativo, convergente e acomodativo, E7 considera os estilos divergente, assimilativo e convergente e E13 os estilos de aprendizagem convergente e acomodativo.

Ao procedermos à triangulação dos dados dos três questionários (ACP, EPQ – hospital e EPQ – escola) constatámos a forte influência que os contextos de aprendizagem do CCFE (hospital e escola) tiveram no desenvolvimento do estilo de aprendizagem dos actores do estudo. De entre os catorze enfermeiros, apenas três não percepcionam influência de pelo menos um dos contextos de aprendizagem no desenvolvimento do seu próprio estilo de aprendizagem.

Tornou-se evidente a superioridade das cotações obtidas nos EPQs (hospital e escola) em relação ao ACP, o que traduziu a mais valia de ambos os contextos de aprendizagem no desenvolvimento de competências dos enfermeiros no âmbito da frequência do CCFE. Destacamos a superioridade dos valores obtidos no EPQ – escola em relação ao ACP e EPQ – hospital no grupo das competências de conceptualização. Realça-se também a preponderância do EPQ – hospital em relação

ao ACP e EPQ – escola nas competências de acção, à excepção da competência "***R.*** *Criar e explorar novas oportunidades*", que obteve maior cotação no EPQ – escola.

De entre as vinte competências, nove são percepcionadas como sendo passíveis de serem mais desenvolvidas no contexto hospitalar, havendo uma maior concentração de valores médios mais elevados no grupo das competências de acção; enquanto que o desenvolvimento das onze restantes é mais favorecido no contexto escolar. Neste sentido, podemos referir que ambos os contextos de aprendizagem do CCFE (hospitalar e escolar) se *complementam* para uma *pressão* no desenvolvimento global de competências dos enfermeiros que frequentaram o primeiro CCFE e que exerciam funções no Hospital de São José. Os contextos de trabalho podem ser considerados afectivos, simbólicos e comportamentais; enquanto que o contexto escolar é, para além destas características, perceptivo, sendo por isso também indutor da conceptualização abstracta.

RELAÇÃO EXISTENTE ENTRE OS ADQUIRIDOS DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS E OS SEUS INVESTIMENTOS NO EXERCÍCIO QUOTIDIANO DO TRABALHO

A articulação entre a formação a nível do CCFE e o contexto de trabalho é perceptível através da complementaridade das duas forças contextuais de aprendizagem (hospital e escola) e da triangulação destes dados com os obtidos através das entrevistas. Esta articulação foi possível através da realização de trabalhos no âmbito das diversas unidades curriculares.

O recurso à metodologia de projecto ou à investigação-acção na realização de alguns trabalhos em algumas escolas fez com que os contextos de trabalho passassem a ser mais activos, o que contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados. Além disso, ao realizarem estes trabalhos os enfermeiros sentem-se como um dos agentes de mudança, o que tem relevância na qualidade dos cuidados prestados.

O curso reforçou a necessidade de alguns destes profissionais investirem no seu próprio desenvolvimento ou deu-lhes o saber que necessitavam para tal. O impacto da formação foi sentido nos contextos de trabalho imediatamente após o término do mesmo e também posteriormente, pois alguns dos trabalhos não tiveram um fim com a conclusão do curso. Acrescente-se ainda que permitiu aos sujeitos a aquisição de

alguns conhecimentos que influenciaram a sua conduta profissional, melhorando a qualidade dos cuidados prestados à população.

A presença de motivação para a formação foi também determinante nesta articulação por ter como repercussão a preocupação em articular o saber teórico apreendido com a prática profissional, bem como incentivar a reflexão sobre a acção que desta forma passou a ter lugar, pois anteriormente era deixada para segundo plano por não haver disponibilidade temporal por se centrarem demasiado na acção.

Apenas E8 e E14 referiram que houve pouca ou nenhuma articulação entre a formação e o contexto de trabalho, justificando o facto pela abordagem geral tida nas diversas unidades curriculares.

Além da articulação da formação do CCFE com a prática propriamente dita, houve também com a formação em serviço, sendo a intervenção formativa ocasional com vista ao cumprimento do objectivo curricular ou com continuidade. A dinâmica formativa dos serviços também foi influenciada, através do incentivo da realização de trabalhos ou da parceria na sua realização. Uma vez que haviam enfermeiros responsáveis pela formação em serviço entre os nossos sujeitos, estes tiveram também oportunidade de implementar mudanças a esse nível. Por outro lado, num dos contextos em que a motivação da equipa para a formação era pouca, o curso incentivou um dos enfermeiros a que se candidatasse a enfermeiro responsável pela formação, por ter em mente contribuir para uma nova dinamização desta área do seu serviço. Houve também actores do estudo que não sentiram existir a articulação da formação ao nível do CCFE com a formação em serviço, mas sentiram-na após a conclusão do curso.

A articulação da formação no âmbito do CCFE com o contexto de trabalho foi pautada de algumas dificuldades como o cair na rotina após a conclusão do curso, a resistência à mudança por parte das chefias, a transferência de serviço que coincidiu com o início do curso, a sobrecarga horária do trabalhador-estudante que tem também uma família e a distância física da escola, para dois dos enfermeiros. Outras dificuldades apontadas foram as famílias não aceitarem a ausência forçada de um dos seus membros, as exigências inerentes às características dos contextos de trabalho, a dificuldade na gestão do tempo, bem como o facto de uma grande maioria dos sujeitos não estudarem já há alguns anos.

A colaboração dos colegas, das chefias e o apoio da organização foram a chave para o sucesso desta articulação. Este apoio passou pela flexibilidade dos horários exigida para a frequência de aulas e cumprimento das obrigações académicas, além do apoio na realização de alguns trabalhos.

Esta articulação entre o CCFE e o contexto de trabalho permitiu a conscientização do percurso profissional dos actores do estudo em termos passados, presentes e futuros.

TIPO DE PROJECTOS FORMULADOS PELOS ENFERMEIROS PARA O SEU FUTURO PROFISSIONAL

Em termos de projectos profissionais para o futuro é feita alusão à mudança, ou não, de serviço e a pretensão de contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, seja através da auto-formação ou de projectos de formação-acção que envolvam a equipa multidisciplinar, ou mesmo as equipas dos Centros de Saúde. Apenas um entrevistado tem em vista a aposentação. Quanto à ascensão na carreira, a grande maioria gostaria de ser enfermeiro especialista, deixando bem claro que não pretende ser enfermeiro chefe, ao contrário de um dos actores que tem em mente tal projecto. A aposentação também faz parte do discurso de dois dos actores do estudo.

Os projectos profissionais da maioria dos actores do estudo em termos formativos centram-se em cursos de pós-graduação/licenciatura ou mestrados, bem como investir na formação contínua. Outros sublinham que não pretendem realizar mestrados. Além destes, é também mencionado o desejo de ingresso na carreira docente. Realçamos a posição assumida por um enfermeiro que não pretende continuar a estudar por ter abdicado e feito abdicar a sua família de momentos de união e de lazer aquando da frequência do CCFE.

De acordo com o modelo de Riverin-Simard (1984, cit. por Pineau, 1988) três dos actores do estudo encontram-se num período de aterragem e de exploração, em que se procura um percurso profissional auspicioso, o que se denota através dos seus projectos profissionais que giram em torno da continuação das actividade académicas e da consequente conquista de graus académicos mais elevados, como é o caso do mestrado. O facto da maior parte dos nossos sujeitos terem idades compreendidas entre os 35 e os 50 anos, conduziu a que fosse comum entre os seus discursos a

reflexão quando se referem à formação. No entanto, centram também as suas palavras na autoformação, ocasional ou programada, realizada aquando do seu exercício profissional. Na última fase definida pela autora apenas E2 (com 52 anos de idade) se questiona em relação a uma saída válida, traçando alguns objectivos para a sua aposentação.

A maior parte dos entrevistados consideraram que o CCFE teve uma influência positiva na definição dos seus projectos profissionais, pois tinham ficado motivados para continuar a estudar. A reflexão sobre o seu percurso profissional, realizado durante o curso, possibilitou a conscientização sobre as suas necessidades futuras. Um dos enfermeiros ambicionava ser enfermeiro chefe e depois de um processo reflexivo durante o complemento chegou à conclusão de que não era isso que realmente queria. Além deste outro mudou de planos, pois se antes do CCFE tinha em mente a progressão dos estudos, depois do mesmo, e dado o investimento que junto com a sua família teve de fazer, não está disposto a voltar a fazê-lo a curto prazo. Quem tinha planeado antes do CCFE realizar uma especialidade viu-se confrontado com o entrave de ter de estudar mais um ano antes de o poder fazer, o que para um dos actores do estudo veio condicionar a sua vida. Apenas um dos sujeitos do estudo não atribuiu qualquer influência ao CCFE nos seus projectos profissionais.

Sugerimos, em termos de futuros trabalhos o estudo da articulação da formação ministrada no âmbito do CCFE com outros contextos da prática de enfermagem, nomeadamente o contexto dos cuidados de saúde primários, ou mesmo noutros menos tradicionais onde os enfermeiros têm um papel que se evidencia, como é o caso da Assembleia da República, seguradoras, linhas telefónicas, entre outros.

Dado que nos centrámos apenas no primeiro curso, haviam pouco enfermeiros que tinham frequentado o CCFE, pelo que o número de profissionais nos contextos de trabalho era reduzido. Dado que actualmente há mais enfermeiros com este grau académico, seria curioso estudar as expectativas dos enfermeiros que ainda não frequentaram o mesmo. Assim, poder-se-ia estudar em enfermeiros que frequentaram outros cursos mais recentes, quais as mudanças em relação a representações sobre a formação e sobre as práticas, quais os seus estilos de aprendizagem e influência dos

contextos de aprendizagem na mesma, se há ou não articulação da formação com o contexto de trabalho e de que forma é feita.

Neste sentido, seria também interessante verificar se os contextos de trabalho beneficiaram, ou não, com o aumento da qualificação dos seus colaboradores, em termos de melhoria da qualidade dos cuidados, uma vez que o número de enfermeiros que frequentaram o CCFE é cada vez maior.

O estudo da articulação da formação com o contexto de trabalho seria também pertinente de ser realizado no âmbito dos Cursos de Pós-Licenciatura em Enfermagem, ou no âmbito de outras formações feitas pelos enfermeiros, não necessariamente na área da enfermagem, como é o caso, por exemplo, das Ciências da Educação.

EM SUMA…

… e de modo a responder à questão de partida "*De que forma as experiências profissionais vividas pelos enfermeiros se traduzem nos trajectos de formação ao nível do CCFE?*" tivemos oportunidade de confirmar de que há realmente articulação entre a formação ministrada e o contexto de trabalho. Essa articulação passa pela forte influência e complementaridade dos contextos de aprendizagem, escola e hospital, no desenvolvimento de competências dos enfermeiros do Hospital de São José que frequentaram o primeiro CCFE e nos seus estilos de aprendizagem.

Trata-se de uma inovação de formação que permite que a configuração da formação em contexto escolar esteja ancorada nas experiências profissionais dos formandos mas que simultaneamente é organizada no sentido de promover mudanças nos contextos de trabalho, baseando-se inclusivamente no desenvolvimento de projectos nesses locais.

A reflexão sobre a acção, bem como a metodologia de projecto e investigação-acção são algumas das modalidades de formação que mais facilitaram essa articulação e que contribuíram para que se sentisse o impacto da formação nos locais de trabalho durante e após a conclusão do curso. Além destas refira-se a proximidade entre aluno e professor, passando a haver um papel mais activo do estudante no seu próprio processo de aprendizagem.

O CCFE fez-se sentir nos serviços através da sua articulação com a formação em serviço, que foi ocasional e teve em vista apenas o cumprimento de um objectivo académico, ou foi contínua, através da influência na própria dinâmica de formação, proporcionando-se também a parceria da escola para a sua concretização.

Esta articulação foi pautada de algumas dificuldades como a resistência à mudança, o cair na rotina, a mobilidade de serviço e a difícil gestão do tempo.

A articulação da formação com o contexto de trabalho manifestou-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, que naturalmente influi na melhoria da imagem social dos enfermeiros. Além disso permitiu a conscientização do percurso profissional em termos passados, presentes e futuros influenciando, portanto, os seus projectos profissionais.

As nossas **expectativas futuras** giram em torno do investimento em duas áreas:

1. Tentar perceber de que forma as várias experiências de formação dos enfermeiros se reflectem no trabalho clínico, designadamente na identificação de respostas humanas, planeamento e avaliação dos cuidados;
2. Em que medida as experiências de formação dos enfermeiros têm sido ou podem ser relevantes para o desenvolvimento dos processos de acreditação e implementação de sistemas de gestão da qualidade em instituições de saúde.

7. BIBLIOGRAFIA

ABELHA, J. (2003) *Crónica do Hospital de São José*. Hospital de São José – Boletim de Enfermagem, N.º 22, Junho, pp. 2-3.

ABRANTES, P. (1994) *O trabalho de projecto e a relação dos alunos com a matemática – a experiência do projecto MAT789*. Lisboa: APM.

ABREU, W. (1994a) *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros. Subsídio para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar*. Mestrado em Ciências da Educação; Ramo: Pedagogia da Saúde. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

ABREU, W. (1994b) *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros em contexto de trabalho hospitalar.* In: Canário, Rui (org.) (1997) *formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora. pp. 147 – 168.

ABREU, W. (1998) *Identidades, Formação e Trabalho: da formatividade à configuração identitária dos enfermeiros (estudo multicasos)*. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

ABREU, W. (2001) *Identidades, Formação e trabalho: da formatividade à configuração identitária dos enfermeiros (estudo multicasos)*. Coimbra: Sinais Vitais e Educa.

ABREU, W. (2002) *Supervisão clínica em Enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade*. Sinais Vitais, Nº 45, Nov., pp. 53 – 57.

ABREU, W. (2003a) *Saúde doença e diversidade cultural*. Lisboa: Instituto Piaget.

ABREU, W. (2003b) *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*. Cadernos Sinais Vitais Nº 1. Coimbra: Formasau.

ADAM, E. (1994) *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.

ALARCÃO, I. (1997) *Prefácio*. In: SÁ-CHAVES, I. (org.) (1997) *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora.

AMBRÓSIO, T. (1987) *Aspirations sociales, projects politiques et efficience sócio-culturelle*. Thèse pour le doctorat D'état ES Lettres et Sciences Humaines. Tours: Université François Rabelais.

AMENDOEIRA, J. (2000) *Cuidado de Enfermagem – Intenção ou acção. O que pensam os estudantes?* Nursing, Julho/Agosto 2000, 146, 8 – 14.

AMIGUINHO, A. (1992) *Formação e inovação. O projecto ECO em Arronches: um estudo de caso centrado na vivência e na apropriação do percurso de formação pelos professores*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (Tese de Mestrado).

AMIGUINHO, A. et al. (1995) *Formar-se no projecto e pelo projecto.* In: CANÁRIO, Rui (org.) (1997) *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora. p. 101 – 116.

ARGYRIS, C.; SCHÖN, D. A. (1978) *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.

ARTHUR, D.; THORNE, S. (1998) *Professional self-concept of nurses: a comparative study of four strata of nursing students in a Canadian university*. Nurse Education Today, 18, pp. 380 – 388.

ASTIN, F.; CLOSS, S.J.; HUGHES, N. (2006) *The self-reported learning style preferences of female Macmillan clinical nurse specialists*. Nurse Education Today (in press)

BALANCHO, M.J.; COELHO, F. (1994) *Motivar os alunos. Criatividade na relação pedagógica: conceitos e práticas*. Lisboa: Texto Editora.

BARBIER, J. M. (1992) *La recherché de nouvelles formes de formation par et dans les situations de travail*. Education Permanente, nº 112, pp. 125 – 146.

BARBIER, J. M. (1996) *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: Puf.

BARBIER, R. (1991) *Le sujet existentiel et l'expérientialité mytho-poétique en situation de formation*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 243 – 254.

BARDIN, L. (2000) *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.

BARNUM, B. J. S. (1994) *Nursing Theory: Analysis, Application, Evaluation*. Philadelphia: Lippincott.

BARROSO, J. (1996) *A aprendizagem ao longo da vida*. Conferência apresentada no FORUM Euroformação, Eurotraining. Lisboa, 17 e 18 de Abril, Centro de Congressos da AIP.

BASSEY, M. (1999) *Case Study Research in Educational Settings*. Philadelphia: Open University Press.

BASTO, M. L. (2000) *Enfermagem: delimitações do seu objecto*. Texto de apoio da disciplina Enfermagem: História e Epistemologia I (documento policopiado).

BELCHIOR, F. (1990) *Educação de adultos e educação permanente: A realidade portuguesa*. Lisboa: Livros Horizontes.

BELL, J. (1997) *Como realizar um projecto de investigação*. 1ª Edição. Lisboa: Gradiva

BENNER, P. (2001) *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

BENTO, M. C. (1997) *Cuidados e Formação em Enfermagem – Que identidade?*. Lisboa: Fim de Século.

BENTO, M. C. (2000) *Formação em Enfermagem: Que caminho?* Sinais Vitais, Nº 35, Mar. 2001, pp. 29 – 34.

BETTENCOURT, A. M. (1987) *Educação para o trabalho e escolaridade obrigatória*. In: Revista de Educação, 1, pp. 41 - 45

BEZZOLA, G. (1991) *La formation expérientielle, instrument de la construction de l'identité et d'un projet de société futurs?* In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp.175 – 179.

BILHIM, J. (1996) *Teoria Organizacional: estruturas e pessoas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

BIRNBAUM, P. (1995) *Conflitos.* In: BOUDON, R. (1995) *Tratado de Sociologia*. 1ª Edição. Porto: Edições Asa. pp. 225 – 255.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994) *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos.* Porto: Porto Editora.

BOLIVAR, A. (1996) *La Escuela como una Organización que Aprende: Aprendizage Organizacional*. In: Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Actas do VI Colóquio Nacional da Secção Portuguesa da AIPELF/AFIRSE. Vol. II. Lisboa: AFIRSE Portuguesa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, pp. 391 – 404.

BONVALOT, G. (1991) *Éléments d'une définition de la formation expérientielle*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 317 – 325.

BOTELHO, J. (1994) *A pedagogia do projecto*. Enfermagem em Foco, Lisboa (IV) 14, Fev./Abr. 1994, pp. 35 – 37.

BOUDON, R. (1983) *La logique du social*. 5éme édition. Paris: Hachette.

BOUDON, R. (1990) *Os métodos em sociologia*. Lisboa: Edições Rolim.

BOUDON, R. (1995) *Conhecimento*. In: BOUDON, R. (1995) *Tratado de Sociologia*. 1ª Edição. Porto:Edições Asa. pp. 477 – 514.

BOURGEAULT, G. (1991) *La formation expérientielle des adults: perspectives nord-américanes et experiences québecoises*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 41 – 52.

BRYMAN, A. (1988) *Quantity and Quality in Social Research*. London: Routledge.

CABRITO, B. (1994) *Formações em alternância: conceitos e práticas.* Lisboa: Educa.

CABRITO, B. (1995) *Do formar ao formar-se: o papel do Ensino Recorrente na Formação de Adultos. Um dia um Tema – Processos de desenvolvimento e Formação de adultos*. Coimbra: DES/NEREE.

CAIXINHAS, J.; RAMOS, L.; SANTOS, R. (1996) *A Formação em Contexto de Trabalho na Formação Inicial Profissional*. In: Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Actas do VI Colóquio Nacional da Secção Portuguesa da AIPELF/AFIRSE. Vol. II. Lisboa: AFIRSE Portuguesa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, pp. 49 – 76.

CANÁRIO, R. (1993) *O professor e a produção de inovações*. Colóquio Educação e Sociedade, 4, pp. 97 – 122.

CANÁRIO, R. (1994) *Centros de Formação das Associações de Escolas: Que futuro?*. In: *Escolas e Mudança: O Papel dos Centros de Formação*. Lisboa: Educa. pp. 13 – 57.

CANÁRIO, R. (1996) *Introdução*. In: Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Actas do VI Colóquio Nacional da Secção Portuguesa da AIPELF/AFIRSE. Vol. II. Lisboa: AFIRSE Portuguesa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, pp. xi – xii.

CANÁRIO, R. (1997) *Formação e mudança no campo da saúde*. In: CANÁRIO, Rui (org.) *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora. pp. 117 – 146.

CANÁRIO, R. (1999) *Educação de adultos. Um campo e uma problemática.* Lisboa: Educa.

CANÁRIO, R. (2005) *O que é a Escola? Um "olhar" sociológico*. Porto: Porto Editora.

CARAPINHEIRO, G. (1998) *Saberes e Poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. 3ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

CARAPINHEIRO, G.; LOPES, N. (1997) *Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses. Estudo sociográfico de âmbito nacional.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CARMO, H.; FERREIRA, M. (1998) *Metodologia da Investigação: guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

CARNEIRO, M. T. (2001) *Plano Estratégico. Serviços de Enfermagem*. Lisboa: Hospital de São José.

CARVALHO, A. L. (2004) *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

CARVALHO, M. M. (1994). *A Enfermagem e o Humanismo - Contributo para uma reflexão sobre a humanização dos cuidados de saúde*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação - Área de Pedagogia na Saúde. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

CAVANAGH, S.J.; HOGAN, K.e RAMPOGAL, T. (1995) *The assessment of student nurse learning styles using the Kolb Learning Styles Inventory*. Nurse Education Today, 15, pp. 177 – 183.

CHAMBEL, M. J.; CURRAL, L. (1995) *Psicossociologia das organizações*. Lisboa: Texto Editora.

CHAUVEL, E. (1991) *Histoire de vie et formation expérientielle*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 209 – 218.

CHAZEL, F. (1995) *Poder.* In: BOUDON, R. (1995) *Tratado de Sociologia*. 1ª Edição. Porto: Edições Asa. pp. 195 – 223.

CHENÉ, A. (1988) *A narrativa de formação e a formação de formadores*. In: Nóvoa, A.; Finger, M. (orgs) *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde. pp. 87 – 97.

CHENÉ, A. e THEIL, J.P. (1991) *Expérience, formation de la personne et savoir-faire-sens*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 201 – 208.

CHIAVENAUTO, I. (1982) *Administração de Empresas: uma abordagem contingencial*. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil.

CHIAVENAUTO, I. (1994) *Introdução à teoria geral da Administração*. 4ª Ed. São Paulo: Makroom Books.

CHRISTMAN, L. (1991) *Perspectives on role socialization of nurses*. Nursing Outlook, New York 39 (6) Sept./Oct., pp. 209 – 212.

CÍRCULO DE LEITORES (1985a) *Lexicoteca. Moderna Enciclopédia Universal*. Vol. IV. Lisboa: Círculo de Leitores.

CÍRCULO DE LEITORES (1985b) *Lexicoteca. Moderna Enciclopédia Universal*. Vol. VII. Lisboa: Círculo de Leitores.

CÍRCULO DE LEITORES (1987) *Lexicoteca. Moderna Enciclopédia Universal*. Vol. XVI. Lisboa: Círculo de Leitores.

CLANDININ, J. (1986) *Classroom Practice. Teacher Images in Action*. London: Falmer Press.

COHEN, D. (1981) *Os psicólogos e a psicologia*. Lisboa: Edições 70.

COHEN, L.; MANION, L. (1994) *Research methods in education*. 4th Edition. Great Britain: Routledge.

COLLIÈRE, M. F. (1989) *Promover a Vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COLLIÈRE, M. F. (2003) *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª Ed. Lisboa: Lusociência.

COLUCCIELLO, M. L. (1999) *Relationships between critical thinking. Dispositions and Learning Styles*. Journal of Professional Nursing. Vol. 15, Nr 5, pp. 294 – 301.

COMISSÃO INDEPENDENTE POPULAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA (CIPQV) (1998) *Cuidar o Futuro. Um programa radical para viver melhor.* Lisboa: Trinova Editora.

COMISSÃO NACIONAL PARA O ANO EUROPEU DA EDUCAÇÃOE FORMAÇÃO AO LONGO DA VIDA (1998) *Carta Magna: Educação e Formação ao Longo da Vida*. Lisboa.

CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA (2002) *Resolução do Conselho de 27 de Junho de 2002 sobre a aprendizagem ao longo da vida (2002/C 163/01)*. In: Jornal Oficial das Comunidades Europeias, 9 de Julho de 2002, pp. C163/1 – C163/3.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO DE JANEIRO (CRERJ) (2001, Outubro, 22) *História da Enfermagem*. [Documento WWW] URL http://www.coren-rj.org.br/index.htm

CONWAY, M. E. (1985) *Toward greater specificity of nursing's metaparadigm*. Advances in Nursing Science, 7 (4), pp. 73 – 81.

CORREIA, J. A. (1989) *Inovação Pedagógica e Formação de Professores*. Porto: Edições Asa.

CORREIA, J. A. (1991) *Formação e mundo do trabalho: a produção social das suas autonomias*. In: Manual do Formador. Porto: GETAP, 1, pp. 34 – 49.

CORREIA, J. A. (1992) *A ambiguidade da noção de qualificação profissional e o processo social da sua definição*. In: Manual do Formador, Porto: GETAP, 1, pp. 27 – 33.

CORREIA, J. A. (1995) *A escola enquanto organização qualificante*. Conferência apresentada no 2º Workshop sobre o tema *Actores, contextos e práticas da formação em enfermagem: que problemas?*. Organização do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Coimbra, Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto, 29/11/1995.

CORREIA, J. A. (1997) *Formação e Trabalho: Contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação*. In: Canário, Rui (org.) (1997) *Formação e Situações de Trabalho.* Porto: Porto Editora. pp. 13 – 42.

CORTESÃO, L. (1991) *Supervisão numa perspectiva crítica*. In: VÁRIOS AUTORES, *Ciências da Educação em Portugal: situação actual e perspectivas*. Porto: SPCE, pp. 617-626.

COSTA, A. F. (2001) *A pesquisa de terreno em sociologia.* IN: SILVA, A. S.; PINTO, J. M. (org.) (2001) *Metodologia das Ciências Sociais.* 11ª ed.. Porto: Edições Afrontamento. P. 129 – 148.

COSTA, M. A. S. M. C. (1994) *Formação e práticas dos enfermeiros para o atendimento das pessoas idosas*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação – Área de Pedagogia na Saúde. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

COSTA, M. A. (1998) *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.

COSTA, M. A. M. (2001) *O Ensino de Enfermagem e o Desenvolvimento da Profissão*. Revista Sinais Vitais, 37, Jul., pp. 8 – 10.

COSTA, M. A. (2002) *Cuidar Idosos – Formação, práticas e competências dos enfermeiros.* Lisboa: Educa, Formasau.

COUCEIRO, M. L. P. (1996) *Reflexão sobre a Prática Profissional. Uma Experiência de Formação de Professores*. In: Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Actas do VI Colóquio Nacional da Secção Portuguesa da AIPELF/AFIRSE. Vol. II. Lisboa: AFIRSE Portuguesa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, pp. 419 – 428.

COURTOIS, B. (1989) *L'aprentissage expérientiel: une notion et des pratiques à défricher*. In: Education Permanente, nº 100/101, pp. 7-12.

COURTOIS, B. (1992) *La formation en situation de travail: une formation experientielle ambigue*. In: Education Permanente, nº 112, pp. 95 – 105.

COURTOIS, B. (1995) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française.

CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. (1977) *Lácteur et le système*. Paris: Éditions du Seuil.

CURTIN, L. (1979) *The nurse as advocate: a philosophical foundation for nursing*. Advances in Nursing Science, Vol. 1, 3, pp. 1 – 10.

DAMÁSIO, A. (2000) *O sentimento de si*. Lisboa: Edições Europa-América.

DECRETO nº534/76. "D.R. I Série". 158 (76-07-08) 1496 - 1497

DECRETO-LEI nº 48166/67. "D.R. I Série". 299 (67-12-27) 2514 – 2516

DECRETO-LEI nº 413/71. "D.R. I Série". 228 (71-09-27) 1406 – 1434

DECRETO-LEI nº 414/71. "D.R. I Série". 228 (71-09-27) 1434 – 1445

DECRETO-LEI nº 427-B/77. "D.R. I Série". 238-2º Suplemento (77-10-14) 2492-(5) – 2492-(6)

DECRETO-LEI nº 305/81. "D.R. I Série". 261 (81-11-12) 2998 – 3004

DECRETO-LEI nº 254/82. "D.R. I Série". 147 (82-06-29) 1897 – 1900

DECRETO-LEI nº 178/85. "D.R. I Série". 118 (85-05-23) 1389 – 1398

DECRETO-LEI nº 134/87. "D.R. I Série". 63 (87-03-17) 1063 – 1065

DECRETO-LEI nº 322/87. "D.R. I Série". 197 (87-08-28) 3332

DECRETO-LEI nº 480/88. "D.R. I Série". 295 (88-12-23) 5070 – 5072

DECRETO-LEI nº 34/90. "D.R. I Série". 20 (90-031-24) 338 – 341

DECRETO-LEI nº 100/90. "D.R. I Série". 66 (90-03-20) 1385 – 1386

DECRETO-LEI nº 437/91. "D.R. I Série A". 257 (91-11-08) 5723 – 5741

DECRETO-LEI nº 15/92. "D.R. I Série A". 29 (92-02-04) 713 – 714

DECRETO-LEI nº 161/96. "D.R. I Série A". 205 (96-09-04) 2959 – 2962

DECRETO-LEI nº 104/98. "D.R. I Série A". 1730 (98-04-21) 1739 – 1757

DECRETO-LEI nº 412/98. "D.R. I Série A". 300 (98-12-30) 7257 – 7264

DECRETO-LEI nº 157/99. "D.R. I Série A". 108 (99-05-10) 2424 – 2435

DECRETO-LEI nº 353/99. "D.R. I Série A". 206 (99-09-03) 6198 – 6201

DECRETO-LEI nº 411/99. "D.R. I Série A". 241 (99-10-15) 6959 – 6960

DECRETO-LEI nº 60/2003. "D.R. I Série A". 77 (2003-04-01) 2118 – 2127

DECRETO-LEI nº 281/2003. "D.R. I Série A". 259 (2003-11-08) 7492 – 7499

DESPACHO NORMATIVO nº 97/83. "D.R. I Série". 93 (83-02-22) 1439 – 1453

DIRECTIVA 77/453/CEE do Conselho de 27 de Junho de 1977. "Jornal Oficial". L 176 (77-07-15) 0008 – 0010. Edição Especial Portuguesa: Capítulo 06 Fascículo 02. 009.

DIRECTIVA 80/154/CEE do Conselho de 21 de Janeiro de 1980. "Jornal Oficial". L 033 (80-02-11) 0001 – 0007. Edição Especial Portuguesa: Capítulo 06 Fascículo 02. 0089.

DIRECTIVA 80/155/CEE do Conselho de 21 de Janeiro de 1980. "Jornal Oficial". L 033 (80-02-11) 0008 – 0012. Edição Especial Portuguesa: Capítulo 06 Fascículo 02. 0095.

LEI nº2120. "D.R. I Série". 169 (63-07-19) 969 – 973

LEI nº61/78. "D.R. I Série". 172 (78-07-28) 1530 – 1531

LEI nº 56/79. "D.R. I Série". 214 (79-09-15) 2357 – 2363

LEI nº46/86. "D.R. I Série". 237 (86-10-14) 3067 – 3081

LEI nº115/97. "D.R. I Série A". 217 (97-09-19) 5082 – 5083

LEI nº116/97. "D.R. I Série A". 225 (97-11-04) 6058 – 6060

PORTARIA nº 34/70. "D.R. I Série". 11 (70-01-17) 58 – 64

PORTARIA nº 674/76. "D.R. I Série". 266 (76-11-13) 2586 – 2588

PORTARIA nº 195/90. "D.R. I Série". 64 (90-03-17) 1331 – 1334

PORTARIA nº 234/94. "D.R. I Série B". 89 (94-04-16) 1821 – 1825

PORTARIA nº 799-D/99. "D.R. I Série B". 219 - Suplemento (99-09-18) 6510(2) – 6510(3)

PORTARIA nº 799-E/99. "D.R. I Série B". 219 - Suplemento (99-09-18) 6510(3) – 6510(7)

PORTARIA nº 799-F/99. "D.R. I Série B". 219 - Suplemento (99-09-18) 6510(7) – 6510(8)

PORTARIA nº 78/2000. "D.R. I Série B". 41 (2000-02-18) 603

PORTARIA nº 83/2000. "D.R. I Série B". 42 (2000-02-19) 614 – 615

PORTARIA nº 1155/2000. "D.R. I Série B". 280 (2000-12-05) 6946 – 6947

PORTARIA nº 268/2002. "D.R. I Série B". 61 (2002-03-13) 2305 – 2309

DELGADO et al. (1995) *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Ed. Síntesis.

DENOYEL, Noël (1991) *Le "bias du gars": formation par l'éxperience et culture de l'artisan*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 155 – 174.

DERET, E.; PARLIER, M. (1990) *Innovations en formation et organization qualificante – à propos d'un colloque recent*. Éducation Permanente, nº 104, pp. 143-150.

DEWEY, J. (1968) *O sentido do projecto*. In: LEITE, E.; MALPIQUE, M.; SANTOS; M. (1991) *Consultar em Trabalho de Projecto – 2. Leituras comentadas*. Porto: Edições Afrontamento, pp. 15 – 18.

DIAS, J. C. (2000) *Enfermagem: uma profissão em crise de afirmação.* Mundo Médico, (2) 10, pp. 88 – 89.

DIRECÇÃO GERAL DO ENSINO SUPERIOR (1999) *o Ensino superior em Portugal*. Lisboa: Ministério da Educação.

DOMINICÉ, P. (1985 *O processo de formação e alguns dos seus componentes relacionais*. In: Nóvoa, A.; Finger, M. (orgs) *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde. pp. 51 – 62.

DOMINICÉ, P. (1989) *Expérience et apprentizage: faire de nécessité vertu.* Education Permanente, 100/101, pp. 57 – 66.

DOMINICÉ, P. (1991) *La formation expérientielle: un concept importé pour penser la formation*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 53 – 58.

DONALDSON, S.; CROWLEY, D. M. (1997) *The discipline of Nursing*. In: NICOLL, Leslie H. (1997) *Perspectives on Nursing Theory*. Philadelphia: Lippincott. pp. 235 – 245.

DUBAR, C. (1990) *L'enjeu des expériences de formation innovante en enterprise: un noveau processus de socialization professionelle*. Éducation Permanente, nº 104, pp. 51-56.

DUBAR, C. (1991) *La Socialisation. Construction des Identités Sociales et Professionnelles*. Paris: Armand Colin.

DUBAR, C. (1994) *De la sociologie des "professions" a la sociologie des groupes professionnels et des formes identitaires*. In. LUCAS, Y.; DUBAR, C. (éds) *Génese & Dinamique des Groupes Professionnels*. Paris: Presses Universitaires de Lille. pp. 249 – 260.

DUBAR, C. (1995) *Formação, Trabalho e Identidades Profissionais*. In: CANÁRIO, Rui (org.) (1997) *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora. Pp. 43 – 52.

DUBET, F. (1994) *Sociologia da experiência*. Lisboa: Instituto Piaget.

DUFF, V.; JOHNSTONN, N.; LASCHINGER, H. (1992) *Learning Styles of Chinese nursing faculty and carrer choice preferences*. Journal of Advanced Nursing, 17, pp. 229 – 233.

DUMONT, L. (1991) *"L'expérience" des adultes comme moyen pour eux de s'approprier leur formation et "d'ouvrir" cette expérience*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 101 – 108.

DUQUE, M. C. (2005) *Textos de apoio da disciplina de Psicologia VI do 2º Semestre do 3º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Faro da Universidade do Algarve* (Documento policopiado).

DURÃO, M. C.(1995) *Características do melhor e do pior professor de estágio. Opinião de alunos e de professores.* Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas – Departamento de Ciências da Saúde e da Vida da Universidade Católica Portuguesa.

D'ESPINEY, L. (1997) *Formação Inicial/Formação Contínua de Enfermeiros: uma experiência de articulação em contexto de trabalho*. In: CANÁRIO, Rui (org.) (1997) *Formação e Situações de Trabalho*. Porto: Porto Editora. pp. 169 – 188.

D'ESPINEY, L. (1999) *Aprender a aprender pela experiência: a formação inicial de enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

D'ESPINEY, L. (coord.) (2005) *Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional – Grupos por Área de Conhecimento*. Enfermagem em Foco (XIV), nº 59, Abr./Jun., pp. 7-16.

DE BACK, V.; MENTKOWSKI, M. (1986) *Does the baccalaureate make a difference? Differentiating nurse performance by education and experience*. Journal of Nursing Education, 7 (25), pp. 275-285.

EGGLESTON, J. (1982) (ed.) *Work-experience in Secondary Schools*. London: Routledge and Keagan Paul.

ENGEBRETSON, J. (1997) *A Multiparadigm Approach to Nursing*. Advances in Nursing Science 1997; 20 (1): pp. 21 – 33.

ENRIOTTI, S. (1991) *Du vecú à la formation expérientielle*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp.183 – 190.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM BISSAYA BARRETO (2002) *Historial*. [Documento WWW] URL http://www.esebb.pt

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA (2000) *Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Para a obtenção do grau de Licenciado em Enfermagem. Guia de Orientação*. Documento policopiado.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA (2002) *Escola Superior de Enfermagem*. [Documento WWW] URL http://www.underportugal.com/CVP/escenfermagem.htm

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE ARTUR RAVARA (2002a) *A nossa história*. [Documento WWW] URL http://www.esear.pt/historia.htm

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE ARTUR RAVARA (2002b) *Curso de Complemento de Formação em Enfermagem*. [Documento WWW] URL http://www.esear.pt/curso4.htm

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE CALOUSTE GULBENKIAN, DE LISBOA (1977) *Plano de Estudos*. Lisboa: (s. ed.).

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE CALOUSTE GULBENKIAN, DE LISBOA (1998). *Relatório de Auto-Avaliação da Escola – Triénio 1994/1997*. Lisboa: (s. ed.).

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE FRANCISCO GENTIL (2002a) *Sobre a ESEFG*. [Documento WWW] URL http://www.esefg.pt/sobre/

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE FRANCISCO GENTIL (2002b) *Cursos*. [Documento WWW] URL http://www.esefg.pt/cursos/

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM MARIA FERNANDA RESENDE (s.d.) *Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende*. Documento policopiado.

ESTRELA, A.(1994) *Teoria e Prática de Observação de Classes*. 4ª Ed. Porto: Porto Editora.

FABRE, M. (1994) *Penser la formation*. Paris: PUF.

FACHADA, M. Odete (2001) *Psicologia das Relações Interpessoais*. 4ª Ed. 1º Vol. Lisboa: Edições Rumo

FAWCETT, J. et al. (2001) *On Nursing Theories and Evidence*. Journal of Nursing Scholarship; 33 (2), pp. 115 – 119.

FERNANDES, J. (1998) *A construção do currículo em Enfermagem – concepções educacionais e pedagógicas: da normatividade à autonomia*. Referência, nº 0, pp. 33 – 39.

FERNANDES, N. (2000) *Complemento de Formação*. Revista Sinais Vitais, 28, Jan., pp. 11 – 12.

FERONI, I. (1994) *La professionalisation des infirmières en France: le cas de la formation initiale*. In. LUCAS, Y.; DUBAR, C. (éds) *Génese & Dinamique des Groupes Professionnels*. Paris: Presses Universitaires de Lille. pp. 181 – 183.

FERREIRA, A. C. (2001, Outubro, 22) *História de Enfermagem*. [Documento WWW] URL http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/historia.htm

FERREIRA, M. A. G. A. (2003) *O olhar dos enfermeiros sobre a profissão – um estudo de representações sociais*. Revista Investigação em Enfermagem, Nº 8, Agosto, pp. 17 – 26.

FERREIRA, V. (2001a) *O inquérito por questionário na construção de dados sociológicos*. In: SILVA, A.; PINTO, J. (org.) (2001) *Metodologia das Ciências Sociais*. 11ª Ed. Porto: Edições Afrontamento. Pp. 165 – 196.

FERRY, G. (1987) *Le trajet de la formation*. Paris: Dunod.

FINLAY, L.; GOUGH, B. (2003) *Reflexivity. A Practical Guide for Researchers in Health and Social Sciences*. Oxford: Blackwell Publishing.

FODDY, W. (1996) *Como perguntar*. Oeiras: Celta Editora.

FONSECA, A. (1996) *O trabalho e a educação. Uma educação para o trabalho.* In: Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Actas do VI Colóquio Nacional da Secção Portuguesa da AIPELF/AFIRSE. Vol. II. Lisboa: AFIRSE Portuguesa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, pp. 199 – 214.

FONSECA, J. (2003) *Simbologia dos emblemas das escolas de enfermagem em Portugal. Um património da profissão de enfermagem*. Santarém: Edição do autor.

FORMARIER, M. et al. (1995) *Les concepts organisateurs de la science leur application aux soins infirmiers.* Recherche en soins infirmiers, nº 43 (1995), pp. 68 – 80.

FORTIN, M. (1999) *O processo de investigação: da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

FORUM ESTUDANTE (2000). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil, um disco (CD).

FREDERICO, M. (2001) *Integração Profissional*. Revista Sinais Vitais, 37, Jul., pp. 33 – 36.

FREIDSON, E. (1984) *La profession médicale*. Paris: Payot.

FREIRE, P. (1975) *Educação como prática da liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREIRE, P. (1983) *Pedagogia do Oprimido*. 13ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREIRE, P. (1997). *Pedagogia da autonomia*. 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FREIRE, P. (2003) *Educação e mudança*. 27ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

FRIEDBERG, E. (1995a) *O poder e a regra*. Lisboa: Instituto Piaget.

FRIEDBERG, E. (1995b) *Organização*. BOUDON, R. (1995) *Tratado de Sociologia*. 1ª Edição. Porto: Edições Asa. pp. 343 – 378.

GARCIA, C. (1992) *A formação de professores: Centro de atenção e pedra-de-toque*. In: NÓVOA, António (coord.) *Os professores e a sua formação*. Lisboa: Publicações Dom Quixote. pp. 51 – 76.

GHIGLIONE, R.; MATALON, B. (1997) *O inquérito: teoria e prática.* 3ª Ed.Oeiras: Celta Editora.

GIUST, A. (1988) *Le professionnel est une personne*. In: Pratiques de formation, 15, pp.87 – 100.

GOMES, A. D. (1994) *Cultura: "Uma Metáfora Paradigmática no Contexto Organizacional"*. Psicologia, Vol. IX, 3, pp. 279 – 294.

GRAÇA, L. (2000a) *Evolução do Sistema Hospitalar: Uma Perspectiva Sociológica (IV Parte). Portugal: O Sistema Tradicional (1096 – 1867)*. [Documento WWW] URL http://www.terravista.pt/meco/5531/textos86.html

GRAÇA, L. (2000b) *Evolução do Sistema Hospitalar: Uma Perspectiva Sociológica (VI Parte). Portugal: O Sistema Profissional Liberal (1867 – 1971)*. [Documento WWW] URL http://www.terravista.pt/meco/5531/textos89.html

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. (2000a) *Evolução da Prática e do Ensino da Enfermagem em Portugal*. [Documento WWW] URL http://www.terravista.pt/meco/5531/textos62.html

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. (2000b) *Florence Nigthingale e Ethel Fenwick: da ocupação à profissão de Enfermagem*. [Documento WWW] URL http://www.terravista.pt/meco/5531/textos63.html

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. (2000c) *Irmãos e Irmãs da Caridade: os Primórdios da Enfermagem na Europa*. [Documento WWW] URL http://www.terravista.pt/meco/5531/textos67.html

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. (2000d) *Proto-história da Enfermagem em Portugal. I Parte*. [Documento WWW] URL http://www.terravista.pt/meco/5531/textos64.html

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. (2000e) *Proto-história da Enfermagem em Portugal. II Parte*. [Documento WWW] URL http://www.terravista.pt/meco/5531/textos65.html

GRANDE, N. (1996) *Acerca da Saúde. Entrevista ao Professor Doutor Nuno Grande*. (Responsabilidade de José Carlos Santos, Maria do Céu Barbiére e Carlos Margato). Revista Sinais Vitais, Nº 7, Maio, pp. 9 – 12.

GRIZE, J. B. (1996) *Savoirs théoriques et savoirs d'action: point devue logico-discursif*. In: Barbier, J. M. (1996) *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: Puf. pp. 119 – 129.

HESBEEN, W. (2000) *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

HESBEEN, W. (2001) *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

HESBEEN, W. (2002) *A reabilitação. Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.

HÉTU, C. (1991) *Formation expérientielle et ethnométhodologie: tendances récentes dans l'étude du travail*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 313 – 316.

HODGES, S. A. (1988) *Individual learning styles of student nurses, their teachers and ward sisters*. Journal of Advanced Nursing, 13, pp. 341 – 344.

HONORÉ, B. (1983) *Former à l'hôpital*. Toulouse: Privat.

HONORÉ, B. (1992) *Vers l'oeuvre de formation. L'ouverture à l'existence*. Paris : L'Harmattan.

HONORÉ, B. (2002) *A saúde em projecto*. Loures: Lusociência.

HONORÉ, B. (2004) *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.

HOPKINS, R. (1993) *David Kolb's experiential learning-machine*. Journal of Phenomenology Psychology, 24: (1), pp. 46 – 62.

HUGHES, E. (2005) *Nurse's perceptions of continuing professional development*. Nursing Standard. Vol. 19, Nr 43, pp. 42 – 49.

ILLICH, I. (1977) *Limites para a medicina*. 1ª Ed. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2004, Março, 19) *The ICN Definition of Nursing*. [Documento WWW] URL http://www.icn.ch/definition.htm

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) (2005) *Resolver a escassez mundial de enfermeiros e de outros trabalhadores da saúde*. In: Revista da Ordem dos Enfermeiros, 17, Jul., pp. 50-51.

JAKUBOWICZ, Maurice (1991) *Formation expérientielle et mobilité sociale: le cas limite des créateurs d'enterprises*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp.149 – 154.

JAMES, C.; CLARK, B. (1994) *Reflective practice in nursing: issues and implications for nurse education*. In *Nurse Education Today*, vol 4, nº 12, Abril, pp. 82 – 90.

JARAMILLO, J. (1996) *Vygotsky's Sociocultural Theory and Contributions to the development of construtivist curricula*. Education. Vol. 117, Nº1, pp. 133 – 140.

JARVIS, P. (1992) *Quality in practice: the role of education*. In: Nurse Education Today, 12, Fev., pp. 3 – 10.

JARVIS, P. (1995) *Towards a philosophical understanding of mentoring*. Nurse Education Today, 15, pp. 414 – 419.

JARVIS, P. (2000) *The practitioner-researcher in nursing*. Nurse Education Today, 20, pp. 30 – 35.

JEANGUIOT, N. (1999) *Approche de l'arternance en formation: étude comparée de la formation des enseignats à l'I.U.T.M. et de la formation des infirmiers*. Recherche en soins infirmiers. 57, pp. 57 – 87.

JOÃO PAULO II (1994) *Introdução*. In: *Carta dos Direitos da Família*. Revista SERVIR. Vol. 42. Nº 6. Nov. – Dez. 1994. P. 291 – 294.

JOBERT, G. (1991) *La place de l'expérience dans les enterprises*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 75 – 82.

JOSSO, C. (1987) *Da formação do sujeito... ao sujeito da formação*. In: Nóvoa, A.; Finger, M. (orgs) (1988) *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde. pp. 35 – 50.

JOSSO, C. (1989) *Ces expériences au cours desquelles se forme identités et subjectivité*. Educação Permanente, 100/101: pp. 161 – 168.

JOSSO, C. (1991) *L'expérience formatrice: un concept en construction*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 191 – 200.

KEROUAC, S.; PEPIN, J.; DUCHARME, F.; DUQUETTE, A.; MAJOR, F. (1996) *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

KIM, H. (1983) *The nature of theoretical thinking in nursing*. Connecticut: Appleton – Century – Crofts.

KOLB, D. A. (1984) *Experiential Learning. Experience as the source of learning and development.* New Jersey: Prentice Hall.

KOLB, D. A. (1985) *Learning Style Inventory: Self-Scoring Inventory and Interpretation Booklet*. Boston: McBer.

KREPIA, S. (2002) *The evolving essence of the science of nursing: a complexity integration nursing theory*. ICUs and Nursing Web Journal. ISSUE 8th (Oct. 2001– Jan. 2002). [Documento WWW] URL http://www.nursing.gr/Evolving.pdf

LACROIX, A. (1991) *Former des médecins à enseigner aux malades: comparaison de deux expériences de formation pédagogiques.* In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 131 – 140.

LANDRY, F. (1989) *La formation expérientielle: origines, définitions et tendences*. In: Education Permanente, 100/101, pp. 13-22.

LANDRY, F. (1991) *Vers une théorie de l'apprentissage expérientiel*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 21 – 28.

LASCHINGER, H. K. (1986) *Nursing student's perceptions of environmental press of two clinical nursing settings*. Journal of Advanced Nursing, 11, pp. 289 – 294.

LASCHIGER, H. K.S. (1990) *Review of experiential learning theory research in the nursing profession*. Journal of Advanced Nursing, 15 (8), pp. 985 - 993.

LASCHINGER, H. K.; BOSS, M. K. (1984) *Learning styles of nursing students and career choices*. Journal of Advanced Nursing, 9, pp. 375 – 380.

LASCHINGER, H. K.; BOSS, M. K. (1990) *Learning styles of Baccalaureate nursing students and attitudes toward theory-based nursing*. Journal of Professional Nursing, 5, pp. 215 – 223.

LASCHINGER, H. K. S.; Mac MASTER (1992) *Effect of pregraduate preceptorship experience of development of adaptive competencies of baccalaureate nursing students*. Journal of Nursing Education, 31, pp. 258 – 264.

LATOUR, B. (1996) *Sur la pratique des théoriciens.* In: In: Barbier, J. M. (1996) *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: Puf. pp. 131 – 146.

LAWSON, A.; JOHNSON, M. (2002) *The vality of Kolb Learning Styles and Neo-Piagetian Development Levels in College Biology*. Studies in Higher Education.Vol.27 (1), pp. 79 – 90.

LE BOTERF, G. (1994) *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*. Paris Éditions d'Organisation.

LE BOTERf, G. (1997) *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Éditions d'Organization.

LEBEAU, R. (1988) *L'évolution des conceptions de l'organisation de l'enterprise-leurs consequences sur la formation*. In: Le Bouedec, G. (1988) *Les defies de la formation continue: development personnel ou development professionnel?* Paris: L'Harmattan, pp. 25 – 38.

LEITÃO, C. (2003) *Buscando caminhos nos processos de formação/autoformação*. Revista Brasileira de Educação, Nº 27, Set-Dez. 2004, pp. 25 – 39.

LEONE, T. F. (1980) *Hospitais Civis de Lisboa. Exposição Comemorativa da Fundação do Hospital Real de Todos-os-Santos. 1492 – 1980*. Lisboa: Hospital de são José.

LERBERT, G. (1987) *Formação de professores e alternância*. Comunicações do Colóquio *As Ciências da Educação e a Formação de Professores*. 2, 3 e 4 de Dezembro de 1986. Lisboa: GEP/ME, pp. 107 – 142.

LESNE, M. (1977). *Trabalho pedagógico e formação de adultos. Elementos de análise*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

LESNE, M.; MIANVIELLE, Y. (1990) *Socialization et Formation*. Paris: Ed. Paideia.

LESSARD-HERBERT, M.; GOYETTE, G.; BOUTIN, G. (1994) *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

LOFF, A.; ALMEIDA, M. J. (1997) *Rosélia Ramos*. Revista Sinais Vitais, 15, Nov., pp. 47 – 50.

LOPES, M. J. (2000) *A natureza dos cuidados de enfermagem. Alguns contributos para a sua clarificação.* Sinais Vitais, Nº 30, Maio 2000, pp. 35 – 42.

LOPES, M.; PINTO, A. (1999). Competitividade, Aprendizagens e Soluções Pedagógicas. Oeiras: Celta Editora.

LOPES, N. (2001) *Recomposição Profissional da Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

LOUIS, K. S. (1994) *Beyond 'Managed Change': Rethinking how Schools Improve*". In: School Effectiveness and School Improvement, nº 5 (1), pp. 2 – 25.

LÜDKE, M.; ANDRE, M. (1986) *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: Cortez.

MACHADO, J. P. (1977a) *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. 3ª ed. Lisboa: Livros Horizonte. Vol. II.

MACHADO, J. P. (1977b) *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. 3ª ed. Lisboa: Livros Horizonte. Vol. III.

MACHADO, J. P. (1977c) *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. 3ª ed. Lisboa: Livros Horizonte. Vol. IV.

MALAQUIAS, L. e TEOTÓNIO, M. (1997) *Um olhar transcultural sobre as comunidades Indianas de Lisboa.* Pensar Enfermagem (1), Nº1, p. 11 – 15.

MALGLAIVE, G. (1990) *Les rapports entre savoir et pratique dnas le développment des capacités d'apprentissage chez les adultes*. Education Permanente, Nº 102, pp. 52 – 60.

MALGLAIVE, G. (1995a) *Ensinar Adultos*. Porto: Porto Editora.

MALGLAIVE, G. (1995b) *Formação e saberes profissionais: entre a teoria e a prática*. In: CANÁRIO, R. (org.) (1997) *Formação e Situações de trabalho*. Porto: Porto Editora. pp. 53 – 60.

MARQUES, M. (1996) *O partenariado na escola*. 1ª ed. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.

MARQUES, M.; COSTA, M. V. (2003) *50 Anos de Evolução do Ensino de Enfermagem 1886 – 1930*. Sinais Vitais, Nº 47, Mar. 2003, pp. 21 – 24.

MARQUES SIMÕES, C.; RALHA SIMÕES, H. (1997) *Maturidade pessoal, dimensões da competência e desempenho profissional*. In: SÁ-CHAVES, I. (org.) (1997) *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora, pp. 37 – 58.

MARTIN, C. (1995) *Cuidados de Enfermagem, uma disciplina: condições e acessos*. Conferência pronunciada em Bruxelas (19/12/1995). Tradução de COSTA E SILVA, O. (Escola Superior de Enfermagem da Cidade do Porto). Documento policopiado.

MARTINEZ, O.; BERGÉ, M. E. (1996) *Identidad enfermera. Perspectiva psicoanalítica*. Rol, 217, pp. 27 – 31.

MARTIN, F. (2002) *Promovoir la santé à l'hôpital: un facteur de qualité?* La Santé de l'Homme, Nº 360, pp. 22 – 24.

MARTINS, C. A. (1999) *Construindo a identidade profissional dos enfermeiros*. Sinais Vitais, Nº 27, Nov., pp. 56 – 58.

MATHEY-PIERRE, C. (1991) *La formation en alternance comme formation expérientielle ?*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp.109 – 114.

Mc DONOUGH, J.; OSTERBRINK, J. (2005) *Learning Styles: an issue and clinical education?* American Association of Nurse Anesthetists Journal, Vol. 73, Nr2, pp. 89 – 93.

Mc FARLANE, J. (1977) *Developing a theory of nursing: the relation of theory to practice, education and research*. Journal of Advanced Nursing 2, 261 – 270.

MELEIS, A. (1991) *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

MERRIAM, S. (1988) *Case Study Research in Education. A qualitative approach*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

MESTRINHO, M. G. (1995) *Tornar-se enfermeiro: de estudante a profissional*. Dissertação apresentada no âmbito do 4º Curso de Pedagogia aplicada ao Ensino de Enfermagem. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende.

MESTRINHO, M. G. (1997a) *O choque da realidade dos enfermeiros no início de carreira*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Área de Desenvolvimento Curricular. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

MESTRINHO, M.G. (1997b) *Teoria e Prática, uma relação possível*. Revista Sinais Vitais, Nº 11, Março, pp. 35 – 38.

MOITA FLORES, F. (1998) *Imagem Social da Enfermeira. Entrevista a Francisco Moita Flores (da responsabilidade de José Carlos Santos e António Amaral)*. Revista Sinais Vitais, Nº 16, Jan., pp. 9 – 11.

MICHALIS, R. (2002) *Nursing as an art*. ICUs and Nursing Web Journal. ISSUE 9th (January-March 2002) [Documento WWW] URL http://www.nursing.gr/Artnursing.pdf

MILES, M.; HUBERMAN, A. (1990) *Qualitative data analysis – a sourcebook of new methods*. Newburry Park, California: SAGE Publications, Inc.

MILLER, A. (1985) *The relationship between nursing theory and nursing practice*. Journal of Advanced Nursing, 10, 417 – 424.

MILLER, A.; WATTS, A.G. e JAMIESON, J. (1991) *Rethinking work experience*. London: The Falmer Press.

MILLIGAN, F. (1998) *Defining and assessing competence: the distraction of outcomes and the importance of educational process*. Nurse Education Today, 18, pp. 273 – 280.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E ENSINO SUPERIOR (2005a) *Bolonha. Ministério da Ciência e Ensino Superior*. In: Enfermagem em Foco (XIV), nº 58, Jan./Mar., pp. 3-6.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E ENSINO SUPERIOR (MCES) (2005b) *Reforma do Sistema do Ensino Superior – Orientação para harmonização de estruturas de formação*. In: Enfermagem em Foco (XIV), nº 58, Jan./Mar., pp. 7.

MINTZBERG, H. (1982) *Struture & Dinamique des organizations*. Paris: Les Éditions d'organization.

MITCHELL, P. (1977) *Concepts basic to nursing*, 2nd Ed. New York: McGraw-Hill.

MORIN, E. (1995) *Introdução ao Pensamento Complexo*. 2ª Ed. Lisboa: Instituto Piaget.

MORSE, J. M. et al. (1990) *Concepts of caring and caring as a concept*. Advances en Nursing Science. 13 (1): pp. 1 – 14.

MOSCOVICI, S. (1984) *The phenomenon of social representation*. In: FARR, R.; MOSCOVICI, S. (Eds.) *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 3 – 69.

MOSCOVICI, S. (2000) *Social Representations: Explorations in Social Psychology*. Oxford: Polity Press.

MOYSE, M. (1991) *Láccompagnement d'une expérience: la réadaptation des trétraplégiques et paraplégiques récents*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 119 – 130.

NAVALHAS, J. (1999) *Cuidados Continuados – um modelo urgente*. Direcção Geral da Saúde – Núcleo de Enfermagem. [Documento WWW] URL http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/ent_1.html

NEVES, A. J. (2000) *Enfermagem – Poder e constrangimentos*. Revista Sinais Vitais, Nº 32, pp. 13- 15.

NEWMAN, M. (1992) *Prevailing Paradigms in Nursing*. Nursing Outlook, (40) 1. pp. 10-13, 32.

NEWTON, C. (1993) *Modelo de Roper, Logan e Tierney. Aplicacion practica*. Barcelona: Masson – Salvat Enfermeria.

NOGUEIRA, M. (1990) *História da Enfermagem*. 2ª ed. Porto: Edições Salesianas.

NÓVOA, A. (1988) *A formação tem de passar por aqui: as histórias de vida no projecto Prosalus*. In: Nóvoa, A.; Finger, M. (orgs) *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde. pp. 107 – 130.

NÓVOA, A. (1992) *As organizações escolares em análise*. Lisboa: Publicações D. Quixote.

NUNES, J. P.; ALVES, M. J. e MALCATA, M. M. (1995) *A percepção das diferentes crenças religiosas face ao nascimento, à doença e à morte*. Servir (43) Nº 4, p. 213 – 225.

NUNES, Lucília (2003) *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881–1998)*. Lisboa: Lusociência.

NUNES, Luísa (1995) *As dimensões formativas dos contextos de trabalho.* In: Inovação, 8 (3), pp. 233 – 249.

OLIVEIRA, R. D.; DOMINICÈ, P. (1977) *Ivan Illich e Paulo Freire: A opressão da pedagogia, a pedagogia dos oprimidos*. Lisboa: Sá da Costa.

OLLAGNIER, E. (1991) *L'expérience dans les formations en entreprise*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 141 – 148.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2000) *Recomendações. Curso de Complemento de Formação em Enfermagem*. Documento não publicado.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) *Equivalência a Licenciatura dos enfermeiros com cursos de especialização*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 2, Mar., pp. 12 – 13.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. Conselho de Enfermagem, Dezembro de 2001. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004a) *População, desafios demográficos e enfermagem em Portugal*. Jornal de Enfermagem, Ano III, 2ª Série, Nº 68, p. 7.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004b) *Tem Portugal enfermeiros suficientes?* Jornal de Enfermagem, Ano III, 2ª Série, Nº 68, p. 6.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004c) *A certificação de competências dos enfermeiros é matéria regulamentar da profissão.* Revista da Ordem dos Enfermeiros, 14, Out., pp. 15 – 18.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004d) *Condições para o exercício profissional*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 14, Out., pp. 9 – 11.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) *Cuidados de proximidade – os enfermeiros como recurso de saúde dos cidadãos*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 17, Jul., pp. 4–6.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005a) *O Processo de Bolonha.* Revista da Ordem dos Enfermeiros, 16, Mar., pp. 3 – 6.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005b) *Concretização do Processo de Bolonha: implicações para o exercício profissional*. Revista da Ordem dos Enfermeiros, 16, Mar., pp. 7 – 8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006) *Processo de Bolonha. Posição da Ordem dos Enfermeiros*. Documento realizado pelo Conselho Directivo reunido a 22 de Março de 2006, na sequência da Assembleia Geral de 18 de Março p.p. (Documento policopiado).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1996) *Nursing Practice*. Geniebra: Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2002) *Servicios de Enfermería & Partería. Orientaciones estratégicas 2002 - 2008*. Geniebra: Organización Mundial de la Salud.

PAIN, A. (1990) *Éducation informelle – les effets formateurs dans le quotidien*. Paris: L'Harmattan.

PAIN, A. (1991) *Éducation informelle: les mots ... et la chose*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 59 – 66.

PARAHOO, K. (1997) *Nursing research – principles, processes and issues*. London : McMillan.

PARSE, R. (1987) *Nursing Science. Major paradigms, theories and critiques*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

PARSE, R. (1992) *Hombre-vida-salud. Una teoria de enfermeria.* In: SISCA, J. (org.) *Modelos conceptuales de enfermeria*. Barcelona: Ediciones Doyma, pp. 207 – 210.

PASQUIER, D. (1991) *La formation expérientielle des adultes: essai d'exploration critique de l'expression – quel rapport avec l'éducabilité?* In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 285 – 290.

PATTON, M. Q. (1990) *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2nd Edition. London: Sage Publications.

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. (1992) *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Lisboa: ACEPS.

PELPEL, P. (1989) *Les stages de formation: objectives et stratégies pédagogiques*. Paris: Bordas.

PEYRÉ, P. (1994) *Le project de formation en milieu psyquiatrique. Vers l'hôpital formateur*. Toulouse: Privat.

PIAGET, J. e tal. (1970) *Tendencias de la investigacion en las ciências sociales*. Madrid: Alianza Editorial.

PIRES MADEIRA, A. (1997) *Comunicação apresentada na Mesa Redonda V – O Ensino da Enfermagem no Limiar do Ano 2000.* Actas da VIII Semana de Enfermagem Na procura do conhecimento. A personalização dos cuidados. Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. pp. 123 – 125.

PIMENTEL, D. et al. (1991) *A estruturação das identidades no quotidiano de trabalho. O caso dos profissionais de enfermagem*. In: Sociologia – Problemas e práticas, 9, pp. 43 – 56.

PINEAU, G. (1988) *A autoformação no decurso da vida: entre a hetero e a ecoformação*. In: Nóvoa, A.; Finger, M. (orgs) *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde. pp. 63 – 77.

PINEAU, G. (1989) *La formation expérientielle en auto-, eco- et co-formation*. In: Education Permanente, 100/101, pp. 23 – 30.

PINEAU, G. (1991) *Formation expérientielle et théorie tripolaire de la formation*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 29 – 40.

PINEAU, G. e COURTOIS, B. (1991) *L'enjeu de la prise en compte de la formation expérientielle: mise en culture ou en miettes d'arts de faire et de vivre singuliers*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 327 – 332.

PINTASSILGO, M. L. (1995) *A mudança de valores num mundo em transição*. Revista de Educação. vol. V, nº 1, Jun. 1995. Departamento de Educação da Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa, pp. 3 – 10.

PINTO, A.; PORFÍRIO, A. e QUARESMA, G. (1997) *A percepção da doença e da morte nas comunidades indianas*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende (Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem à Pessoa Adulta e Idosa em Situação de Doença Crónica). (documento policopiado)

PINTO, C. B.; ABREU, W. C. (2004) *Bioética e qualidade de cuidados de saúde: uma perspectiva antropológica*. Revista Sinais Vitais, Nº 54, pp. 18 – 26.

PISCARRETA, C. (2000) *Cuidar e Pedagogia*. Revista Enfermagem em Foco, Ano IX - Novembro – Janeiro de 2000 – n.º 37, p. 35 – 41

PISCARRETA, C. (2000a) *Enfermagem Familiar: uma experiência além fronteiras?...* Boletim de Enfermagem do Hospital de São José, Nº 5, Agosto de 2000, p.2 - 3.

PISCARRETA, C. e DUARTE, M. J. (1998) *A comunidade indiana também é utente!...* Sinais Vitais, Nº 19, Jul., p. 17 – 19.

POURTOIS, J. P.; DESMET, H. (1988) *Épistemologie et instrumentation en sciences humaines*. Bruxelles: Pierre Mardaga, Editeur.

PORTUGAL (1998) *O Hospital Português*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Ministério da Saúde.

PORTUGAL (1999) *Novos Desafios para a Enfermagem*. Ministério da Saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde – Núcleo de Enfermagem. [Documento WWW] URL http://www.dgsaude.pt/Gdd/biblos/ent_1.html

PORTUGAL (2004) *Plano Nacional de Saúde. Orientações Estratégicas para 2004-2010. Mais saúde para todos.* Lisboa: Ministério da Saúde.

PUNCH, K. (1998) *Introduction to Social Research*. London: Sage Publications.

QUEIRÓS, A. A. (2000) *Filosofia e Modelos de Enfermagem. Como ensinar. Como aplicar.* In: Queirós, A. A.; Silva, L. C. C.; Santos, E. M. (2000) *Educação em Enfermagem*. Coimbra: Quarteto. pp. 11 – 26.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. (1992) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 1ª ed. Lisboa: Gradiva.

RADSMA, J. (1994) *Caring and nursing: a dilemma*. Journal of Advanced Nursing, 20, pp. 444 – 449.

RAIJ, K. (2000) *Toward a profession. Clinical learning in a hospital environment as described by student nurses*. Helsinki: University os Helsinki, Department of Education (Research Report 166)

RAMPROGUS, V. K. (1988) *Learning how to learn nursing*. Nurse Education Today, 8, pp. 59 – 67.

REBELO, M. T. (1996) *Os discursos nas práticas de cuidados de Enfermagem: contributo para análise das representações sociais*. Sinais Vitais, 9, pp. 13 – 17.

REMINGTON, M. A.; KROLL, C. (1990) *The 'high-risk' nursing student: identifying the characteristics and learning style preferences*. Nurse Education Today, 10, pp. 31 – 37.

REVERBY, S. M. (1987) *Ordered to care*. New York: Cambridge University Press.

RIBEIRO, L. (1995) *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral*. Lisboa: Educa.

RILEY, J. (2004) *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Ed. Loures: Lusociência.

ROACH, S. (1984) *Caring: the human mode of being, implications for nursing*. Toronto: Faculty of Nursing.

ROBERTS, W. (1967) *Science a wellspring of our discontent*. American Scientist 55, 3-14

ROCHA, J. A. *Gestão de Recursos Humanos*. 2ª Ed. Lisboa: Editorial Presença.

RODRIGUES, A.; ESTEVES, M. (1993) *A análise de necessidades na formação dos professores*. Porto: Porto Editora.
RODRIGUES, M. L. (2002) *Sociologia das profissões.* 2ª Ed. Oeiras: Celta Editora.

RODRIGUES, P. (1998) *A avaliação curricular*. In: Avaliações em Educação: Novas perspectivas. Porto: Porto Editora.

ROELENS, N. (1991) *Le métabolisme de l'expérience en réalité et en identité*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 219 – 242.

ROLDÃO. M. C. (1996) *A educação básica numa perspectiva de formação ao longo da vida*. Inovação. Vol. 9, Nº 3, 1996, pp. 205 – 217.

ROPER, N.; LOGAN, W.W.; TIERNEY, A.J. (1995) *Modelo de Enfermagem*. 3ª ed.. Alfragide: McGraw-Hill de Portugal, L.da.

ROPER, N.; LOGAN, W.W.; TIERNEY, A.J. (2001) *O modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores.

ROYAL COLLEGE OF NURSING (2003) *Defining Nursing*. London: Royal College of Nursing [Documento WWW] URL http://www.rcn.org.uk

SANCHES, M. F. C. F. C. (1992) *Cultura Organizacional. Um Paradigma de Análise da Realidade Escolar*. 1ª Ed. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Educação.

SANTIAGO, R.; ALARCÃO, I.; OLIVEIRA, L. (1997) *Percursos na formação de adultos. A propósito do modelo de M. Lesne*. In: SÁ-CHAVES, I. (org.) (1997) *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora, pp. 9-36.

SANTOS, B. S. (1998) *Um discurso sobre as ciências.* 10ª Ed. Porto: Edições Afrontamento.

SANTOS, A. C. (1999) *O Ensino de Enfermagem em Portugal – Perspectivas Actuais e Futuras*. Revista Sinais Vitais, Nº27, Nov. 1999, pp. 17 – 21.

SANTOS, T. S.; DUARTE, M. E.; SUBTIL, C. (2004) *A Declaração de Bolonha e a formação na área da enfermagem*. Enfermagem em Foco (XIV), nº 59, Abr./Jun. (2005), pp. 17-25.

SCHEFFWECHT, J. J. (1980) *Clarificação dos componentes de um sistema de formação contínua de adultos. A função do formador. Elementos de introdução à prática de formadores*. Lisboa: DGEA/ME.

SCHÖN, D. (1983) *The reflective practioner. How professionals think in action*. Londres: Basic Books.

SCHÖN, D. (1987) *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers.

SCHÖN, D. (1992) *Formar professores como profissionais reflexivos.* In: NÓVOA, A. (org.) (1992) *Os professores e a sua formação.* Lisboa:

SCHÖN, D. (1994) *Le practicien réflexif caché dans l'agir professionnel*. Paris: Les Éditions Logiques.

SCHÖN, D. (1996) *A la recherche d'une nouvelle épistemologie de la pratique et de ce q'elle implique pour l'éducation des adultes*. In: Barbier, J. M. (1996) *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris: Puf. pp. 201 – 222.

SELECÇÕES DO READER'S DIGEST (1981) *Dicionário Enciclopédico Koogan Larousse Selecções*. Vol. III. Lisboa: Selecções do Reader's Digest.

SERRE, F. (1991) *Efficacité dans l'action*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 291 – 304.

SHERBINSKI, L. (1994) *Learning Styles of nurse anesthesia students related to level in a master of science in nursing program*. American Association of Nurse Anesthetists Journal, 62, pp. 39 – 45.

SILVA, A. (1989) *Concepção Antropológica na Enfermagem*. In Servir. Vol. 37, Nº 4.

SILVA, A. M. (2005) *Certificação de competências: o percurso e o processo*. Ordem dos Enfermeiros, Nº 18, pp. 45 – 51.

SILVA, A. M. ; TEIXEIRA, L.; NUNES, L. (2005) *Desenvolvimento responsável da prática profissional*. Ordem dos Enfermeiros, Nº 18, pp. 27 – 44.

SILVA, E. M. V. B. (1997) *Formação em alternância no Ensino de Enfermagem*. Revista Sinais Vitais, 13, pp. 21 – 24.

SILVA, E.; BEIRÃO, C. (2005) *Manual de Integração para Enfermeiros. Cirurgia 1-Sala1*. Lisboa: Hospital de São José, Centro Hospitalar de Lisboa, Zona Central.

SILVA; M. C. (1983) *The American Nurse's Association position statement on nursing and social policy: philosophical and ethical dimensions*. Journal of Advanced Nursing, Vol. 8, pp. 147 – 151.

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (1994) *Origem e percurso da profissão de enfermagem. Breve resenha histórica do percurso da profissão de enfermagem*. [Documento WWW] URL http://www.cdi.sep.pt/pesquisa/showdoc.asp?tpdoc=51&codarqC=34

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES (2004) *O sector privado na saúde*. Enfermagem em Foco, Ano XII, Jan./Mar., Nº 54, pp. 26 – 28.

SMITH, D.M.; KOLB, D.A. (1986) *User's Guide for the Learning Style Inventory: A Manual for Teachers and Trainers*. Boston: McBer.

SNELGROVE, S. (2004) *Approaches to learning of students nurses*. Nurse Education Today, 24, pp. 605-614.

SOARES, I. (1994). *Da blusa de brim à touca branca; Contributo para a história do ensino de enfermagem 1880-1950*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação, Área de Pedagogia na Saúde. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

SOARES, I. (1997) *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: Educa e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

SOUSA, M. A. (2005) *Taiwan 2005. Partilhando o compromisso*. Ordem dos Enfermeiros, Nº 18, pp.1-2.

SOUSA, M. A.; NUNES, L. (2005) *Auto-regulação na enfermagem: o caso português*. Ordem dos Enfermeiros, Nº 18, pp. 12-14.

SOUSA, M. D. D. (1983) *Evolução do ensino de enfermagem em Portugal nos últimos 25 anos.* "Servir". Lisboa, 31 (2) Março – Abril, pp. 89 – 103.

STRAUSS, A. (1992) *La trama de la négociation. Sociologie qualitative et interaccionisme*. Paris: Logiques Sociales, l'Harmattan.

STREUBERT, H.; CARPENTER, D. (2002) *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª Ed. Lisboa: Lusociência.

STUTSKY, B.; LASCHINGER, H.K.S. (1995) *Changes in student learning styles and adaptative learning competences following a senior preceptorship experience*. Journal of Advanced Nursing, 1991, 21, pp. 143 – 153.

SUBTIL, C. et al. (1995) *Formação Contínua de Enfermeiros em Contextos de Trabalho*. In: Inovação, 8, 1995, pp. 325 – 332.

SULIMAN, W. A. (2006) *Critical thinking and learning styles of students in conventional and accelerated programmes*. International Nursing Review, 53, pp. 73 – 79.

SUTCLIFFE, L. (1993) *An investigation into whether nurses change their learning styles according to subject area studied*. Journal of Advanced Nursing, 18, pp. 647 – 658.

SWALLOW, V.; COATES, M. (2004) *Flexible education for new nursing roles: reflections on two approaches*. Nurse Education in Practice, 4, pp. 53 – 59.

SWANSON, K. (1993) *Nursing as informed caring for the well-being of others.* Journal of Nursing Scholarship, Vol. 25, Nº 4, pp. 352 – 357.

TAVARES, J. (1997) *A formação como construção do conhecimento científico e pedagógico*. In: SÁ-CHAVES, I. (org.) (1997) *Percursos de Formação e Desenvolvimento Profissional*. Porto: Porto Editora, pp.59 – 73.

TAVARES, J. e ALARCÃO, I. (1985) *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

TITIEV, M. (1992) *Introdução à antropologia cultural*. 7ª Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

TOUPIN, L. (1991) *Formation expérientielle et transfert de connaissances*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 305 – 312.

TWYCROSS, R. (2003) *Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores.

UNESCO (2005, Maio, 23) *Concepts*. [Documento WWW] URL http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=30238&URL_DO=DO_TOPI...

UNVOAS, J. (1991) *L'alternance comme formation expérientielle: une autre logique institutionnelle de formation*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp.115 – 118.

UUSTAL, D. (1979) *Values clarification en nursing: aplication to practice*. American Journal of Nursisng. New York, 78 (12) Dec. 1979, pp. 2058 – 2063.

VALADE, B. (1995) *Cultura*. BOUDON, R. (1995) *Tratado de Sociologia*. 1ª Edição. Porto: Edições Asa. pp. 449 – 476.

VAN SELL, S.; KALOFISSUDIS, I. (2003, Março, 12) *A Complexity Nursing Theory. The evolving essence of the science of nursing.* [Documento WWW] URL http://www.nursing.gr/theory

VERMERSCH, P. (1991) *L'entretien d'explicitation dans la formation expérientielle organisée*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 271 – 284.

VIEIRA, F. (1995) *A autonomia na aprendizagem das línguas*. In: *Ciências da Educação. Actas do II Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação* (I Vol.) Porto: SPCE.

VILLERS, G. V. (1991) *L'expérience en formation d'adultes*. In: Courtois, B. e Pineau, G. (coord.) *La formation expérientielle des adultes*. Paris: La Documentation Française. pp. 13 - 20

WATTS, A. (1983) *Work experience and schools*. London: Heinemann Educational Books.

WATSON, J. (2002) *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

YIN, R. (1989) *Case Study Research, Designs and Methods*. Newbury Park, Sage Publications.

ZEICHNER, K. (1993) *A formação reflexiva de professores: Ideias e Práticas*. Lisboa: Educa.

ZYDZIÜNAITÉ, V. (2003a) *Educational Diagnostics of Teamwork Competencies and Substantiation of Their Development in Vocational Education of Nurses*. Summary of the Doctoral Dissertation. Social Sciences, Education Science. Kaunas: Kaunas University of Technology (documento policopiado)

ZYDZIÜNAITÉ, V. (2003b) *Reflection on the Gap between Higher Education and Practice: Obstacles in Realisation of Nurses' Competencies*. Kaunas University of Technology: Social Sciences, 5 (42), pp. 78 – 89.

PARTE III

ANEXOS

Anexo I

Guião da Entrevista

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Guião da

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

CARLA SOFIA DA SILVA PISCARRETA DAMÁSIO

Lisboa
Julho de 2002

Guião da Entrevista Semi-estruturada

TEMA: Curso de Complemento de Formação em Enfermagem e contexto de trabalho

OBJECTIVO GERAL: Recolher a opinião do enfermeiro(a) sobre o seu percurso de formação ao longo do CCFE e articulação com o exercício profissional

Blocos Temáticos

Bloco A – Apresentação e legitimação da entrevista

Bloco B – Auto-estima e sentimento de inclusão profissional

Bloco C - Formação

Bloco D – Curso de Complemento de Formação em Enfermagem

Bloco E – Contexto de Trabalho e Curso de Complemento de Formação em Enfermagem

Bloco F – Representações sobre a Enfermagem e Curso de Complemento de Formação em Enfermagem

Bloco G – Projectos Profissionais

Blocos Temáticos	Objectivos Específicos	Formulário de Questões	Tópicos
A **Apresentação e legitimação da entrevista**	- Legitimar a entrevista - Motivar o entrevistado	- Informar sobre os objectivos da pesquisa: compreender a forma como o CCFE se articula com o exercício profissional. - Dar a conhecer ao entrevistado a dinâmica do trabalho de campo. Neste primeiro momento, é realizada a entrevista e aplicado um questionário. Num segundo momento será aplicado novo questionário. - Garantir a confidencialidade da informação prestada.	- Evitar, na medida do possível, dirigir a entrevista, de modo a não influenciar as respostas
B **Auto-estima e Sentimento de Inclusão Profissional**	- Conhecer o percurso profissional do enfermeiro - Conhecer a avaliação que o enfermeiro faz do seu percurso pessoal enquanto enfermeiro - Identificar a auto-percepção enquanto enfermeiro	- Fale-me sobre o seu percurso profissional. - Como avalia, em termos globais, o seu percurso profissional? - Quando integra novos profissionais/orienta alunos de enfermagem na sua equipa, qual a informação que acha mais pertinente para lhes transmitir? - Como se sente enquanto elemento pertencente ao grupo profissional dos enfermeiros? - Até que ponto o contacto com a comunidade condicionou a ideia que tem de si próprio como enfermeiro? - Tendo em conta a representação que tem do seu percurso profissional, narre um episódio que tenha sido significativo para si.	- Tempo de exercício profissional - Locais onde desempenhou funções e factores de influência na escolha ou não do serviço/instituição - Positiva/negativa - Factores influentes/marcantes do percurso profissional - Relação com os pares - Relação com a equipa multidisciplinar - Identidade profissional - Auto-estima - Sentimentos de pertença positivos/negativos - Auto-estima - Identidade profissional - Contacto com a comunidade - Auto-estima - Identidade profissional - Que episódio - Porquê esse? - Qual a sua importância

Blocos Temáticos	Objectivos Específicos	Formulário de Questões	Tópicos
C **Formação**	- Conhecer o significado que o enfermeiro atribui à formação	- Que significado tem para si, o termo "formação"?	- Definição do conceito de formação - Representações sobre a formação
	- Descrever os efeitos sociais que a formação pode produzir no interior do grupo	- De que forma a formação intervém no desenvolvimento de novas práticas profissionais?	- Mudança na pessoa - Acção para o grupo profissional - Percepção da melhoria ou não da qualidade dos cuidados
		- Quais os efeitos sociais que a formação pode produzir no grupo profissional/multidisciplinar?	- Formação enquanto processo de socialização - Relação com os pares - Relação com a equipa multidisciplinar
	- Identificar os aspectos que têm sido formadores ao longo da vida profissional	- Identifique as aprendizagens mais relevantes que ocorreram durante a sua vivência profissional.	- Aprendizagem relacionada com o domínio do saber ser, estar e/ou fazer - Valorização de que domínio
D **Curso de Complemento de Formação em Enfermagem**	- Conhecer a opinião do enfermeiro em relação ao CCFE antes de o frequentar	- Como via o CCFE antes de o frequentar?	- Expectativas em relação ao CCFE: - A nível pessoal; - A nível profissional; - A nível institucional.
	- Caracterizar o dispositivo de formação desenvolvido no CCFE	- Que opinião tem sobre a formação no âmbito do CCFE?	- Modalidades de formação
	- Dimensionar a existência de recursividade entre a formação ministrada no CCFE e o contexto de trabalho	- Que relação teve a formação a nível do CCFE com a prática profissional?	- Articulação entre CCFE e prática
	- Conhecer a opinião do enfermeiro após a frequência do C.C.F.E	- Depois de ter concluído o CCFE que ideia tem agora sobre o seu percurso profissional?	- Positiva/Negativa - Facilidades/Dificuldades - Corresponde às expectativas iniciais? - Influência a nível pessoal, profissional e institucional - Foi ao encontro das suas necessidades de formação?

Blocos Temáticos	Objectivos Específicos	Formulário de Questões	Tópicos
E **Contexto de Trabalho e CCFE**	- Caracterizar o contexto de trabalho onde o enfermeiro exercia funções quando frequentava o CCFE	- Fale-me do serviço onde exercia funções quando frequentava o CCFE	- Caracterização de recursos físicos e humanos do serviço
	- Caracterizar a dinâmica de formação do serviço	- Como caracteriza a dinâmica de formação em serviço do seu local de trabalho?	- Características da dinâmica de formação
	- Compreender a presença ou ausência de relação entre a acção desenvolvida pelo enfermeiro no contexto de trabalho e a formação ministrada no CCFE	- Que benefícios trouxe o CCFE para a sua prática profissional.?	- Há ou não relação? - Como - Exemplos
		- Sentiu dificuldades por parte do serviço para frequentar o CCFE?	- Que dificuldades?
	- Compreender a presença ou ausência de relação entre o dispositivo de formação em contexto de trabalho e a formação ministrada no CCFE	- Houve alguma relação deliberada entre as dinâmicas de formação no CCFE e as dinâmicas de formação no seu local de trabalho?	- Há ou não relação? - Como - Exemplos
F **Representações sobre a Enfermagem e CCFE**	- Identificar a representação que o enfermeiro possuía antes de frequentar o CCFE, quando terminou o C.C.F.E e actualmente.	- O que significa para si ser enfermeiro na sociedade actual?	- Representações actuais sobre a profissão
		Que ideia tinha sobre a enfermagem antes de frequentar o CCFE?	- Representações sobre a profissão diferentes ou não das actuais?
		- A frequência do CCFE teve alguma influência na sua maneira de ver a enfermagem?	- Influência ou não do CCFE na representação do enfermeiro em relação à profissão - Representações sobre a frequência do CCFE

Blocos Temáticos	Objectivos Específicos	Formulário de Questões	Tópicos
G **Projectos Profissionais**	- Identificar os projectos profissionais para vida profissional futura	- Que projectos tem para a sua vida futura, a nível profissional? - A frequência do CCFE teve alguma influência nos projectos profissionais que me descreveu? Qual?	- Relacionados com a progressão na carreira - Relacionados com a continuação dos estudos académicos (Pós-graduação, mestrado, doutoramento) - A nível institucional - Relação ou não do C.C.F.E na definição dos projectos profissionais - Representações sobre a frequência do CCFE

Anexo II

Exemplar de Protocolo de Entrevista

PROTOCOLO DA ENTREVISTA 5

A entrevista foi realizada no dia 03 de Julho de 2002, teve início pelas 11 horas e 25 minutos e teve a duração de cerca 40 minutos. Decorreu numa sala onde se recebem familiares dos doentes do Serviço 10 - Reanimação do Hospital de São José. Sala de pequenas dimensões, que dispõe de uma mesa de centro com flores, três cadeirões, uma cadeira, com uma janela com vidro fosco. A entrevista decorreu nesta sala em que entrevistadora e entrevistada estiveram sentadas lado a lado sentadas em dois cadeirões, mas viradas de frente uma para a outra.

CD: Queria-te agradecer por colaborares neste trabalho, já sabes que o trabalho é sobre o CCFE e a articulação com o contexto de trabalho. No decurso da investigação se quiseres saber alguma coisa sobre o decorrer do estudo, os resultados, estou à inteira disposição para esclarecer. Os dados são confidenciais. Qualquer dúvida que tenhas no decurso da entrevista é só... dizeres que eu esclarecerei.

E5: Está bem.

CD: Queria que me falasses um bocadinho sobre o teu percurso profissional.

(*Ao responder tem uma caneta na mão direita. Vai retirando e volta a colocar a tampa da caneta enquanto vai falando*)

E5: Bom, eu estou nesta casa há 18 anos, sempre trabalhei aqui em São José, comecei a trabalhar com 21 anos, portanto... muito pequenina... Comecei a trabalhar... no 3.1. que é um serviço de Cirurgia Homens... ah... No início foi um bocado assustador porque... portanto, tenho o curso há 18 anos, sabes como é que era naquela altura...ah... de repente... eu era das mais novas no serviço, embora tenha sido muito bem recebida, isso... fui sempre muito bem recebida, muito bem aceite, mesmo as ideias novas que se traz quando se vem da escola, foram até muito bem aceites, em relação a determinados aspectos, por exemplo a terapêutica punha-se os soros todos na bancada... na banquinha do doente, eu consegui retirar isso tudo dali e pronto algumas alterações eu consegui fazer, mas era um bocado assustador , quer dizer eu fazia noites sozinha com quarenta doentes, era muito assustador. Mas pronto, creio que... consegui sempre com a ajuda dos colegas e com... com muita determinação, também e empenhamento porque penso que sempre me preocupei em, em dar o meu melhor, para que realmente o doente não sofresse na pele qualquer tipo de... de repercussão (...), portanto sempre... sempre estive bem, penso eu. Tive à altura dos meus objectivos, consegui atingir os meus objectivos a esses níveis. A equipa era óptima, aprendi muito, vá que nós como sabes quando saímos da escola, no fundo não sabemos nada, e é realmente com o dia-a-dia, vendo os outros fazer, perguntando aos outros como é que se fez, aprendi muito naquele serviço. Mas também trabalhei muito naquele serviço (*Ri-se*). Depois eu vim...eu e a ah... ah ai como é que se chama, a colega que está na UCIP... agora até é especialista... a Olívia. Portanto, abrimos a unidade do recobro, na altura tinha oito doentes. Fazíamos tardes e noites sozinhas nessa sala. Portanto como podes perceber... Mas pronto eu gosto muito dos doentes do foro da cirurgia... Tinha doentes com grandes cirurgias

abdominais que nós vamos... pronto tínhamos uma continuação, o doente ficava bastante tempo no serviço e nós mantínhamos uma relação muito estreita com ele e com a família e ainda hoje há pessoas que... acompanho a sua e... foi, foi, foi bom. Depois...

CD: Estiveste lá quanto tempo?

E5: Dez anos, estive dez anos na cirurgia. Depois fiquei nessa sala, pronto fui ficando, fui ficando... na altura quis sair, não me deixaram porque era muito necessária na sala... (*Ri-se*) e depois entretanto um dia a Enfermeira Alice disse que eu vinha para aqui para o 10. Chorei baba e ranho, porque não gostava, achava que não gostava, mas pronto também fui aconselhada pelo chefe, estava na altura de mudar o meu percurso profissional, que era uma excelente profissional e que precisava de... que talvez os cuidados intensivos até fosse uma área em que eu realmente... ahh... tivesse uma boa prestação e até gostar, porque tinha qualidades técnicas e humanas e enfim... Para mim pronto... tudo isto na altura não me fazia sentido, chorei baba e ranho, quando aqui cheguei, a enfermeira Teresa Carneiro levou com muitas (*Ri-se*) lágrimas... que eu chorei na altura. E pronto, realmente fui bem aceite, eu nisso tenho tido sorte, realmente... as pessoas têm sido excepcionais. Ah... ou porque eu me adapto também bem, não é? Também pode ser por isso. Mas de qualquer maneira, acho que sim, acho que as pessoas me apoiaram bastante. A enfermeira Maria José, a enfermeira Teresa, na altura também estava cá a enfermeira Vitória, pronto... as pessoas que estavam à frente do serviço na altura também... me apoiaram sempre... entrei numa equipa. Tive algum tempo em roleman em equipa, depois entretanto fiquei grávida, tive alguns problemas com a gravidez, tive que ficar em casa alguns tempos, portanto foi... foi complicado. Mas já estava a gostar dos cuidados intensivos. (*Ri-se*) Aprendi a gostar e... é um tipo de doente que eu realmente achava que era mesmo muito necessário para ele, precisava muito de mim. A família também.

CD: Hum, hum.

E5: E isso... foi aí, também, que eu comecei a pensar... o doente em coma, na comunicação do doente em coma, tudo isso que eu depois vim a desenvolver no meu trabalho. Foi a partir daí, foi mesmo nessa altura que eu vim para aqui para o serviço que eu comecei a pensar nisso. Isso aí foi uma coisa que eu estranhei muito: o tipo de comunicação que eu tinha com o doente na cirurgia geral, o tipo de comunicação que eu tinha com estes doentes era completamente diferente, e foi uma coisa que sempre... me estimulou muito... tentar perceber como é que era, e pronto enfim falar sobre isso com os colegas e... o que é que se podia fazer, como é que se devia fazer, quais as necessidades do doente neurocirurgico... ahh... Só que entretanto depois, eu, eu... tive que ficar fora de escala, pronto por motivos pessoais, por causa do miúdo e enfim, tive que ficar fora de escala, fiquei então responsável dos cuidados intermédios. Mais tarde quando a enfermeira Laurinda foi para a especialidade fui...

CD: Isso já foi à quanto tempo, o passares para fora de escala?

E5: Portanto... huummm... foi há cinco anos. Portanto, estive dois anos em intermédios e estou há três na reanimação.

CD: Hum, hum.

E5: Sou responsável pela reanimação. Estou aqui há dois anos.

CD: Como é que avalias em termos globais o teu percurso profissional?

E5: Ah... Eu penso tem sido bom, pronto. Para já, penso que subi um pouco na escalada enfim digamos assim... Portanto de um serviço com enfermaria, passei depois para uns cuidados mais objectivos em termos do pós operatório imediato e neste momento em cuidados intensivos, é... é um mundo, não é? É assim mesmo, é um mundo. Eu gosto por acaso, nunca pensei vir a gostar tanto como gosto. Eh... e ainda gostaria de saber muito mais. Aliás, uma das especialidades que eu gostava de fazer era mesmo intensivismo.

CD: Hum, hum.

E5: Penso que... no geral é positivo.

CD: Quando integras novos profissionais ou alunos na tua equipa, na equipa do serviço, não é? Que informação é que achas mais pertinente para ser transmitida?

E5: Informação em termos de?

CD: Ah... em termos de... relação com a equipa...

E5: Há uma coisa que eu gosto muito de dizer que é, como é que é, pronto é um serviço muito pesado fisicamente, psicologicamente, mas gosto muito de falar na filosofia do serviço em termos gerais, que é, realmente o empenhamento de todas as pessoas, o estarmos sempre prontos para conversar com as pessoas, se tiverem dúvidas se tiverem problemas... que falem connosco... eu penso que desde o início que eu vim para cá... Ahhh... Há sempre alguém disponível para falar connosco, isso acho que é muito bom, neste serviço, que é um serviço que também requer muito de nós. Para além de todas as técnicas, entre aspas, que nós precisamos de ter para ultrapassar este tipo de problemas. Ah... eu acho que por vezes temos mesmo que chorar. Tão simples quanto isso, chorar no ombro de alguém. Choras cinco minutos no ombro de alguém e isso ajuda muito. A mim já me ajudou muito e é isto que eu digo às pessoas... em termos gerais. Para além de todos os aspectos técnicos, claro há sempre alguém à disposição.

CD: Como é que te sentes enquanto elemento pertencente ao grupo profissional dos enfermeiros?

E5: Sinto-me muito bem, gosto muito de ser enfermeira. Nunca gostaria de ser outra coisa. Até agora, não estou arrependida. (*Ri-se*)

CD: Até que ponto o contacto com a comunidade condicionou a ideia que tens de ti própria como enfermeira?

E5: Ah... Aqui há uns tempos atrás ah... eu tinha uma ideia diferente da que tenho hoje. Eu penso que os enfermeiros... no início... eu penso que hoje em dia que está diferente, a ideia que as pessoas têm do enfermeiro, porque na verdade tem-se vindo a desenvolver essa questão do humanismo nas unidades de saúde e penso que hoje esses resultados são muito visíveis, as pessoas estão a mudar a ideia que têm da enfermagem, penso eu... esta é uma ideia muito pessoal, pronto. Ah... Também no que se houve falar, no que se vê, mas não sei se também... aqui no nosso hospital é muito isso porque nesta unidade nós temos trabalhado muito em prol dessa... dessa evolução. Eu penso que é... que está a mudar as pessoas hoje em dia, estão a mudar a ideia que tinham aqui há uns anos atrás.

CD: Tendo em conta essa representação que tu me tiveste a falar, conta-me um episódio que tenha sido significativo para ti, que te tenha marcado.

E5: Hoje em dia ou... Eu posso por exemplo dar, dar... um exemplo de quando eu vim para a enfermagem. Eu tinha uma amiga minha que ainda hoje é minha amiga ah... queríamos vir as duas para a enfermagem, mas o pai dela não deixou. Porque as enfermeiras não eram pessoas... com, enfim, uma história de vida muito digna, porque trabalhavam de noite, faziam as noites, andavam lá com os médicos e portanto... isto era a visão há 21 anos atrás. Portanto, aquele homem tinha aquela ideia de enfermagem. Hoje em dia penso que... que é diferente, é muito diferente. Eh... olha eu aqui há tempos tive aqui um episódio que me marcou muito, que foi... e aí eu vejo até que ponto nós podemos ajudar as pessoas e somo importantes para a comunidade. Nós tivemos aqui um... miúdo... que entrou aqui, um rapaz com 18 anos... e que entrou aqui vindo do trauma, vinha do trauma mas depois veio para aqui, mas já tinha morte cerebral. Eu tive que acompanhar aquela mãe e aquele pai, junto do miúdo e dizer-lhe que ele estava morto, embora estivesse ligado ao ventilador, estava morto. Eu penso que ajudei muito aqueles pais, aliás isso foi-nos dito pelas próprias pessoas que... sem nós aquele momento tinha sido muito difícil. Portanto, isso para mim é muito importante, é para isso que eu aqui estou e é isso que eu sinto. Ajudar as pessoas. No fundo esse episódio marcou-me muito. Aconteceu há uns meses atrás.

CD: Que significado é que tem para ti o termo formação?

E5: Que significado... eh... bom, a formação, eu acho que a formação em termos de adultos é muito aquilo que nós queremos que seja, não é? É sem dúvida. Ah... eu acho que se o conhecimento faz parte da vida humana e a aquisição do conhecimento é constante. Ah... não é necessário, é claro que tem... há um tipo formal de aquisição de conhecimento e há o informal, não é? E eu acho que todos os dias estamos a aprender. E por isso é que é a questão de sentimento e desta forma de estar, eu acho que se aprende muito informalmente. Todos os dias eu estou a aprender. Não vou dizer que já aprendi tudo, é impossível. Aprendizagem no dia-a-dia.

CD: De que forma a formação intervém no desenvolvimento de novas práticas profissionais?

E5: Eu penso que ajuda muito, é claro que a preparação técnica... humana de saber dirigir os sentimentos e a forma de estar, comportamentos, acho que isso tudo ajuda, naturalmente isso não se aprende, claro. É a questão de quereres aprender, porque às

vezes a gente... tenta ensinar, tenta passar esse conhecimento e as pessoas não o apreendem (*Ri-se*).

CD: Que efeitos sociais é que achas que a formação pode produzir no grupo profissional?

E5: Bom...eu, eu... como eu acabei de dizer se realmente as pessoas aprenderem um tipo de comportamento, de saber, o tal saber estar que eu acho que é muito importante, e que ainda falta em muito... em muitos colegas nossos, não é só nos nossos ... Agora estamos a falar em termos de enfermagem e acho que realmente se nós conseguirmos... que se tenha um determinado grau de saber estar, acho que é... acho que ajuda muito.

CD: Identifica algumas aprendizagens mais relevantes que ocorreram durante a tua vivência profissional.

E5: Aprendizagens... ora por exemplo... o sofrimento... das pessoas, saber dar valor ao sofrimento das pessoas, tem sido... a dor. Saber o que é uma pessoa ter dores, a dor crónica... o saber, as pessoas saberem que têm uma doença, que... por exemplo na cirurgia daquelas neoplasias, eu penso que a pessoa sabia em... em que estava condenada, não é? Acompanhares desde o percurso todo... é uma carga muito grande... de fazer o diagnóstico, depois é operada, depois faz a quimioterapia, depois volta-te ao serviço para morrer contigo. Acompanhar este percurso, é uma carga muito grande, é uma pressão, muitos sentimentos, e vais acompanhando a evolução. Isto acho que é... que é importante, saberes tirar daqui conhecimento... (*Ri-se*)

CD: Como é que vias o CCFE antes de o frequentares?

E5: Pronto, eu no início disse ... mas que grande chatice, agora vou ter que ir para a escola outra vez. Mas depois pensando bem, aliás eu já tinha tido uma experiência engraçada até com... eu tinha conversando imenso com uma colega nossa que infelizmente já faleceu que era a Filomena ali da Oftalmologia, não sei se conheceste?

CD: Não, não...

E5: Eu estive no 3.1. muito tempo com ela e pronto... Nós éramos também muito amigas e... e já na altura que nós fizemos... aqueles concursos para graduados, que tínhamos que fazer os tais testes e não sei quê. E eu adorei aquilo, achei que até era muito engraçado. Olha que giro, agora estar aqui a pegar nestas coisas, há pormenores que até esquecem, não sei quê e gostei. Então comecei a pensar, bem isto se calhar é um outro teste, é um percurso, é, é normal, e realmente quando comecei a ver o que é que o curso ia tratar. Sabia que realmente até tinha noções que eu não tinha dado no meu curso, que era um curso de dezoito anos , não é? E portanto fiquei agradavelmente surpreendida, gostei, e gostei muito das aulas.

CD: Portanto a opinião que tu tens em relação à formação que te foi dada no complemento é...

E5: É positiva, acho que foi bom. Para mim foi.

CD: Ah... A forma como a formação decorreu...

E5: Sim, foi bom. Em termos gerais foi bom. Houve aspectos que eu penso que podiam ter sido mais... desenvolvidos... para nós, para mim, para mim. Ah... Acho que era importante ter desenvolvido, mas lá está é a tal coisa, era aquilo que as professoras também falavam muito em formação de adultos e... e pronto, como sabes nós fizemos aquilo em pós-laboral e é muito complicado, às vezes também não há tempo para nós desenvolvermos mais. Eu gostava de ter desenvolvido um pouco mais determinados aspectos, sobretudo na investigação. Fez-se o que se pode. De qualquer maneira foi muito positivo.

CD: Que relação teve a formação ao nível do CCFE com a prática profissional?

E5: Eh... foi importante no início, sobretudo na área da investigação com outros...

CD: Teve relação, portanto.

E5: Teve relação, sim. Sim, aliás meu projecto de investigação em relação a aspectos do serviço, portanto foi... foi bom.

CD: Depois de teres concluído o CCFE, que ideia tens agora sobre o teu percurso profissional?

E5: Bom, é assim: em termos... em termos gerais, em termos do meu, do meu estar na enfermagem, não alterou grande coisa, posso dizer que trouxe aporte em termos técnicos, em termos de... por exemplo de conhecimentos de investigação que eu não tinha. Ah... pronto, digamos que sim, teve esse aspecto positivo. Em termos da minha progressão propriamente dita em relação, em relação à minha relação com o doente... não trouxe grandes novidades. Mas em termos de... por exemplo, fazer um trabalho escrito, sim ... temos o exemplo da investigação sobretudo.

CD: Foi ao encontro das tuas... necessidades de formação?

E5: Sim, sim foi.

CD: Queres falar um bocadinho... já falaste do serviço, queres falar um bocadinho... do teu serviço?

E5: O meu serviço. Pronto, o meu serviço... é um serviço... uma unidade de neurocirugia e neurotraumatologia, portanto é um serviço... que tem um tipo de doentes que requer muito de nós, pronto na reanimação... tal como todas as unidades de cuidados intensivos em termos técnicos requer... determinado número de competências, que têm que estar desenvolvidas, têm que estar presentes e em termos humanos, em termos de relação, portanto é muito especial, sobretudo aqueles aspectos da relação com o doente em coma, que como te disse... referi, e fiz o meu trabalho sobre isso, e que ainda quero continuar a desenvolver mais. E se Deus quiser hei-de desenvolver mais, aliás estou a continuar o trabalho. Ahm... É o aspecto que... para mim é... gosto muito. Gosto muito e gosto de passar isso aos colegas. Gosto de falar com eles sobre isso e... gostamos muito de ver, por exemplo, ainda aqui há tempos tivemos aqui uma miúda que teve em coma dois dias e que hoje em dia vem-

-nos visitar. (*Ri-se*) Ainda há bocado aí esteve, veio à consulta e veio-nos visitar. Ela diz que se recorda de determinados afectos, ela, ela refere isto, a afectividade com que nós a tratamos, ela sentia isso. Portanto é isso...

CD: Falaste há pouco em cuidados intermédios, portanto o serviço tem intermédios...

E5: Tem intermédios, sim. Tem cuidados intensivos e tem cuidados intermédios. Nos cuidados intermédios digamos que é, portanto os cuidados intensivos é um doente... huum na fase aguda, o doente está ligado a ventilador, normalmente em coma. Depois quando ele não necessita do aporte ventilatório vai fazer, digamos vai acordar para os intermédios. Aqui nos intermédios é todo um trabalho de recuperação já, portanto, é uma reabilitação ah... e pá o processo de reabilitação começa logo ali.

CD: Claro.

E5: Mas de qualquer maneira ah... é aquela fase em que é a estimulação, agora mexe, agora come, agora levanta, agora senta, portanto é diferente. É um trabalho diferente. Não deixa de ser complicado.

CD: Claro.

E5: Mas é completamente diferente.

CD: E são quatro equipas...

E5: São quatro equipas. Ah... cada equipa neste momento tem 12, 13 enfermeiros, eu não tenho bem a certeza agora, mas anda por aí. A chefe gostava dos catorze, mas... sabes como é que é... (*Ri-se*)

CD: Pois!

E5: Ah... portanto em roleman. Temos... depois temos a chefe, temos dois enfermeiros especialistas. O enfermeiro Nelson é enfermeiro especialista de reabilitação, a enfermeira Maria José é enfermeira especialista de Pediatria. É um aspecto que eu por acaso também há bocado não referi, mas que é uma coisa que isso, isso aflige-me muito. É crianças. Não sei se sabes, deves saber, aqui a unidade recebe as crianças politraumatizadas porque a Estefânia não tem lá neurotraumatologia... ahh... e é uma coisa que me aflige imenso. Mesmo na neurocirurgia, quando eles são operados, portanto fazem aqui para o pós operatório imediato. Crianças na unidade é que me afligem muito. Eh... é para mim traumatizante e... às vezes tenho... tenho... aí é que eu tenho que apelar a todas as minhas capacidades para dar apoio àqueles pais e àquele doente.

CD: Hum, hum.

E5: É um trabalho muito estimulante. Mas... preocupa-me imenso... (*Ri-se*)

CD: Como é que caracterizas a dinâmica de formação em serviço deste serviço?

E5: Nós temos tentado ao longo do tempo activar, digamos assim, esses aspectos com a, com a... começou logo com a enfermeira Teresa, temos tentado... e agora estamos a... retomar, porque normalmente as pessoas... sentem-se um bocado cansadas, falta de tempo, de disponibilidade e às vezes é um pouco difícil. Mas eu creio que... já temos feito apresentação de trabalhos, agora com as férias isto fica um pouco mais complicado, mas já temos um plano, já estamos a apresentar trabalhos...

CD: Há um plano de formação?

E5: Sim, há. (*Silêncio*) De 15 em 15 dias apresentam-se trabalhos, sim.

CD: Cá no serviço?

E5: Sim, no serviço. Temos também, e também... de 2 em 2 meses, já não sei muito bem como é que é. Vamos apresentar também ali ao...

CD: Centro de Formação.

E5: Centro de Formação, sim.

CD: Que benefícios é que o CCFE trouxe para a tua prática profissional?

E5: Bom, é assim... O meu curso teve um aspecto que eu gostei muito, que eu gostei muito que era... partilhar... experiências. Ah... partilhar experiências e aí nós verificamos que as pessoas não lutam... nem todas as pessoas não... são todas diferentes e vêm os problemas de forma diferente. Mas de qualquer maneira, lá por ser diferente não quer dizer que não possamos resolver ou que não temos respostas para eles e eu aprendi muito isso. Cada um há sua maneira pode ter uma resposta eficaz para determinado assunto. Isso foi uma das coisas que eu aprendi e que gostei muito. Ah... pronto como já disse em termos de gestão, em termos de investigação foi, foram aportes que eu fui lá buscar, até porque foram coisas que fui buscar lá que não tinha quando eu tirei o curso Ah... basicamente a estes níveis, porque... em relação ao estrato... como digo penso que não... não modificou. (*Ri-se*)

CD: Em relação ao teu trabalho, ao trabalho que desenvolveste aqui...

E5: Em relação ao trabalho que eu desenvolvi, pronto, deu-me, deu-me realmente o conhecimento para eu poder fazer. Eu queria fazê-lo mas não sabia como.

CD: Hum, hum.

E5: Por isso, aprendi sem dúvida. A forma como o trabalho foi feito, pronto, o trabalho é individual, fica na escola... nós cada um fazia o seu trabalho, o trabalho foi individual, tinha uma relação muito próxima com a... a monitora, com a tutora. Ah... o que permitia realmente a discussão muito acesa das coisas, tanto era um... era assim mano a mano e também gostei dessa parte. Até por acaso teve um início um bocado conflituoso e também foi uma coisa que gostei muito, foi conseguir transmitir àquela senhora que não...achava... ela não estava de acordo com a... com os meus pontos de vista. Mas eu como consegui provar por A mais B que tinha razão, isso,

por acaso foi (*Ri-se*). Foi óptimo. Deu luta e foi, foi muito bom porque ela acabou por concordar comigo. Foi bom.

CD: Sentiste dificuldade por parte do serviço para frequentares o complemento?

E5: Não. Nunca senti dificuldade. A dificuldade vinha mesmo que eu já ia cansada do serviço, porque era um serviço pesado. Mas nunca tive qualquer problema, os dias de exame tinha... quando precisava de sair mais cedo para fazer trabalhos eu tinha... Nunca senti essa...

CD: Houve alguma relação deliberada entre as dinâmicas de formação do complemento e a formação em serviço?

E5: (*Silêncio*) Hum... Eu não tive... huumm... sabes que o meu curso... não me obrigou a fazer propriamente uma formação em serviço, portanto eh... não tive assim nada em especial.

CD: Não mexeu muito com a formação em serviço?

E5: Não, não. Não mexeu. Irá mexer agora, que nós agora é que estamos realmente a fazer a formação em serviço, muito por causa do meu trabalho, já fui apresentar o meu trabalho ao centro de formação, já apresentei aos colegas, eu dei um trabalho a toda a equipa, dei um trabalho à chefe, dei um trabalho aos enfermeiros especialistas, para que toda a gente, realmente pudesse saber aquilo, quais eram os meus objectivos e o que é que se pretendia com o serviço. Agora vou apresentar o trabalho num desses... num desses dias de formação, isto é um trabalho do dia-a-dia, esse nível sim, agora em termos de outros tipos de trabalho não. Só mesmo ao nível desse trabalho.

CD: Desempenho.

E5: Desempenho.

CD: Desempenho. O que é que significa para ti ser enfermeiro na sociedade actual?

E5: Pronto ah... eu penso, como eu já disse à bocado, eu penso que só... sinto-me muito importante, eu penso que as pessoas têm precisamente que pensar isso e nunca mais esquecer isso. Nós temos que marcar uma posição, as pessoas esquecem-se um bocado disso. Nós somos muito importantes pelo conhecimento, pela forma de estar, pela actuação e temos que saber marcar a diferença. Nós temos muita coisa ainda para fazer, penso eu. Nós temos que saber marcar a diferença, temos que saber que somos nós que queremos fazer. É isso que eu acho.

CD: Que ideia é que tinhas da enfermagem antes de frequentares o complemento?

E5: Ah... Não modificou muito, não... não...não.

CD: Que projectos tens para a tua vidas futura a nível profissional?

E5: É assim, continuar a minha carreira, gostava de fazer uma especialidade... Mas infelizmente ainda não abriram, mas agora quando abrirem os concursos para eu frequentar uma especialidade. Sim gostava de fazer uma pós graduação.

CD: Para além de... da continuação do percurso académico, pós graduação, pretendes fazer algum mestrado ou...

E5: Neste momento não... não.

CD: Em relação com... a progressão na carreira, ao nível institucional, tens alguma ideia?

E5: É assim, eu por acaso... é uma coisa que eu sempre tenho dito, não é uma coisa que me agrade chegar lá acima, não. Eu gosto de estar onde estou, gosto de estar com os doentes, gosto de estar com os colegas, com as pessoas, tanto... uma pós graduação sim, em termos futuros, mas por exemplo ser chefe não... nunca... foi uma coisa que eu quisesse ser...

CD: Ser enfermeiro especialista.

E5: Ser enfermeiro especialista, já era bom (*Ri-se*).

CD: A frequência do complemento teve alguma... al... alguma influência nos teus projectos profissionais?

E5: Penso que me deu mais... que me trouxe mais conhecimento que me pode ajudar talvez mais facilmente chegar... onde quero, à especialidade.

CD: Em relação ao que estivemos a falar, queres acrescentar mais alguma coisa?

E5: (*Silêncio*) Há bocado perguntaste-me o que é que eu pensava da enfermagem antes do complemento...

CD: Sim.

E5: O que é que o complemento... Houve, houve, há uma coisa talvez que eu... que eu dou importância, acho que, foi bom, acho que foi bom nós percebermos... eh... como é que eu hei-de explicar. O facto de sermos licenciados agora.

CD: Hum, hum.

E5: Não é tanto em termos de ser um licenciado com canudo na mão, mas ir buscar conhecimentos para poder ser licenciado. O que é que esse conhecimento é importante para o nosso tal saber estar, saber ser. Eu acho que por aí podemos chegar lá, penso eu.

CD: Tem algo mais...

E5: Eu acho que sim, eu acho que sim. Em conversa com... troca de ideias, não sei quê, penso que, foi uma ideia com que eu fiquei, talvez seja, talvez faça bem às pessoas. Não quer dizer a todas, não é? Mas se calhar a algumas pessoas... umas por outras... Não sei...

CD: Muito obrigada pela tua colaboração.

E5: De nada.

Anexo III

Codificação das Unidades de Registo da Entrevista 5

CODIFICAÇÃO DE UNIDADES DE REGISTO

E5

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
1) Bom, eu estou nesta casa [Hospital de São José] há 18 anos **2)** sempre trabalhei aqui em São José **3)** comecei a trabalhar com 21 anos, portanto muito pequenina **4)** Comecei a trabalhar no 3.1. que é um serviço de Cirurgia Homens **5)** No início [quando comecei a trabalhar] foi um bocado assustador **6)** tenho o curso há 18 anos, **7)** naquela altura [em que terminei o curso] de repente eu era das mais novas no serviço embora tenha sido muito bem recebida **8)** [quando comecei a trabalhar] fui sempre muito bem recebida, muito bem aceite **9)** [quando comecei a trabalhar] mesmo as ideias novas que se traz quando se vem da escola foram até muito bem aceites em relação a determinados aspectos, por exemplo a terapêutica punha-se os soros todos na bancada na banquinha do doente, eu consegui retirar isso tudo dali e pronto algumas alterações eu consegui fazer **10)** [quando comecei a trabalhar] era um bocado assustador, quer dizer eu fazia noites sozinha com quarenta doentes, era muito assustador **11)** creio que consegui sempre com a ajuda dos colegas e com muita determinação, também e empenhamento porque penso que sempre me preocupei (...) em dar o meu melhor para que realmente o doente não sofresse na pele qualquer tipo (...) de repercussão **12)** sempre estive bem, penso eu **13)** Tive à altura dos meus objectivos **14)** consegui atingir os meus objectivos a esses níveis [dar o seu melhor] **15)** A equipa era óptima [no Serviço 3.1.] **16)** aprendi muito [no Serviço 3.1.] **17)** (...) quando saímos da escola, no fundo não sabemos nada, e é realmente com o dia-a-dia, vendo os outros fazer, perguntando aos outros como é que se fez, aprendi muito naquele serviço [3.1.] **18)** Mas também trabalhei muito naquele serviço [3.1.] (*Ri-se*) **19)** Depois (...) eu e a (...) a colega que está na UCIP, agora até é especialista, a O., portanto, abrimos a unidade do recobro [do serviço 3.1.], na altura tinha oito doentes **20)** Fazíamos tardes e noites sozinhas nessa sala [de recobro do serviço 3.1.]	**Percurso profissional**

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
21) eu gosto muito dos doentes do foro da cirurgia **22)** Tinha doentes com grandes cirurgias abdominais que nós (...) tínhamos uma continuação, o doente ficava bastante tempo no serviço e nós mantínhamos uma relação muito estreita com ele e com a família e ainda hoje há pessoas que acompanho (...) e... foi, foi, foi bom **23)** estive dez anos na cirurgia [do 3.1] **24)** Depois fiquei nessa sala [de recobro do 3.1.], pronto fui ficando, fui ficando... **25)** na altura quis sair[da sala de recobro do 3.1.], não me deixaram porque era muito necessária na sala... (*Ri-se*) **26)** (...) um dia a Enfermeira A. disse que eu vinha para aqui para o 10. **27)** Chorei baba e ranho [quando soube que ia para o serviço 10], porque não gostava, achava que não gostava, mas pronto também fui aconselhada pelo chefe, estava na altura de mudar o meu percurso profissional, que era uma excelente profissional e (...) que talvez os cuidados intensivos até fosse uma área em que eu realmente... tivesse uma boa prestação e até gostar, porque tinha qualidades técnicas e humanas e enfim... **28)** Para mim pronto tudo isto [ser transferida do serviço 3.1. para o 10] na altura não me fazia sentido, chorei baba e ranho, quando aqui [serviço10] cheguei, a enfermeira T. levou com muitas (*Ri-se*) lágrimas que eu chorei na altura **29)** realmente fui bem aceite [no serviço 10], eu nisso tenho tido sorte, realmente as pessoas têm sido excepcionais. Ah... ou porque eu me adapto também bem, não é? Também pode ser por isso. **30)** (...) acho que as pessoas me apoiaram bastante [quando vim para o serviço 10] **31)** A enfermeira M., a enfermeira T., na altura também estava cá a enfermeira V., pronto as pessoas que estavam à frente do serviço [10] na altura também me apoiaram sempre **32)** [No serviço 10] entrei numa equipa, tive algum tempo em roleman em equipa, depois entretanto fiquei grávida, tive alguns problemas com a gravidez, tive que ficar em casa alguns tempos, portanto (...) foi complicado. Mas já estava a gostar dos cuidados intensivos. (*Ri-se*) **33)** Aprendi a gostar [de cuidados intensivos] **34)** [o doente de cuidados intensivos]é um tipo de doente que eu realmente achava que era mesmo muito necessário para ele, precisava muito de mim. A família também.	**Percurso profissional**

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
35) foi aí [quando vim para o serviço 10], também, que eu comecei a pensar... o doente em coma, na comunicação do doente em coma, tudo isso que eu depois vim a desenvolver no meu trabalho [do CCFE] **36)** Foi a partir daí, foi mesmo nessa altura que eu vim para aqui para o serviço que eu comecei a pensar nisso [na comunicação com o doente em coma] **37)** foi uma coisa que eu estranhei muito: o tipo de comunicação que eu tinha com o doente na cirurgia geral, o tipo de comunicação que eu tinha com estes doentes [cuidados intensivos a neurocirurgia] era completamente diferente **38)** foi uma coisa que sempre me estimulou muito... tentar perceber como é que era [a comunicação com os doentes em coma], e pronto enfim falar sobre isso com os colegas e... o que é que se podia fazer, como é que se devia fazer, quais as necessidades do doente neurocirurgico... **39)** Só que entretanto depois, eu (...) tive que ficar fora de escala, pronto por motivos pessoais **40)** por causa do miúdo e enfim, tive que ficar fora de escala **41)** [por motivos pessoais] fiquei então responsável dos cuidados intermédios **42)** foi há cinco anos [que fiquei responsável dos cuidados intermédios] **43)** Mais tarde quando a enfermeira L. foi para a especialidade fui [para a reanimação] **44)** Portanto, estive dois anos em intermédios e estou há três na reanimação **45)** Sou responsável pela reanimação **46)** Estou aqui [reanimação] há dois anos	**Percurso profissional**
47) Eu penso que [o percurso profissional]tem sido bom, pronto **48)** Para já, penso que subi um pouco na escalada enfim digamos assim... **49)** Portanto de um serviço com enfermaria, passei depois para uns cuidados mais objectivos em termos do pós operatório imediato e neste momento em cuidados intensivos... é um mundo, não é? É assim mesmo, é um mundo. **50)** Eu gosto por acaso, nunca pensei vir a gostar tanto como gosto [de cuidados intensivos] **51)** ainda gostaria de saber muito mais [sobre cuidados intensivos] **52)** Aliás, uma das especialidades que eu gostava de fazer era mesmo intensivismo **53)** Penso que... no geral é positivo [o percurso profissional]	**Avaliação do percurso profissional**

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
54) (...) é um serviço muito pesado fisicamente, psicologicamente, **55)** gosto muito de falar na filosofia do serviço em termos gerais, que é, realmente o empenhamento de todas as pessoas, o estarmos sempre prontos para conversar com as pessoas, se tiverem dúvidas se tiverem problemas... que falem connosco... **56)** eu penso que desde o início que eu vim para cá... Há sempre alguém disponível para falar connosco, isso acho que é muito bom, neste serviço, que é um serviço que também requer muito de nós **57)** Para além de todas as técnicas, entre aspas, que nós precisamos de ter para ultrapassar este tipo de problemas [serviço ser pesado psicologicamente] **58)** eu acho que por vezes temos mesmo que chorar. Tão simples quanto isso, chorar no ombro de alguém. **59)** Choras cinco minutos no ombro de alguém e isso ajuda muito. A mim já me ajudou muito e é isto que eu digo às pessoas... em termos gerais. **60)** Para além de todos os aspectos técnicos, claro há sempre alguém à disposição.	**Informação pertinente a transmitir aos novos profissionais ou alunos na integração**
61) Sinto-me muito bem [como enfermeira] **62)** gosto muito de ser enfermeira **63)** Nunca gostaria de ser outra coisa [senão enfermeira] **64)** Até agora, não estou arrependida [de ser enfermeira] (*Ri-se*)	**Como se sente enquanto enfermeira**
65) Aqui há uns tempos atrás eu tinha uma ideia diferente da que tenho hoje [em relação à ideia que as pessoas têm do enfermeiro]. **66)** eu penso que hoje em dia que está diferente a ideia que as pessoas têm do enfermeiro porque na verdade tem-se vindo a desenvolver essa questão do humanismo nas unidades de saúde e penso que hoje esses resultados são muito visíveis **67)** as pessoas estão a mudar a ideia que têm da enfermagem, penso eu... esta é uma ideia muito pessoal, pronto **68)** (...) aqui no nosso hospital é muito isso porque nesta unidade nós temos trabalhado muito em prol dessa evolução [da ideia que as pessoas têm da enfermagem] **69)** Eu penso (...) que está a mudar as pessoas hoje em dia estão a mudar a ideia que tinham aqui há uns anos atrás [em relação à enfermagem]	**O contacto com a comunidade condicionou a ideia que tem como enfermeira?**

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
70) Eu posso por exemplo dar (...) um exemplo de quando eu vim para a enfermagem **71)** Eu tinha uma amiga minha que ainda hoje é minha amiga... queríamos vir as duas para a enfermagem, mas o pai dela não deixou. Porque as enfermeiras não eram pessoas... com, enfim, uma história de vida muito digna, porque trabalhavam de noite, faziam as noites, andavam lá com os médicos e portanto... isto era a visão há 21 anos atrás. Portanto, aquele homem tinha aquela ideia de enfermagem. **72)** Hoje em dia penso que (...) é muito diferente [a ideia que as pessoas têm da enfermagem] **73)** olha eu aqui há tempos tive aqui um episódio que me marcou muito (...) e aí eu vejo até que ponto nós podemos ajudar as pessoas e somos importantes para a comunidade. **74)** Nós tivemos aqui um miúdo que entrou aqui, um rapaz com 18 anos e que entrou aqui vindo do trauma, vinha do trauma mas depois veio para aqui, mas já tinha morte cerebral. **75)** Eu tive que acompanhar aquela mãe e aquele pai, junto do miúdo e dizer-lhe que ele estava morto, embora estivesse ligado ao ventilador, estava morto. **76)** Eu penso que ajudei muito aqueles pais, aliás isso foi-nos dito pelas próprias pessoas que... sem nós aquele momento tinha sido muito difícil. **77)** Portanto, isso [os pais de um doente que faleceu terem dito que os ajudou] para mim é muito importante, **78)** é para isso que eu aqui estou e é isso que eu sinto, ajudar as pessoas **79)** No fundo esse episódio marcou-me muito [ter acompanhado pais de um rapaz de 18 anos em morte cerebral]. Aconteceu há uns meses atrás.	**Episódio significativo**
80) a formação, eu acho que a formação em termos de adultos é muito aquilo que nós queremos que seja (...) É sem dúvida. **81)** eu acho que (...) o conhecimento faz parte da vida humana **82)** a aquisição do conhecimento é constante **83)** há um tipo formal de aquisição de conhecimento **84)** há o [tipo] informal de aquisição de conhecimentos **85)** eu acho que todos os dias estamos a aprender **86)** E por isso [aprendermos todos os dias] é que é a questão de sentimento e desta forma de estar **87)** eu acho que se aprende muito informalmente **88)** Todos os dias eu estou a aprender	**Formação**

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
89) Não vou dizer que já aprendi tudo, é impossível **90)** Aprendizagem no dia-a-dia. **91)** Eu penso que [a formação] ajuda muito [no desenvolvimento de novas práticas] **92)** é claro que a preparação técnica... humana de saber dirigir os sentimentos e a forma de estar, comportamentos, acho que isso tudo ajuda [o desenvolvimento de novas práticas] **93)** naturalmente isso [preparação técnica, humana de saber dirigir os sentimentos e a forma de estar, comportamentos] não se aprende, claro.	**Como a formação intervém no desenvolvimento de novas práticas**
94) É a questão de quereres aprender, porque às vezes a gente tenta ensinar, tenta passar esse conhecimento e as pessoas não o apreendem (*Ri-se*). **95)** se realmente as pessoas aprenderem um tipo de comportamento, de saber, o tal saber estar que eu acho que é muito importante, e que ainda falta em muito em muitos colegas nossos, não é só nos nossos ... Agora estamos a falar em termos de enfermagem e acho que realmente se nós conseguirmos... que se tenha um determinado grau de saber estar, acho (...) que ajuda muito [o desenvolvimento de novas práticas]	**Efeitos sociais da formação no grupo profissional**
96) Aprendizagens... ora por exemplo... o sofrimento... das pessoas, saber dar valor ao sofrimento das pessoas **97)** tem sido... a dor. Saber o que é uma pessoa ter dores, a dor crónica... **98)** as pessoas saberem que têm uma doença que, por exemplo na cirurgia daquelas neoplasias, eu penso que a pessoa sabia (...) em que estava condenada, (...) acompanhares desde o percurso todo é uma carga muito grande, de fazer o diagnóstico, depois é operada, depois faz a quimioterapia, depois volta-te ao serviço para morrer contigo. **99)** Acompanhar este percurso [do doente oncológico] é uma carga muito grande **100)** [Acompanhar o percurso do doente oncológico] é uma pressão, muitos sentimentos, e vais acompanhando a evolução. Isto acho que é... que é importante, saberes tirar daqui conhecimento... (*Ri-se*)	**Aprendizagens mais relevantes**
101) eu no início disse: mas que grande chatice, agora vou ter que ir para a escola outra vez	**Como via o CCFE antes de o frequentar**

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
102) Mas depois pensando bem, aliás eu já tinha tido uma experiência engraçada até com (...) a F. da Oftalmologia e já na altura que nós fizemos... aqueles concursos para graduados, que tínhamos que fazer os tais testes e não sei quê. E eu adorei aquilo, achei que até era muito engraçado. Olha que giro, agora estar aqui a pegar nestas coisas, há pormenores que até esquecem, não sei quê e gostei. **103)** comecei a pensar, bem isto se calhar é um outro teste, é um percurso, é, é normal **104)** e realmente quando comecei a ver o que é que o curso ia tratar (...) portanto fiquei agradavelmente surpreendida, gostei **105)** Sabia que realmente até tinha noções que eu não tinha dado no meu curso, que era um curso de dezoito anos (...) **106)** gostei muito das aulas **107)** [A opinião em relação ao CCFE] É positiva, acho que foi bom. Para mim foi. **108)** Sim, [o CCFE] foi bom **109)** Em termos gerais [o CCFE] foi bom. **110)** Houve aspectos que eu penso que podiam ter sido mais desenvolvidos	**Opinião em relação ao CCFE, à forma como a formação decorreu**
111) Acho que era importante ter desenvolvido, mas lá está é a tal coisa, era aquilo que as professoras também falavam muito em formação de adultos e pronto, como sabes nós fizemos aquilo em pós-laboral e é muito complicado, às vezes também não há tempo para nós desenvolvermos mais **112)** Eu gostava de ter desenvolvido um pouco mais determinados aspectos, sobretudo na investigação **113)** Fez-se o que se pôde.	**Relação da formação no CCFE com a prática profissional**
114) De qualquer maneira [o CCFE] foi muito positivo. **115)** foi importante no início, sobretudo na área da investigação **116)** [O CCFE] Teve relação [com a prática profissional], sim. **117)** o meu projecto de investigação foi em relação a aspectos do serviço, portanto foi bom. **118)** em termos gerais, em termos do meu (...) estar na enfermagem não alterou grande coisa **119)** posso dizer que trouxe aporte em termos técnicos, em termos de... por exemplo de conhecimentos de investigação que eu não tinha (...) digamos que sim, teve esse aspecto positivo **120)** Em termos da minha progressão propriamente dita em relação (...) à minha relação com o doente... não trouxe grandes novidades	**Após CCFE, qual a ideia sobre o percurso profissional**

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
121) em termos [da minha progressão] de por exemplo, fazer um trabalho escrito, sim temos o exemplo da investigação sobretudo **122)** Sim, sim [o CCFE] foi [ao encontro das minhas necessidades de formação] **123)** o meu serviço é (...) uma unidade de neurocirugia e neurotraumatologia **124)** é um serviço que tem um tipo de doentes que requer muito de nós **125)** na reanimação tal como todas as unidades de cuidados intensivos em termos técnicos requer determinado número de competências, que têm que estar desenvolvidas, têm que estar presentes **126)** [na reanimação tal como todas as unidades de cuidados intensivos] em termos humanos, em termos de relação, portanto é muito especial, sobretudo aqueles aspectos da relação com o doente em coma **127)** fiz o meu trabalho [do CCFE] sobre isso [relação com o doente em coma] **128)** ainda quero continuar a desenvolver mais [a relação com o doente em coma]. E se Deus quiser hei-de desenvolver mais, aliás estou a continuar o trabalho. **129)** É o aspecto que (...) gosto muito [relação com o doente em coma] **130)** Gosto muito e gosto de passar isso [relação com o doente em coma] aos colegas **131)** Gosto de falar com eles [colegas] sobre isso [relação com o doente em coma] **132)** e gostamos muito de ver, por exemplo, ainda aqui há tempos tivemos aqui uma miúda que teve em coma dois dias e que hoje em dia vem-nos visitar. (*Ri-se*) Ainda há bocado aí esteve, veio à consulta e veio-nos visitar. **133)** Ela [doente que esteve em coma] diz que se recorda de determinados afectos, ela refere isto, a afectividade com que nós a tratámos, ela sentia isso. **134)** [O Serviço 10 UCI] Tem cuidados intensivos e tem cuidados intermédios **135)** os cuidados intensivos é um doente na fase aguda, o doente está ligado a ventilador, normalmente em coma **136)** Depois quando ele [doente] não necessita do aporte ventilatório vai fazer, digamos vai acordar para os intermédios **137)** Aqui nos intermédios é todo um trabalho de recuperação já, portanto, é uma reabilitação **138)** e (...) o processo de reabilitação começa logo ali [intensivos] **139)** Mas de qualquer maneira [nos intermédios] é aquela fase em que é a estimulação, agora mexe, agora come, agora levanta, agora senta, portanto é diferente **140)** [Nos intermédios] É um trabalho diferente.	**10 UCI**

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
141) [Nos intermédios] Não deixa de ser complicado (...) Mas é completamente diferente. **142)** São quatro equipas [de enfermagem] **143)** cada equipa neste momento tem 12, 13 enfermeiros, eu não tenho bem a certeza agora, mas anda por aí **144)** A chefe gostava dos catorze [enfermeiros por equipa], mas... sabes como é que é... (*Ri-se*) **145)** [São quatro equipas de enfermagem] portanto em roleman. (...) depois temos a chefe, temos dois enfermeiros especialistas. O enfermeiro N. é enfermeiro especialista de reabilitação, a enfermeira M. é enfermeira especialista de Pediatria	**10 UCI**
146) É um aspecto (...) que é uma coisa que (...) isso aflige-me muito. É crianças. **147)** aqui a unidade recebe as crianças politraumatizadas porque a Estefânia não tem lá neurotraumatologia **148)** é uma coisa que me aflige imenso [crianças na unidade] **149)** Mesmo na neurocirurgia, quando eles [crianças] são operados, portanto fazem aqui para o pós operatório imediato. **150)** Crianças na unidade é que me afligem muito... é para mim traumatizante e (...) aí é que eu tenho que apelar a todas as minhas capacidades para dar apoio àqueles pais e àquele doente **151)** É um trabalho muito estimulante [crianças]. Mas... preocupa-me imenso... (*Ri-se*)	**Formação em serviço**
152) Nós temos tentado ao longo do tempo activar, digamos assim, esses aspectos [Formação em serviço] (...) começou logo com a enfermeira T., temos tentado e agora estamos a. retomar **153)** porque normalmente as pessoas sentem-se um bocado cansadas, falta de tempo, de disponibilidade e às vezes é um pouco difícil [formação em serviço] **154)** eu creio que já temos feito apresentação de trabalhos **155)** agora com as férias isto [apresentação de trabalhos] fica um pouco mais complicado, mas já temos um plano **156)** já estamos a apresentar trabalhos **157)** há [um plano de formação]. (*Silêncio*) De 15 em 15 dias apresentam-se trabalhos (...) no serviço e também de 2 em 2 meses, já não sei muito bem como é que é, vamos apresentar também ali ao (...) Centro de Formação **158)** O meu curso teve um aspecto que eu gostei muito que (...) era partilhar experiências	**Benefícios do CCFE para a prática profissional**

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
159) partilhar experiências e aí nós verificamos que as pessoas não lutam **160)** (...) as pessoas (...) são todas diferentes e vêm os problemas de forma diferente. Mas de qualquer maneira, lá por ser diferente não quer dizer que não possamos resolver ou que não temos respostas para eles e eu aprendi muito isso. **161)** Cada um à sua maneira pode ter uma resposta eficaz para determinado assunto. Isso foi uma das coisas que eu aprendi e que gostei muito. **162)** em termos de gestão, em termos de investigação (...) foram aportes que eu fui lá buscar, até porque foram coisas que fui buscar lá que não tinha quando eu tirei o curso basicamente a estes níveis **163)** em relação ao estrato como digo penso que não modificou (*Ri-se*) **164)** Em relação ao trabalho que eu desenvolvi (...) [o CCFE] (...) deu-me realmente o conhecimento para eu poder fazer. Eu queria fazê-lo mas não sabia como. Por isso, aprendi sem dúvida.	**Benefícios do CCFE para a prática profissional**
165) A forma como o trabalho [do CCFE] foi feito (...) nós cada um fazia o seu trabalho, o trabalho foi individual, tinha uma relação muito próxima com (...) a monitora, com a tutora, o que permitia realmente a discussão muito acesa das coisas, (...) era assim mano a mano e também gostei dessa parte. **166)** [O trabalho do CCFE] Até por acaso teve um início um bocado conflituoso e também foi uma coisa que gostei muito foi conseguir transmitir àquela senhora que (...) ela não estava de acordo (...) com os meus pontos de vista. Mas eu como consegui provar por A mais B que tinha razão, isso, por acaso foi (*Ri-se*), foi óptimo. Deu luta e foi, foi muito bom porque ela acabou por concordar comigo. Foi bom. **167)** Não. Nunca senti dificuldade.[por parte do serviço para frequentar o CCFE] **168)** A dificuldade vinha mesmo que eu já ia cansada do serviço porque era um serviço pesado [10 UCI] **169)** nunca tive qualquer problema **170)** os dias de exame tinha **171)** quando precisava de sair mais cedo para fazer trabalhos eu tinha **172)** (*Silêncio*) ... Eu não tive... **173)** sabes que o meu curso não me obrigou a fazer propriamente uma formação em serviço **174)** não tive assim nada em especial **175)** Não, não. [O CCFE] Não mexeu [com a formação em serviço]	**Dificuldades para frequentar o CCFE** **Relação deliberada entre as dinâmicas de formação do CCFE e a formação em serviço**

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
176) [O CCFE] Irá mexer agora [com a formação em serviço], que nós agora é que estamos realmente a fazer a formação em serviço, muito por causa do meu trabalho **177)** já fui apresentar o meu trabalho [do CCFE] ao centro de formação, já apresentei aos colegas, eu dei um trabalho a toda a equipa, dei um trabalho à chefe, dei um trabalho aos enfermeiros especialistas, para que toda a gente, realmente pudesse saber aquilo, quais eram os meus objectivos e o que é que se pretendia com o serviço **178)** Agora vou apresentar o trabalho [do CCFE] num desses (...) dias de formação, isto é um trabalho do dia-a-dia, esse nível sim, agora em termos de outros tipos de trabalho não, só mesmo ao nível desse trabalho	**Ser enfermeiro na sociedade actual**
179) sinto-me muito importante [por ser enfermeira] **180)** eu penso que as pessoas têm precisamente que pensar isso [sentir-se importante por ser enfermeira] e nunca mais esquecer isso **181)** Nós temos que marcar uma posição, as pessoas [enfermeiros] esquecem-se um bocado disso	**Ideia da enfermagem antes de frequentar o CCFE**
182) Nós [enfermeiros] somos muito importantes pelo conhecimento, pela forma de estar, pela actuação e temos que saber marcar a diferença **183)** Nós [enfermeiros] temos muita coisa ainda para fazer, penso eu **184)** Nós [enfermeiros] temos que saber marcar a diferença **185)** temos que saber que somos nós [enfermeiros] que queremos fazer **186)** [A ideia da enfermagem] Não modificou muito [com o CCFE], não... não...não. **187)** continuar a minha carreira **188)** gostava de fazer uma especialidade **189)** infelizmente ainda não abriram [as especialidades] **190)** agora quando abrirem os concursos para eu frequentar uma especialidade, sim gostava de fazer uma pós graduação	**Projectos profissionais**
191) Neste momento [mestrado] não... não **192)** eu por acaso... é uma coisa que eu sempre tenho dito, não é uma coisa que me agrade chegar lá acima, não **193)** Eu gosto de estar onde estou, gosto de estar com os doentes, gosto de estar com os colegas, com as pessoas	**A frequência do CCFE influenciou os projectos profissionais?**
194) uma pós graduação sim, em termos futuros **195)** por exemplo ser chefe não... nunca... foi uma coisa que eu quisesse ser...	**Acrescentar O que pensava da enfermagem antes do CCFE**

UNIDADES DE REGISTO	NOTAS
196) Ser enfermeiro especialista, já era bom (*Ri-se*) **197)** Penso que [o CCFE] me (...) trouxe mais conhecimento que me pode ajudar talvez mais facilmente chegar... onde quero, à especialidade **198)** há uma coisa talvez (...) que eu dou importância, (...) acho que foi bom nós percebermos (...) o facto de sermos licenciados agora **199)** Não é tanto em termos de ser um licenciado com canudo na mão, mas ir buscar conhecimentos [ao CCFE] para poder ser licenciado **200)** O que é que esse conhecimento [para ser licenciado] é importante para o nosso tal saber estar, saber ser. Eu acho que por aí podemos chegar lá, penso eu **201)** talvez [o CCFE] faça bem às pessoas. Não quer dizer a todas, não é? Mas se calhar a algumas pessoas... umas por outras...	**Acrescentar** **O que pensava da enfermagem antes do CCFE**

Anexo IV

Exemplo da Análise de Conteúdo realizada referente à Unidade de Análise "*Potencialidades formativas do contexto de trabalho*"

GRADE DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS			
UNIDADE DE ANÁLISE: Potencialidades formativas do contexto de trabalho **DOMÍNIO: Dinâmica de formação**			
Categorias **Entrevista**	**Com resultados**	**Sem resultados**	**Dificuldades para o seu sucesso**
Entrevista 1	**130)** A dinâmica da formação em serviço, neste momento, com a atribuição das responsabilidades de formação do enfermeiro está a dar resultados (E1) **131)** Ela [enfermeira responsável pela formação] tem tentado incentivar as pessoas para a formação em serviço, para além da dinâmica própria do serviço no devido conhecimento dos novos materiais, sobre as novas técnicas cirúrgicas, sobre as diversas formas de cuidar do doente (E1) **132)** temos também a própria situação de formação permanente, em que as próprias pessoas se esforçam por ir à formação permanente, sempre que existe oportunidade no serviço (E1)		
Entrevista 2	**323)** [Na dinâmica de formação do Serviço 6] Vejo os alunos que vêm da escola (...) em formação (E2)	**322)** a dinâmica de formação deste serviço [Serviço 6] eu não vejo assim grande dinâmica (E2) **325)** não há assim (...) muito entusiasmo nesse aspecto [da formação em serviço], não estou a ver (E2)	
Entrevista 3	**131)** Houve uma altura há algum tempo atrás que se investia bastante na formação (E3) **132)** além de nós [chefes de equipa] insistirmos para irem às acções de formação feitas no centro de formação, nós próprios enfermeiros do serviço de urgência (...), não sei se era mensalmente, já não me lembra, (...) havia sempre dois enfermeiros que tratavam um tema (E3) **133)** [No serviço de urgência mensalmente era tratado] um tema de acordo com uma situação que houvesse, que tivesse passado lá no serviço (E3) **134)** esse tema [de acordo com uma situação vivida e tratado mensalmente] era falado tanto na apresentação	**129)** ultimamente [a formação em serviço] anda um bocado parada (E3) **130)** Praticamente não havia muita formação (E3)	**137)** Entretanto por motivos de saída de pessoal, e entretanto a enfermeira responsável pela formação também foi transferida, com as novas chefias isso [apresentação mensal de temas] depois esfriou um bocado (E3)

UNIDADE DE ANÁLISE: Potencialidades formativas do contexto de trabalho **DOMÍNIO: Dinâmica de formação**			
Categorias **Entrevista**	**Com resultados**	**Sem resultados**	**Dificuldades para o seu sucesso**
Entrevista 3	deles como debate por todas as equipas [do serviço de urgência]. Não se juntavam as equipas todas, portanto, hoje era para uns... (E3) **135)** Nessa altura [em que eram tratados temas mensalmente no serviço de urgência] foi bastante positivo, as pessoas andavam muito interessadas (E3) **136)** mesmo para os novos elementos [do serviço de urgência], foi também muito positivo [a apresentação de temas mensalmente], porque eles aperceberam-se de como tratar já essas situações quando existiam, quando existia essa situação eles lembravam-se do que foi falado e já estavam muito mais aptos para isso (E3) **138)** Agora está-se a propor nova dinâmica: além do enfermeiro responsável pela formação, vai haver também um por cada equipa e passa-se a investir novamente bastante na formação (E3)		
Entrevista 4			
Entrevista 5	**152)** Nós temos tentado ao longo do tempo activar, digamos assim, esses aspectos [Formação em serviço] (...) começou logo com a enfermeira T., temos tentado e agora estamos a retomar (E5) **154)** eu creio que já temos feito apresentação de trabalhos (E5) **155)** agora com as férias isto [apresentação de trabalhos] fica um pouco mais complicado, mas já temos um plano (E5) **156)** já estamos a apresentar trabalhos (E5) **157)** há [um plano de formação]. (Silêncio) De 15 em 15 dias apresentam-se trabalhos (...) no serviço e também de 2 em 2 meses, já não sei muito bem como é que é, vamos apresentar também ali ao (...) Centro de Formação (E5)		**153)** porque normalmente as pessoas sentem-se um bocado cansadas, falta de tempo, de disponibilidade e às vezes é um pouco difícil [formação em serviço] (E5)

UNIDADE DE ANÁLISE: Potencialidades formativas do contexto de trabalho **DOMÍNIO: Dinâmica de formação**			
Categorias **Entrevista**	**Com resultados**	**Sem resultados**	**Dificuldades para o seu sucesso**
Entrevista 6	**117)** Estou contente com o trabalho que tem sido aqui feito [em relação à formação em serviço] (E6) **120)** Responsável [pela formação] mais no sentido de estimular ao máximo estimular ou motivar esta equipa para a importância da existência de uma formação (E6) **121)** [Sou responsável pela formação] para conseguirmos ter realmente planos de formação em serviço, para o serviço 3, 3.1 desde 99 e para a área de cirurgia geral que engloba o serviço 4 e o serviço 3.2, desde 2001 (E6) **122)** a minha equipa, em particular no 3.1, está bastante motivada para a formação (E6) **123)** [A equipa está motivada para a formação] também graças a um facto, que é um facto de ser uma equipa bastante nova (E6) **124)** não tenho a mínima dúvida que [a equipa ser nova] facilita muito esta mesma motivação [para a formação] (E6)		
Entrevista 7	**142)** Eu acho que (...) há uma dinâmica [de formação em serviço] bastante activa (E7) **143)** É feita formação pontual segundo as necessidades que são sentidas (E7) **144)** temos trabalhado bastante a nível da elaboração dos protocolos (...) pré-operatórios, protocolo de anestesia (E7) **146)** é na equipa multidisciplinar porque os protocolos são elaborados por nós e pelos médicos (E7) **147)** teria que ser sempre feito em conjunto [os protocolos] porque no fim eles [médicos] têm de assinar e concordar com o que está escrito (E7)		

UNIDADE DE ANÁLISE: Potencialidades formativas do contexto de trabalho DOMÍNIO: Dinâmica de formação			
Categorias **Entrevista**	**Com resultados**	**Sem resultados**	**Dificuldades para o seu sucesso**
Entrevista 7	**148)** eu acho que tanto eles [médicos] como nós, se calhar alguém tem de dar o pontapé de saída e alguém tem de dar um abanãozinho mas as coisas são feitas tudo para que funcione tudo da melhor forma (E7) **149)** Há um plano de formação dos enfermeiros (E7) **151)** nós quando precisamos de qualquer informação, agora mais nos doentes na obesidade mórbida, foi solicitada a colaboração deles [médicos] para nos darem (...) alguns conhecimentos, portanto orientarem-nos em termos de conhecimentos e de procedimentos neste tipo de doentes. Portanto, nós aí tentamos envolver [os médicos] (E7) **154)** eu acho que a parte da enfermagem está muito bem organizada dentro do departamento de cirurgia, não só do serviço, mas enquadrado nos outros serviços funciona muito bem em conjunto (E7)		
Entrevista 8	**119)** eu sei que antes de eu vir para cá que as pessoas que faziam bastante formação em serviço (...) (E8) **124)** Há dois meses, mais ou menos dois, três meses, iniciámos novamente as sessões de formação (E8) **125)** faz-se normalmente uma [sessão de formação] de 15 em 15 dias (E8) **126)** foi feito um... (...) plano [de formação] (E8) **127)** o plano (...) foi entregue e fez-se um mapa que tem mais ou menos de 15 em 15 dias [formação] (E8) **128)** as pessoas participam embora a formação seja feita para as pessoas que estão a sair e as que estão a entrar, porque as pessoas virem cá de propósito, não vêm (E8) **129)** tenta-se repetir sempre essa formação duas vezes para apanhar as quatro equipas (E8)		**121)** entretanto isto [não se fazer formação] teve a ver com a saída de uma pessoa bastante dinâmica aqui do serviço (E8) **122)** Entretanto veio para cá a especialista que é responsável pela formação (E8) **123)** durante um ano e pouco não se fez formação aqui no serviço (E8)

UNIDADE DE ANÁLISE: Potencialidades formativas do contexto de trabalho **DOMÍNIO: Dinâmica de formação**			
Categorias **Entrevista**	**Com resultados**	**Sem resultados**	**Dificuldades para o seu sucesso**
Entrevista 9	**149)** [a enfermeira chefe do serviço 2 sala 1 é uma pessoa] que nos estimula a fazer coisas novas mesmo em termos de formação (E9) **158)** Existe dinâmica [de formação em serviço] (E9) **159)** Se calhar não será a [dinâmica de formação em serviço] mais (...) correcta (E9) **160)** Porque (...) o que eu gostava mesmo é que as pessoas sentissem necessidade, (...) viessem e dissessem "olha eu quero fazer uma formação sobre isto porque isto, aquilo, aquele outro" (E9) **162)** Eu penso que não é o mais indicado [realizar o plano de formação através de inquérito, segundo as necessidades das pessoas e aquilo a que se propõem] (E9) **163)** não sendo o mais indicado [realizar o plano de formação através de inquérito, segundo as necessidades das pessoas e aquilo a que se propõem] foi a resposta que nós encontrámos melhor (E9) **164)** no fundo acho que, apesar de ser por inquérito [a realização do plano de formação] (...) pelo menos nós tentámos que fosse de acordo com as necessidades das pessoas, porque elas puseram-nas lá de tal maneira que se ofereceram para (E9) **165)** eu acho que (...) apesar de não ser a dinâmica [de formação] (...) que eu gostasse mais, acaba por ser a que nós encontrámos mais próxima daquela que gostaríamos (E9) **166)** [A dinâmica de formação] Não funciona a 100%, mas vai funcionando (E9) **167)** o plano de formação não se consegue cumprir a 100% (...) relativamente às datas que estão estabelecidas (E9)		**150)** se às vezes não fazemos mais [em termos de formação] é porque realmente o serviço às vezes também (...) não permite porque é muito absorvente (E9) **161)** atendendo a que e eu compreendo as pessoas andam todas muito cansadas, a estratégia é um pouco aquela do inquérito (...) e segundo as necessidades das pessoas e segundo aquilo a que elas se propõem, é feito um plano de formação (E9) **169)** procuro entender que as pessoas hoje não podem "X, estou muito cansada realmente não consigo", então vamos lá a ver outra data. Pronto e eu acho que apesar de tudo se vai conseguindo assim (E9)**170)** Muito às vezes "Então vão lá, então..." (*Ri-se*) Um bocado na brincadeira sem as pessoas se sentirem muito pressionadas. Porque pressionado não isso [dinâmica de formação] não resulta (E9)

UNIDADE DE ANÁLISE: Potencialidades formativas do contexto de trabalho **DOMÍNIO: Dinâmica de formação**			
Categorias **Entrevista**	**Com resultados**	**Sem resultados**	**Dificuldades para o seu sucesso**
Entrevista 10	**241)** Isso a chefe [da UCIP] também era boa nisso... nas reuniões de passagem de turno (...) falar sobre alguns problemas que a própria equipa manifestava (E10) **242)** isso [a enfermeira chefe falar sobre alguns problemas que a própria equipa manifestava] tinha a ver não só com a prestação de cuidados técnicos (...) mas também com a parte relacional (E10)		**235)** com estas mudanças [organizativas], a equipa tinha que se estender (...) pelo que não é fácil. (E10) **236)** o número de elementos teve muitas variações. Foi extremamente difícil manter essa formação [em serviço] (E10) **234)** tentou-se fazer uma formação em serviço (E10) **237)** eu penso que tentei investir muito na formação acção no local quando as situações surgiam e demonstrando (E10) **238)** foi aí que eu tentei, já que não se conseguia fazer muita formação em tempo, pronto no gabinete, (...) a tentar que os elementos participassem, que fizessem, elaborassem outros trabalhos, tentei que se fizesse então uma prática no local onde as situações ocorriam (E10)**239)** tentei demonstrar mesmo ali no local como é que se fazia e eu penso que foi isso, tentei investir, já que a outra [formação no gabinete] era difícil (E10) **240)** [A formação incidia na] parte técnica e parte relacional sempre que era necessária (E10)
Entrevista 11	**241)** Eu acho que sim que está a funcionar bem [a formação em serviço do serviço 4] (E11) **242)** [A formação em serviço do serviço 4 está a funcionar bem] Porque temos a L. que neste momento é responsável, tem essa preocupação de falar connosco, de nos perguntar quais as necessidades que nós sentimos em relação a todo o pessoal (E11) **243)** [No serviço 4] dentro do possível portanto aqui fazemos essa formação [das necessidades sentidas] (E11)		

UNIDADE DE ANÁLISE: Potencialidades formativas do contexto de trabalho **DOMÍNIO: Dinâmica de formação**			
Categorias **Entrevista**	**Com resultados**	**Sem resultados**	**Dificuldades para o seu sucesso**
Entrevista 11	**244)** é feita [formação das necessidades sentidas] mesmo aqui no serviço [4] (E11) **245)** normalmente há um grupo a nível de trabalhos (E11) **246)** concretamente, há uma necessidade de, há um trabalho que está a ser feito a nível (...) da integração, a nível de novos elementos. Uma das coisas que nós também sentimos é (...) o doente com dor, (...) nós temos doentes oncológicos, também estou a fazer um trabalho com ela [responsável pela formação], vamos apresentar um trabalho sobre isso, uma formação. Pronto tudo isto mexe um bocado connosco e faz com que haja uma dinamização do serviço. (E11)		
Entrevista 12		**132)** este serviço não tem tradição de formação (E12)	**134)** Tenho que confessar que eu tinha imensos preconceitos em que eles [colegas do serviço de oftalmologia] os fizeram ruir e eu fiquei muito contente com isso, inclusivamente os enfermeiros mais velhos tiveram uma adesão à proposta francamente agradável e boa, positiva e eu fiquei super contente porque as pessoas não têm aquela vontade [para a formação] (E12)**135)** porque é que eles [enfermeiros do serviço de oftalmologia] perderam essa vontade [em relação à formação] porque sempre que se inscreveram no centro de formação para um curso, foram sistematicamente recusados ao longo de anos (E12) **136)** desde o momento que [os enfermeiros] foram para a oftalmologia nunca mais foram chamados para cursos do centro de formação. É óbvio que isto desmotiva qualquer um e descredibiliza a formação. Portanto, as pessoas deixam de investir. Não têm o menor interesse. (E12)

UNIDADE DE ANÁLISE: Potencialidades formativas do contexto de trabalho **DOMÍNIO: Dinâmica de formação**			
Categorias **Entrevista**	**Com resultados**	**Sem resultados**	**Dificuldades para o seu sucesso**
Entrevista 12			**137)** [Apesar dos enfermeiros do serviço de oftalmologia não serem chamados para os cursos no centro de formação há anos] No entanto requisitam livros na biblioteca do serviço para ler o que revela a vontade de aprender. (E12) **138)** tive alguns preconceitos relativamente porque achei que eles [enfermeiros do serviço de oftalmologia] não queriam [formação] de maneira nenhuma e armei-me em vítima e afinal de contas não tenho razão para isso e acho que estou a ser agradavelmente surpreendida. Felizmente. (*Ri-se*) (E12)
Entrevista 13	**175)** a formação no serviço e quer no serviço quer portanto extra hospitalar mas pronto formação, fazia-se porque era importante para o currículo. Como é importante para o currículo vai de fazer formação. (E13) **182)** Deixámos de andar na caça do diploma para o currículo, passamos a andar na caça do certificado para fazermos o complemento (E13) **215)** Está-se neste momento a recomeçar a estruturar, a fazer as coisas [da formação em serviço] talvez de um modo se calhar um bocadinho mais correcto, pode ainda não ser o melhor, mas que é perguntar dentro de cada equipa o que é que cada equipa precisa, o que é que cada um sente mais ou menos necessidade, para que as coisas aí se negociarem em termos de necessidade de e para e não é para o geral porque eu agora entendo que as coisas são feitas nestes trâmites, pronto. (E13)	**170)** no momento em que eu fui para o complemento a prática de formação em serviço era: (*Fala como se estivesse a imitar alguém*) "Agora vamos falar sobre isto" (*Silêncio*) e pronto. (E13) **171)** [no momento em que eu fui para o complemento] éramos obrigados a fazer [trabalhos para a formação em serviço] (E13) **176)** Entretanto sai a norma de que quem vai concorrer ao complemento tinha de ter *x* horas de formação. Formações com mais de não sei quantas horas, 25, 26 horas, 30 horas e é engraçado que as pessoas deixaram de fazer formação [em serviço] (E13)**214)** A formação em serviço no meu serviço houve uma altura em que aquilo ficou depois perdido. Pronto. Ninguém fez, ninguém fazia, ninguém não sei quê (E13)	**172)** [no momento em que eu fui para o complemento] ninguém estava disponível para fazer o quer é que fosse. Não entendia que tinha que ser. (*Fala como se estivesse a imitar alguém*) "Ai eu agora faço", não… "Porque nós achamos que não sei o quê." Ninguém me perguntou nada, portanto não faço". (E13) **173)** Nunca tive que fazer [trabalhos para a formação em serviço obrigada] se não também (…) tinha ganho mais uma briga (E13) **216)** Quem escolhia [os temas para os trabalhos] era o enfermeiro especialista "eu agora quero que façam um trabalho sobre e você faz" (E13)

UNIDADE DE ANÁLISE: Potencialidades formativas do contexto de trabalho **DOMÍNIO: Dinâmica de formação**			
Categorias **Entrevista**	**Com resultados**	**Sem resultados**	**Dificuldades para o seu sucesso**
Entrevista 14	**85)** Eu penso que sempre que é possível e sempre que as pessoas são seleccionadas, as pessoas vão à formação [no Centro de Formação] (E14) **86)** É sempre feito o possível e o impossível para as pessoas poderem frequentar a formação [no Centro de Formação], desde que sejam seleccionadas (E14)	**87)** Dentro do serviço [a formação em serviço] é pouco (E14) **88)** Faz-se muito pouco [formação em serviço] (E14)	

Anexo V

Grade de Análise da Informação

Unidade de Análise	Domínio	Categoria
Representações sobre formação	Positivas	Valoriza a pessoa
		Valoriza socialmente a profissão
		Inova e melhora a prática
	Negativas	Não influencia a representação social da profissão
		Não inova nem melhora a prática
	Tipos de formação	Formal
		Informal
	Forças de formação	Heteroformação
		Autoformação
		Ecoformação
	Estratégias de aprendizagem	Pela experiência
		Reflexão sobre a acção
		Interacção com os colegas/estudantes da equipa de Enfermagem
Representações sobre a formação desenvolvida ao longo do CCFE	Antes de frequentar	Positivas
		Negativas
	Depois de frequentar	Positivas
		Negativas
Características do dispositivo de formação	Metodologia de Formação	Adequada
		Pouco adequada
	Conteúdos abordados	Adequados às necessidades de formação
		Pouco adequados/desadequados às necessidades de formação
	Aprendizagens relevantes	Baseadas na reflexão sobre a acção
		No âmbito da investigação
Articulação entre a formação a nível do CCFE e o contexto de trabalho	Com a prática	Através da realização de trabalhos das unidades curriculares
		Através do envolvimento da pessoa
		Depois de concluído o curso
		Não existiu
	Com a formação em serviço	Através da realização de trabalhos das unidades curriculares
		Na dinâmica da formação
		Depois de concluído o curso
		Não existiu
	Dificuldades	Em relacionar a formação com a realidade das práticas
		Para frequentar
		Para cumprir as obrigações académicas
	Facilidades	Colaboração dos colegas
		Apoio da organização
	Permitiu conscientização do percurso profissional depois do CCFE	

Unidade de Análise	Domínio	Categoria
Identidade profissional	Descrição do percurso profissional	No tempo
		Funções desempenhadas
		Experiências/Serviços
	Avaliação do percurso profissional	Positiva
		Negativa
	Aprendizagens relevantes no percurso profissional	Componente teórica
		Componente teórico-prática
		Componente relacional
	Factores que influenciaram a prática profissional	Organização e contexto de trabalho
		Percurso de formação
		Vida pessoal
	Sentimentos quanto à profissão	Positivos
		Negativos
	Representações sobre a Enfermagem	Positivas
		Negativas
		Sem influência do CCFE
		O CCFE melhorou o auto-conceito como profissional e reforçou a ideia da necessidade dos enfermeiros serem mais activos
	Representação social	CCFE não tem influência
		Influenciada pelo CCFE
Características do contexto de trabalho	Caracterização	Física
		Dinâmica de funcionamento
		Competências exigidas para o desempenho
	Limitações	Físicas
		Escassez de recursos humanos
Potencialidades formativas do contexto de trabalho	Dinâmica de formação	Com resultados
		Sem resultados
		Dificuldades para o seu sucesso
Relação com os pares	Coesão do grupo profissional	No desempenho
		No espírito de grupo
	Informação transmitida na integração de novos elementos	Características do serviço
		Relacionada com o processo de integração
		Relacionada com o processo de cuidar
	O CCFE é visto como uma obrigação	
Relação com a população	Articular com a comunidade	Princípio da enfermagem
		Influencia a prática profissional
	Episódio significativo	Descrição da situação
		Aspecto marcante
Relação com os outros membros da equipa multidisciplinar	Coesão da equipa multidisciplinar	No desempenho
		No espírito de grupo

Unidade de Análise	Domínio	Categoria
Projectos profissionais para o futuro	Progressão de estudos	Pós-Licenciatua
		Mestrado
	Formação	Investir na formação contínua
		Ingressar na carreira docente
	No contexto de trabalho	Não mudar de serviço
		Mudar de serviço
		Contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados
	Aposentação	
	Progressão na carreira	Enfermeiro/a Especialista
		Enfermeiro/a Chefe
		Não tem
	Influência do CCFE na sua definição	Positiva
		Negativa
		Não houve

Anexo VI

Adaptative Competence Profile

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE DE LISBOA

Curso de Mestrado em Ciências da Educação - Formação de Adultos

AVALIAÇÃO DE ESTILOS DE APRENDIZAGEM E COMPETÊNCIAS PESSOAIS

QUESTIONÁRIO A

Carla Sofia da Silva Piscarreta Damásio

LISBOA
Julho de 2002

1 - NOTA INTRODUTÓRIA

O instrumento de colheita de dados para o preenchimento do qual lhe pedimos a sua colaboração é um questionário, cujos objectivos principais são o de permitir conhecer o seu estilo típico de aprendizagem e as competências que desenvolve com maior predominância.

Este questionário, designado por QUESTIONÁRIO A, é um dos que iremos utilizar na pesquisa que estamos a desenvolver nesta instituição, enquadrada no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências da Educação - Formação de Adultos, que presentemente frequentamos na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Tendo em conta que poderão existir interpretações diversas sobre a natureza e alcance de cada uma das vinte competências, incluímos também neste instrumento um quadro de referências, com o qual tentámos uniformizar o entendimento sobre cada uma dessas competências e o seu alcance.

Este estudo só terá interesse se quem o preencher for honesto e criterioso, na forma como avaliar até que ponto desenvolveu, na sua dinâmica pessoal, cada uma das competências descritas. Para tal, cada uma delas pode ser avaliada segundo uma escala cujos valores oscilam entre **1** (competência pouco desenvolvida) e **7** (alto nível de desenvolvimento). Solicitamos que, para a atribuição dos valores a cada uma das competências, se tenha sempre presente o quadro de referências que aqui apresentamos.

Se pretender, posteriormente, conhecer os resultados do trabalho de investigação que estamos a desenvolver neste Curso de Mestrado, deverá contactar a investigadora (no Serviço de Imunohemoterapia), a qual terá o maior prazer em discutir consigo as principais conclusões a que chegou.

NÃO SE ESQUEÇA: O QUESTIONÁRIO É CONFIDENCIAL;
NÃO COLOQUE O SEU NOME EM NENHUM LADO

2 - QUADRO DE REFERÊNCIAS

Como se disse, vamos tentar clarificar o que pretendemos que se entenda com cada uma das vinte competências mencionadas:

A. Ser sensível aos sentimentos do utente:
- Ser capaz de valorizar os sentimentos do utente, sem que para isso deva existir uma resposta emocional do enfermeiro que possa comprometer a sua capacidade de relação;

B. Ser sensível aos valores do utente:
- Ser capaz de aceitar o utente como alguém proveniente de um contexto específico, com padrões culturais e valores muitas vezes divergentes dos que predominam no meio onde se insere o profissional;

C. Saber ouvir:
- Saber estar disponível para perceber a realidade do utente (e demonstrá-lo), encorajando a livre expressão de sentimentos, receios, medos e ideias, com abstenção de juízos de valor;

D. Saber colher informações:
- Saber identificar fontes e focos de informação, bem como utilizar correctamente as técnicas de colheita de dados, que permitam estabelecer de uma forma gradual o diagnóstico de enfermagem do utente, não colocando em risco a relação terapêutica;

E. Prever implicações de situações ambíguas:
- Saber determinar, com antecedência, os resultados eventuais de situações pouco clarificadas;

F. Organizar as informações colhidas:
- Saber dar corpo e sentido ao conjunto de informações recolhidas, de forma a optimizar o planeamento e a prestação de cuidados de enfermagem;

G. Construir modelos conceptuais:
- Ser capaz de contribuir para a construção de referenciais teóricos que orientem a actividade profissional;

H. Testar ideias e teorias:
- Ser capaz, na prática, de experimentar, concretizar e avaliar ideias e teorias anteriormente estudadas ou elaboradas no âmbito do colectivo de trabalho (grupo de enfermeiros);

I. Planear pesquisas:
- Ser capaz de identificar problemas no exercício do trabalho, de os estudar dentro de um quadro teórico e de definir directrizes metodológicas para a pesquisa;

J. Analisar dados quantitativos:
- Ser capaz de interpretar valores quantitativos que digam respeito ao estado de saúde do utente ou a ele referentes, cuja abordagem se insira no quadro de responsabilidades e funções do enfermeiro (no serviço);

L. Criar novas formas de pensar e de fazer:
- Ser capaz de mudar e de inovar a partir da formação realizada, da reflexão sobre a prática e da sua própria experiência de vida, caminhando de novas teorias e formas de pensar para a prática do quotidiano e vice-versa;

M. Realizar novas experiências:
- Ser capaz de proceder a uma experimentação activa no exercício do trabalho, desenvolvendo experiências e procedendo a uma avaliação contínua das mesmas, tendo sempre como referência a pessoa como utente e o seu bem-estar;

N. Escolher a melhor opção
- Ser capaz, a partir de um conjunto de hipóteses de solução, de escolher a solução mais pertinente, executável e eficaz para resolver determinados problemas;

O. Definir objectivos / resultados esperados:
- Ser capaz de estabelecer, com objectividade, os resultados que se esperam obter com os cuidados a desenvolver;

P. Tomar decisões:
- Ser capaz de optar por uma das várias hipóteses de solução de um problema, de natureza e amplitude diversas;

Q. Concretizar os objectivos traçados:
- Ser capaz de prosseguir os objectivos traçados inicialmente, agindo aos diversos níveis, de uma forma crítica e analítica, e mobilizando os recursos necessários e possíveis para o fazer;

R. Criar e explorar novas oportunidades:
- Ser capaz de contribuir para a criação de novos contextos e situações de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem, aproveitando as oportunidades que emergem do exercício profissional;

S. Influenciar e liderar colegas:
- Ser capaz de transmitir e fazer aceitar as suas ideias pelos colegas, estabelecendo com eles objectivos comuns e promovendo a dinamização do grupo em torno destes;

T. Envolver-se pessoalmente nas situações:
- Ser capaz de agir com intenção e empenho, mobilizando todas as suas capacidades na resolução de problemas ou nas iniciativas do quotidiano de trabalho;

U. Relacionar-se com as pessoas:
- Ser capaz de interagir com as pessoas que lhe estão próximas, respeitando as significações pessoais, as opiniões, as perspectivas e a individualidade destas.

Nº de ordem do ACP: _____

3- DADOS PESSOAIS		Códigos (Não preencher)
3.1 - IDADE	_____ anos	1
3.2 - TEMPO DE SERVIÇO:	_____ anos	2
Nas questões que se seguem, assinale com um X a resposta mais adequada ao seu caso pessoal. **3.3 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL** - BÁSICA (Curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal, Curso Superior de Enfermagem)	□	3
- PÓS-BÁSICA (formação básica e um Curso de Especialização, Curso Complementar ou Curso de Administração de Serviços de Enfermagem)	□	
3.4 - CATEGORIA PROFISSIONAL - Enfermeiro Nível 1	□	4
- Enfermeiro Graduado	□	
- Enfermeiro Especialista	□	
- Enfermeiro Chefe	□	
3.5 - VÍNCULO NA INSTITUIÇÃO - Pertence ao quadro de pessoal	□	5
- Contratado	□	

4. - QUADRO DE COMPETÊNCIAS

Cada uma das competências que se segue pode ser avaliada com valores desde **1** (se possuir esta competência pouco desenvolvida) até **7** (se a possuir muito desenvolvida); podem, assim, ser atribuídos valores intermédios, situados entre esses dois limites. Coloque uma circunferência em redor do valor que pretender atribuir.

COMPETÊNCIAS	**Baixo nível**						**Alto nível**	**Código (Não preencher)**
A. Ser sensível aos sentimentos do utente	1	2	3	4	5	6	7	6
B. Ser sensível aos valores do utente	1	2	3	4	5	6	7	7
C. Saber ouvir	1	2	3	4	5	6	7	8
D. Saber colher informações	1	2	3	4	5	6	7	9
E. Prever implicações de situações ambíguas	1	2	3	4	5	6	7	10
								11
F. Organizar as informações colhidas	1	2	3	4	5	6	7	12
G. Construir modelos conceptuais	1	2	3	4	5	6	7	13
H. Testar ideias e teorias	1	2	3	4	5	6	7	14
I. Planear pesquisas	1	2	3	4	5	6	7	15
J. Analisar dados quantitativos	1	2	3	4	5	6	7	16
								17
L. Criar novas formas de pensar e agir	1	2	3	4	5	6	7	18
M. Realizar novas experiências	1	2	3	4	5	6	7	19
N. Escolher as melhores soluções	1	2	3	4	5	6	7	20
O. Definir objectivos / resultados esperados	1	2	3	4	5	6	7	21
P. Tomar decisões	1	2	3	4	5	6	7	22
								23
Q. Concretizar os objectivos traçados	1	2	3	4	5	6	7	24
R. Criar e explorar novas oportunidades	1	2	3	4	5	6	7	25
S. Influenciar e liderar colegas	1	2	3	4	5	6	7	26
T. Envolver-se pessoalmente nas situações	1	2	3	4	5	6	7	27
U. Relacionar-se com os colegas	1	2	3	4	5	6	7	28
								29

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo VII

Environmental Press Questionnaire

Hospital

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE DE LISBOA

Curso de Mestrado em Ciências da Educação - Formação de Adultos

AVALIAÇÃO DOS CONTEXTOS

QUESTIONÁRIO B

Hospital

Carla Sofia da Silva Piscarreta Damásio

LISBOA
Junho de 2002

1 - NOTA INTRODUTÓRIA

O instrumento de colheita de dados para o preenchimento do qual lhe pedimos a sua colaboração é um questionário, cujo objectivo principal é o de avaliar a relevância de determinadas competências para o contexto de trabalho onde exercia funções quando frequentou o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

Este questionário, designado por QUESTIONÁRIO B, é um dos que iremos utilizar na pesquisa que estamos a desenvolver nesta instituição, enquadrada no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências da Educação - Formação de Adultos, que presentemente frequentamos na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Tendo em conta que poderão existir interpretações diversas sobre a natureza e alcance de cada uma das vinte competências, incluímos também neste instrumento um quadro de referências, com o qual tentámos uniformizar o entendimento sobre cada uma dessas competências e o seu alcance.

Este estudo só terá interesse se quem o preencher for honesto e criterioso, na forma como avaliar até que ponto cada uma das competências descritas é importante para as funções que desempenha no seu serviço. Para tal, cada uma delas pode ser avaliada segundo uma escala cujos valores oscilam entre **1** (competência pouco relevante no desempenho de funções neste serviço específico) e **7** (muito relevante). Solicitamos que, para a atribuição dos valores a cada uma das competências, se tenha sempre presente o quadro de referências que aqui apresentamos.

Se pretender, posteriormente, conhecer os resultados do trabalho de investigação que estamos a desenvolver neste Curso de Mestrado, deverá contactar a investigadora (no Serviço de Imunohemoterapia), a qual terá o maior prazer em discutir consigo as principais conclusões a que chegou.

NÃO SE ESQUEÇA: O QUESTIONÁRIO É CONFIDENCIAL;
NÃO COLOQUE O SEU NOME EM NENHUM LADO

2 - QUADRO DE REFERÊNCIAS

Como se disse, vamos tentar clarificar o que pretendemos que se entenda com cada uma das vinte competências mencionadas:

A. Ser sensível aos sentimentos do utente:
- Ser capaz de valorizar os sentimentos do utente, sem que para isso deva existir uma resposta emocional do enfermeiro que possa comprometer a sua capacidade de relação;

B. Ser sensível aos valores do utente:
- Ser capaz de aceitar o utente como alguém proveniente de um contexto específico, com padrões culturais e valores muitas vezes divergentes dos que predominam no meio onde se insere o profissional;

C. Saber ouvir:
- Saber estar disponível para perceber a realidade do utente (e demonstrá-lo), encorajando a livre expressão de sentimentos, receios, medos e ideias, com abstenção de juízos de valor;

D. Saber colher informações:
- Saber identificar fontes e focos de informação, bem como utilizar correctamente as técnicas de colheita de dados, que permitam estabelecer de uma forma gradual o diagnóstico de enfermagem do utente, não colocando em risco a relação terapêutica;

E. Prever implicações de situações ambíguas:
- Saber determinar, com antecedência, os resultados eventuais de situações pouco clarificadas;

F. Organizar as informações colhidas:
- Saber dar corpo e sentido ao conjunto de informações recolhidas, de forma a optimizar o planeamento e a prestação de cuidados de enfermagem;

G. Construir modelos conceptuais:
- Ser capaz de contribuir para a construção de referenciais teóricos que orientem a actividade profissional;

H. Testar ideias e teorias:
- Ser capaz, na prática, de experimentar, concretizar e avaliar ideias e teorias anteriormente estudadas ou elaboradas no âmbito do colectivo de trabalho (grupo de enfermeiros);

I. Planear pesquisas:
- Ser capaz de identificar problemas no exercício do trabalho, de os estudar dentro de um quadro teórico e de definir directrizes metodológicas para a pesquisa;

J. Analisar dados quantitativos:
- Ser capaz de interpretar valores quantitativos que digam respeito ao estado de saúde do utente ou a ele referentes, cuja abordagem se insira no quadro de responsabilidades e funções do enfermeiro (no serviço);

L. Criar novas formas de pensar e de fazer:
- Ser capaz de mudar e de inovar a partir da formação realizada, da reflexão sobre a prática e da sua própria experiência de vida, caminhando de novas teorias e formas de pensar para a prática do quotidiano e vice-versa;

M. Realizar novas experiências:
- Ser capaz de proceder a uma experimentação activa no exercício do trabalho, desenvolvendo experiências e procedendo a uma avaliação contínua das mesmas, tendo sempre como referência a pessoa como utente e o seu bem-estar;

N. Escolher a melhor opção
- Ser capaz, a partir de um conjunto de hipóteses de solução, de escolher a solução mais pertinente, executável e eficaz para resolver determinados problemas;

O. Definir objectivos / resultados esperados:
- Ser capaz de determinar, com objectividade, os resultados que se esperam obter com os cuidados a desenvolver;

P. Tomar decisões:
- Ser capaz de optar por uma das várias hipóteses de solução de um problema, de natureza e amplitude diversas;

Q. Concretizar os objectivos traçados:
- Ser capaz de prosseguir os objectivos traçados inicialmente, agindo aos diversos níveis, de uma forma crítica e analítica, e mobilizando os recursos necessários e possíveis para o fazer;

R. Criar e explorar novas oportunidades:
- Ser capaz de contribuir para a criação de novos contextos e situações de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem, aproveitando as oportunidades que emergem do exercício profissional;

S. Influenciar e liderar colegas:
- Ser capaz de transmitir e fazer aceitar as suas ideias pelos colegas, estabelecendo com eles objectivos comuns e promovendo a dinamização do grupo em torno destes;

T. Envolver-se pessoalmente nas situações:
- Ser capaz de agir com intenção e empenho, mobilizando todas as suas capacidades na resolução de problemas ou nas iniciativas do quotidiano de trabalho;

U. Relacionar-se com as pessoas:
- Ser capaz de interagir com as pessoas que lhe estão próximas, respeitando as significações pessoais, as opiniões, as perspectivas e a individualidade destas.

Nº de ordem do EPQ: _____

3- DADOS PESSOAIS	Códigos (Não preencher)
3.1 - IDADE _____ anos	1
3.2 - TEMPO DE SERVIÇO: _____ anos	2
Nas questões que se seguem, assinale com um X a resposta mais adequada ao seu caso pessoal. **3.3 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL** - BÁSICA (Curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal, Curso Superior de Enfermagem) □ - PÓS-BÁSICA (formação básica e um Curso de Especialização, Curso Complementar ou Curso de Administração de Serviços de Enfermagem) □	3
3.4 - CATEGORIA PROFISSIONAL - Enfermeiro Nível 1 □ - Enfermeiro Graduado □ - Enfermeiro Especialista □ - Enfermeiro Chefe □	4
3.5 - VÍNCULO NA INSTITUIÇÃO - Pertence ao quadro de pessoal □ - Contratado □	5

4. - QUADRO DE COMPETÊNCIAS

Cada uma das competências que se segue pode ser avaliada com valores desde **1** (competência pouco relevante para o desempenho de funções no seu serviço) até **7** (muito relevante); podem, assim, ser atribuídos valores intermédios, situados entre esses dois limites. Coloque uma circunferência em redor do valor que pretender atribuir.

COMPETÊNCIAS	**Baixo nível**						**Alto nível**	**Código (Não preencher)**
A. Ser sensível aos sentimentos do utente	1	2	3	4	5	6	7	6
B. Ser sensível aos valores do utente	1	2	3	4	5	6	7	7
C. Saber ouvir	1	2	3	4	5	6	7	8
D. Saber colher informações	1	2	3	4	5	6	7	9
E. Prever implicações de situações ambíguas	1	2	3	4	5	6	7	10
								11
F. Organizar as informações colhidas	1	2	3	4	5	6	7	12
G. Construir modelos conceptuais	1	2	3	4	5	6	7	13
H. Testar ideias e teorias	1	2	3	4	5	6	7	14
I. Planear pesquisas	1	2	3	4	5	6	7	15
J. Analisar dados quantitativos	1	2	3	4	5	6	7	16
								17
L. Criar novas formas de pensar e agir	1	2	3	4	5	6	7	18
M. Realizar novas experiências	1	2	3	4	5	6	7	19
N. Escolher as melhores soluções	1	2	3	4	5	6	7	20
O. Definir objectivos / resultados esperados	1	2	3	4	5	6	7	21
P. Tomar decisões	1	2	3	4	5	6	7	22
								23
Q. Concretizar os objectivos traçados	1	2	3	4	5	6	7	24
R. Criar e explorar novas oportunidades	1	2	3	4	5	6	7	25
S. Influenciar e liderar colegas	1	2	3	4	5	6	7	26
T. Envolver-se pessoalmente nas situações	1	2	3	4	5	6	7	27
U. Relacionar-se com os colegas	1	2	3	4	5	6	7	28
								29

Muito obrigada pela sua colaboração!

Anexo VIII

Environmental Press Questionnaire

Escola

FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO UNIVERSIDADE DE LISBOA

Curso de Mestrado em Ciências da Educação - Formação de Adultos

AVALIAÇÃO DOS CONTEXTOS

QUESTIONÁRIO C

Escola

Carla Sofia da Silva Piscarreta Damásio

LISBOA
Junho de 2002

1 - NOTA INTRODUTÓRIA

O instrumento de colheita de dados para o preenchimento do qual lhe pedimos a sua colaboração é um questionário, cujo objectivo principal é o de avaliar a relevância de determinadas competências para o contexto escolar onde realizou o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

Este questionário, designado por QUESTIONÁRIO C, é um dos que iremos utilizar na pesquisa que estamos a desenvolver nesta instituição, enquadrada no âmbito do Curso de Mestrado em Ciências da Educação - Formação de Adultos, que presentemente frequentamos na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Tendo em conta que poderão existir interpretações diversas sobre a natureza e alcance de cada uma das vinte competências, incluímos também neste instrumento um quadro de referências, com o qual tentámos uniformizar o entendimento sobre cada uma dessas competências e o seu alcance.

Este estudo só terá interesse se quem o preencher for honesto e criterioso, na forma como avaliar até que ponto cada uma das competências descritas é importante para as funções que desempenha no seu serviço. Para tal, cada uma delas pode ser avaliada segundo uma escala cujos valores oscilam entre **1** (competência pouco relevante para o contexto escolar) e **7** (muito relevante). Solicitamos que, para a atribuição dos valores a cada uma das competências, se tenha sempre presente o quadro de referências que aqui apresentamos.

Se pretender, posteriormente, conhecer os resultados do trabalho de investigação que estamos a desenvolver neste Curso de Mestrado, deverá contactar a investigadora (no Serviço de Imunohemoterapia), a qual terá o maior prazer em discutir consigo as principais conclusões a que chegou.

NÃO SE ESQUEÇA: O QUESTIONÁRIO É CONFIDENCIAL;
NÃO COLOQUE O SEU NOME EM NENHUM LADO

2 - QUADRO DE REFERÊNCIAS

Como se disse, vamos tentar clarificar o que pretendemos que se entenda com cada uma das vinte competências mencionadas:

A. Ser sensível aos sentimentos do utente:
- Ser capaz de valorizar os sentimentos do utente, sem que para isso deva existir uma resposta emocional do enfermeiro que possa comprometer a sua capacidade de relação;

B. Ser sensível aos valores do utente:
- Ser capaz de aceitar o utente como alguém proveniente de um contexto específico, com padrões culturais e valores muitas vezes divergentes dos que predominam no meio onde se insere o profissional;

C. Saber ouvir:
- Saber estar disponível para perceber a realidade do utente (e demonstrá-lo), encorajando a livre expressão de sentimentos, receios, medos e ideias, com abstenção de juízos de valor;

D. Saber colher informações:
- Saber identificar fontes e focos de informação, bem como utilizar correctamente as técnicas de colheita de dados, que permitam estabelecer de uma forma gradual o diagnóstico de enfermagem do utente, não colocando em risco a relação terapêutica;

E. Prever implicações de situações ambíguas:
- Saber determinar, com antecedência, os resultados eventuais de situações pouco clarificadas;

F. Organizar as informações colhidas:
- Saber dar corpo e sentido ao conjunto de informações recolhidas, de forma a optimizar o planeamento e a prestação de cuidados de enfermagem;

G. Construir modelos conceptuais:
- Ser capaz de contribuir para a construção de referenciais teóricos que orientem a actividade profissional;

H. Testar ideias e teorias:
- Ser capaz, na prática, de experimentar, concretizar e avaliar ideias e teorias anteriormente estudadas ou elaboradas no âmbito do colectivo de trabalho (grupo de enfermeiros);

I. Planear pesquisas:
- Ser capaz de identificar problemas no exercício do trabalho, de os estudar dentro de um quadro teórico e de definir directrizes metodológicas para a pesquisa;

J. Analisar dados quantitativos:
- Ser capaz de interpretar valores quantitativos que digam respeito ao estado de saúde do utente ou a ele referentes, cuja abordagem se insira no quadro de responsabilidades e funções do enfermeiro (no serviço);

L. Criar novas formas de pensar e de fazer:
- Ser capaz de mudar e de inovar a partir da formação realizada, da reflexão sobre a prática e da sua própria experiência de vida, caminhando de novas teorias e formas de pensar para a prática do quotidiano e vice-versa;

M. Realizar novas experiências:
- Ser capaz de proceder a uma experimentação activa no exercício do trabalho, desenvolvendo experiências e procedendo a uma avaliação contínua das mesmas, tendo sempre como referência a pessoa como utente e o seu bem-estar;

N. Escolher a melhor opção
- Ser capaz, a partir de um conjunto de hipóteses de solução, de escolher a solução mais pertinente, executável e eficaz para resolver determinados problemas;

O. Definir objectivos / resultados esperados:
- Ser capaz de determinar, com objectividade, os resultados que se esperam obter com os cuidados a desenvolver;

P. Tomar decisões:
- Ser capaz de optar por uma das várias hipóteses de solução de um problema, de natureza e amplitude diversas;

Q. Concretizar os objectivos traçados:
- Ser capaz de prosseguir os objectivos traçados inicialmente, agindo aos diversos níveis, de uma forma crítica e analítica, e mobilizando os recursos necessários e possíveis para o fazer;

R. Criar e explorar novas oportunidades:
- Ser capaz de contribuir para a criação de novos contextos e situações de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem, aproveitando as oportunidades que emergem do exercício profissional;

S. Influenciar e liderar colegas:
- Ser capaz de transmitir e fazer aceitar as suas ideias pelos colegas, estabelecendo com eles objectivos comuns e promovendo a dinamização do grupo em torno destes;

T. Envolver-se pessoalmente nas situações:
- Ser capaz de agir com intenção e empenho, mobilizando todas as suas capacidades na resolução de problemas ou nas iniciativas do quotidiano de trabalho;

U. Relacionar-se com as pessoas:
- Ser capaz de interagir com as pessoas que lhe estão próximas, respeitando as significações pessoais, as opiniões, as perspectivas e a individualidade destas.

Nº de ordem do EPQ: _____

3- DADOS PESSOAIS	Códigos (Não preencher)
3.1 - IDADE _____ anos	1
3.2 - TEMPO DE SERVIÇO: _____ anos	2
Nas questões que se seguem, assinale com um X a resposta mais adequada ao seu caso pessoal. **3.3 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL** - BÁSICA (Curso de Enfermagem Geral ou equivalente legal, Curso Superior de Enfermagem) □ - PÓS-BÁSICA (formação básica e um Curso de Especialização, Curso Complementar ou Curso de Administração de Serviços de Enfermagem) □	3
3.4 - CATEGORIA PROFISSIONAL - Enfermeiro Nível 1 □ - Enfermeiro Graduado □ - Enfermeiro Especialista □ - Enfermeiro Chefe □	4
3.5 - VÍNCULO NA INSTITUIÇÃO - Pertence ao quadro de pessoal □ - Contratado □	5

4. - QUADRO DE COMPETÊNCIAS

Cada uma das competências que se segue pode ser avaliada com valores desde **1** (competência pouco relevante para o contexto escolar) até **7** (muito relevante); podem, assim, ser atribuídos valores intermédios, situados entre esses dois limites. Coloque uma circunferência em redor do valor que pretender atribuir.

COMPETÊNCIAS	**Baixo nível**						**Alto nível**	**Código (Não preencher)**
A. Ser sensível aos sentimentos do utente	1	2	3	4	5	6	7	6
B. Ser sensível aos valores do utente	1	2	3	4	5	6	7	7
C. Saber ouvir	1	2	3	4	5	6	7	8
D. Saber colher informações	1	2	3	4	5	6	7	9
E. Prever implicações de situações ambíguas	1	2	3	4	5	6	7	10
								11
F. Organizar as informações colhidas	1	2	3	4	5	6	7	12
G. Construir modelos conceptuais	1	2	3	4	5	6	7	13
H. Testar ideias e teorias	1	2	3	4	5	6	7	14
I. Planear pesquisas	1	2	3	4	5	6	7	15
J. Analisar dados quantitativos	1	2	3	4	5	6	7	16
								17
L. Criar novas formas de pensar e agir	1	2	3	4	5	6	7	18
M. Realizar novas experiências	1	2	3	4	5	6	7	19
N. Escolher as melhores soluções	1	2	3	4	5	6	7	20
O. Definir objectivos / resultados esperados	1	2	3	4	5	6	7	21
P. Tomar decisões	1	2	3	4	5	6	7	22
								23
Q. Concretizar os objectivos traçados	1	2	3	4	5	6	7	24
R. Criar e explorar novas oportunidades	1	2	3	4	5	6	7	25
S. Influenciar e liderar colegas	1	2	3	4	5	6	7	26
T. Envolver-se pessoalmente nas situações	1	2	3	4	5	6	7	27
U. Relacionar-se com os colegas	1	2	3	4	5	6	7	28
								29

Muito obrigada pela sua colaboração!