

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
Departamento de Ciências da Vida e da Saúde

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE
AS FUNÇÕES QUE OS ENFERMEIROS DE
UM HOSPITAL DISTRITAL DESEMPENHAM**

Dissertação de Mestrado
em
Ciências de Enfermagem

Carlos Manuel Leitão Maia

Lisboa, Setembro de 1995

SIGLAS

CBE - Curso de Bacharelato em Enfermagem

CEE - Curso de Especialização em Enfermagem

CEEMC - Curso de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

CEER - Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação

CEG - Curso de Enfermagem Geral

CSE - Curso Superior de Enfermagem

DESEE - Diploma de Estudos Superiores Especializados

DRHS - Departamento de Recursos Humanos da Saúde

HCL - Hospitais Civis de Lisboa

HUC - Hospitais da Universidade de Coimbra

INSA - Instituto Nacional de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Desde que ninguém conheça todas as respostas, cada resposta só pode ser exacta em parte e em determinado momento.

(R. Dahrendorf)

Aos meus pais, Vitor e Madalena.

À minha mulher, Fátima.

Às minhas filhas, Ana e Inês.

AGRADECIMENTOS

- À Profª. Doutora Ione Filipe Pinto, orientadora da dissertação pela disponibilidade, apoio e estímulo;
- aos enfermeiros da instituição hospitalar que colaboraram neste estudo;
- aos colegas, amigos e familiares, pela solidariedade manifestada e estímulo;
- à D. Rosalina e à D. Céu, pelo apoio bibliográfico, disponibilidade e paciência;
- a todos os que não é possível citar, mas que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho;

MUITO OBRIGADO

RESUMO

Elaborámos um estudo exploratório, descritivo e analítico, que tem como objectivos analisar as representações dos enfermeiros, de um hospital distrital, sobre as funções que desempenham e analisar as estratégias, desses enfermeiros, com vista à autonomia profissional.

O instrumento de colheita de dados, questionário, foi aplicado a uma amostra seleccionada pela técnica da amostragem probabilística estratificada, constituída por oitenta enfermeiros. No tratamento dos dados utilizámos medidas de tendência central e de dispersão. Para testar as hipóteses, utilizámos o teste do qui-quadrado, o coeficiente de Yule e o teste de diferença entre médias, com $\alpha = 0,05$.

As principais conclusões do estudo foram:

- Foi possível analisar as representações dos enfermeiros sobre as funções que desempenham e as estratégias com vista à autonomia profissional
- Para 78,75 %, a Enfermagem hospitalar não deve privilegiar a dimensão técnica em detrimento da relacional, sendo inclusivamente a dimensão relacional apontada por 80,0 % como o factor que distingue a Enfermagem das outras profissões de saúde
- O desempenho de funções que pertencem a outros grupos profissionais foi referida por 90,0 %, enquanto apenas 10,0 % refere desempenhar exclusivamente as funções atribuídas legalmente
- Enquanto 80,0 % refere delegar tarefas menos qualificadas nas auxiliares de acção médica, 20,0 % refere não o fazer
- Os factores que mais podem contribuir para a autonomia da profissão, são, por ordem de preferência: definição do Estatuto Profissional (18,75%); criação da Ordem dos Enfermeiros (13,75%); utilização do Processo de Enfermagem (12,5%); desenvolvimento da Investigação em Enfermagem (11,25%); delegação de tarefas menos qualificadas (11,25%); desempenho exclusivo das funções de Enfermagem (10,0 %); melhorar formação académica (10,0%); maior rigor na escolha dos responsáveis (6,25 %); maior união de classe (6,25 %)
- Os enfermeiros que trabalham em serviços que prestam cuidados especializados revelam maior satisfação profissional
- O reconhecimento social da profissão é baixo para 72,5 %, razoável para 26,25% e alto para 1,25 %.
- Os enfermeiros com habilitações académicas mais elevadas são os que acham que a integração no Ensino Superior Politécnico aumentou o prestígio social da profissão
- A existência de vários modelos teóricos é considerada benéfica para a profissão por 66,25% e prejudicial por 33,75 %
- Os enfermeiros mais jovens são os que consideram benéfica para a profissão a existência de vários modelos teóricos

SUMMARY

We elaborated an exploratory, descriptive and analytic study, which has the objectives of examining the representations of nurses, of a district hospital, upon the functions they exercise and examining the strategies of those nurses, with a view to professional autonomy.

The data collecting instrument, questionnaire, was applied to a sample selected by the stratified probabilistic sample technique, formed by eighty nurses.

When treating the data we used location parameters and scale parameters. To test the hypotheses we used the chi-square test, the Yule coefficient and the subtraction between averages test, with $\alpha = 0,05$.

The principal conclusions were:

- It was possible to analyse the representations of the nurses upon the functions they exercise and the strategies with a view to professional autonomy.
- For 78,75 %, hospital nursing should not privilege the technical dimension in detriment of the relational, being inclusively the relational dimension pointed by 80,0 % as the factor that distinguishes nursing from the other health professions.
- The exercise of functions which pertain to other professional groups was referred by 90,0%, whilst only 10,0% refer exercising exclusively the functions assigned lawfully.
- Whilst 80% refer delegating less qualified tasks to cleaning personnel 20,0% refer not doing so.
- The factors that contribute more towards professional autonomy of the profession in priority order, are: definition of the Professional Statute (18,75%); creating the Nursing Order (13,75%); utilization of the Nursing Process (12,50%); development of investigation in nursing (11,25%); delegation of less qualified tasks (11,25%); exclusive exercising of nursing functions (10,0%); improving academic education (10,0%); stricter choice of the responsible personnel (8,25%); more union within the class (8,25%)
- The nurses that work in wards that offer specialized care reveal greater professional satisfaction
- The social recognition of the profession, is low for 72,5%, reasonable for 28,25% and high for 1,25%
- The nurses with higher academic qualification are those that consider that the integration in the polytechnical college, increased the social prestige of the profession
- The existence of various theoretic models is considered beneficial for the profession by 66,25% and harmful by 33,75%
- The younger nurses are those that consider the existence of various theoretic models beneficial for the profession

SUMÁRIO

	f.
0 - INTRODUÇÃO.....	16

PRIMEIRA PARTE - Enquadramento Teórico

1 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM.....	20
1.1 - CRISTIANISMO.....	24
1.2 - ALTA IDADE MÉDIA: 500-1000 d.C.	26
1.3 - BAIXA IDADE MÉDIA: 1000-1500 d.C.	28
1.4 - RENASCIMENTO E REFORMA.....	29
2 - O NASCIMENTO DA ENFERMAGEM MODERNA.....	32
2.1 - FLORENCE NIGHTINGALE.....	32
3 - ENFERMAGEM EM PORTUGAL.....	38
4 - ENFERMAGEM: À PROCURA DE IDENTIDADE ?.....	45
5 - CUIDAR: A ESSÊNCIA DA ENFERMAGEM.....	51
5.1 - O QUE É O CUIDAR ?.....	53
5.2 - CUIDAR E TRATAR.....	55
5.3 - PROCESSO DE ENFERMAGEM E MODELO CONCEPTUAL.....	57
6 - A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR.....	61
6.1 - A ENFERMAGEM NA ESTRUTURA HOSPITALAR.....	65

SEGUNDA PARTE - Sociografia da pesquisa: os actores e os contextos

1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES E DOS CONTEXTOS.....	68
1.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES.....	68
1.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS.....	69
1.2.1 - Serviço de Medicina.....	70
1.2.2 - Unidade de Cuidados Intensivos.....	74

TERCEIRA PARTE - Perspectiva metodológica

1 - HIPÓTESES FORMULADAS.....	78
1.1 - NO PLANEAMENTO DA PESQUISA.....	78
1.2 - NO DECORRER DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	78
2 - VARIÁVEIS UTILIZADAS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO.....	79
2.1 - VARIÁVEL DEPENDENTE.....	79
2.1.1 - Indicadores para medir a variável dependente.....	79
2.2 - VARIÁVEIS INDEPENDENTES.....	80
3 - MATERIAL E MÉTODOS.....	81
3.1 - A ESCOLHA DO CONTEXTO.....	81
3.2 - TIPO DE ESTUDO.....	82
3.3 - POPULAÇÃO.....	82
3.3.1 - Amostra Populacional.....	82
3.4 - RECOLHA DA INFORMAÇÃO.....	83
3.5 - TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO.....	84

QUARTA PARTE - Resultados

1 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	86
1.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	86
1.1.1 - Idade e sexo.....	86
1.1.2 - Habilitações académicas e profissionais.....	88
1.1.3 - Anos de serviço e categoria profissional.....	90
1.1.4 - Serviço onde trabalha.....	91
1.1.5 - Vínculo à instituição.....	92
1.1.6 - Posse ou frequência de outro curso.....	93
1.1.7 - Motivo de escolha da profissão.....	93
1.1.8 - Desempenho de funções pertencentes a outros grupos profissionais.....	94
1.1.9 - Desejo de abandonar a carreira hospitalar.....	95
1.1.10 - Serviço onde gostaria de trabalhar.....	96
1.1.11 - Delegação de tarefas menos qualificadas.....	98

1.2 - INDICADORES DA VARIÁVEL DEPENDENTE.....	98
1.2.1 - Opinião sobre o processo de Enfermagem como método de trabalho.....	100
1.2.2 - Opinião sobre a existência de vários modelos teóricos.....	102
1.2.3 - Escolha novamente da profissão.....	103
1.2.4 - Satisfação profissional.....	104
1.2.5 - Importância atribuída ao trabalho de Enfermagem.....	105
1.2.6 - Realização ou colaboração em estudos sobre problemas de Enfermagem....	106
1.2.7 - Utilização de resultados de trabalhos de investigação para melhoria dos cuidados de Enfermagem.....	107
1.2.8 - Comparação da Enfermagem com as outras profissões de saúde a nível social.....	107
1.2.9 - Opinião sobre a área do saber que deve ser mais aprofundada durante o Curso Superior de Enfermagem.....	109
1.2.10 - Opinião sobre o reconhecimento social da profissão.....	110
1.2.11 - Factores que podem contribuir para a autonomia da profissão.....	110
1.2.12 - Investigação como factor decisivo para a autonomia da profissão.....	112
1.2.13 - A dimensão relacional como factor de destrinça da Enfermagem das outras profissões de saúde.....	112
1.2.14 - A Enfermagem hospitalar deve privilegiar a dimensão técnica em detrimento da relacional.....	113
1.2.15 - Representação sobre Enfermagem.....	114
1.2.16 - Competência profissional após integração no Ensino Superior.....	115
1.2.17 - Prestígio social após integração no Ensino Superior.....	116
2 - ANÁLISE DAS HIPÓTESES.....	118

QUINTA PARTE - Conclusões e sugestões

1 - CONCLUSÕES.....	125
2 - SUGESTÕES.....	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	130
ANEXOS.....	136
Anexo 1 - Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados.....	138

Anexo 2 - Instrumento de colheita de dados.....	140
Anexo 3 - Distribuição por sexo e grupo etário, consoante o serviço onde trabalha.....	150

Sequência de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros por grupo etário e sexo.....	f. 87
Tabela 2 - Distribuição do pessoal de Enfermagem segundo o grupo etário e sexo, a prestar serviço em estabelecimentos e instituições dependentes do ministério da Saúde, reportados a 31 de Dezembro de 1994.....	88
Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo as habilitações académicas e profissionais.....	89
Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo a categoria profissional e os anos de serviço.....	91
Tabela 5 - Distribuição segundo os serviços onde trabalham.....	92
Tabela 6 - Distribuição segundo o vínculo á instituição.....	92
Tabela 7 - Distribuição segundo o motivo que originou a escolha da profissão.....	94
Tabela 8 - Opinião sobre o desempenho de funções pertencentes a outros grupos profissionais.....	94
Tabela 9 - Justificações dadas pelos enfermeiros que referiram desempenhar funções pertencentes a outros grupos profissionais.....	95
Tabela 10 - Distribuição segundo as actividades desejadas pelos enfermeiros que gostariam de abandonar a carreira hospitalar.....	96
Tabela 11 - Distribuição segundo o serviço onde trabalha e onde gostaria de trabalhar.....	97
Tabela 12 - Delegação de tarefas menos qualificadas.....	98
Tabela 13 - Distribuição segundo a satisfação profissional.....	105
Tabela 14 - Distribuição segundo a importância atribuída ao trabalho de Enfermagem.....	106

Tabela 15 - Realização ou colaboração em estudos sobre problemas de Enfermagem.....	106
Tabela 16 - Utilização de resultados de trabalhos de investigação.....	107
Tabela 17 - Opinião sobre se a Enfermagem se encontra, a nível social, em pé de igualdade com as outras profissões de saúde.....	108
Tabela 18 - Distribuição segundo o serviço onde trabalha e a dimensão que deve ser mais aprofundada no CSE.....	109
Tabela 19 - Opinião sobre o reconhecimento social da profissão.....	110
Tabela 20 - Opinião sobre a investigação como factor decisivo para a autonomia da profissão.....	112
Tabela 21 - Opinião sobre a dimensão relacional como factor de desrriça da Enfermagem com as outras profissões de saúde	113
Tabela 22 - Opinião sobre se a Enfermagem hospitalar deve privilegiar a dimensão técnica em detrimento da relacional.....	113
Tabela 23 - Satisfação profissional segundo os serviços onde trabalham.	119
Tabela 24 - Opinião sobre o Processo de Enfermagem segundo a experiência profissional.....	120
Tabela 25 - Opinião sobre a existência de vários modelos teóricos segundo a idade.....	121
Tabela 26 - Opinião sobre o prestígio social da profissão após a integração no Ensino Superior Politécnico.....	122
Tabela 27 - Distribuição por sexo e grupo etário, consoante o serviço onde trabalha.....	150

Sequência de Quadros

	f.
Quadro 1 - Justificações dadas pelos enfermeiros segundo a opinião sobre o Processo de Enfermagem como método de trabalho.....	101
Quadro 2 - Justificações dadas pelos enfermeiros segundo a opinião sobre a existência de vários modelos teóricos.....	102
Quadro 3 - Justificações dadas pelos enfermeiros segundo a convicção de escolher, ou não, novamente a profissão, caso fosse possível retroceder no tempo.....	104
Quadro 4 - Justificações dadas pelos enfermeiros para o facto de a Enfermagem não se encontrar em pé de igualdade com as outras profissões de saúde, a nível social.....	108
Quadro 5 - Opinião sobre os factores que podem contribuir para a autonomia da profissão.....	111
Quadro 6 - Distribuição sobre a representação de Enfermagem.....	114
Quadro 7 - Opinião sobre o aumento, ou não, da competência profissional dos enfermeiros após a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico.....	115
Quadro 8 - Opinião sobre o aumento, ou não, do prestígio social dos enfermeiros após a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico.....	117
Quadro 9 - Justificações consideradas positivas ou negativas de onze indicadores da variável dependente.....	123

Sequência de Gráficos

f.

Gráfico 1 - Posse ou frequência de outro curso..... 93

0 - INTRODUÇÃO

Os acontecimentos surgidos ultimamente na Enfermagem portuguesa, especialmente na última década, poderiam deixar supor que estariam eminentes alterações profundas. De facto, a reestruturação da carreira de Enfermagem, a maior preocupação relativa à qualidade dos cuidados, a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico, assim como a abertura de mestrados e doutoramentos aos enfermeiros em Universidades portuguesas, são acontecimentos que testemunham que as bases para a mudança estão lançadas. Mas, se todos os processos de mudança são morosos, pelas barreiras que normalmente se lhes opõem, o da Enfermagem é-o duplamente, uma vez que essas barreiras são redobradas, pela herança histórica que a profissão transporta, pelos estigmas que ainda marcam os enfermeiros e também pela interacção constante com a medicina, considerada profissão dominante e socialmente valorizada. Realmente, o facto de a sociedade tradicionalmente se ter *habitado a encarar* a Enfermagem na dependência técnica e social da medicina, poderá constituir um obstáculo à *libertação definitiva* da Enfermagem e à sua valorização e reconhecimento social como profissão autónoma. Efectivamente, porque razão não se reconhece ao saber de Enfermagem a legitimidade reconhecida ao saber de outros grupos profissionais? Porque será que a formação e os respectivos graus académicos que as Escolas Superiores e Universidades conferem aos enfermeiros não se traduzem na prática clínica quotidiana? Apesar de actualmente haver a convicção de que a hegemonia do modelo bio-médico já não é tão acentuada, e se privilegiar a abordagem holística da Pessoa utente, perspectiva em que a Enfermagem se encontra estrategicamente colocada, e de as perspectivas actuais, contrariamente às perspectivas tradicionais da Enfermagem, preconizarem a interacção e o envolvimento do enfermeiro com o utente, que

alterações é que se verificaram na prática de Enfermagem? Quais as representações que os enfermeiros têm da sua própria prática ? Quais as representações que os enfermeiros têm sobre o serviço que prestam à sociedade ? Foi no sentido de tentar conhecer as respostas a estas e outras questões, que elaborámos o presente estudo, que tem como objectivos :

- analisar as representações sociais dos enfermeiros, de um hospital distrital, sobre as funções que desempenham.

- analisar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, decorrentes das representações, com vista à obtenção da autonomia profissional.

As representações sociais são aqui entendidas como guias para a acção, resultantes da elaboração mental do real, efectuada com base nas informações recebidas através dos sentidos, nas informações resultantes das vivências próprias e nas informações provenientes das relações mantidas com os outros. As representações sociais têm, assim, a função de orientar o comportamento. São instrumentos de orientação da percepção e de elaboração de respostas. Para LUZES, referido por SOCZKA “ as representações sociais são elementos básicos da vida cognitiva e afectiva(...) garantem a regularidade das reacções afectivas, pois o afecto se fixa não no objecto exterior, mas na sua representação mental”(1).

Mas as representações sociais não são imutáveis, antes pelo contrário, vão-se transformando, baseadas nas práticas, que constituem a principal fonte de transformação das representações. Podemos, pois, afirmar que se, por um lado, as representações constituem guias para a acção, por outro, são por ela influenciadas.

Decidimos, também por isso, estudar as representações dos enfermeiros sobre as funções que desempenham. E quando falamos em funções, não estamos a referir-nos estritamente às estabelecidas legalmente pelo Decreto-Lei nº 437/91, que aprova o regime legal da carreira de Enfermagem. Referimo-nos a todo o

(1) cf SOCZKA, Luís - *Representações sociais, relações intergrupos e identidades profissionais dos psicólogos*, p. 253-254

conjunto de actividades (entre as quais se incluem, obviamente, as mencionadas no referido Decreto-Lei) que os enfermeiros executam no seu dia-a-dia e que, por vezes, fazem parte do conteúdo funcional de outros grupos profissionais.

E porquê no hospital ? Em primeiro lugar, porque o hospital continua a ter um grande peso e a ocupar uma posição de centralidade em todo o sistema de saúde, para além de ser o local onde trabalha a esmagadora maioria dos enfermeiros. Em segundo lugar, e talvez como consequência do que foi apontado em primeiro lugar, porque o hospital continua a ser o local onde se tornam mais evidentes as relações entre os vários grupos profissionais, o local onde se cruzam diversos saberes, o local onde são delineadas e utilizadas estratégias com vista à obtenção de poder de uns saberes sobre outros, formal ou informalmente. Todas estas características nos pareceram importantes e com relevo para o estudo, por fazerem do hospital o contexto organizacional privilegiado para a Enfermagem dar a conhecer a natureza e conteúdo da sua actividade, a sua identidade profissional e para obter maior reconhecimento social, em suma, para se emancipar definitivamente.

O trabalho está dividido em várias partes. A primeira parte consiste no enquadramento teórico. Decidimos começar por fazer uma retrospectiva histórica da Enfermagem, para melhor conhecermos e darmos a conhecer o nosso passado, inúmeras vezes *acusado* das indefinições que a profissão vive actualmente. Depois, são abordados dois temas extremamente interligados e que parecem ser o cerne da questão que se coloca actualmente à Enfermagem, como são a identidade profissional e o Cuidar como essência da profissão. Para terminarmos o enquadramento teórico, é feita a caracterização do hospital como organização, pela importância que possui em todo o sistema de saúde, e para melhor compreensão de toda a dinâmica hospitalar. Neste capítulo são abordadas as relações entre os enfermeiros e os médicos, a relação de cada um destes grupos profissionais com a instituição, a divisão social do trabalho no hospital e, por fim, o lugar que a Enfermagem ocupa na instituição hospitalar.

A segunda parte consiste na caracterização dos actores e dos contextos onde decorreu a pesquisa, enquanto a terceira parte se ocupa da perspectiva metodológica. É nesta parte que são descritas as hipóteses a testar, definidas as variáveis e explicitados os materiais e métodos utilizados.

A quarta parte é reservada à apresentação e discussão dos resultados e a quinta parte destina-se em exclusivo às conclusões e sugestões.

Quanto às limitações do estudo, pensamos poder apontar limitações de carácter temporal e de carácter inferencial, para além das nossas próprias. De facto, somos da opinião de que se dispuséssemos de mais tempo, poderia o estudo ter sido efectuado sob outras perspectivas, nomeadamente a inclusão de outros grupos profissionais, o que certamente o tornaria mais rico. Ficou, no entanto, a ideia de tal estudo poder ser realizado, e vai sê-lo, certamente. Pensamos ainda que o estudo apresenta limitações de carácter inferencial, pois não podem ser feitas inferências estatísticas, dos resultados obtidos, para o país, pelo facto de estes serem referentes apenas à população da instituição hospitalar onde o estudo foi efectuado.

PRIMEIRA PARTE
Evolução histórica da Enfermagem

1 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM

No processo evolutivo da Enfermagem, e rebuscando as suas origens, é difícil separá-la da Medicina, já que os passos iniciais destas duas disciplinas parecem ter sido dados em comum. Para alguns autores a Enfermagem nasceu com Florence Nightingale, para outros ela é tão antiga quanto a própria Humanidade. O Homem desde sempre tentou defender-se da doença e afastar a morte. Com efeito, é-lhe reconhecida, desde a sua existência, a capacidade de responder perante a ameaça da doença e/ou do mal.

O íntimo contacto do homem primitivo com a natureza possibilitou-lhe a observação directa dos animais, o que permitiu a aprendizagem de certos procedimentos conducentes ao seu bem-estar, tais como limpar as feridas (os animais lambem-nas) ou submergi-las na água, comer ervas que actuariam como purgantes ou como eméticos, entre outros. Mas as soluções para as doenças, emergentes da observação directa dos animais, esgotavam-se nas práticas referidas, o que fez o homem primitivo supor que existiriam outras causas para as doenças. Foi então que o sobrenatural passou a ser aceite como intimamente ligado às causas das doenças, passando estas a ser atribuídas aos espíritos malignos e a castigos divinos. Uma vez *conhecidas as causas*, o tratamento conseguir-se-ia actuando sobre elas. Surgiu, então, naturalmente, a magia, práticas de feitiçaria e a administração de drogas e remédios com o objectivo de proporcionar ao espírito uma *estadia* desagradável, obrigando-o assim a procurar outro corpo. *(Algumas das técnicas utilizadas antigamente para expulsar os espíritos malignos, parecem ter estado na origem de algumas práticas actuais. Por exemplo, segundo alguns autores, a massagem pode ter derivado do hábito de golpear repetidamente a zona do corpo que se supunha habitada pelo espírito, a fim de o expulsar. Também a trepanação do crânio já era utilizada*

antigamente para "permitir a saída" dos espíritos alojados na cabeça). Estas práticas de magia, de feitiçaria e a administração dos remédios destinados à expulsão dos espíritos malignos eram realizados não por qualquer elemento da tribo, mas sim por indivíduos que supostamente tinham um dom especial que lhes permitia entrar em contacto com as *criaturas malignas*. Os poderes que estes curandeiros, feiticeiros ou bruxos *tinham* sobre a vida, conferia-lhes um lugar de prestígio, pelo que eram considerados acima e à parte da tribo. Começava a construir-se a estrutura que iria suportar a posição de destaque conferida ao médico, ainda vigente nos nossos dias.

O curandeiro tinha por principal função descobrir um remédio para o mal, mais do que identificar a doença. Isso obrigava a práticas baseadas em determinados rituais, os quais vieram a adoptar um carácter religioso, em que se veneravam os deuses de modo a obter a sua ajuda para combater as doenças, atribuídas a castigos divinos. O curandeiro passou a ser visto também como *pessoa sagrada*, e passou a desempenhar o papel de sacerdote e de médico. Surgiu então outra classe de praticantes, geralmente mulheres da tribo, cuja actividade consistia em tratar os feridos e baixar a febre. Segundo DONHAUE. "não é clara a relação exacta entre as cuidadoras práticas e os curandeiros ou sacerdotes-médicos. Se a cuidadora recebia ordens do curandeiro para atender um paciente, a relação seria similar à actual entre médicos e enfermeiras" (2). Iniciava-se entre médico e enfermeira a inter-relação e, simultaneamente, a diferenciação, que se haveria de manter até aos dias de hoje.

Também nas primeiras civilizações se manteve a crença no sobrenatural. Na civilização egípcia foram erguidos templos em honra dos deuses, que tinham como responsável um sacerdote. Os templos, que se pensa terem sido os precursores dos hospitais, vieram a adoptar o duplo aspecto de igreja e de hospital, porque para além de serem procurados para veneração dos deuses, passaram também a ser procurados pelos utentes, transformando-se o sacerdote

(2) DONAHUE, M. Patricia - *Historia de la Enfermería*, p. 25

em sacerdote-médico, o que veio reforçar a relação existente entre medicina e religião. Associada a estas tarefas dos sacerdotes, parece provada a existência de sacerdotisas, mulheres de categoria social elevada; desconhecem-se pormenores quanto às suas funções, que parecem, no entanto, ligadas ao cuidar dos utentes.

Com os judeus, chegou o monoteísmo e a crença de que o Homem é "uma unidade corpo-mente-espírito"⁽³⁾. Este povo sustentava a ideia de que a doença resultava do castigo divino, no entanto, opunha-se à prática da magia e de rituais supersticiosos. Quem se atrevesse a tais práticas sujeitava-se à pena de morte. "As referências às enfermeiras no Antigo Testamento sugerem que eram amas de cria ou cuidadoras de meninos e que não se dedicavam a utentes"⁽⁴⁾.

Com o desenvolvimento da civilização grega passou a privilegiar-se a explicação racional para os fenómenos. Atribui-se a explicação racional das doenças a Hipócrates de Cós, que foi considerado o Pai da Medicina. É ainda na literatura grega que se encontram várias referências às enfermeiras como cuidadoras de meninos e amas de cria. Esta conotação, também partilhada pelos judeus, encontra confirmação se tivermos em conta a evolução do próprio termo em si. A palavra inglesa *nurse* pode ser usada como nome e como verbo. Como nome, *nurse* deriva do latim *nutrix*, cujo significado é "aquela que amamenta". Também a palavra francesa *nourrice* e a espanhola *nodriza*, derivadas do mesmo vocábulo, significam *ama-de-leite* e referiam--se às mulheres que amamentavam, em especial filhos de outras mulheres. Como verbo o termo *nurse* é originário do vocábulo *nutrire* que significa amamentar e nutrir, e que também deu origem ao termo francês *nourir*, que significa nutrir. Assim

a origem da enfermeira como aquela que amamenta perpetuou a ideia de que a Enfermagem só podia ser exercida por mulheres. O instinto maternal era o que proporcionava esse forte impulso ou motivação necessários para cuidar aqueles que sofriam ou estavam desamparados. As mulheres devido a esse instinto maternal, foram consideradas enfermeiras natas ⁽⁵⁾.

⁽³⁾ DONHAUE, M. Patrícia - *op. cit.* p. 51

⁽⁴⁾ *ibidem*, p. 56

⁽⁵⁾ *ibidem*, p. 6

Aos homens competia lutar e caçar para garantir a sobrevivência.

Lentamente, o papel da mulher foi-se alargando e passou a incluir para além da amamentação a recém-nascidos, o cuidado a idosos, utentes, inválidos, e ainda a promoção da saúde. Inicialmente estes cuidados eram dispensados apenas à família, alargando-se gradualmente aos vizinhos e desconhecidos, especialmente escravos.

Até aos nossos dias a Enfermagem atravessou inúmeras etapas, tendo sido fortemente influenciada no seu percurso pelo papel atribuído à mulher (figura indissociavelmente ligada à história da Enfermagem) na sociedade.

Grande parte dos estudiosos sobre a história da Enfermagem referem-se-lhe como um "episódio da história da mulher"⁽⁶⁾. Robinson traduz esta ideia na seguinte expressão: "a enfermeira é o espelho em que se reflecte a situação da mulher através dos tempos"⁽⁷⁾

1.1 - CRISTIANISMO

O Cristianismo, assente no amor e fraternidade, influenciou decisivamente o desenvolvimento da Enfermagem. Esta religião, com os princípios de auxílio e amor aos mais desfavorecidos e necessitados, havia herdado do Fundador, a *obrigação* de cuidar dos utentes. A princípio, este movimento foi alvo da actuação das autoridades, que o tentaram extinguir, mas ao fim de dois séculos de luta conseguiu subsistir, vindo a consolidar-se e a tornar-se religião dominante, desenvolvendo mais eficientemente as suas linhas de actuação. O altruísmo e a motivação eram atributos fundamentais para quem queria ajudar os necessitados, dedicando-se à sua ajuda desinteressadamente, apenas por amor, sem esperar

⁽⁶⁾ DONHAUE, M. Patrícia - *op. cit.* p. 2

⁽⁷⁾ *ibidem*

qualquer tipo de recompensa. Houve algumas famílias mais abastadas que acederam ao Cristianismo, pondo as suas fortunas ao serviço dos desamparados, e abrindo os seus palácios para receber os enfermos. Aquilo que no passado havia sido considerado como uma ocupação de escravos, era agora encarado como uma vocação superior. Ajudar o próximo era um dever de todos os cristãos. Foi nesta época que surgiram mulheres como Marcela, Fabíola e Paula, três damas da nobreza romana, possuidoras de enormes fortunas. De Marcela se diz que abriu a sua casa a todos os necessitados e utentes, dos quais ela própria se tornou enfermeira dedicada. Fabíola, por sua vez, vendeu todos os seus haveres para mandar construir um hospital em Roma, onde os desamparados e enfermos encontravam abrigo, tornando-se ela própria a mais empenhada das enfermeiras. Paula, a terceira dama citada, para além de ter fundado um convento, mandou construir um asilo para os peregrinos e infortunados. Paula viria a ser morta em 410, durante um ataque dos bárbaros. O Cristianismo, com os seus ideais de ajuda e amor ao próximo, ia penetrando nas instituições, tendo a Igreja contribuído grandemente para a humanização da sociedade e respeito pela dignidade humana. A Igreja defendia a vida humana como o que de mais importante existe, pelo que tanto aos idosos, como aos deficientes, como aos utentes deveria ser proporcionada a melhor assistência até à morte. Com esse propósito, foram mandados construir, pela Igreja, albergues e hospícios, que seriam dirigidos por sacerdotes e que se destinavam a prestar cuidados aos mais humildes e desfavorecidos. Para prestar estes cuidados, muitos homens e mulheres aceitaram a chamada do Cristianismo, exercitando esta prática caritativa, de misericórdia e amor ao próximo, o que possibilitou grandemente o desenvolvimento da Enfermagem, como actividade organizada. Estes grupos de pessoas da Igreja foram desenvolvendo o seu leque de actividades, visitando também os utentes no seu domicílio, dando início àquilo que se considera ter sido o caminho precursor da Enfermagem de saúde comunitária. As mulheres responsáveis por tal actividade eram as diaconisas, que se haviam dedicado ao

serviço da Igreja, onde ajudavam aqueles que se preparavam para serem baptizados. Como função secundária visitavam e cuidavam dos utentes e desamparados, tornando assim a Igreja mais próxima dos necessitados. A estas mulheres, oriundas de famílias abastadas e de boas origens, era-lhes exigido que fossem viúvas ou solteiras. Como se pode constatar, o Cristianismo favoreceu a organização da Enfermagem, mas por outro lado, e paradoxalmente, são-lhe também atribuídos alguns obstáculos ao desenvolvimento da Enfermagem. De facto, àqueles que se dedicavam a cuidar dos pobres e enfermos, era-lhes exigido um tal grau de altruísmo, que incluía um quase desprezo total por si mesmos. Deviam obediência incontestável ao sacerdote ou ao médico, considerados de classe superior. A enfermeira não tinha poder de decisão relativamente aos cuidados a dispensar ao utente, o que se manteve durante muito tempo, e que teimosamente alguns querem fazer prevalecer na actualidade.

Muitos compararam a Enfermagem enquanto ocupação com a vocação religiosa, e frequentemente se fazia referência a ela como uma "chamada" especial que requeria o serviço desinteressado ao homem e a Deus. A característica essencial da "boa" enfermeira era a obediência... A "boa" estudante era a que fazia o que se mandava... Os maiores impulsionadores do conceito de obediência incontestável eram os médicos, mas os membros das escolas apoiavam e induziam a esta atitude porque também eles haviam sido adoutrinados com tais ideias ⁽⁸⁾

1.2 - ALTA IDADE MÉDIA : 500 - 1000 d. C.

A Idade Média, conhecida como o período que divide os tempos antigo e moderno, pode ser dividida em Alta e Baixa Idade Média. Na Alta Idade Média ou Época Obscura, designação emergente da destruição social resultante das invasões bárbaras, a Igreja, que tinha acentuado o domínio sobre a sociedade, passou a incluir a assistência aos utentes como um dos seus principais deveres.

⁽⁸⁾ cf. DONHAUE, M. Patrícia - *op. cit.* p. 99

Os conventos foram acolhendo grande número de homens e mulheres, uns por orientação espiritual, outros para se sentirem seguros e protegidos do caos reinante. Os monges e freiras tinham como principal função cuidar dos utentes e prestar auxílio aos pobres. Os conventos transformaram-se em asilos e em hospitais. Com o passar do tempo os monges viram os seus serviços serem solicitados pelos reis e pelos ricos. Surgiram os hospitais, que dependiam directamente das ordens monásticas. Por vezes, enquanto as freiras eram responsáveis pelo hospital, os monges faziam de sacerdotes. Nesta Época não se faziam distinções entre Enfermagem e medicina, já que ambas eram praticadas pelos monges e freiras, ajudados por vezes por voluntários. O cuidado aos utentes era uma mescla de sabedoria e fé em Deus. Uma das características das ordens monásticas era a humildade, e como tal, as roupas utilizadas pelos monásticos eram também simples e humildes. O véu, como componente da indumentária das mulheres religiosas simbolizava a obediência, a humildade e a disponibilidade para servir o outro. Também a touca da enfermeira actual simboliza os atributos enunciados.

Os primeiros hospitais atendiam não só os utentes, como também davam guarida aos pobres, órfãos e peregrinos. São referidos dois hospitais medievais, construídos fora da alçada do monasticismo. São o “Hôtel Dieu” de Lyon e o “Hôtel Dieu” de Paris. “Hôtel Dieu” cujo significado é “casa de Deus” era utilizado em França para indicar o hospital principal da cidade. Há registos de que as primeiras enfermeiras do “Hôtel Dieu” de Lyon foram mulheres pecadoras, que se terão dedicado à Enfermagem como forma de penitência para obterem a purificação da alma, e viúvas. Mais tarde, os homens também ajudaram no serviço de Enfermagem tendo sido denominados serventes e posteriormente irmãos. No “Hôtel Dieu” de Paris, foi organizado um grupo de mulheres leigas, como Ordem religiosa, para atender os utentes. Esta Ordem é considerada a mais antiga, de irmãs cuja actividade única era a Enfermagem.

1.3 - BAIXA IDADE MÉDIA : 1000 - 1500 d.C.

Na Baixa Idade Média, período que marcou o fim da Época Obscura, ocorreram grandes mudanças nos hábitos dos povos. As tribos bárbaras foram-se fixando pela Europa, tendo aderido com frequência ao Cristianismo. Foi uma Época em que se verificaram grandes progressos em várias áreas como a arquitectura, a escrita, as artes, as actividades comerciais e o artesanato. Foram feitas novas invenções. A classe média foi aumentando. A protecção, anteriormente proporcionada pelos muros do convento, foi substituída pelas muralhas construídas em redor das cidades, cujos portões eram fechados ao anoitecer. Esta garantia de segurança, fez aumentar demasiadamente a população residente nestas cidades cercadas por muros. As condições para o saneamento eram muito limitadas, tendo surgido múltiplos focos de doença que se propagavam rapidamente.

Surgiram as Ordens hospitalares militares, resultantes da necessidade sentida pelos integrantes das Cruzadas de combaterem as epidemias que vitimavam os seus componentes. Estas Ordens eram compostas por três classes: cavaleiros, sacerdotes e irmãos serventes. Aos cavaleiros incumbia proteger os peregrinos e lutar nas Cruzadas e ajudar a cuidar dos utentes quando não havia batalha; os sacerdotes eram responsáveis pelas obrigações religiosas, tanto nas igrejas como nos hospitais, enquanto aos irmãos serventes cabia cuidar dos viajantes e dos utentes. Algumas destas Ordens de Enfermagem mais conhecidas foram a Ordem dos Cavaleiros Hospitaleiros de São João de Jerusalém, a Ordem dos Cavaleiros Teutónicos e a Ordem dos Cavaleiros de São Lázaro. Estes últimos dedicaram-se quase exclusivamente a cuidar dos leprosos.

Paralelamente a estas Ordens, os Cavaleiros Hospitaleiros e os Cavaleiros Teutónicos formaram Ordens femininas, que estavam hierarquicamente abaixo dos homens e a eles subordinadas, e cuja acção consistia no desempenho de tarefas hospitalares.

Juntamente com estas Ordens militares, foram criadas Ordens missionárias, também religiosas, e caracterizadas por uma pobreza extrema, pelo que ficaram também conhecidas como Ordens de mendigos. Os membros destas Ordens doavam os seus haveres aos pobres e dependiam da mendicidade, daí o nome atribuído ao movimento. O criador destas Ordens foi São Francisco de Assis. Segundo a História, São Francisco nasceu numa família rica. Por ajudar os pobres e os leprosos, especialmente por lhes dar dinheiro, foi rejeitado pela família. Sozinho, descalço e vestido com uma túnica com uma corda branca à cintura foi em direcção aos campos, em auxílio dos utentes e pobres. Com espírito tão nobre e altruísta, rapidamente teve seguidores que se lhe juntaram. Com autorização do Papa Inocêncio III fundaram as Ordens, cuja indumentária era a túnica com uma corda branca à cintura. Os membros destas Ordens Franciscanas mendigavam para si próprios e para os pobres.

1.4 - RENASCIMENTO E REFORMA

No início do século XVI, começaram a ouvir-se muitas críticas à Igreja, especialmente quanto à ignorância do clero e à forma abusiva como utilizava o poder para lucro pessoal. Estas críticas culminaram com uma revolução religiosa, que mais tarde viria a adoptar o nome de Reforma Protestante (dos que protestam) e que marcou o fim da Idade Média. Este movimento do protestantismo foi *comandado* por Martinho Lutero, antigo monge alemão, que decidiu protestar contra os costumes do clero e do próprio Papa. Lutero foi apoiado por uma parte do clero (que estava contra a outra parte) e pelo povo descontente com a dízima que obrigatoriamente tinha que pagar. Com o aumento do número de apoiantes do novo movimento, verificaram-se algumas alterações na sociedade, das quais a Enfermagem também se veio a ressentir. Nos países

que haviam aderido ao Protestantismo, os cuidados com os utentes e desamparados e a ajuda ao próximo, que haviam sido missão principal do Cristianismo, eram relegados para plano secundário. As Ordens Religiosas foram dissolvidas, os hospitais passaram para a posse dos Protestantes, enquanto outros foram fechados. Os monges e as freiras que se encontravam nos hospitais foram expulsos e não foram substituídos, o que se traduziu num défice enorme de pessoal para cuidar dos utentes e pobres. Tornou-se, pois, necessário arranjar alguém que substituísse os monges e as freiras, enfermeiras que cuidassem dos enfermos e desamparados, pelo que foram recrutadas mulheres do campo e das classes sociais mais baixas, frequentemente analfabetas, alcoólicas e de conduta imoral e baixa reputação, para tal actividade. Há relatos de que tratavam rudemente os utentes, enganavam-nos e extorquiam-lhe os seus haveres. Algumas destas mulheres foram seleccionadas de entre reclusas, às quais foram atribuídas tarefas de Enfermagem em troca pelas penas de prisão a que tinham sido condenadas. A Enfermagem, que já havia sido encarada como uma vocação superior, era vista agora como uma tarefa menor e, por vezes, até mesmo como uma forma de sanção. DONAHUE considera este período como o “Período Obscuro da Enfermagem”⁽⁹⁾.

Nos países que continuaram fiéis à Religião Católica, foram fundadas novas Ordens religiosas. No século XVI, a mais conhecida foi fundada por um português chamado João Cidade, conhecido por João de Deus. A Ordem, constituída por homens, dedicava-se a cuidar dos utentes, das crianças abandonadas e a todo o tipo de trabalho hospitalar, e era conhecida como os Irmãos de São João de Deus ou Irmãos da Misericórdia. Em 1540 João de Deus abriu um hospital em Granada e, segundo a História, transportava ele próprio às suas costas para o hospital aqueles que estavam impossibilitados ou tinham dificuldade em caminhar. Posteriormente, a Ordem dos Irmãos de São João de

⁽⁹⁾ DONAHUE, M. Patrícia - *op. cit.* p. 193

Deus abriu novos hospitais em várias cidades europeias como Paris, Nápoles, Madrid, Toledo e Córdoba.

No século XVII, também em França foi fundada por São Vicente de Paulo uma Ordem, que recebeu o nome de Damas da Caridade, destinada a cuidar dos utentes. São Vicente de Paulo, sacerdote católico, e que na juventude havia sido vendido aos turcos como escravo, ficou impressionado com as carências dos pobres e utentes, quando regressou a Paris. No início ajudou os Irmãos de São João de Deus. Depois, com a ajuda de Luísa de Marillac fundou a sua própria Ordem, constituída por raparigas do campo que viriam a ser treinadas para visitar os utentes nos seus próprio domicílios. Luísa de Marillac foi a primeira Superiora das Irmãs da Caridade. São Vicente de Paulo introduziu elementos inovadores, considerados revolucionários para a época, na dinâmica da Ordem. Assim, as Irmãs da Caridade foram ensinadas a obedecer só aos médicos e não também aos sacerdotes, e não lhes era exigido qualquer voto de clausura. São Vicente queria-as onde delas houvesse necessidade. E foi isso que veio a acontecer, tendo as irmãs espalhado a sua acção por todo o país, por hospitais, por hospícios, por asilos e prestando serviço também em algumas campanhas de guerra. Com o passar dos tempos, as Irmãs da Caridade de São Vicente de Paulo, cuja indumentária consistia numa túnica azul com um avental da mesma cor, um colarinho branco e uma touca também branca, estenderam o seu trabalho à recolha de crianças abandonadas, transportando-as depois para o hospital que havia sido criado pela Ordem, onde trabalhavam como enfermeiras.

2 - O NASCIMENTO DA ENFERMAGEM MODERNA

É atribuído um papel muito importante, fundamental até, no aparecimento da Enfermagem moderna, ao Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth na Alemanha. Neste Instituto, criado por Theodore Fliedner, pastor da Igreja Protestante, e sua esposa Friederike, foi criada uma Ordem de Diaconisas protestantes, um pouco à imagem do que haviam sido as Ordens de Diaconisas na Época do Cristianismo, quanto à sua acção.

Ainda que ao princípio as condições fossem modestas, considera-se que o Instituto de Kaiserswerth foi o precursor das escolas de Enfermagem modernas, tanto mais que anexo ao Instituto foi construído um hospital, onde as diaconisas exerciam, ou seja, punham em prática os conhecimentos teóricos. A formação das diaconisas era composta por instrução teórica ministrada por médicos, instrução prática da responsabilidade de Friederike Fliedner e a aquisição de conhecimentos éticos transmitidos pelo pastor Theodore Fliedner.

Para além do serviço de Enfermagem, as diaconisas de Kaiserswerth também prestavam apoio aos pobres no domicílio e auxílio às reclusas.

De entre as várias mulheres que passaram pelo Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, conta-se Florence Nightingale, a quem são atribuídas inovações importantes, que marcaram uma era, que alguns consideram revolucionária, na evolução da Enfermagem.

2.1 - FLORENCE NIGHTINGALE

Filha de ingleses abastados, aquela que viria a ficar conhecida como a maior enfermeira de guerra da História, nasceu em Florença em 12 de Maio de

1820, por ocasião de uma das muitas viagens que os seus pais efectuavam. Florence Nightingale, tal como sua irmã Parthenope, teve uma educação distinta, recebendo ensinamentos nas áreas de filosofia, religião, economia, latim e grego, matemáticas, literatura, história e política, que o seu pai se encarregava de transmitir.

Aos 17 anos, manifestou pela primeira vez a vontade de ser enfermeira, tendo sido contrariada pelos pais. Não desistiu, e nas viagens efectuadas, fazia questão de visitar os hospitais e instituições de caridade. As viagens continuaram e teve oportunidade de visitar Roma, Egipto e Grécia. Em 1851, enquanto a mãe e irmã foram para as termas de Águas Minerais de Carlsbad, na Alemanha, Florence Nightingale decidiu passar esses quinze dias no Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth, onde teve acesso aos ensinamentos transmitidos na área da Enfermagem. Só quando Florence completou 33 anos, ou seja, em 1853, e perante a sua persistência em seguir uma carreira em detrimento do matrimónio, é que sua mãe autorizou a ida para Paris, para estudar com as Irmãs da Caridade. Quando regressou a Londres em 1854, e quando se preparava para ocupar o posto de superintendente no King's College Hospital, dá-se a invasão da Crimeia pelas tropas francesas e inglesas, no intuito de prestar ajuda à Turquia na disputa com a Rússia. Os soldados franceses feridos em combate eram assistidos pelas Irmãs da Caridade; os soldados russos eram socorridos pelas Irmãs da Mercê, enquanto os soldados ingleses não tinham ninguém que os auxiliasse. Este facto reflectia-se num alto grau de mortalidade do exército inglês. Com o objectivo de travar este fenómeno, que transmitia uma imagem de ineficácia do exército inglês, o Secretário de Guerra decide enviar um grupo de enfermeiros, dirigido por Florence Nightingale e por esta escolhido, para o Hospital Militar de Scutari. No início foram sentidas grandes dificuldades pois as condições eram péssimas e as carências enormes. O hospital, com capacidade para mil e setecentos utentes, albergava entre três mil e quatro mil. Não havia talheres, nem toalhas, nem bacias, nem sabão, nem água. Cada alteração sugerida por Florence recebia

oposição dos oficiais militares, que não aceitavam que a autoridade civil prevalecesse à militar, ainda para mais vinda de uma mulher. Mas ultrapassando estes obstáculos, Florence Nightingale conseguiu do governo inglês o fornecimento dos meios considerados imprescindíveis. Foram chegando mesas, talheres, banheiras, toalhas, sabão, pentes e roupa, entre outros bens. As mulheres dos soldados eram pagas para fazerem limpeza ao hospital, e a higiene passava a ser considerada fundamental. O que no início era um local aterrador, era agora um lugar acolhedor, onde os feridos de guerra podiam recuperar. Foram criadas lavandarias, cozinhas, salas de leitura e salas de café. Todas estas iniciativas se traduziram na significativa baixa do índice de mortalidade de 42,7% para 20,0%. De noite, Florence fazia rondas sozinha, alumiada por uma lanterna de azeite, tendo ficado conhecida como a Dama da Candeia. Viria a adoecer ao contrair uma doença denominada “febre da Criméia” que a levou quase à morte. Toda a Inglaterra esperava ansiosamente a sua recuperação, que não viria a ser total, tendo Florence Nightingale ficado bastante debilitada. Regressou a Inglaterra em 1856, após a guerra ter terminado. Como forma de agradecimento pela sua participação desinteressada, o povo britânico ofereceu-lhe 50000 libras, dinheiro utilizado para construir a Fundação Nightingale. Posteriormente Florence decidiu criar uma escola onde seriam ensinados os procedimentos básicos de Enfermagem, tendo sentido a oposição da esmagadora maioria dos médicos, que achavam de pouca importância a formação das enfermeiras. Ultrapassadas estas oposições, a escola viria abrir em 1860, anexa ao Hospital St. Thomas e financiada pela Fundação Nightingale, com um programa elaborado por Florence, com duração de um ano. Após este período, as enfermeiras passavam para um hospital durante dois anos.

Considera-se que a Escola Nightingale teve primordial importância no desenvolvimento da Enfermagem moderna. Algumas das enfermeiras que nela haviam estudado, andaram pelo estrangeiro, transmitindo os seus conhecimentos. Outras abriram novas escolas, com base no modelo da Escola Nightingale. A

Enfermagem deixou de ser vista como uma actividade desempenhada por mulheres alcoólicas, promíscuas e de baixa reputação e passou a ser encarada como uma profissão respeitável; uma profissão à imagem de Florence Nightingale.

Aquela que ficou eternamente conhecida como a Dama da Candeia veio a falecer em 1910.

Um factor que também deve ser realçado na afirmação da Enfermagem como profissão organizada, foi o aparecimento da Cruz Vermelha Internacional. J. Henri Dunant, banqueiro suíço, foi o fundador desta organização humanitária. Inspirado em Florence Nightingale, como ele próprio admitia, Dunant idealizou um organismo internacional que prestasse ajuda a todos os feridos de guerra, independentemente do país que defendiam. Após alertar e obter a concordância de vários países europeus, em 22 de Agosto de 1864 doze países firmaram a Convenção de Genebra, onde ficaram determinados os princípios que, a partir de tal data, passaram a reger os procedimentos para com os feridos de guerra no que dizia respeito ao seu tratamento e protecção, assim como para com o pessoal responsável por tais actividades. Todos os países que firmaram a Convenção de Genebra, acordaram honrar e respeitar as enfermeiras da Cruz Vermelha, como agentes prestadores de tarefas humanitárias e como não combatentes, facilmente identificadas pelo uso do distintivo que viria a ficar conhecido como bandeira da organização e que consistia na bandeira suíça com as cores invertidas, ou seja, uma cruz vermelha sobre um fundo branco.

Posteriormente, houve uma grande proliferação de escolas de Enfermagem, quase sempre anexas aos hospitais e debaixo da supervisão de médicos, nem sempre sendo respeitada a qualidade, o que se traduziu em enfermeiras mal preparadas. Tornava-se necessário definir comportamentos *standardizados* relativamente à formação e à prática. Aponta-se a senhora Bedford Fenwick como a primeira responsável pela tentativa de formar uma estrutura organizada de enfermeiras instruídas, que ficou conhecida como British Nurses' Association.

Em 1898, a mesma senhora propôs a formação do Conselho Internacional de Enfermeiros, com o objectivo de juntar numa mesma organização todas as associações entretanto desenvolvidas com o objectivo de regulamentar a profissão, o que foi aceite. O Conselho Internacional tinha por objectivos a melhor preparação das enfermeiros e o melhoramento dos serviços de Enfermagem, promovendo intercâmbios internacionais. Em muitos países apareceram associações deste tipo. Em Londres foi fundada a Faculdade de Enfermagem em 1916, com filiais em toda a Inglaterra e País de Gales. Também na América foram proliferando associações, com o objectivo de regulamentar a profissão de Enfermagem, tais como a "American Society of Superintendents of Training Schools for Nurses", a "Nurses Associated Alumnae of the United States and Canada", a "American Nurses' Association", a "National Association of Colored Graduate Nurses", a "National League of Nursing Education", a "National Organization for Public Health Nursing", a "Association of Collegiate Schools of Nursing", entre outras. Em vários países surgiram associações similares às referidas, com os mesmos objectivos. Os planos de estudos das diversas escolas foram-se aperfeiçoando e eram compostos de uma parte teórica e uma parte prática, e a grande inovação consistia no facto de a experiência prática ter como único objectivo a formação e não a prestação de serviço. A literatura que versava temas de Enfermagem ia-se multiplicando. Começaram a surgir publicações periódicas, normalmente editadas pelas associações. Já em 1909 uma escola de Enfermagem havia sido integrada na Universidade do Minnesota, que funcionava, no entanto, debaixo da supervisão e controle da escola de Medicina e Cirurgia. Nos anos seguintes, outras Universidades seguiram o exemplo, sendo o programa de estudos de 4 ou 5 anos. As escolas superiores públicas passaram também a ministrar programas de Enfermagem.

Em 1957 houve uma grande multiplicação destes programas nas escolas superiores públicas. Começavam a dar-se os primeiros passos na evolução das escolas de Enfermagem, desde a anexação aos hospitais até à Universidade.

Os anos sessenta foram de primordial importância para o desenvolvimento da Enfermagem. A enfermeira passou a ser encarada como a figura central, que coordena o seu esforço com o do paciente e família, para solucionar os problemas que podem impedir a recuperação do utente.

3 - ENFERMAGEM EM PORTUGAL

Em 1498, a Rainha D. Leonor fundou a Irmandade da Misericórdia, cuja missão consistia em assistir os utentes, dar alento aos infortunados e visitar os presos. Estas actividades eram realizadas tanto nos hospitais como no domicílio dos necessitados e, por vezes, eram acompanhadas da distribuição de medicamentos, dinheiro e alimentos. Foi fundado também pela Rainha D. Leonor o primeiro hospital termal, em Caldas da Rainha.

Em 1509 começou a funcionar o Hospital Real de Todos os Santos. Era constituído por uma parte destinada aos utentes e outra destinada aos peregrinos. Entretanto, outros hospitais foram abrindo em todo o país. A Misericórdia ia gradualmente alargando o âmbito das suas actividades e começou a tomar conta dos hospitais existentes em algumas cidades. Há relatos de que os cuidados aos utentes e aos pobres estavam a cargo das Ordens Religiosas e assentavam essencialmente na caridade, o que com o evoluir dos tempos se tornou manifestamente insuficiente. Começava a tornar-se imperioso ministrar formação a quem cuidava dos enfermos. Assim, a primeira escola de ensino de Enfermagem do país data de 1881 e foi criada em Coimbra pelo então administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), Professor António Augusto da Costa Simões, a expensas do próprio, tendo recebido o nome de Escola de Enfermeiros de Coimbra. Funcionava dentro do edifício do hospital e do programa do primeiro curso constava uma disciplina de Serviços de Enfermaria, e três disciplinas consideradas preparatórias como Instrução Primária, Português e Francês. O ensino desta última justificava-se pela necessidade de traduzir os manuais de Enfermagem escritos nesta língua, os únicos existentes na época. Posteriormente, começaram também a aparecer os primeiros textos de Enfermagem redigidos em português, atribuindo-se o primeiro

"Guia do Enfermeiro" ao Dr. Inácio Rodrigues, responsável pela disciplina de Serviços de Enfermaria.

Posteriormente, o Professor Costa Simões foi em comissão de serviço para o Porto em 1883 e o Dr. Inácio Rodrigues adoeceu, pelo que a Escola não teve continuidade, sendo, no entanto, considerada a precursora das escolas de Enfermagem portuguesas.

Em 1886, é concedida autorização à administração do Hospital de S. José para dispender até quatrocentos mil réis com um Curso para Enfermeiros. Em 1889, o curso foi suprimido pelos resultados não serem considerados satisfatórios, atribuindo-se o insucesso ao analfabetismo dos indivíduos admitidos.

Em 1896, é criada no Porto aquela que hoje é conhecida como a Escola Superior de Enfermagem D^a Ana Guedes, e que na altura recebeu o nome de Escola de Enfermagem do Hospital Geral de Santo António.

Em 1901 foi criada, em Lisboa, a Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José e Anexos, dirigida pelo cirurgião Ernesto Farinha e destinada a ambos os sexos, onde eram ministrados dois cursos: o Curso Ordinário de Enfermeiros com a duração de dez meses e o Curso Completo de Enfermeiros com a duração de doze meses e frequentado por quem já tinha frequentado e obtido aprovação no Curso Ordinário de Enfermeiros. Em 1918 é determinada a reorganização dos Hospitais Civis de Lisboa (HCL) e a criação da Escola Profissional de Enfermagem, que viria a abrir em Fevereiro de 1919, dirigida pelo Dr. Costa-Sacadura.

No ano de 1918, o Decreto-Lei n^o 4563 alterou os regulamentos das Escolas de ensino de Enfermagem, tanto em Lisboa como no Porto, passando o Curso de Enfermagem a ter a duração de dois anos, destinando-se o último à prática. No ano seguinte, ou seja, em 1919 é oficializada a Escola de Enfermagem dos HUC, cujo regulamento foi aprovado em 16/9/1920 através do Decreto n^o 6943. Nesta Escola passaram a ser ministrados o Curso de

Enfermagem Geral e o Curso Complementar, com dois e um ano de duração, respectivamente. O corpo docente era constituído por dois médicos dos HUC. Esporadicamente, os enfermeiros-chefes do referido estabelecimento hospitalar podiam ser nomeados auxiliares de ensino da Escola, que viria a adoptar o nome de Escola de Enfermagem Ângelo da Fonseca, por determinação da Portaria nº 7001 de 14/1/1931.

Por determinação do Decreto nº 19060 de 29/11/1930, a Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de S. José e Anexos é transferida para o Hospital de Santo António dos Capuchos e passa a chamar-se Escola de Enfermagem de Artur Ravara.

Em 1937 é fundada pela Irmã Eugénia Tourinho a Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo.

Em 1940 e através do Decreto nº 30447 de 17/5 do mesmo ano é criada a Escola Técnica de Enfermeiros de Lisboa, dependente do Ministério da Educação. Ainda em 1940, é fundada pelos Irmãos de São João de Deus a Escola Particular de Enfermagem, anexa à Casa de Saúde do Telhal.

No último dia do ano de 1942 é regulamentado o ensino de Enfermagem em Portugal, através do Decreto nº 32612, tendo sido criada uma Comissão de Estudo com o objectivo de introduzir algumas alterações em todas as Escolas tuteladas pelo Ministério do Interior. As alterações mais significativas diziam respeito às habilitações exigidas para admissão ao Curso e à duração do Curso Geral e do Curso de Especialização. Assim, as habilitações literárias exigidas para admissão eram o exame de Instrução Primária, sendo, no entanto, factor preferencial a posse do 1º ciclo liceal ou equivalente legal. Quanto à duração, o Curso Geral passou a ter a duração mínima de quatro semestres enquanto o Curso de Especialização passou a ter a duração variável entre três meses e um ano. O exercício da profissão passou a ser proibido a quem não fosse possuidor do diploma comprovativo da frequência e aprovação no Curso. Em 1945 são criadas algumas Escolas Técnicas de Enfermeiros, sob a tutela do Ministério das

Colónias, onde são ministrados dois cursos, um de Enfermagem e outro de Auxiliares de Enfermagem, tendo sido posteriormente criado o Curso de Acção Social Ultramarina, com o objectivo de enviar pessoal com formação para as Colónias Portuguesas.

Em 1947 é feito novo reajuste no ensino de Enfermagem, através do Decreto-Lei nº 36219 de 10/4. Das alterações surgidas, as mais importantes parecem ter sido a possibilidade facultada às Escolas de ministrarem Cursos preparatórios de Pré-Enfermagem com a duração de dois anos e a possibilidade de ministrarem cursos de aperfeiçoamento para enfermeiros-chefes e monitores, com a duração de um ano.

O Ministério do Exército, em 7/2/1952, através da Portaria nº 13883 aprova o Regulamento das Escolas de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa. No mesmo ano, em 28 de Agosto, é novamente regulamentado o funcionamento dos Cursos de Enfermagem, de Administração Hospitalar e de Serviço Social, através do Decreto-Lei nº 38884. Das alterações introduzidas, as mais importantes foram a extinção do Curso de Pré-Enfermagem, a passagem da duração do Curso de Enfermagem para três anos e a permissão de funcionamento nas Escolas dos seguintes cursos: Curso de Auxiliares de Enfermagem, Curso de Enfermagem Geral, Curso de Auxiliares de Enfermagem Especializada, Curso de Enfermagem Especializada e o Curso de Enfermagem Complementar. No final do Curso os alunos eram submetidos ao Exame de Estado, em que eram interrogados sobre todas as matérias leccionadas.

Em 1965, nova legislação promoveu nova reforma no ensino de Enfermagem, sendo de salientar, de entre as inovações introduzidas a alteração dos programas de estudos com vista à preparação de enfermeiros para as áreas de cuidados preventivos, curativos e de reabilitação e maior exigência nas habilitações literárias. Assim, para o Curso de Auxiliares de Enfermagem passou a ser exigido o 1º ciclo dos liceus ou equivalente, enquanto que aos candidatos ao Curso de Enfermagem Geral era exigido o 2º ciclo dos liceus ou equivalente. Para

a frequência do Curso de Enfermagem Complementar o candidato tinha que possuir o Curso de Enfermagem Geral, o 3º ciclo dos liceus ou equivalente e três anos de exercício da profissão em serviço considerado idóneo. Outra alteração considerada importante foi o facto da elaboração dos programas dos Cursos passar a depender das directrizes emanadas pela Organização Mundial de Saúde.

Nos anos seguintes, assistiu-se ao aparecimento de várias Escolas e de vários Cursos, como o Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, criado por determinação da Portaria nº 22034 de 4 de Junho de 1966, a Escola de Ensino e Administração de Enfermagem através da Portaria nº 22539 de 22 de Fevereiro de 1967. Também em 1967, através do Decreto nº 47884 de 31 de Agosto é concedida autorização às Escolas oficiais para abertura de Cursos de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica para enfermeiros e auxiliares de Enfermagem. Ainda em 1967, foi criada através da Portaria nº 22874 a Escola de Enfermagem de Saúde Pública em Lisboa, dependente da Direcção Geral de Saúde.

Em 1968 foram criadas três Escolas de Enfermagem Psiquiátrica, que funcionavam junto das delegações do Instituto de Assistência Psiquiátrica, em Lisboa, Porto e Coimbra, às quais foi concedida autonomia técnica e administrativa.

Em 1970, através da Portaria nº 34/70 de 17 de Janeiro, é aprovado o Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem, e com ele novas modificações surgiram, de entre as quais se salientam três: a completa independência técnica e administrativa das Escolas em relação aos hospitais; a criação da Comissão de Alunos, cujo presidente passou a fazer parte da Direcção da Escola; a outra grande inovação consistiu em que a direcção da Escola passou a ser da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros.

Com o 25 de Abril de 1974, várias áreas da sociedade portuguesa sofreram alterações e a Enfermagem não foi excepção e muito particularmente o ensino de Enfermagem. Assim, em Junho desse mesmo ano foi abolido o Exame de Estado,

através do Decreto-Lei nº 274/74 de 22/6. Aos auxiliares de Enfermagem com três anos de exercício em funções de Enfermagem, é atribuído o título de enfermeiros de 3ª classe, por determinação do Decreto-Lei nº 440/74 de 11/9, os quais para progredirem na carreira tinham que frequentar um curso de promoção com a duração de 8 meses. Ainda em 1974, é atribuído ao INSA a orientação, coordenação e fiscalização do ensino de Enfermagem pelo Decreto-Lei nº 496/74 de 22/9.

Em 1976 é aprovado o Regulamento dos Órgãos de Gestão das Escolas de Enfermagem, através da Portaria 674/76 de 13 de Novembro. Ainda em 1976, através do Decreto-Lei nº 534 de 8 de Julho é feita uma reestruturação na função pública, sendo os enfermeiros redistribuídos pelas categorias existentes ou por categorias a criar. Em 1977, as Escolas de Enfermagem oficiais e particulares dependentes do Ministério dos Assuntos Sociais passaram a ministrar o novo Curso de Enfermagem Geral. O programa de estudos deste novo Curso, totalmente elaborado por enfermeiros dava grande ênfase aos cuidados de saúde primários, considerados prioritários pela OMS. A partir de 1977/78 tiveram início vários Cursos de Especialização em Enfermagem, ficando abrangidas seis áreas de especialização em Enfermagem: de Reabilitação, de Saúde Materna e Obstétrica, de Saúde Infantil e Pediátrica, de Saúde Mental e Psiquiátrica, de Saúde Pública e Médico-Cirúrgica.

A partir de 1979, aos candidatos ao Curso de Enfermagem Geral passou a ser requerido o Curso Complementar dos Liceus. Em 1981, através do Decreto-Lei nº 305 de 12 de Novembro, novas alterações são introduzidas à Carreira de Enfermagem, sendo seguidas as recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Internacional do Trabalho e tendo em conta as exigências decorrentes da adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia. Assim, as funções passam a ser atribuídas consoante os graus, e as carreiras de saúde pública, hospitalar e do ensino passam a figurar numa única.

Em 17 de Março de 1987, o Decreto-Lei nº 134 determina a criação de uma carreira própria para a docência.

A partir de 1988 passa a ser exigido o 12º Ano de Escolaridade, como habilitações literárias, para admissão ao Curso de Enfermagem Geral. Ainda em 1988, o Decreto-Lei nº480/88 de 23 de Dezembro determina a integração do ensino de Enfermagem no sistema educativo nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, e prevê que as Escolas de Enfermagem passem a Escolas Superiores de Enfermagem, e a ministrar o Curso Superior de Enfermagem e Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, e passem a conferir os graus de Bacharel e de Estudos Superiores Especializados. O mesmo Decreto-Lei prevê ainda que os Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem sejam criados por Portaria conjunta dos Ministros da Educação e da Saúde, o que veio a acontecer em 16 de Abril de 1994 através da Portaria nº 239/94.

Em 1991, a Universidade Católica Portuguesa torna realidade aquilo que alguns anos atrás era impensável entre nós. Referimo-nos aos Cursos de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Em 8 de Novembro de 1991, o Decreto-Lei nº 437/91, aprova o regime legal da Carreira de Enfermagem, que se aplica a três áreas de actuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica. Em 5 de Agosto de 1992, o Decreto-Lei nº 166/92 procede à adaptação do Estatuto da carreira do pessoal docente do Ensino Superior Politécnico ao pessoal docente das Escolas Superiores de Enfermagem, para o Decreto-Lei nº 205/95 de 8 de Agosto definir o regime de autonomia e de gestão aplicável às Escolas Superiores de Enfermagem.

4 - ENFERMAGEM: À PROCURA DE IDENTIDADE ?

A ideia de iniciar este trabalho por um capítulo referente à evolução histórica da Enfermagem, nasceu essencialmente por dois motivos. Por um lado, porque são atribuídas muitas vezes às origens da Enfermagem as responsabilidades pelos estigmas que ainda hoje nos marcam, tais como a inexistência de identidade. Por outro lado, porque nos parece fundamental conhecer e compreender as nossas origens, o nosso passado, a nossa herança histórica, para reflectir e melhor compreendermos o que somos e porque somos, como nos vemos e porque nos vemos assim, para a partir daqui perspectivarmos o futuro, que pretendemos indubitavelmente diferente para melhor.

Sem dúvida que o presente que vivemos é herança do passado. A Enfermagem ainda é encarada por muitos como subalterna a outras profissões de saúde, nomeadamente à Medicina. A enfermeira é ainda, para alguns, a mera auxiliar do médico, ou seja, aquela que somente executa as prescrições deste, e como tal, dele inteiramente dependente. Para esses, a enfermeira ainda é vista como o "instrumento perfeito que tem por função principal manter-se ao alcance da mão do médico. É ele que deve, desse dócil instrumento, fazer o uso adequado"⁽¹⁰⁾, como nos diz COLLIÈRE. Os factores apontados como responsáveis por tais estigmas, que nos nossos dias ainda produzem consequências, são de vária ordem. Assim, temos a estreita relação da Enfermagem nas suas origens com a prática religiosa, que se manteve durante muitos anos e que se acentuou durante o Cristianismo, com o seu ideal de caridade. Outro factor, também considerado importante, consiste no facto de a profissão ser exercida maioritariamente por mulheres. Convém, realmente, relembrar que desde os tempos mais remotos, foram atribuídos às mulheres os

(10) COLLIÈRE, M. F. - *Promover a vida*, p. 80

cuidados relativos à saúde para com os membros da família, especialmente em situações de doença. Essas actividades desde sempre foram consideradas como integrantes dos papéis femininos, e como tal, vistas como prolongamentos lógicos das funções maternas. CANALS refere a este propósito que "as fundadoras da Enfermagem a conceberam como a expressão de um modelo bem definido de mulher, segundo os valores tradicionais que associam a disposição e a habilidade para cuidar a uma feminilidade essencial" (11). A profissão de Enfermagem é vista como um grupo dominado e com certas características de uma profissão essencialmente feminina. Este factor tem especial relevância se tivermos em conta resultados obtidos em estudos efectuados por autores como Durkeim e Freud, em que é atribuído às mulheres um grande interesse pela esfera relacional e da afectividade, enquanto os homens se preocupam com a autonomia e eficiência. Para AMÂNCIO, "a programação biológica para a maternidade podia explicar a afectividade e passividade do temperamento feminino" (12). Para os fiéis seguidores desta linha de pensamento, seria esta a explicação para a falta de autonomia, ou se quisermos, para a pouca autonomia da profissão de Enfermagem. Outro factor que se considera ter contribuído grandemente para a posição de submissão e obediência em que alguns ainda colocam a Enfermagem, no leque das profissões de saúde, e mais concretamente em relação à Medicina, consiste no facto da prática e desenvolvimento da Enfermagem ter estado directamente ligado à criação de Ordens Militares. Esta ideia é bem traduzida pela seguinte expressão de Lavinia Dock, citada por MATEGSKI: "A enfermeira é um soldado. A ideia fundamental do sistema militar é a obediência absoluta e inquestionável... cumprimento rigoroso e uma disciplina rígida produzem melhores enfermeiras." (13)

(11) CANALS, Josep - *La image femenina da enfermeria. Condicionantes socioculturales de la profesion de cuidar*, p. 30

(12) AMÂNCIO, Lígia - *Masculino e feminino. A construção social da diferença*, p. 18

(13) MATEGSKI, Myrtle P. - *Nursing education, professionalism and autonomy social constraints and the goldmark report*, p. 19

Os factores apontados como responsáveis pela imagem da profissão, ilustram bem o ambiente onde a Enfermagem nasceu. No entanto, apesar de esses factores nos terem legado uma pesada herança, não podemos permitir que influenciem e condicionem eternamente o crescimento e desenvolvimento da profissão de Enfermagem. Porque será que não se traduziu na prática quotidiana de Enfermagem, a formação académica que as Escolas Superiores e Universidades conferem aos enfermeiros? Por que razão se reconhece a outras formas de saber um poder sobre o saber de Enfermagem, quando os seus detentores possuem as mesmas habilitações académicas que os enfermeiros? Por que motivo os enfermeiros são quase sempre excluídos das decisões que lhes dizem exclusivamente respeito e que são tomadas por outros grupos profissionais? Provavelmente porque somos encarados como pouco relevantes no sistema de cuidados, tanto pelos restantes grupos profissionais como pela população em geral. Mas como e porque será isso possível, quando somos o grupo profissional estrategicamente melhor colocado em todo o sistema de cuidar? Essencialmente porque, como diz LYON " a inexistência duma identidade leva os enfermeiros, que não têm a certeza do que são, a tentar ser tudo para toda a gente" (14). Esta inexistência de identidade é a causa principal do não reconhecimento social dos enfermeiros, como possuidores de um saber científico. Segundo COLLIÈRE, para que a profissão seja efectivamente reconhecida, é "indispensável identificar as características dos cuidados e do serviço de enfermagem, explicar o processo de cuidados de enfermagem, determinar o seu campo de competências (...)" (15).

KOCHER comunga da mesma opinião e reforça dizendo que

para que uma profissão possa pretender um reconhecimento por parte do público, é indispensável que ela seja claramente descrita como tal e que os membros do corpo profissional em questão, possam dar prova das suas competências específicas (16)

(14) LYON, Brenda - *Getting back on the track: nursing's autonomus scope of practice*, p.268

(15) COLLIÈRE, M. F. - *Promover a vida*, p. 232

(16) KOCHER, Brigitte - *L'histoire, pour comprendre*, p. 60

De facto, apesar da antiguidade da profissão, o seu campo específico de actuação, o seu domínio próprio, ainda não foi claramente definido e dado a conhecer à sociedade. Uma profissão pode ser considerada como um grupo de indivíduos que recebeu o mesmo tipo de formação, que lhes conferiu um título e habilitação para o exercício de uma actividade, sendo-lhes reconhecidas socialmente certas competências geradoras de determinada identidade. Esses indivíduos reconhecem pertencer a esse grupo, que exerce uma actividade com características comuns, sendo assim criado o grupo de pertença profissional. A cada profissão e, conseqüentemente, a cada grupo de pertença profissional, corresponde uma determinada posição ocupada na estrutura social. No caso da Enfermagem, essa posição tem sido determinada pelo lugar ocupado no sistema de cuidados, onde, como todos sabemos, tem ocupado uma posição de subalternidade, de submissão.

A posição que uma profissão ocupa na estrutura hierárquica social e o sentido de pertença profissional que os membros dessa profissão individualmente denotam, são dois factores essenciais que se influenciam mutuamente. De facto, sendo o sentido de pertença entendido como a forma como os elementos de um grupo (ou profissão), individualmente assumem as suas responsabilidades relativamente ao grupo, facilmente depreendemos que nem todos os seus membros o fazem de igual maneira. Todos nós nos esforçamos para ter uma imagem agradável, satisfatória de nós próprios e o facto de pertencermos a este ou àquele grupo social contribui, positiva ou negativamente, para essa imagem, o que faz com que a adesão de cada elemento ao grupo seja maior ou menor, respectivamente. A adesão de cada elemento ao grupo pode depender de vários factores, de entre os quais podemos destacar as funções desempenhadas, a satisfação profissional, a posição ocupada na estrutura formal, assim como o prestígio que tal posição confere. São alguns destes factores que podem fazer com que a adesão individual ao grupo seja forte, o que o tornará forte e coeso, permitindo-lhe ser reconhecido socialmente como detentor de prestígio, ou pelo

contrário, fazer com que a adesão individual de cada elemento à profissão seja débil, o que a torna frágil e pouco coesa, e como tal, com poucas possibilidades de melhorar o seu reconhecimento social. Como afirma TAJFEL "um grupo social só pode preencher a função de proteger a identidade dos seus membros, se conseguir manter a distinguibilidade positivamente valorizada em relação a outros grupos" (17). Assim, o indivíduo apresentará uma identidade social positiva se o seu grupo de pertença for comparado favoravelmente a outros grupos, tendo em conta factores socialmente valorizados, e, pelo contrário, apresentará uma identidade social negativa quando a comparação social é desfavorável ao seu grupo de pertença. É nesta última situação que se encontra a profissão de Enfermagem, o que faz com que o sentido de pertença dos seus membros seja débil. Isso acontece porque a Enfermagem ainda não conseguiu delimitar o seu espaço de actuação e definir, e assumir, objectivamente o conteúdo da sua actividade. Por este motivo, os seus membros têm orientado o seu comportamento tendo em conta grupos profissionais com maior poder e com maior prestígio social, como é o caso dos médicos, que têm constituído, por isso, grupo de referência para a Enfermagem. A percepção da falta de identidade profissional, assim como a percepção do não reconhecimento social, conduz muitos enfermeiros a pensarem que devem seguir o modelo médico, uma vez que lhe é reconhecida a sua utilidade e congruência e a Medicina é universalmente respeitada.

Mas, como facilmente se depreende, para além desses enfermeiros estarem condenados a não se poderem orgulhar do que são, à Enfermagem não interessam perspectivas emprestadas, se quer ser considerada uma profissão autónoma. E quer, com toda a certeza! Para tal, é urgente que os enfermeiros definam a base conceptual própria da profissão, para a partir daí se perspectivar o caminho a tomar, no sentido de colocar a Enfermagem em lugar de igualdade com as outras profissões com que se relaciona e interdepende. É imprescindível, para que isso

(17) TAJFEL, Henry - *Grupos humanos e categorias sociais*, vol. II, cap. 12, p. 294

aconteça, que haja unanimidade quanto ao que deve ser da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros, que haja uma clarificação da identidade de modo a que haja mais coesão e menos vulnerabilidade às interferências dos outros grupos profissionais. Para COLLIÈRE

clarificar a identidade dos cuidados de Enfermagem, não só pelo perfil do que a enfermeira/o é, ou deve fazer, ou em que se deve tornar (...), mas a identificação da natureza, a razão de ser, a significação, a estimativa social e económica da prestação de cuidados oferecida aos utilizadores, parece ser a chave da evolução da profissão ⁽¹⁸⁾

Para que o avanço científico da Enfermagem seja uma realidade, indiscutível e inequívoca é urgente a definição célere da nossa própria base conceptual e a sua assunção plena, tanto no ensino, como na prática, como na investigação. Quando isso acontecer, estarão construídos os alicerces que irão suportar o modelo conceptual próprio da Enfermagem. E aí, a Enfermagem terá a sua perspectiva própria e única, e não a perspectiva emprestada de outras profissões, o que levará os enfermeiros a sentirem-se não como substitutos de alguém, mas agentes insubstituíveis do Cuidar, com um campo de actuação próprio e exclusivo da Ciência de Enfermagem. Certamente, quando tal for integralmente conseguido e aceite, os enfermeiros terão maior orgulho na sua própria profissão e o reconhecimento social surgirá naturalmente. Vamos então assistir, com toda a certeza, a um decréscimo na frequência de cursos, por parte dos enfermeiros, com o objectivo de prepararem a fuga à profissão, o que nos nossos dias, acontece com alguma frequência, e que traduz o pouco orgulho que os enfermeiros têm da sua profissão, resultante do sentimento de ausência de autenticidade das funções de substituição que muitas vezes desempenham.

(18) COLLIÈRE, M. F. - *op. cit.* p. 20

5 - CUIDAR: A ESSÊNCIA DA ENFERMAGEM

Quando falamos em identidade de uma profissão estamos-nos a referir às suas particularidades, ou seja, àquilo que permite distingui-la de todas as outras. Para HENDERSON

a função própria da Enfermagem é assistir o indivíduo, são ou utente, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica), que este realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários. E fazê-lo de tal maneira que o ajude a ganhar independência com a maior brevidade possível (19)

A Enfermagem diferencia-se de todas as outras profissões pela particularidade de ter como função fundamental o Cuidar. Afirmado deste modo poderá parecer que nos encontramos perante uma contradição evidente, mas talvez a explicação que se segue ajude a clarificar o que pretendemos transmitir.

De facto, temos vindo a fazer referência à inexistência de um domínio de actuação próprio da Enfermagem, à inexistência de identidade dos enfermeiros, e agora afirmamos, peremptoriamente, que a particularidade de ter como função fundamental o Cuidar é o que distingue a Enfermagem das outras profissões. O que acontece, efectivamente, é que grande parte dos enfermeiros aceita e defende, sob o ponto de vista teórico, que a função fundamental da profissão é o Cuidar, chegando mesmo alguns a fazer-lhe referência como sinónimo da profissão, mas sob o ponto de vista prático, e é a prática que confere a identidade, porque é através dela que damos a conhecer aquilo que temos para oferecer à sociedade, "existe uma forte resistência a actuar como cuidadores" (20), como nos diz ALBERDI. Aqui sim, parece haver incongruências entre aquilo que os enfermeiros aceitam como sendo a profissão e a sua actuação prática. E a que

(19) MARRINER, Ann - *Modelos y teorías de Enfermería*, p. 69

(20) ALBERDI CASTELL, Rosa María - *La identidad profesional de la enfermera*, p. 40

se deverá tal facto ? Como podemos depreender da definição de Enfermagem apresentada por Henderson, a actividade do enfermeiro está directamente relacionada com situações de dependência do utente, que pode ser parcial ou total. O enfermeiro ajuda ou substitui o utente na satisfação das suas necessidades, o que não é socialmente valorizado. De facto, qualquer utente recorda com mais *facilidade* os procedimentos técnicos de que foi alvo, do que as situações de dependência em que foi ajudado ou substituído pelo enfermeiro, pelo facto de estas últimas traduzirem incapacidade momentâneas ou definitivas que facilmente poderiam ser comparadas ou identificadas com uma regressão. Efectivamente, há uma tendência para a hipervalorização social dos procedimentos técnicos. É frequente ouvirmos relatos de pessoas que receberam cuidados médicos e de Enfermagem, darem grande ênfase aos procedimentos técnicos de que foram alvo, tenham sido eles de diagnóstico ou terapêutica, para assim demonstrarem, que tiveram acesso à acção de equipamentos sofisticados e de que houve por parte dos médicos (classe socialmente valorizada e que tem o poder de manipular tais equipamentos ou de decidir quando devem ser utilizados) interesse pelo seu caso. Normalmente, quanto mais desconhecida é a acção de tais equipamentos, mais valor lhes é atribuído.

Em contrapartida, a acção de Enfermagem é *naturalmente omitida* nesses relatos, por estar directamente relacionada com situações pessoais menos agradáveis, de dependência, que se desenvolvem no espaço íntimo de cada um. Pelos motivos atrás expostos, ALBERDI afirma que "o trabalho profissional dos enfermeiros se realiza na zona obscura" (21). Realmente, a actuação da Enfermagem situa-se na parte de menor esplendor, digamos assim, dos cuidados de saúde, na parte menos valorizada socialmente (por um lado pelo motivo atrás exposto, por outro por não ser reconhecida ao Cuidar a exigência de conhecimentos científicos), o que contribui para a resistência dos enfermeiros em actuarem como cuidadores, apesar de teoricamente aceitarem que o Cuidar é a

(21) ALBERDI CASTELL, Rosa María - *op. cit* p. 40

função principal da profissão. Mas para que a nossa actuação possa algum dia vir a ser reconhecida socialmente, é fundamental que nos convençamos do carácter de indispensabilidade da nossa acção de cuidadores, assumindo-a plenamente, tanto na teoria como na prática, pois como afirma ALBERDI "só vende, o que está convencido da qualidade do seu produto" (22). É, pois, o Cuidar o espaço de actuação onde a Enfermagem detém o monopólio. Mas monopólio de actuação e não monopólio de saber. Mais uma vez parecemos estar em contradição, pois poder-se-á colocar a questão: *como ter um monopólio de actuação, sem interferências exteriores, sem ter monopólio sobre nenhum saber ?* Na realidade, e à primeira vista, possuir um monopólio de actuação implica, com toda a certeza, saber algo que os outros não sabem. Então porque é que isso não acontece com a Enfermagem ? A resposta é simples e encontra-se na definição de Enfermagem dada por Virgínia Henderson. O saber com que a Enfermagem lida é o saber sobre o outro, pelo que não podemos, nem devemos, ter a veleidade de pretender monopolizar esse saber, sob pena de estarmos a atropelar o mais elementar princípio da nossa profissão, que é o de promover o auto-cuidado, de conseguir que o outro se torne o mais independente possível. Os enfermeiros sabem aquilo que os outros não sabem, mas é seu dever esforçarem-se para que o utente aprenda tudo o que for possível sobre si mesmo, para que fique mais confiante nas suas capacidades, para assim poder caminhar com maior segurança rumo ao auto-cuidado.

5.1 - O QUE É O CUIDAR ?

Embora identificado como a essência da profissão, várias são as definições e perspectivas teóricas do Cuidar. De facto, *característica humana, imperativo moral, afecto, interacção pessoal, intervenção terapêutica*, são expressões que

(22) ALBERDI CASTELL, Rosa María - *op. cit.* p. 41

têm sido utilizadas para definir o Cuidar. A existência destas várias perspectivas poderá constituir motivo para sermos acusados de falta de consenso quanto ao que afirmamos ser a essência da profissão, mas por outro lado, e porque se trata de Cuidar do ser humano, sendo por isso um processo extremamente complexo, aceitam-se as várias perspectivas, por fornecerem diversos componentes para a teorização do Cuidar. E dizemos teorização, porque quando aplicado à prática, aquilo que emerge e que nos parece consensual, é que Cuidar é ajudar a viver, ajudar a manter a qualidade de vida, promovendo a dignidade humana. Portanto, intrínseca a todo o processo de Cuidar, está uma relação de ajuda, sem a qual se põe em causa a eficácia dos próprios cuidados. Para ROGERS, as relações de ajuda são “relações nas quais pelo menos uma das partes procura promover na outra o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida”⁽²³⁾.

O aumento da capacidade a que se faz referência na citação anterior, resulta da consciencialização do utente sobre as potencialidades que possui e da sua utilização mais funcional. De facto, apesar de quase sempre haver a noção de que aquele que ajuda (enfermeiro) possui um conhecimento superior ao daquele que é ajudado (utente), a relação de ajuda a estabelecer, pressupõe um posicionamento muito próximo de ambos os intervenientes. A relação resulta da conjugação de alguns factores, ou seja, se por um lado, se acredita que é o utente que possui os recursos necessários para a resolução dos problemas, por outro não é menos verdade que o enfermeiro deve ter presente determinadas atitudes, sem as quais se torna difícil estabelecer uma relação satisfatória. São elas:

1 - Compreensão empática - consiste em compreender o outro tal como ele é, colocar-se no papel do outro para viver o problema tal como o outro o vive.

(23) ROGERS, Carl - *Tornar-se Pessoa*, p. 43

2 - Respeito caloroso - consiste no reconhecimento por parte do enfermeiro de que o outro é único, possuidor de uma dignidade própria, que importa respeitar e preservar.

3 - Autenticidade - consiste na revelação sincera de si, o que leva o utente a adquirir um conhecimento de si próprio e a estabelecer uma relação verdadeira com o que o circunda.

4 - Especificidade - atitude que consiste na precisão da comunicação, de modo a levar o utente a expressar as suas vivências de forma objectiva e directa.

5 - Imediatibilidade - atitude através da qual o enfermeiro vive de forma intensa a relação presente com o utente.

6 - Confrontação - conjunto de intervenções do enfermeiro que têm por fim reduzir as contradições de comportamento do outro

São estas atitudes, consideradas condições intrapessoais fundamentais para o Cuidar, que permitem ao enfermeiro conhecer-se bem a si próprio, conhecer bem o seu sistema de valores. Só assim é possível interessar-se verdadeiramente pelo Outro, respeitá-lo e encará-lo tal como ele é. A presença destas atitudes no enfermeiro são sinónimo de maturidade, o que significa que foram ultrapassadas diferentes etapas da vida, o que juntamente com a formação adquirida, lhe fornece subsídios para o estabelecimento de uma autêntica relação cuidativa.

5.2 - CUIDAR E TRATAR

Socialmente desvalorizado em relação ao tratar, por não lhe ser reconhecida a exigência de conhecimentos científicos, atributos que se

consideram reservados ao tratar, o Cuidar exige por parte do enfermeiro o desenvolvimento de inúmeras capacidades que permitam, primeiro que tudo, situar-se e situar o utente, tendo em conta a sua individualidade, a sua unicidade e não encará-lo apenas como o portador de determinada doença. É aqui que reside a principal diferença entre cuidar e tratar. Enquanto o tratar, baseado no modelo bio-médico, tem em conta apenas a doença e centra a sua acção no órgão lesado, tendo em vista a cura, o cuidar centra-se no utente na sua globalidade. A abordagem do cuidar baseia-se sempre numa perspectiva holística, dando ênfase ao Homem no seu todo, opondo-se por isso ao reducionismo do modelo bio-médico. De facto, o Homem reage sempre como um todo, todo que é diferente de e mais que a soma das partes, pelo que será sempre nessa perspectiva que terá de ser abordado. *(Para explicar que o todo é diferente da soma das partes, Byrne e Thompson utilizaram a analogia da água. Por considerarmos tal explicação bastante explícita, vamos aqui reproduzi-la. A água (H₂O), na sua composição, conta com o hidrogénio e o oxigénio. Se esses componentes forem analisados separadamente, concluímos que possuem determinadas características. Assim, enquanto o oxigénio alimenta a combustão, o hidrogénio é potencialmente explosivo. No entanto, quando os dois componentes se combinam, produz-se a água, que possui uma característica completamente diferente, que é a de extinguir o fogo. Se as partes forem estudadas isoladamente, surge-nos uma imagem inexata da água. Também ao analisarmos o ser humano, se tivermos em conta apenas o funcionamento do corpo, sem ter em consideração as reacções da mente, a imagem que nos surge da pessoa é inexata).*

A outra grande diferença entre cuidar e tratar decorre daquela que apontámos como principal, e diz respeito à participação do utente em todo o processo. No tratar, a participação do utente é nula, sendo sujeito a procedimentos por vezes meramente técnicos, ditados a maior parte das vezes pelos exames a que é submetido. No cuidar a participação do utente é efectiva.

De facto, é estabelecida uma relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente, que permite identificar, em conjunto, quais as necessidades do utente e de que tipo de ajuda carecem. Torna-se fundamental validar com o utente que tipo de ajuda necessita, tendo em conta a situação, os recursos existentes e as capacidades disponíveis, para posteriores tomadas de decisões, também em conjunto, que devem incidir sempre na mobilização de todas as capacidades do utente de modo a compensar as suas limitações, promovendo-se assim o auto-cuidado. Esta identificação das necessidades do utente, tem o nome de diagnóstico de Enfermagem, e constitui apenas uma das fases de um processo, cuja utilização consideramos fundamental para a prática de Enfermagem. Referimo-nos ao Processo de Enfermagem.

5.3 - PROCESSO DE ENFERMAGEM E MODELO CONCEPTUAL

O Processo de Enfermagem constitui um instrumento básico para a prática profissional do Cuidar, sendo a base de todas as acções de Enfermagem. É um método organizado e sistemático de planear, prestar e avaliar cuidados de Enfermagem individualizados, impedindo omissões e repetições. A sua utilização *obriga a respeitar e cumprir na íntegra* as linhas de orientação que caracterizam o Cuidar. De facto, ao procedermos à colheita de dados para identificação das necessidades específicas do utente, validando-as com o próprio, ao planearmos e implementarmos as acções que nos parecem mais correctas, tendo em conta as necessidades detectadas, e ao avaliarmos todo o processo, sempre em conjunto com o utente, estamos a respeitar a sua unicidade, estamos a promover a sua participação efectiva em todo o processo, baseada numa interacção constante enfermeiro-utente.

Como facilmente podemos depreender, a utilização do Processo de Enfermagem como metodologia de trabalho dos enfermeiros é benéfica para o

utente, para o enfermeiro e para a profissão de Enfermagem. Efectivamente, a abordagem individualizada dispensada ao utente, assim como a percepção da continuidade da qualidade dos cuidados que lhe são prestados, faz-lhe aumentar os níveis de confiança, o que facilita a sua participação em todo o processo, favorecendo o desenvolvimento da relação enfermeiro-utente.

Para o enfermeiro, para além do treino do raciocínio, utilizando as etapas do Processo de Enfermagem, e do crescimento pessoal e profissional resultante da constante estimulação da criatividade para delinear estratégias de modo a fazer face aos problemas que o utente apresenta, o principal benefício consiste nos sentimentos de orgulho e realização experimentados, quando o plano idealizado surte os efeitos desejados, ou seja, quando os problemas do utente são solucionados ou reduzidos.

Relativamente à profissão, a utilização do Processo de Enfermagem como metodologia de trabalho dos enfermeiros, poderá contribuir decisivamente para dar a conhecer o campo de actuação próprio da Enfermagem, tanto aos utentes como aos outros profissionais de saúde, contribuindo assim para a autonomia da profissão.

Assente na metodologia científica, é constituído por cinco fases, que passamos a descrever:

Fase 1 - muitas vezes designada como histórico, consiste na recolha sistemática e contínua de dados referentes ao utente.

Fase 2 - Diagnóstico de Enfermagem - consiste na identificação dos problemas/necessidades do utente, através da análise dos dados recolhidos.

Fase 3 - Planeamento - tendo em conta as necessidades do utente identificadas, é nesta fase que se estabelecem prioridades, definem objectivos e

seleccionam intervenções que visam suprir os problemas e satisfazer as necessidades identificadas.

Fase 4 - Implementação - consiste em pôr em prática o que foi planeado, ou seja, consiste na execução do plano de cuidados.

Fase 5 - Avaliação - tal como o nome indica, consiste na (re)apreciação de todo o processo, tendo em conta os objectivos definidos e os resultados obtidos. Caso seja necessário, são introduzidas medidas correctivas e todo o plano é revisto.

Apresentadas as “fases” do processo de Enfermagem, torna-se imperioso esclarecer que esta divisão visa apenas melhorar a compreensão do processo em causa, uma vez que na prática, as fases enunciadas estão de tal modo inter-relacionadas e são de tal modo interdependentes, que se torna impossível separá-las.

Em todo o processo, é promovida a participação activa do utente, aumentando assim a sua responsabilidade e satisfação pessoal, do mesmo modo que é fortalecido o empenhamento para atingir os objectivos definidos, que consistem na promoção da independência na satisfação das necessidades do utente, protegendo, aumentando e preservando a dignidade humana.

O processo de Enfermagem constitui, por assim dizer, o instrumento que permite utilizar os ingredientes que orientam a prática, ou seja, é o modo de operacionalizar o modelo que rege a prática. Mas que modelo? O que entendemos por modelo? É uma representação, uma imagem mental da realidade. De facto, todos nós temos uma imagem daquilo que pensamos ser a Enfermagem, construída com base nas nossas vivências, nas nossas crenças e nos nossos valores. Mas quando se torna necessário descrever essa imagem, apercebemo-nos de que, afinal, aquilo que nos parecia ser claro, não o é na sua totalidade. E essas incertezas repercutem-se nos cuidados a prestar ao utente. Torna-se, por isso,

fundamental que cada um de nós faça uma introspecção profunda, um exame profundo das suas crenças e valores, para posteriormente em conjunto com os outros elementos da equipa, fazermos uma análise daquilo que defendemos e pretendemos atingir, para assim podermos escolher o modelo conceptual que servirá de orientação à nossa prática. O quadro conceptual, que irá constituir a base de actuação, terá de ser explícito e inequívoco, e a sua aceitação pressupõe a identificação com os conceitos que expressa.

Mas serão os modelos imprescindíveis para a prática de Enfermagem ? Pensamos que sim, porque constituindo uma explicação do que são cuidados de Enfermagem, conduzem à clarificação de conceitos e à uniformização de actuação, contribuindo assim para darmos a conhecer à sociedade a natureza e conteúdo da nossa actividade. Mas, então, poder-se-á colocar a questão: *se assim é, não seria mais vantajoso para a profissão a existência de um só modelo?* Pensamos que não, porque diferentes modelos constituem pontos de partida diferentes e fornecem várias perspectivas. Para além disso, nenhum modelo é suficientemente completo e abrangente para ter a pretensão de isoladamente explicar e orientar a prática de Enfermagem. Talvez seja esse o motivo por que não existe nenhum modelo universalmente aceite, apesar dos conceitos básicos do metaparadigma da Enfermagem serem reconhecidos consensualmente pelos diversos modelos. Mas, apesar de haver consenso quanto aos conceitos: **pessoa, saúde, ambiente e Enfermagem**, as definições desses conceitos diferem de modelo para modelo, o que significa que cada modelo tem a sua visão própria. Por tal motivo, é extremamente importante analisar as nossas crenças e valores, primeiro individualmente e depois em conjunto, antes de optar pela adopção de qualquer modelo, que deve coincidir com a nossa própria perspectiva de Enfermagem. Quando isso acontecer, a profissão terá a sua perspectiva própria, clara e explícita, para nós e para os outros, e o reconhecimento da autonomia surgirá naturalmente.

6 - A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Independentemente de a lei consagrar diferentes filosofias de prestação de cuidados, nomeadamente a prevenção da doença e a promoção da saúde, o hospital continua a ter um grande peso e a ocupar um lugar muito importante em todo o sistema de prestação de cuidados.

Como instituição, o hospital pode ser considerado como uma organização devidamente equipada materialmente e com os recursos humanos adequados em quantidade e qualidade, para receber os que necessitam assistência, para lhes prestar serviços. Por esta *definição* da instituição hospitalar, poder-se-ia supor o funcionamento do hospital análogo ao de qualquer outra empresa. Mas essa seria uma visão demasiado simplista e até reducionista do hospital. E porque a consideramos assim? Porque os que necessitam assistência, aqueles que o hospital recebe, aqueles que ao hospital recorrem ou a ele são conduzidos, são pessoas, seres humanos, detentores da sua unicidade, da sua individualidade, da sua dignidade. São seres que se encontram debilitados e, por vezes, em situações de extrema dependência, mas sempre donos de uma dignidade própria, que importa respeitar e preservar. Não nos parecem, por isso, correctas as analogias que por vezes se fazem, mesmo que seja apenas sob o ponto de vista teórico, do hospital com qualquer outra empresa. Em primeiro lugar porque as empresas pressupõem a existência de matéria prima que vai sofrer determinado processo com vista a atingir determinado fim, enquanto no hospital os destinatários dos cuidados, que constituem o *objecto* de trabalho, são pessoas, e como tal, são um fim em si mesmo. Em segundo lugar, porque o trabalho hospitalar, tendo por *objecto* seres humanos, tem um carácter de imprevisibilidade tal, que não pode obedecer a comportamento *standardizados*, estando os procedimentos sujeitos a constantes reajustes.

É esse ser humano que necessita de cuidados de saúde, em contexto hospitalar, tal como afirma LOPES que "constitui o 'campo' de intervenção de diferentes profissionais" (24). São esses grupos profissionais, nomeadamente médicos e enfermeiros, que estabelecem entre si e com a instituição hospitalar diferentes tipos de relações. As relações entre estes dois grupos profissionais tornam-se mais evidentes na instituição hospitalar, por ser esse o local onde a interacção constante faz cruzar os seus saberes, e também por ser o local onde são delineadas e utilizadas estratégias com vista à obtenção e ao exercício de poder de uns saberes sobre outros.

Desde a histórica reforma levada a cabo por Florence Nightingale que a Enfermagem tem sido encarada como estando na dependência total da Medicina. E essa situação remonta a essa época, pelo facto de a *vocação* e o *perfil moral* terem sido os requisitos principais para seleccionar os candidatos às Escolas de Enfermagem. Este *ideal de servir* exigido, pressupunha um grau de altruísmo tal, que tornava inquestionável a obediência aos médicos, considerados superiores hierárquicos.

Também nos hospitais actuais, apesar da convicção de que os papéis de ambas as profissões são fundamentais, a autoridade está distribuída de modo desigual, podendo ainda caracterizar-se a relação Medicina/Enfermagem mais como "dominação/subordinação do que como colaboração" (25), tal como afirma KAUFMANN. Quanto a nós, este tipo de relação ainda se verifica, essencialmente porque os enfermeiros ainda não foram capazes de assumir e demonstrar, na prática, aos outros grupos profissionais e à sociedade em geral, o carácter de imprescindibilidade do seu trabalho, em determinadas circunstâncias da vida das pessoas. Sendo o hospital o palco privilegiado dos cuidados de saúde, pelo lugar que ocupa em todo o sistema de cuidados, nele se movimentam vários

(24) LOPES, Noémia - *A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de Enfermagem*, p. 27

(25) KAUFMANN, Alicia F.; GUILERA, Elvira - *Consideraciones sobre la estratificación social a nivel hospitalario*, p. 162

grupos profissionais, que assumem posições e relações diferentes com a instituição hospitalar, que se torna, por isso, "uma organização complexa com uma hierarquia de estatutos, papéis, direitos e obrigações" (26), como nos diz KAUFMANN. Assim, temos os médicos, considerados profissionais liberais, que se encontram numa posição de autonomia em relação à instituição, autonomia que é mantida mesmo quando exercem a actividade no contexto hospitalar. Segundo CARAPINHEIRO "a autonomia, o prestígio e o estatuto médicos são tanto mais elevados quanto as suas actividades podem escapar à empresa organizacional e ao controlo burocrático ..." (27).

Desde há muito que é reconhecida à Medicina autoridade para controlar e dirigir a actividade das profissões que se articulam com o seu campo de acção, basicamente porque determinados modelos da divisão do trabalho hospitalar preconizavam a centralização da produção de cuidados no conceito de doença, campo da exclusiva responsabilidade do médico, sendo-lhe reconhecido nessa área, um determinado corpo de saberes que lhe confere poder, outrora justificado pelo diploma universitário. O saber reconhecido à profissão médica assenta num carácter de natureza interpretativa e cognitiva, intimamente ligado à capacidade de diagnosticar e decidir. Isto, em termos de divisão social do trabalho, valeu à profissão médica a colocação na posição de concepção, por lhe ser reconhecida a capacidade de decisão, de carácter intelectual, e cujo componente essencial é o saber. Este facto permitiu à Medicina alcançar o estatuto de profissão dominante, deixando as outras profissões de saúde, nomeadamente a Enfermagem, na sua dependência técnica e social.

Contrariamente, a Enfermagem sempre tem mantido uma posição de dependência, tanto em relação à classe médica como em relação à instituição hospitalar. Esta posição de dependência iniciava-se, até há bem pouco tempo, logo nos bancos das Escolas de Enfermagem, com continuação nas instituições hospitalares. A dependência em relação à instituição hospitalar resulta do facto de

(26) KAUFMANN, Alicia F.; GUILERA, Elvira - *op. cit.* p. 161

(27) CARAPINHEIRO, Graça - *Saberes e poderes no hospital*, p. 156

ser este o lugar onde a Enfermagem exerce em grande parte a sua actividade e também por a autoridade profissional emergir do trabalho realizado nesse contexto organizacional. A dependência em relação à profissão médica começava a desenhar-se logo durante os cursos de Enfermagem, como foi referido atrás. De facto, o ensino teórico ministrado aos alunos estava orientado apenas para a execução dos cuidados, sob controlo médico, e não para uma formação que permitisse ao enfermeiro elaborar e decidir sobre os cuidados de Enfermagem. Este facto valeu à Enfermagem ser colocada, tendo em conta a divisão social do trabalho, na categoria de execução, cujo componente essencial é o saber-fazer. A este saber são associados comportamentos rotinizados e *standardizados*, que se adquirem pela simples prática profissional, sendo por isso encarado como desprovido de qualquer componente intelectual ou cognitiva. Para DUHART

a dicotomia entre os grupos de actores que possuem na organização do trabalho, uma função de decisão (fundada sobre o reconhecimento formal de um certo saber) e os outros grupos de actores que executam as tarefas definidas pelos primeiros (e para quem uma função de decisão não está associada ao saber) é subjacente à estrutura actual do poder no sistema de saúde ⁽²⁸⁾

Este quadro poderá constituir as premissas em que assenta a tese dos que defendem que a Enfermagem, na sua actividade, está dependente da actividade médica ou a ela condicionada. Tal opinião tornar-se-á mais enraizada se se considerar o cuidar, campo da Enfermagem por excelência, apenas como uma etapa do curar, cuja responsabilidade é exclusivamente atribuída ao campo médico.

Sem pretender questionar o saber médico nem tão pouco confrontá-lo com o saber de Enfermagem ou vice-versa, uma vez que entendemos que são complementares e que cada um ocupa o seu lugar, em escalões diferentes, que não superiores em relação ao outro, e aplicados de maneira diferente, somos da opinião que o poder atribuído aos médicos é que poderá ser considerado central,

⁽²⁸⁾ DUHART, Jean; CHARTON-BRASSARD, Jacqueline - *Reforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale*, p. 79-80

por questões tradicionais e pela posição de autonomia em que se encontram relativamente à instituição hospitalar. E isto porque a justificativa do diploma universitário deixou de a ser, uma vez que passou a ser comum a outras profissões de saúde, inclusive à Enfermagem.

6.1 - A ENFERMAGEM NA ESTRUTURA HOSPITALAR

Nas margens deste poder central atribuído aos médicos e por eles assumido, têm-se desenvolvido estratégias de Enfermagem, resultantes do desenvolvimento da profissão, com vista à obtenção da autonomia e revalorização profissional, que passam obrigatoriamente pela assunção plena de responsabilidades de decisão que vão muito para além das responsabilidades inerentes às funções de execução. De facto, se tivermos em conta o carácter de imprevisibilidade do trabalho hospitalar e a constante permanência dos enfermeiros nos serviços, não faremos esforço algum para reconhecer que é impossível reduzir os saberes de Enfermagem à categorização tradicional de saber-fazer. Efectivamente, os acontecimentos e comportamentos imprevisíveis que os enfermeiros têm que gerir, pela sua permanência constante nos serviços, exigem acções de avaliação e interpretação, características dos saberes analíticos, dos saberes complexos.

Inclusivamente, a própria preparação e administração de terapêutica, que pelo seu carácter de execução é algumas vezes utilizada como o mais flagrante exemplo da redutibilidade do trabalho de Enfermagem ao saber-fazer, pois depende da prévia prescrição médica, não o é na sua totalidade, uma vez que se por qualquer motivo houver alteração das condições do utente, é ao enfermeiro que cabe decidir se prossegue ou suspende o acto, mobilizando para isso os seus

conhecimentos, o que constitui um exercício intelectual de avaliação e interpretação.

Também a carreira de Enfermagem, aprovada pelo Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro, reconhece o enfermeiro como possuidor de outros saberes, para além do saber-fazer. De facto, no Artº. 7º, nº1, do referido Decreto-Lei, que define o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro (nível 1), são estabelecidas as suas competências, podendo ler-se:

a) Colher dados para identificação das necessidades em cuidados de Enfermagem, com base num modelo teórico de Enfermagem

b) Elaborar o plano de cuidados de Enfermagem em função dos problemas identificados e estabelecer prioridades, tendo em conta os recursos disponíveis

.....
d) Integrar no planeamento e execução dos cuidados de Enfermagem ao indivíduo e à família a preparação de alta ou internamento hospitalar

.....
g) Avaliar os cuidados de Enfermagem prestados, efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos

h) Reavaliar as necessidades do utente em cuidados de Enfermagem

Estas competências implicam, obviamente, acções de avaliação e interpretação, características dos saberes associados às capacidades de diagnóstico e decisão, que também fazem, formal e legalmente, parte das funções do enfermeiro, como podemos concluir pelo excerto do Decreto-Lei nº 437/91, apresentado acima.

SEGUNDA PARTE

Sociografia da pesquisa: os actores e os contextos

1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES E DOS CONTEXTOS

1.1 - CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES

Como se pode observar pela **tabela 27 (Anexo 3)** foram abrangidos pelo estudo oitenta (80) enfermeiros da prestação directa de cuidados, pertencentes às categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista. Do total de inquiridos, 46,25 % trabalham em serviços que prestam cuidados especializados e os restantes 53,75 % em serviços que prestam cuidados polivalentes (**ver distinção em 1.2**). Quanto aos grupos etários, verifica-se que os constituintes da amostra se distribuem entre os vinte e um (21) e os quarenta e cinco (45) anos, predominando, com 80,0 %, as idades até trinta e cinco (35) anos, considerando-se, por isso, uma amostra maioritariamente jovem. Provavelmente, associado a este facto está a preferência pelo hospital da maior parte dos enfermeiros recém-formados para início da actividade profissional. Analisando por serviços podemos observar que nos serviços especializados existe uma predominância relativa no grupo etário 31-35 anos, enquanto nos serviços polivalentes essa predominância se verifica no grupo etário 26-30 anos (11,25 %) e no grupo etário 21-25 (10,00 %). Isto poderá significar que a colocação dos enfermeiros em cuidados especializados, e mais concretamente na UCI, acontece após a passagem por vários serviços polivalentes, uma vez que como recém-formados poucas hipóteses têm de lá ingressar .

Relativamente ao sexo, observa-se uma predominância do sexo feminino (65,0%). É, no entanto, curioso que dos 35,0% dos enfermeiros do sexo masculino, 32,5% pertencem aos grupos etários até aos trinta e cinco (35) anos, o que poderá significar que existe actualmente uma tendência para um maior

ingresso de elementos do sexo masculino numa profissão predominantemente feminina.

Quanto ao vínculo à instituição, 72,5% pertencem ao quadro, 25,0% encontram-se a recibo verde e 2,50% têm contrato a termo certo.

Após a análise de alguns indicadores que nos permitiram efectuar a caracterização sociográfica dos actores constituintes da amostra estudada, vamos passar à caracterização dos contextos onde decorreu a pesquisa.

1.2 - CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS

Os serviços hospitalares apresentam determinadas particularidades, que os posicionam em diferentes níveis da hierarquia hospitalar. É comumente aceite a divisão, efectuada por Chauvenet, que coloca de um lado os serviços onde são prestados cuidados polivalentes e do outro lado os serviços onde são prestados cuidados especializados. O critério diferenciador entre estes "dois tipos de cuidados", assenta no recurso ao equipamento tecnológico, considerado diminuto no caso dos cuidados polivalentes, e cujo expoente máximo é o Serviço de Medicina, e acentuado no caso dos cuidados especializados, cuja expressão máxima é a Unidade de Cuidados Intensivos. A reforçar esta diferenciação entre os serviços, existem outros factores tais como o tipo de utentes que os serviços recebem, a rotatividade dos utentes, a organização do trabalho e o tipo de autoridade exercida, segundo a tipologia de Coser, sendo no entanto o critério fundamental o recurso à tecnologia.

Desta divisão, eminentemente técnica, mas ao mesmo tempo funcional, emerge também uma divisão social, que possibilita a atribuição e o reconhecimento, simultâneos, de níveis desiguais de poder e prestígio aos serviços em questão, sendo os serviços de Medicina relegados para a base da

hierarquia hospitalar e as Unidades de Cuidados Intensivos colocadas no seu topo.

Por concordarmos com esta classificação, e por uma questão de facilidade metodológica, vamos utilizá-la no nosso estudo. Assim, e apesar de termos estudado outros serviços, vamos caracterizar o serviço de Medicina como representante dos serviços onde são prestados cuidados polivalentes, e onde se incluem para além do próprio serviço de Medicina, os serviços de Gastroenterologia, de Hemodiálise e de Ortopedia. Vamos ainda caracterizar a Unidade de Cuidados Intensivos, como não podia deixar de ser, pelo facto de constituir o representante máximo dos serviços onde são produzidos cuidados especializados, onde se situam, para além da própria UCI, os serviços de Cirurgia e o serviço de Urgência.

Esta divisão, ou melhor, este agrupamento, feito por nós, tem em conta, para além da classificação utilizada por CHAUVENET, os factores denunciados anteriormente, e diz respeito, exclusivamente, aos serviços incluídos no estudo.

1.2.1 - Serviço de Medicina

O Serviço de Medicina por nós estudado, com capacidade para trinta e cinco utentes, estende-se ao longo de um grande corredor, destinando-se um dos lados do corredor em exclusivo às enfermarias, que comportam de uma a seis camas. Do outro lado situa-se o gabinete do enfermeiro-chefe, o gabinete médico, a sala de tratamentos, a sala de Enfermagem, a sala de pensos, uma pequena sala onde se toma café nos momentos de pausa, os lavabos do pessoal do serviço e os dos utentes.

Neste serviço, que recebe utentes de ambos os sexos, na sua grande maioria idosos, portadores de patologias crónicas e, por isso, com internamentos

sucessivos e prolongados, existe uma equipa de Enfermagem composta por quinze elementos, repartidos pelos diferentes turnos de formas diferentes. Assim, no turno da manhã, em que o ritmo de trabalho é mais intenso, encontram-se normalmente quatro enfermeiros, ficando dois no turno da tarde e um no turno da noite. A equipa médica, que é constituída por cinco elementos, encontra-se presente normalmente no turno da manhã e a equipa de auxiliares de acção médica é constituída por sete elementos, que se encontram também distribuídas pelos diferentes turnos, permanecendo duas no turno da manhã, uma no turno da tarde e uma no turno da noite.

A organização do trabalho de Enfermagem baseia-se na distribuição de determinado número de utentes pelos enfermeiros que estão de serviço, cabendo essa tarefa ao enfermeiro-chefe. O critério que preside à distribuição dos utentes assenta apenas no número de enfermeiros que estão de serviço e na quantidade de trabalho prevista, não sendo contemplada a qualificação dos enfermeiros, nem havendo a garantia de que o mesmo enfermeiro fique responsável pelos mesmos utentes no turno do dia seguinte. De referir que neste tipo de serviços a autoridade está centrada no enfermeiro-chefe, sendo frequente os médicos dirigirem-se-lhe quando pretendem obter informações sobre os utentes. O enfermeiro-chefe actua assim como mediador, na troca de informações sobre os utentes, entre médicos e enfermeiros da prestação directa de cuidados, o que constitui uma característica da autoridade fechada, frequente neste tipo de serviços. De facto, apesar da imprevisibilidade que na generalidade caracteriza o trabalho hospitalar, por ter como objecto seres humanos, é nos serviços de Medicina que se assiste a uma maior tendência para a redução dessa imprevisibilidade, pelo predomínio de utentes clinicamente estabilizados, o que facilita a rotinização e padronização do trabalho. Esta característica do trabalho, vai implicar também uma reduzida interdependência funcional entre médicos e enfermeiros, desempenhando o enfermeiro-chefe um forte papel de mediação, na articulação do trabalho daqueles dois grupos profissionais.

De salientar, ainda, que não é seguido nenhum modelo teórico de Enfermagem, nem é utilizado o processo de Enfermagem como metodologia de trabalho dos enfermeiros, alegadamente por falta de pessoal. É ainda devido à escassez de pessoal de Enfermagem que se tornam propícias situações de intermutabilidade de tarefas entre estes profissionais e as auxiliares de acção médica. Num serviço desta natureza, que segundo CHAUVENET tem essencialmente três tipos de finalidades

a de um centro de desimpedimento dos outros serviços do hospital, a de um centro de acolhimento dos utentes não relevantes para nenhuma das especialidades existentes no hospital e a de um centro de triagem e de orientação dos utentes para outros serviços ⁽²⁹⁾

e em que os cuidados prestados, tanto médicos como de Enfermagem, se caracterizam por serem polivalentes, torna-se mais visível a oposição comando/execução, ou seja, a oposição entre o que é considerado trabalho intelectual de diagnóstico e decisão terapêutica (trabalho médico) e trabalho de execução (trabalho de Enfermagem) com a conseqüente valorização social e poder atribuído a cada uma das classes.

Também a análise cuidadosa do funcionamento de um serviço desta natureza, nos fornece vários indicadores que apontam no sentido de haver uma preocupação permanente em reforçar, ou pelo menos em não deixar que seja atenuado ou esquecido, o poder da profissão médica. Realmente, a própria utilização do espaço físico do serviço, permite verificar a diferença de autoridade existente entre médicos e enfermeiros. Enquanto na sala de Enfermagem, entram elementos de todos os grupos profissionais, com a justificação de consulta do quadro de parede que contém os elementos identificativos de todos os utentes, especialmente durante o turno da manhã, na sala dos médicos raramente entra um elemento não pertencente à classe médica. Para *reforçar o isolamento* do resto do serviço, ou simplesmente para lembrar que àquele espaço nem todos os elementos têm *acesso*, a porta da sala dos médicos encontra-se frequentemente encostada, não permitindo a visibilidade do seu interior. Esporadicamente, o

⁽²⁹⁾ CHAUVENET, A. - *Professions hospitalières et division du travail*, p. 146

enfermeiro-chefe poder-se-á deslocar à sala dos médicos ou nela ser solicitada a sua presença, para a resolução de qualquer problema. Esta *concessão* ao enfermeiro-chefe, de ter acesso a um espaço considerado *inacessível* a quem não pertence à classe médica, é utilizada muitas vezes por ele para reforçar a sua posição perante a equipa que lidera.

Para além da demonstração de poder, emergente da *inacessibilidade* à sala dos médicos, nela se encontram os processos de todos os utentes do serviço e o negatoscópio, o que de formas diferentes reforça o poder médico.

Assim, a presença dos processos dos utentes nesta sala, se por um lado pode significar a monopolização da informação relativa aos utentes por parte dos médicos, por outro lado pode significar que estes consideram que a informação sobre os utentes apenas interessa a quem tem funções de diagnóstico e decisão terapêutica, o que iria reforçar o carácter intelectual do trabalho médico, sendo os enfermeiros relegados para o plano da mera execução, a quem não cabe tomar decisões, e como tal, não se lhe reconhece a necessidade de consultar o processo do utente, em igualdade de oportunidades com os médicos, enquanto estes permanecem no serviço. Quem conhece a realidade hospitalar sabe que durante um turno, os enfermeiros necessitam de ter acesso inúmeras vezes aos processos dos utentes, seja para consulta, seja para efectuar registos. A situação atrás descrita, com a presença da informação num espaço a que nem todos têm acesso livremente, coloca os enfermeiros numa posição de constante dependência, pois *obriga-os* a solicitar autorização, primeiro para entrar na sala e depois para utilizar o processo. O que acontece frequentemente, é os enfermeiros evitarem utilizar os processos dos utentes enquanto os médicos estão presentes no serviço, por sentirem que essa utilização implica a *violação* de um espaço que não lhes pertence, de um espaço que normalmente lhes está vedado, apesar de não haver nenhuma proibição expressa. A utilização dos processos por parte dos enfermeiros ocorre quase sempre após o almoço, altura em que normalmente não há médicos no serviço, o que *possibilita* o regresso dos processos à sala de

Enfermagem. Também a presença do negatoscópio na sala dos médicos serve para reforçar esse poder, pois tal como afirma CARAPINHEIRO “o ecrã reveste-se de um valor simbólico importante, o de que quem o utiliza detém um saber que encerra muito poder, o de ultrapassar as barreiras exteriores do corpo e tornar transparente o que é opaco” ⁽³⁰⁾.

Nessa mesma linha, podemos referir também o estetoscópio como objecto que permite o *acesso* ao interior do corpo, e que por isso é sinónimo de elevado poder simbólico, poder que se torna necessário ostentar, como garantia de prestígio social. Esta garantia, torna o estetoscópio um complemento indispensável à indumentária dos médicos, principalmente dos mais novos, como símbolo diferenciador dos outros grupos profissionais, sendo por isso bastante frequente ver os médicos com o estetoscópio pendurado ao pescoço, independentemente de estarem no serviço onde trabalham, na secretaria a resolver um problema burocrático ou no refeitório a almoçar ou jantar.

1.2.2 - Unidade de Cuidados Intensivos

A UCI tem capacidade para cinco utentes. Este serviço recebe utentes de diversos estratos etários, portadores de variadas patologias caracterizadas pelo facto da sua agudização conduzir “ao limite do risco de vida” ⁽³¹⁾, tal como afirma LOPES. Apesar disso, os períodos de internamento são curtos, o que se traduz numa alta rotatividade dos utentes, contrariamente ao verificado no serviço de Medicina, onde os internamentos são prolongados.

A Unidade, que se caracteriza pela elevada sofisticação tecnológica, funciona com uma equipa de Enfermagem constituída por catorze elementos, uma

⁽³⁰⁾ CARAPINHEIRO, Graça - *Saberes e poderes no hospital*, p. 106

⁽³¹⁾ LOPES, Noémia - *A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de Enfermagem*, p. 113

equipa médica de sete elementos e quatro auxiliares de acção médica. A distribuição destes profissionais pelos três turnos diários faz-se de maneira desigual. Assim, no turno da manhã estão presentes sempre quatro enfermeiros e uma auxiliar de acção médica, nos turnos da tarde e da noite estão dois enfermeiros e uma auxiliar de acção médica. Quanto à presença médica é de salientar que se encontra pelo menos sempre um médico presente em todos os turnos.

As salas têm paredes envidraçadas, o que permite a constante visibilidade dos utentes por médicos e enfermeiros. Além da sala onde se encontram os utentes, existem ainda uma sala de trabalho onde se preparam as terapêuticas, uma copa onde se tomam pequenas refeições, uma sala que serve de armazém de material, as casa de banho e uma sala de despejos. Existe ainda uma sala comum a médicos e enfermeiros, onde se encontram os processos dos utentes, não havendo formalmente nenhum espaço atribuído em exclusivo a nenhum dos grupos profissionais, contrariamente ao verificado no serviço de Medicina. Também o negatoscópio, que no serviço de Medicina se encontra na sala dos médicos, a que os enfermeiros *não têm acesso* livremente, neste serviço encontra-se um por cima de cada leito existente, para além de outro de dimensões maiores colocado numa parede da Unidade.

Esta partilha dos mesmos espaços e o igual acesso aos meios de informação relativa aos utentes, poderá deixar supor uma diluição das fronteiras rígidas entre dominação/subordinação, que caracterizam a relação entre trabalho médico/trabalho de Enfermagem em serviços com outras características (cuidados polivalentes).

Também o facto do cenário de trabalho, neste tipo de serviços, se situar frequentemente na fronteira entre a vida e a morte, o que requer vigilância e reajustamentos constantes, *exige* uma interdependência funcional entre o trabalho médico e o trabalho de Enfermagem, de que resulta uma colaboração permanente entre estes dois grupos profissionais. Efectivamente, a gravidade das situações,

torna imprescindível a manutenção de uma intercomunicabilidade contínua entre médicos e enfermeiros, o que faz com que seja mais reconhecido o valor dos cuidados de Enfermagem.

A própria organização do trabalho de Enfermagem facilita uma maior colaboração entre médico e enfermeiro, pois o método de trabalho utilizado é o método individual, em que o enfermeiro é responsável pelo planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados. Este método promove o contacto directo entre o médico e o enfermeiro responsável pelo utente, não tendo o enfermeiro-chefe um papel de mediação. De facto, apesar do enfermeiro-chefe se encontrar formalmente num escalão mais elevado da hierarquia de autoridade de Enfermagem, os enfermeiros da prestação directa de cuidados têm autonomia suficiente para coordenar o seu trabalho com o de outros profissionais, o que possibilita contactos directos entre médicos e enfermeiros, podendo a autoridade neste serviço considerar-se flexível, visto que se caracteriza pela descentralização de decisões e pelo esbatimento da mediação hierárquica centralizada no enfermeiro-chefe. De recordar que nos serviços de Medicina, frequentemente o enfermeiro-chefe medeia a troca de informações entre médicos e enfermeiros da prestação directa de cuidados.

Para terminarmos a caracterização deste serviço, e ainda relativamente à organização do trabalho de Enfermagem, convém referir que não é seguido nenhum modelo teórico de Enfermagem, nem é utilizado o processo de Enfermagem como metodologia de trabalho dos enfermeiros, também alegadamente por falta de pessoal.

TERCEIRA PARTE
Perspectiva metodológica

1 - HIPÓTESES FORMULADAS

1.1 - NO PLANEAMENTO DA PESQUISA

Hipótese A: Os enfermeiros que trabalham em serviços que prestam cuidados especializados revelam maior satisfação profissional

Resultado: $\chi^2_o = 4,39 > \chi^2_c = 3,84$ **Q de Yule:** +0,50

Hipótese B: Os enfermeiros com menor experiência profissional (≤ 9 anos) são os que consideram o Processo de Enfermagem como bom método de trabalho

Resultado: $\chi^2_o = 1,12 < \chi^2_c = 3,84$

Hipótese C: Os enfermeiros mais jovens (≤ 35 anos) são os que consideram benéfica para a profissão a existência de vários modelos teóricos

Resultado: $\chi^2_o = 4,03 > \chi^2_c = 3,84$ **Q de Yule:** -0,63

1.2 - NO DECORRER DO TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Hipótese D: Os enfermeiros com habilitações académicas mais elevadas (bacharelato e DESEE) são os que acham que a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico aumentou o prestígio social da profissão

Resultado: $\chi^2_o = 4,82 > \chi^2_c = 3,84$ **Q de Yule:** -0,47

Hipótese E: Existe diferença significativa entre a média atribuída às justificações consideradas positivas e a média atribuída às justificações consideradas negativas

Resultado: $t_o = 1,66 < t_c = 2,086$

2 - VARIÁVEIS UTILIZADAS E SUA OPERACIONALIZAÇÃO

2.1 - VARIÁVEL DEPENDENTE

As representações sociais sobre as funções que os enfermeiros de um Hospital Distrital desempenham.

2.1.1 - Indicadores para medir a variável dependente

- opinião sobre o Processo de Enfermagem como metodologia de trabalho
- opinião sobre a existência de vários modelos teóricos de Enfermagem
- opinião sobre a importância atribuída ao trabalho de Enfermagem
- satisfação profissional
- opinião sobre a prática de investigação para a autonomia da profissão
- opinião sobre a dimensão relacional como factor que distingue a Enfermagem das outras profissões de saúde
- representação sobre Enfermagem
- realização ou colaboração em estudos sobre problemas de Enfermagem
- utilização de resultados de estudos e trabalhos de investigação para a melhoria dos cuidados de Enfermagem
- opinião sobre o reconhecimento social da profissão
- opinião sobre os factores que contribuem para a autonomia da profissão
- opinião sobre a competência profissional após integração no Ensino Superior
- opinião sobre o prestígio social após integração no Ensino Superior
- opinião sobre a área do saber a aprofundar mais no CSE
- opinião sobre a escolha novamente da profissão
- opinião sobre se a Enfermagem hospitalar deve privilegiar a dimensão técnica
- comparação com outras profissões de saúde a nível social

2.2 - VARIÁVEIS INDEPENDENTES

- Sexo
- Idade
- Categoria profissional
- Serviço onde trabalha
- Habilitações acadêmicas
- Habilitações profissionais
- Posse ou frequência de outro curso
- Experiência profissional
- Vínculo à Instituição
- Motivo de escolha da profissão
- Desempenho de funções pertencentes a outros grupos profissionais
- Serviço onde gostaria de trabalhar
- Delegação de tarefas menos qualificadas
- Desejo de abandonar a carreira hospitalar

3 - MATERIAL E MÉTODOS

3.1 - A ESCOLHA DO CONTEXTO

A decisão de elaborar o nosso estudo em contexto hospitalar, baseou-se, fundamentalmente, na posição de centralidade que o hospital ocupa no sistema de saúde.

Sem pretender tirar mérito aos enfermeiros que exercem a sua actividade profissional em outras áreas, parece-nos ser a instituição hospitalar, pelas características que possui, o espaço ideal para a conquista da autonomia que a Enfermagem persegue. De facto, é no contexto hospitalar que se cruzam de um modo mais estreito os diversos grupos profissionais, com todos os seus saberes e poderes inerentes, pelo que deve ser nesse espaço que a Enfermagem deve mostrar o carácter indispensável da sua actividade, de modo a legitimar a posição que lhe é devida.

O Hospital Distrital de Castelo Branco é um hospital moderno, tendo começado a funcionar em 1977. Equipado com 342 camas, serve uma população residente estimada em 210230 habitantes ¹, distribuídos por uma área com 6615 Km de superfície, onde existem ainda dois outros hospitais com a mesma categoria do hospital onde foi feito o estudo, que são os de Covilhã e Fundão, que servem essencialmente a parte norte do distrito, designada Cova da Beira, enquanto o hospital onde foi feita a nossa pesquisa serve essencialmente a parte sul do distrito, designada Beira Interior Sul.

¹ Ministério da Saúde - *Recursos Humanos da Saúde 1994*, p. 164, Publicação do DRHS, Lisboa

3.2 - TIPO DE ESTUDO

O estudo por nós efectuado é um estudo exploratório, descritivo e analítico, que pretende dar a conhecer as representações dos enfermeiros da prestação directa de cuidados, sobre as funções que desempenham.

3.3 - POPULAÇÃO

A população abrangida pelo estudo é constituída por todos os enfermeiros do Hospital Distrital de Castelo Branco, cuja área de actuação é a prestação de cuidados, tendo em conta o Decreto-Lei nº 437/91 de 8/11, que aprova o regime legal da carreira de Enfermagem. Assim, a população é constituída por cento e cinquenta e dois (152) enfermeiros (nível 1), oitenta e quatro (84) enfermeiros graduados e vinte e cinco (25) enfermeiros especialistas.

3.3.1 - Amostra populacional

A amostra populacional é constituída por quarenta e seis (46) enfermeiros, vinte e seis (26) enfermeiros graduados e oito (8) enfermeiros especialistas. Para seleccionar a amostra, recorreremos à técnica da amostragem probabilística estratificada, tendo a população sido dividida segundo a categoria profissional dos seus elementos. Posteriormente, procedeu-se ao sorteio do número proporcional de elementos, dentro de cada categoria profissional, tendo sido utilizada uma tabela de números aleatórios.

Foram contactados noventa e dois (92) profissionais de Enfermagem para a aplicação do questionário, tendo sido considerados oitenta questionários

correctamente preenchidos. Assim, o erro padrão calculado foi de 4,2%, sendo o erro padrão real de 4,66%.

3.4 - RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Para a recolha de informação, utilizámos a pesquisa bibliográfica, o questionário e a observação directa, para além da utilização de dados fornecidos pelo Serviço de Pessoal da instituição hospitalar onde decorreu o estudo.

A pesquisa bibliográfica foi preferencialmente orientada para artigos, revistas, livros e outro tipo de publicações da autoria não só de enfermeiros, mas também de outros autores, portugueses e estrangeiros, assim como obras de Psicologia Social e de Sociologia, por nos parecerem de interesse para a problemática em estudo. Todas as publicações consultadas são indicadas nas Referências Bibliográficas.

Utilizámos também o questionário (**Anexo 2**). Após termos obtido autorização da Enfermeira-Directora da instituição (**Anexo 1**), foi aplicado o pré-teste a dez (10) enfermeiros. Dessa aplicação, resultou a necessidade de alterar a redacção de uma das perguntas, por ter suscitado algumas dúvidas a redacção inicial. Após essa remodelação, o questionário composto por três (3) perguntas abertas, dezasseis (16) perguntas fechadas e doze (12) perguntas mistas, foi aplicado a noventa e dois (92) enfermeiros.

Inicialmente, o prazo de preenchimento dado foi de oito (8) dias, mas teve que ser prorrogado para quinze (15) dias, por incumprimento do prazo inicial. A entrega e a recolha dos questionários decorreu entre 15 e 31 de Maio de 1995, tendo sido recolhidos oitenta e três (83). Três (3) desses questionários não se encontravam preenchidos na totalidade, pelo que foram eliminados. Analisámos, por isso, as respostas dadas por oitenta (80) enfermeiros da área de prestação de cuidados.

Recorremos ainda à observação directa, em alguns serviços, onde estivemos em estágio com alunos do Curso de Bacharelato em Enfermagem. Esse tipo de recolha de informação centrou-se entre Novembro de 1993 e Outubro de 1994, com períodos de intermitência.

3.5 - TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

A informação recolhida através dos questionários foi tratada segundo a análise quantitativa e qualitativa de conteúdo. As respostas às perguntas abertas foram submetidas à análise qualitativa de conteúdo. As respostas às perguntas mistas sofreram os dois tipos de tratamento, ou seja, análise quantitativa e qualitativa de conteúdo.

A observação directa permitiu-nos recolher valiosas notas, que nos ajudaram tanto na orientação da pesquisa como na fundamentação teórica.

Para testar as hipóteses por nós formuladas no planeamento da pesquisa e no decurso do tratamento estatístico, utilizámos o teste não paramétrico do qui-quadrado, o Q de Yule e o teste de diferença entre médias, ao nível de significância de 0,05.

QUARTA PARTE
Resultados

1 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados que vão ser apresentados visam caracterizar a amostra populacional da pesquisa. Com excepção da **tabela 2**, que contém dados fornecidos pelo DRHS, vamos omitir as fontes das restantes tabelas, dos quadros e gráficos, assim como nos títulos dos mesmos, vamos omitir o espaço ou local abrangido e o tempo a que os dados se reportam, uma vez que nos referimos sempre, com a excepção atrás referida, a dados colhidos na actual pesquisa, através do questionário anexo.

Vamos iniciar a caracterização da amostra populacional tendo em conta, primeiro, as variáveis independentes e posteriormente a variável dependente com os indicadores seleccionados.

1.1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1.1.1 - Idade e sexo

A amostra do nosso estudo é constituída por oitenta (80) enfermeiros, havendo claro predomínio das mulheres em relação aos homens. De facto, o sexo feminino está representado por 65,0 %, enquanto o sexo masculino corresponde aos 35,0 % restantes, como se pode constatar pela **tabela 1**. Estes valores estão de acordo com os dados fornecidos pelo DRHS, referentes ao pessoal de Enfermagem que presta serviço nos estabelecimentos e instituições que dependem do Ministério da Saúde, reportados a 31 de Dezembro de 1994. Efectivamente, ao analisarmos esses dados, que dizem respeito ao total nacional, verificamos que o predomínio do sexo feminino é ainda mais acentuado, já que 81,23 % são mulheres contra 18,77 % correspondentes ao sexo masculino, como

se pode verificar pela **tabela 2**. Estes dados confirmam que a Enfermagem continua a ser um grupo profissional predominantemente feminino. O grupo etário mais representado, no nosso estudo, é o dos vinte e seis (26) aos trinta (30) anos, com 20,0 % no sexo feminino e 15,0 % no sexo masculino, o que totaliza 35,0 %. Se bem que os intervalos de classe dos grupos etários da nossa amostra e dos dados fornecidos pelo DRHS não coincidam, podemos verificar que, a nível nacional, o grupo etário mais representado é o dos vinte e cinco (25) aos trinta e quatro (34) anos, com 36,68 %, sendo 6,58 % homens e 30,1 % mulheres. A amplitude do intervalo de variação da amostra é de vinte e quatro (24) anos, sendo a média etária de 30,93 e o desvio padrão de 5,22 anos.

Por sexos, a média de idades é de 29,78 no sexo masculino com um desvio padrão de 3,49 anos, enquanto no sexo feminino a média é de 31,55 com um desvio padrão de 5,66 anos.

De salientar que com idade superior a quarenta (40) anos existem apenas três (3) elementos na amostra, todos pertencentes ao sexo feminino.

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros por grupo etário e sexo

Grupo etário	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		Nº	%	Nº	%
21 - 25	4	5,00	8	10,00	12	15,00
26 - 30	12	15,00	16	20,00	28	35,00
31 - 35	10	12,50	14	17,50	24	30,00
36 - 40	2	2,50	11	13,75	13	16,25
41 - 45	-	-	3	3,75	3	3,75
Total	28	35,00	52	65,00	80	100,00

$$\bar{x} = 29,78$$

$$s = 3,49$$

$$\bar{x} = 31,55$$

$$s = 5,66$$

$$\bar{x} = 30,93$$

$$s = 5,22$$

$$AIV = 24$$

Tabela 2 - Distribuição do pessoal de Enfermagem, segundo o grupo etário e sexo, a prestar serviço em estabelecimentos e instituições dependentes do Ministério da Saúde, reportados a 31 de Dezembro de 1994

Grupos Etários	Homens	%	Mulheres	%	Total	%
< 25	169	0,72	979	4,17	1148	4,89
25 - 34	1545	6,58	7073	30,10	8618	36,68
35 - 44	1319	5,61	4821	20,52	6140	26,13
45 - 54	879	3,74	4118	17,53	4997	21,27
55 - 64	441	1,88	1889	8,04	2330	9,92
> 65	57	0,24	206	0,88	263	1,12
Total	4410	18,77	19086	81,23	23496	100,00

Fonte: Ministério da Saúde - *Recursos Humanos da Saúde 1994*. Publicação do Departamento de Recursos Humanos da Saúde, p. 161, Lisboa

1.1.2 - Habilitações académicas e profissionais

Mais de metade da amostra (52,5 %), possui como grau académico o bacharelato. Desses, 46,25 % fizeram o Curso de Bacharelato em Enfermagem e os restantes 6,25 % fizeram o antigo Curso Enfermagem Geral, tendo tido equivalência ao grau de bacharel em Enfermagem, ao abrigo do nº 1 do Artigo 10º do Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro, alterado pelo Decreto-Lei nº 100/90, de 20 de Março.

Os restantes trinta (30) elementos possuidores do CEG, que correspondem a 37,5 % da amostra, não tiveram equivalência ao grau de bacharel.

Os indivíduos com equivalência ao Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, constituem 10,0 % da amostra. De referir que a

equivalência ao DESEE implica a posse de um Curso de Especialização em Enfermagem.

Actualmente, com a integração do ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, surgiram algumas alterações, umas já em vigor, outras a aguardar apenas o início do novo ano lectivo para se iniciarem. De facto, para além da criação do Curso Superior de Enfermagem, que confere o grau académico de bacharel e o título profissional de enfermeiro, previsto no artigo 3º do Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro, e que já vem sendo leccionado há alguns anos, os artigos 4º e 5º do mesmo Decreto-Lei preconizam a criação de Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem. A Portaria nº 239/94 de 16 de Abril, no seu artigo 2º cria os Cursos de Estudos Superiores Especializados, que conferem o grau académico de licenciado, ao abrigo do nº 7 do artigo 13º da Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86 de 14 de Outubro).

Tabela 3 - Distribuição dos enfermeiros segundo as habilitações académicas e profissionais

Habilitações académicas / Habilitações profissionais	Sem Bacharelato		Bacharelato/ equivalente		DESEE/ equivalente		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CEG	30	37,50	5	6,25	-	-	35	43,75
CSE	-	-	37	46,25	-	-	37	46,25
CEEMC	-	-	-	-	5	6,25	5	6,25
CEER	-	-	-	-	3	3,75	3	3,75
Total	30	37,50	42	52,50	8	10,00	80	100,00

1.1.3 - Anos de serviço e categoria profissional

Como podemos ver pela **tabela 4**, a amostra estudada é composta maioritariamente (57,5 %) por indivíduos com a categoria de enfermeiro (nível 1), que é uma das categorias de ingresso na carreira de Enfermagem (alínea a do Artigo 10º do Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro). Desses, 36,25 % têm entre zero* (0) e quatro (4) anos de serviço. De referir que só após três (3) anos de serviço na categoria de enfermeiro (nível 1) e avaliação de desempenho de Satisfaz se poderá ter acesso à categoria de enfermeiro graduado, por concurso de avaliação curricular. Podemos ainda verificar que os indivíduos com a categoria de enfermeiro (nível 1) têm um tempo médio de serviço de 5,9 anos.

Quanto aos enfermeiros graduados, encontram-se maioritariamente entre os elementos que têm entre cinco (5) e nove (9) anos de serviço (12,5 % da amostra) e entre dez (10) e catorze (14) anos de serviço (igualmente 12,5 % da amostra). Os enfermeiros pertencentes a esta categoria têm 10,8 anos de tempo médio de serviço.

Os enfermeiros com a categoria de especialista, categoria mais elevada da área de prestação de cuidados, são oito (8), representando 10,0 % da amostra. Desses oito (8), sete (7) têm entre dez (10) e catorze (14) anos de serviço. O concurso para acesso à categoria de enfermeiro especialista consiste em avaliação curricular e faz-se de entre os enfermeiros graduados possuidores de um curso de especialização em Enfermagem ou de um curso de estudos superiores especializados, ou de entre os enfermeiros (nível 1) habilitados com um curso de estudos superiores especializados em Enfermagem ou equivalente, ou ainda, de entre os enfermeiros (nível 1) habilitados com um curso de especialização em Enfermagem, com três (3) anos de serviço na categoria. É ainda condição obrigatória, tanto para os enfermeiros (nível 1) como para os enfermeiros graduados ter avaliação de desempenho de Satisfaz. O tempo médio de serviço dos enfermeiros especialistas é de 12,6 anos.

Tabela 4 - Distribuição dos enfermeiros segundo a categoria profissional e os anos de serviço

Categoria Profissional \ Anos de serviço	Enfermeiro		Enfermeiro Graduado		Enfermeiro Especialista		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
* 0 - 4	29	36,25	1	1,25	-	-	30	37,50
5 - 9	8	10,00	10	12,50	-	-	18	22,50
10 - 14	2	2,50	10	12,50	7	8,75	19	23,75
15 - 19	4	5,00	4	5,00	1	1,25	9	11,25
20 - 24	3	3,75	1	1,25	-	-	4	5,00
Total	46	57,50	26	32,50	8	10,0	80	100,00

$$\bar{x} = 5,9$$

$$\bar{x} = 10,8$$

$$\bar{x} = 12,6$$

* Possuem no mínimo 3 meses de serviço

1.1.4 - Serviço onde trabalha

Pela **tabela 5**, verificamos que 25,0 % dos enfermeiros da amostra trabalham em serviços de Medicina, enquanto 20,0 % dos elementos desenvolvem a actividade profissional nos serviços de Cirurgia. Na UCIP trabalham 13,75 %. O serviço menos representado no nosso estudo é o de Ortopedia, com 8,75 % de elementos.

Tendo em conta a classificação dos serviços segundo Chauvenet, que nós utilizámos durante a fundamentação teórica, podemos afirmar que 46,25 % do total da amostra exercem a sua actividade profissional em serviços onde são prestados cuidados especializados e 53,75 % em serviços onde são prestados cuidados polivalentes.

Tabela 5 - Distribuição segundo os serviços onde trabalham

Serviço	Nº	%
Medicina	20	25,00
Cirurgia	16	20,00
UCIP	11	13,75
Urgência	10	12,50
Gastroenterologia	8	10,00
Hemodiálise	8	10,00
Ortopedia	7	8,75
Total	80	100,00

1.1.5 - Vínculo à instituição

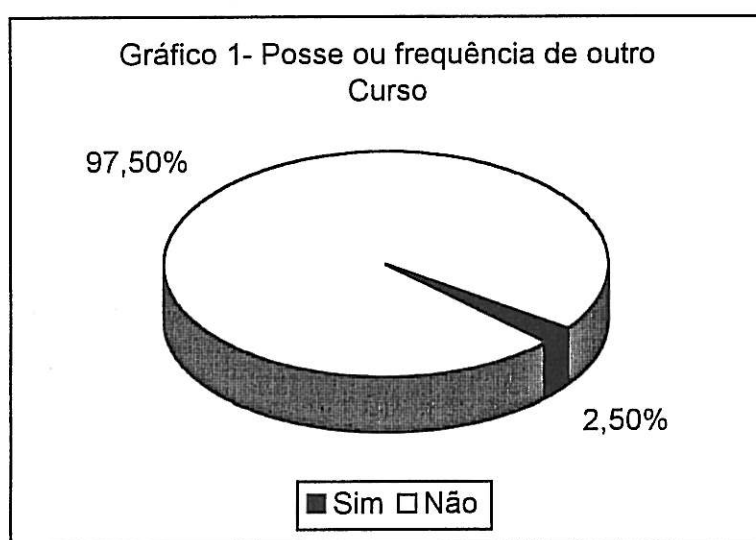
A grande maioria dos nossos inquiridos (72,5 %), como era de esperar, pertence ao quadro da instituição, encontrando-se 25,0 % a recibo verde, enquanto 2,5 % tem contrato a termo certo.

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros segundo o vínculo à Instituição

Vínculo	Nº	%
Quadro	58	72,50
Recibo verde	20	25,00
Contrato	2	2,50
Total	80	100,00

1.1.6 - Posse ou frequência de outro curso

Apenas dois (2) dos enfermeiros que responderam ao questionário, o que representa 2,5 % da amostra, frequentam outro curso, como se pode ver pelo **gráfico 1**. Curiosamente, ambos frequentam cursos de Gestão, enquanto 97,5% dos elementos não frequentam nem possui qualquer outro curso, o que poderá significar que por parte destes enfermeiros não está patente a ideia de preparar a fuga à profissão.



1.1.7 - Motivo de escolha da profissão

Tendo em conta o motivo que originou a escolha da profissão, 57,5 % fê-lo porque sempre desejou ser enfermeiro/a. Com a mesma percentagem (12,5 %) encontram-se os que foram para Enfermagem porque tal opção garantia emprego imediato e aqueles que tinham média baixa para outros cursos.

Tabela 7 - Distribuição dos enfermeiros segundo o motivo que originou a escolha da profissão

Motivo	Nº	%
sempre desejou ser enfermeiro/a	46	57,50
média baixa para outros cursos	10	12,50
tal opção garantia emprego imediato	10	12,50
vontade dos pais/outros familiares	9	11,25
gosto por profissões de ajuda	3	3,75
oportunidade/opção	2	2,50
Total	80	100,00

1.1.8 - Desempenho de funções pertencentes a outros grupos profissionais

A **tabela 8** mostra-nos que 90,0 % dos enfermeiros referem desempenhar funções que pertencem a outros grupos profissionais. Apenas 10,0 % referem desempenhar exclusivamente as funções que legalmente lhe estão atribuídas.

Tabela 8 - Opinião sobre o desempenho de funções pertencentes a outros grupos profissionais

Desempenho de funções de outras profissões	Nº	%
Sim	72	90,0
Não	8	10,0
Total	80	100,0

Pela **tabela 9** verificamos que as explicações para que tal aconteça são variadas. Assim, 36,25 % dos enfermeiros que constituem a amostra apontam a falta de elementos desses grupos profissionais, enquanto 13,75 % o fazem em prol do funcionamento em equipa. Há ainda quem ache que tal acontece porque não existe Estatuto Profissional (12,5 %).

Tabela 9 - Justificações dadas pelos enfermeiros que referiram desempenhar funções pertencentes a outros grupos profissionais

	Nº	%
Falta de elementos desses grupos profissionais	29	36,25
Em prol do funcionamento em equipa	11	13,75
Falta de Auxiliares de Acção Médica	10	12,50
Falta de Estatuto Profissional	10	12,50
Deficiente organização dos serviços	4	5,00
Falta articulação no seio da equipa	4	5,00
Falta Ordem dos Enfermeiros	2	2,50
Por falta de médicos	1	1,25
Total	71	88,75

1.1.9 - Desejo de abandonar a carreira hospitalar

Dos oitenta (80) enfermeiros que constituem a amostra, 81,25 % desejam permanecer na carreira hospitalar, enquanto 18,75 % gostariam de a abandonar.

Como nos mostra a **tabela 10**, dos que gostariam de abandonar a carreira hospitalar, 12,5 % desejam ir para a docência de Enfermagem (mantendo-se, portanto, na profissão, com outras funções), 5,0 % gostariam de enveredar pelas Relações Públicas, enquanto 1,25 % tem como preferência a docência de outros graus de ensino. Como podemos verificar, apenas 6,25 % gostaria de abandonar a profissão.

Tabela 10 - Distribuição segundo as actividades desejadas pelos enfermeiros que gostariam de abandonar a carreira hospitalar

Abandono da carreira hospitalar	Nº	%
Docência de Enfermagem	10	12,50
Relações Públicas	4	5,00
Professor	1	1,25
Total	15	18,75

1.1.10 - Serviço onde gostaria de trabalhar

Como podemos verificar pela **tabela 11**, 33,75 % da amostra manifestam preferência pela UCIP, seguindo-se os serviços de Cirurgia com 23,75 % das preferências. O serviço menos pretendido é o de Urologia, que constitui a preferência de apenas 2,5 % da amostra. Se tivermos em conta o agrupamento por nós efectuado, baseado na classificação efectuada por Chauvenet, é relevante o facto da maior parte dos enfermeiros que trabalham em serviços especializados desejar manter-se no serviço actual. Efectivamente, 33,75 % dos 46,25 % que trabalham em serviços especializados pretende permanecer no mesmo serviço, enquanto 7,5 % gostaria de transitar para outro serviço onde são igualmente prestados cuidados especializados. Apenas 5,0 % manifesta a vontade de transitar para um serviço onde são prestados cuidados polivalentes. Quanto aos enfermeiros que trabalham em serviços onde são prestados cuidados polivalentes (53,75 % da amostra), 21,25 % gostaria de permanecer no serviço actual, enquanto 6,25 % gostaria de trabalhar noutros serviços onde também são prestados cuidados polivalentes. Os restantes 26,25 % gostariam de trabalhar em serviços onde são prestados cuidados especializados.

Tabela 11 - Distribuição segundo o serviço onde trabalha e onde gostaria de trabalhar

Serviço Preferido	Medicina		Cirurgia		UCIP		Gastroenterologia		Ortopedia		Urgência		Urologia		Hemo dialise		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medicina	7	8,75	6	7,50	6	7,50	-	-	1	1,25	-	-	-	-	-	-	20	25,00
Cirurgia	-	-	11	13,75	5	6,25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	20,00
UCIP	-	-	-	-	8	10,00	2	2,50	-	-	-	-	1	1,25	-	-	11	13,75
Gastroenterologia	-	-	-	-	3	3,75	3	3,75	2	2,50	-	-	-	-	-	-	8	10,00
Ortopedia	-	-	-	-	2	2,50	-	-	4	5,00	-	-	-	-	1	1,25	7	8,75
Urgência	1	1,25	-	-	1	1,25	-	-	-	-	8	10,0	-	-	-	-	10	12,50
Hemodiálise	-	-	2	2,50	2	2,50	-	-	-	-	-	-	1	1,25	3	3,75	8	10,00
Total	8	10,0	19	23,75	27	33,75	5	6,25	7	8,75	8	10,0	2	2,50	4	5,00	80	100,00

1.1.11 - Delegação de tarefas menos qualificadas

Apesar de várias vezes ser considerada uma estratégia para poder fazer face à escassez de pessoal, a delegação de tarefas menos qualificadas é uma clara estratégia de revalorização profissional, por parte dos enfermeiros. De facto, ao delegarem tarefas nas auxiliares de acção médica, os enfermeiros, para além de pretenderem uma maior especialização do seu trabalho, estão a colocar as auxiliares na dependência técnica e social da Enfermagem, numa posição de subordinação, tornando ,dessa forma, mais ampla a sua autoridade. Apenas 20,0 % dos enfermeiros referiu não delegar tarefas menos qualificadas nas auxiliares de acção médica, enquanto 80,0 % refere fazê-lo, como nos mostra a **tabela 12**.

Tabela 12 - Delegação de tarefas menos qualificadas

Delegação de tarefas	Nº	%
Sim	64	80,00
Não	16	20,00
Total	80	100,00

1.2 - INDICADORES DA VARIÁVEL DEPENDENTE

As tabelas que se seguem são referentes à análise qualitativa de conteúdo, adaptada de BARDIN, GHIGLIONE e VALA, e dizem respeito aos indicadores

da variável dependente seleccionados. É importante, no entanto, referir que para o teste de diferença entre médias utilizámos onze (11) desses indicadores, os quais passamos a indicar, imediatamente a seguir, assim como a forma como foram agrupados:

- no **quadro 1** as justificações sobre o Processo de Enfermagem como método de trabalho, cujas unidades de contexto são o BOM e o MAU método, com as respectivas unidades de registo;
- no **quadro 2** as justificações segundo a opinião sobre a existência de vários modelos teóricos, cujas unidades de contexto são BENÉFICA e PREJUDICIAL, com as respectivas unidades de registo;
- no **quadro 3** as justificações decorrentes da convicção de escolher, ou não, novamente a profissão, caso fosse possível retroceder no tempo, cujas unidades de contexto são SIM e NÃO;
- na **tabela 13** a satisfação profissional, considerada positiva (“Satisfeito” e Totalmente satisfeito”) ou negativa (“Insatisfeito” e “Pouco satisfeito”);
- na **tabela 14** a importância atribuída ao trabalho de Enfermagem, considerada positiva (“Muito importante” e “Extremamente importante”) ou negativa (“Relativamente importante”);
- na **tabela 17** a comparação, a nível social, com as outras profissões de saúde;
- na **tabela 19** a opinião sobre o reconhecimento social da profissão, considerada positiva (“Razoavelmente reconhecida” e “Muito reconhecida”) ou negativa (“Pouco reconhecida”);
- na **tabela 20** a opinião sobre a investigação como factor decisivo para a autonomia da profissão, considerada positiva (“Concordo parcialmente” e

“Concordo totalmente”) ou negativa (“Discordo parcialmente” e “Não concordo nem discordo”);

- na **tabela 21** a opinião sobre a dimensão relacional como factor de destrição da Enfermagem com as outras profissões de saúde, considerada positiva (“Concordo parcialmente” e “Concordo totalmente”) ou negativa (“Discordo totalmente”, “Discordo Parcialmente” e “Não concordo nem discordo”);

- no **quadro 7** a opinião sobre o aumento, ou não, da competência profissional dos enfermeiros após a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico, cujas unidades de contexto são SIM e NÃO, com as respectivas unidades de registo;

- no **quadro 8** a opinião sobre o aumento, ou não, do prestígio social dos enfermeiros após a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico, cujas unidades de contexto são SIM e NÃO, com as respectivas unidades de registo.

1.2.1 - Opinião sobre o Processo de Enfermagem como método de trabalho

O Processo de Enfermagem é considerado como um bom método de trabalho por 66,25 % da amostra, enquanto 33,75 % são da opinião de que constitui uma má metodologia. Como nos mostra a **quadro 1**, as razões apontadas como responsáveis para o facto do Processo de Enfermagem ser um bom método de trabalho são várias. As mais significativas são a melhoria na organização do trabalho, com dezasseis (16) unidades de enumeração, que é a unidade de registo que mais vezes se repete, seguindo-se a garantia da

continuidade dos cuidados, com onze (11) e um caminho para a autonomia, com dez (10).

Os que consideram o Processo de Enfermagem uma má metodologia de trabalho, apontam também várias razões. A unidade de registo mais significativa é a consideração de tal método como utópico, com sete (7) unidades de enumeração, seguindo-se a pouca funcionalidade, com seis (6). Surge, depois, a diversidade de modelos teóricos de enfermagem, com cinco, para aparecer depois a difícil execução e a falta de pessoal, ambas com quatro (4). Por último surge a falta de tempo com uma (1).

Quadro 1 - Justificações dadas pelos enfermeiros segundo a opinião sobre o Processo de Enfermagem como método de trabalho

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
BOM MÉTODO	melhora organização do trabalho	16
	garante continuidade dos cuidados	11
	conduz à autonomia	10
	permite individualização dos cuidados	6
	permite uniformização de actuação	5
	valoriza profissão de Enfermagem	4
	permite avaliar o trabalho	1
Sub-total		53
MAU MÉTODO	é utopia	7
	pouco funcional	6
	diversidade de modelos	5
	difícil execução	4
	falta de pessoal	4
	perda de tempo	1
Sub-total		27
Total		80

1.2.2 - Opinião sobre a existência de vários modelos teóricos

Se por um lado, a existência de vários modelos teóricos pode ser vista como antagónica à estabilidade gerada pelo consenso, por outro, pode ser encarada como a existência de vários pontos de partida para a prática, para o ensino e para a investigação em Enfermagem, pelo que a Enfermagem só terá a ganhar com a existência de um pluralismo teórico. Também a maioria dos nossos inquiridos (66,25 %), considera benéfica para a profissão a existência de vários modelos teóricos, enquanto 33,75 % acham que essa variedade é prejudicial.

Quadro 2 - Justificações dadas pelos enfermeiros segundo a opinião sobre a existência de vários modelos teóricos

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
BENÉFICA	permite adaptação consoante o serviço	10
	várias perspectivas	10
	imprescindível para a evolução da profissão	9
	várias referências	9
	complementaridade	5
	permite escolher o que mais se gosta	4
	valoriza a profissão	4
	permite comparação	2
Sub-total		53
PREJUDICIAL	dificulta uniformização	13
	desajustado da nossa realidade	6
	dificuldade de aplicação	4
	devido à falta de uniformização de critérios	3
	conduz à desunião dos profissionais	1
Sub-total		27
Total		80

As unidades de registo mais significativas, para os que acham a existência de vários modelos como benéfica para a profissão, são a possibilidade de adaptação consoante o serviço e as várias perspectivas que oferecem, ambas com dez (10) unidades de enumeração, como se pode ver pelo **quadro 2**. Segue-se a imprescindibilidade para a evolução da profissão e as várias reeferências, ambas com nove (9), assim como o facto de poderem ser complementares, com cinco (5). Do lado dos que acham prejudicial para a profissão a existência de vários modelos teóricos, a unidade de registo mais significativa é a dificuldade de uniformização, com treze (13). Em seguida vem o desajuste à nossa realidade, com seis (6) e a dificuldade de aplicação, com quatro (4).

1.2.3 - Escolha novamente da profissão

Enquanto 18,75 % afirma que, se fosse possível retroceder no tempo, escolheriam outras profissões, 81,25 % voltariam a eleger a Enfermagem para sua profissão.

Como se pode verificar pelo **quadro 3**, dos que voltariam a escolher enfermagem, a unidade de registo mais significativa é a realização profissional/valorização, com trinta unidades de enumeração (30).

Segue-se a dignidade da profissão, com dez (10) e a nobreza da profissão, com sete (7).

Dos que não voltariam a escolher novamente enfermagem, a unidade de registo mais significativa é a frustração, com quatro (4). Segue-se a falta de recursos humanos e materiais com três (3). Depois surgem o desgaste provocado pelos turnos, a falta de correspondência condições-grau de responsabilização e a perda de campos de actuação, todas com duas (2) unidades de registo.

Quadro 3 - Justificações dadas pelos enfermeiros segundo a convicção de escolher, ou não, novamente a profissão, caso fosse possível retroceder no tempo

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
SIM	Realização profissional/valorização	30
	Dignidade da profissão	10
	Profissão de nobreza incomparável	8
	Profissão altamente enriquecedora	7
	realização profissional + vocação	5
	Vocação	5
Sub-total		65
NÃO	Profissão frustrante	4
	Falta de recursos humanos e materiais	3
	Horário por turnos desgastante	2
	Falta correspondência condições-grau de responsabilização	2
	Está a perder campos de actuação	2
	Não concordo com ensino actual	1
	Pouco reconhecimento social	1
	Sub-total	
Total		80

1.2.4 - Satisfação profissional

Apesar de várias vezes os enfermeiros terem feito referência, tanto nas respostas ao questionário, como nas conversas entre si, à escassez de pessoal, ao desgaste provocado pelos turnos, à insuficiente remuneração e ao baixo reconhecimento social, 66,25 % dos inquiridos afirma sentir-se "Satisfeito",

enquanto 6,25 % afirma sentir-se "Totalmente satisfeito", o que totaliza 72,5 % da amostra. De referir ainda que 15,0 % refere sentir-se "Pouco satisfeito" enquanto 12,5 % se coloca na categoria de "Insatisfeito". Nenhum elemento se posicionou na categoria de "Totalmente insatisfeito".

Tabela 13 - Distribuição segundo a satisfação profissional

Satisfação profissional	Nº	%
Insatisfeito	10	12,50
Pouco satisfeito	12	15,00
Satisfeito	53	66,25
Totalmente satisfeito	5	6,25
Total	80	100,00

1.2.5 - Importância atribuída ao trabalho de enfermagem

Quanto ao trabalho de Enfermagem 53,75 % é da opinião de que é "Extremamente importante", enquanto 31,25% o considera "Muito importante" e 15,0 % o classifica como "Relativamente importante". De salientar que nenhum enfermeiro classifica o trabalho de Enfermagem como "Nada importante" ou como "Pouco importante".

Tabela 14 - Distribuição segundo a importância atribuída ao trabalho de Enfermagem

Importância atribuída ao trabalho de Enfermagem	Nº	%
Relativamente importante	12	15,00
Muito importante	25	31,25
Extremamente importante	43	53,75
Total	80	100,0

1.2.6 - Realização ou colaboração em estudos sobre problemas de enfermagem

A realização ou colaboração em estudos sobre problemas de Enfermagem, tendo em vista a melhoria dos cuidados, é uma atribuição legalmente estabelecida na alínea i do Artigo 7º do Decreto-Lei 437/91 de 8 de Novembro. No entanto, na amostra por nós estudada, 51,25 % refere não o fazer, enquanto 48,75 % afirma executar essa atribuição.

Tabela 15 - Realização ou colaboração em estudos sobre problemas de Enfermagem

Realização ou colaboração em estudos sobre problemas de Enfermagem	Nº	%
Sim	39	48,75
Não	41	51,25
Total	80	100,00

1.2.7 - Utilização de resultados de trabalhos de investigação para melhoria de cuidados de enfermagem

Apesar da utilização de resultados de trabalhos de investigação para a melhoria dos cuidados de Enfermagem fazer parte do conteúdo funcional das categorias constituintes da nossa amostra, conforme expresso na alínea j do Decreto-Lei nº 437/91, 26,25 % dos nossos inquiridos referem não o fazer. Os 73,75 % restantes afirmam realizar tal atribuição.

Tabela 16 - Utilização de resultados de trabalhos de investigação

Utilização de resultados de trabalhos de investigação	Nº	%
Sim	59	73,75
Não	21	26,25
Total	80	100,00

1.2.8 - Comparação da enfermagem com as outras profissões de saúde a nível social

Apenas 6,25 % situam a Enfermagem ao mesmo nível das outras profissões de saúde, a nível social. Dos que acham que a Enfermagem não está ao mesmo nível das outras profissões de saúde, as unidades de registo mais significativas são a polivalência de funções e a submissão ao poder médico, ambas com doze (12) unidades de enumeração, seguindo-se a falta de informação da população e a realização de tarefas desagradáveis, ambas com dez (10). A seguir aparece a falta de Estatuto Profissional, com nove (9) e a herança histórica da profissão, com

oito (8) unidades de enumeração. Também a insuficiente remuneração é referida, com seis (6) unidades de enumeração.

Tabela 17 - Opinião sobre se a Enfermagem se encontra em pé de igualdade com as outras profissões de saúde

Opinião sobre se a Enfermagem, a nível social se encontra em pé de igualdade com as outras profissões de saúde	Nº	%
SIM	5	6,25
NÃO	75	93,75
Total	80	100,00

Quadro 4 - Justificações dadas pelos enfermeiros para o facto de a Enfermagem não se encontrar em pé de igualdade com as outras profissões de saúde, a nível social

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
NÃO	Polivalência de funções	12
	Submissão ao poder médico	12
	Falta de informação da população	10
	Realização de tarefas desagradáveis	10
	Falta de Estatuto Profissional	9
	Herança histórica da profissão	8
	Insuficiente remuneração	6
	Falta de pessoal	5
	Devido à rápida evolução da profissão	2
	Proximidade com o modelo bio-médico	1
	Sub-total	75

1.2.9 - Opinião sobre a área do saber que deve ser mais aprofundada durante o curso superior de enfermagem

Devido à crescente invasão tecnológica do meio hospitalar, poder-se-ia supor que ao inquirir-se os enfermeiros sobre a dimensão que deveria ser mais aprofundada durante o CSE, fosse dada preferência à dimensão técnica, principalmente pelos enfermeiros que trabalham em serviços que prestam cuidados especializados. Mas isso não aconteceu. Houve uma demarcação da dimensão estritamente técnica, tendo sido dado maior relevo à dimensão relacional, tanto pelos enfermeiros que trabalham em serviços polivalentes como pelos que trabalham em serviços especializados, como se observa na **tabela 18**.

Tabela 18 - Distribuição segundo o serviço onde trabalha e a dimensão que deve ser mais aprofundada no CSE

Dimensão a aprofundar mais no CSE	Serviços		Especializados		Total	
	Poli-valentes					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Relacional	17	21,25	13	16,25	30	37,50
Técnica	15	18,75	7	8,75	22	27,50
Científica + Relacional + Técnica	5	6,25	12	15,00	17	21,25
Científica	6	7,50	3	3,75	9	11,25
Científica + Relacional	-	-	2	2,50	2	2,50
Total	43	53,75	37	46,25	80	100,00

Esta preferência é confirmada ao analisarmos a tabela 21, onde se pode constatar que 80,0 % dos nossos inquiridos concordam que o factor que distingue a Enfermagem das outras profissões de saúde é a dimensão relacional (43,75 % “concordam parcialmente” e 36,25 % “concordam totalmente”). A maior parte dos enfermeiros está convicto de que o campo de actuação autónomo da

profissão passa pela relevância da dimensão relacional, onde assenta a essência da profissão: o Cuidar. Ao analisarmos o quadro 6, verificamos que existe coerência com o atrás exposto, pois 41,25 % da amostra identifica a Enfermagem como sinónimo de Cuidar.

1.2.10 - Opinião sobre o reconhecimento social da profissão

Grande parte da amostra (72,5 %) acha que a profissão de Enfermagem é pouco reconhecida socialmente, enquanto apenas 1,25 % acha que é muito reconhecida. Os restantes 26,25 % acham a Enfermagem uma profissão razoavelmente reconhecida socialmente.

Tabela 19 - Opinião sobre o reconhecimento social da profissão

Reconhecimento social	Nº	%
Pouco reconhecida	58	72,50
Razoavelmente reconhecida	21	26,25
Muito reconhecida	1	1,25
Total	80	100,00

1.2.11 - Factores que podem contribuir para a autonomia da profissão

Quanto aos factores que, na opinião dos inquiridos, podem contribuir para a autonomia da profissão, destaca-se a definição do Estatuto Profissional como a

unidade de registo mais significativa, com quinze (15) unidades de enumeração, aparecendo seguidamente a criação da Ordem dos Enfermeiros com onze (11). Em terceiro lugar aparece um factor de carácter funcional como é a aplicação do Processo de Enfermagem com dez (10). (É de relembrar, que no hospital onde efectuámos o estudo, não é aplicado o Processo de Enfermagem, por alegada falta de pessoal). Seguem-se o desenvolvimento da Investigação em Enfermagem e a delegação de tarefas menos qualificadas, ambas com nove (9) unidades de enumeração. Também o desempenho exclusivo das funções de Enfermagem é referido, assim como a melhoria da formação académica, ambas com oito (8). Por fim, surge maior rigor na escolha dos responsáveis e maior união da classe, ambas com cinco (5) unidades de enumeração.

Quadro 5 - Opinião sobre os factores que podem contribuir para a autonomia da profissão

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Factores que podem contribuir para a autonomia da profissão	Definição do Estatuto Profissional	15
	Criação da Ordem dos Enfermeiros	11
	Aplicação do Processo de Enfermagem	10
	Desenvolver a Investigação em Enfermagem	9
	Delegar tarefas menos qualificadas	9
	Desempenho exclusivo das funções de Enfermagem	8
	Melhorar formação académica	8
	Maior rigor na escolha dos responsáveis	5
Maior união da classe	5	
	Sub-total	80
	Total	80

1.2.12 - Investigação como factor decisivo para a autonomia da profissão

Enquanto 62,5 % "concordam parcialmente", 16,25 % "concordam totalmente" que a investigação é o factor decisivo para a autonomia da Enfermagem. 13,75 % não tem opinião sobre esta questão, enquanto 7,5 % "discordam parcialmente" de tal ideia.

Tabela 20 - Opinião sobre a investigação como factor decisivo para a autonomia da profissão

Investigação	Nº	%
Discordo parcialmente	6	7,50
Não concordo nem discordo	11	13,75
Concordo parcialmente	50	62,50
Concordo totalmente	13	16,25
Total	80	100,00

1.2.13 - A dimensão relacional distingue a enfermagem das outras profissões de saúde

Enquanto 80,0 % concordam que a dimensão relacional é o que distingue a Enfermagem das outras profissões de saúde, apesar de 43,75 % "concordar parcialmente" e 36,25 % "concordar totalmente", 12,50 % não têm opinião e 7,5% discordam (5 % discordam parcialmente e 2,5 % discordam totalmente).

Estes valores revelam que existe, por parte dos enfermeiros, a convicção de que é o domínio relacional a base da Enfermagem, onde assentam o saber e o saber-fazer, e vem reforçar o sentido das respostas obtidas em 6.2.9 onde era

pedida opinião sobre a área a aprofundar mais no Curso Superior de Enfermagem.

Tabela 21 - Opinião sobre a dimensão relacional como factor de destrição da Enfermagem com as outras profissões de saúde

Dimensão relacional	Nº	%
Discordo totalmente	2	2,50
Discordo parcialmente	4	5,00
Não concordo nem discordo	10	12,50
Concordo parcialmente	35	43,75
Concordo totalmente	29	36,25
Total	80	100,00

1.2.14 - A enfermagem hospitalar deve privilegiar a dimensão técnica em detrimento da relacional

Grande parte da amostra (78,75 %) não concorda que o trabalho de Enfermagem efectuado em meio hospitalar privilegie a dimensão técnica em detrimento da dimensão relacional, ao passo que 21,25 % é da opinião que se deve dar maior ênfase à dimensão técnica

Tabela 22 - Opinião sobre se a Enfermagem hospitalar deve privilegiar a dimensão técnica em detrimento da relacional

Dimensão técnica	Nº	%
Discordo totalmente	38	47,50
Discordo parcialmente	25	31,25
Concordo parcialmente	12	15,00
Concordo totalmente	5	6,25
Total	80	100,00

1.2.15 - Representação sobre enfermagem

Quanto à representação sobre Enfermagem, a unidade de registo mais significativa é o **Cuidar**, com trinta e três (33) unidades de enumeração, seguindo-se **doente**, com dez (10), **ajudar**, com nove (9). Há, no entanto, a registar os estereótipos que ainda servem de referência à representação da profissão, para alguns, como são **seringa**, com quatro unidades de enumeração, **tratar** com três (3) e **bata** com duas (2).

Quadro 6 - Distribuição segundo a representação sobre Enfermagem

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
Representação sobre Enfermagem	Cuidar	33
	Utente	10
	Ajudar	9
	Humanização	5
	Seringa	4
	Escutar	3
	Relação	3
	Tratar	3
	Amor	2
	Bata	2
	Socorrer	2
	Arte	1
	Nascer	1
	Qualidade	1
	Saúde	1
Total		80

1.2.16 - Competência profissional após integração no Ensino Superior Politécnico

Dos enfermeiros por nós inquiridos, 38,75 % acham que a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico melhorou a competência profissional dos enfermeiros. Nesses, a unidade de registo mais significativa é a existência de maior suporte científico, com dezassete (17) unidades de enumeração. Seguem-se a maior qualificação, com nove (9) e a maior humanização, com cinco (5).

Quadro 7 - Opinião sobre o aumento, ou não, da competência profissional dos enfermeiros após a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
SIM	Porque há maior suporte científico	17
	Há maior qualificação	9
	Há maior humanização	5
Sub-total		31
NÃO	A Escola privilegia o Saber em detrimento do Saber-fazer	15
	O ensino continua igual	11
	Os alunos têm menos vontade de aprender	10
	A escolha é feita pelo prestígio de ser Curso Superior e não por vocação	7
	Há menor interesse pelo utente	5
	As Escolas preparam tão bem que é impossível preparar melhor	1
Sub-total		49
Total		80

Dos que são da opinião de que a competência profissional não melhorou com a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior, a unidade de

registo mais significativa é "a Escola privilegia o Saber em detrimento do saber-fazer", com quinze (15) unidades de enumeração. Segue-se a unidade de registo "o ensino continua igual" com onze (11), "os alunos têm menos vontade de aprender", com dez (10), a "escolha é feita pelo prestígio de ser curso superior e não por vocação", com sete (7), "o menor interesse pelo utente", com cinco (5), e o facto de "as escolas prepararem tão bem que é impossível preparar melhor", com uma (1) unidade de enumeração.

1.2.17 - Prestígio social após integração no Ensino Superior Politécnico

Numa sociedade em que o diploma referente a um curso superior é muito valorizado e gerador de prestígio social, quisemos saber se, na opinião dos elementos da nossa amostra, o prestígio social dos enfermeiros aumentou após a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico.

Do total da amostra, 47,5 % acham que o prestígio social dos enfermeiros se tornou mais elevado com a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico. Quanto às justificações dadas, as unidades de registo mais significativa são o grau académico que confere, com quinze (15) unidades de numeração, e a melhor qualificação, com treze (13). Há, no entanto, 52,5 % que são da opinião de que o prestígio social não sofreu melhoria com a integração no ensino superior, sendo as unidades de registo mais significativas "as funções práticas pouco qualificadas, com vinte e uma (21) unidades de enumeração, seguindo-se a submissão ao poder médico, com dez (10) unidades de enumeração

Quadro 8 - Opinião sobre o aumento, ou não, do prestígio social dos enfermeiros após a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico

Unidades de Contexto	Unidades de Registo	Unidades de Enumeração
SIM	Pelo grau académico que confere	15
	Melhor qualificação	13
	Pelo acesso ser nos moldes do Ensino Superior	6
	Pelo simples facto de se considerar superior	4
Sub-total		38
NÃO	Pelas funções práticas pouco qualificadas	21
	Submissão ao poder médico	10
	Prática igual	7
	Má formação dos docentes na altura da integração	4
Sub-total		42
Total		80

2 - ANÁLISE DAS HIPÓTESES

Para testar as hipóteses formuladas anteriormente, utilizámos o teste do qui-quadrado, o Q de Yule e o teste de diferenças entre médias.

χ^2_o - qui-quadrado observado

χ^2_c - qui-quadrado crítico

$$\chi^2_o = \frac{N (A.D - B.C)^2}{(A+B) (C+D) (A+C) (B+D)}$$

Nas hipóteses em que $\chi^2_o \geq \chi^2_c$, utilizámos também o Q de Yule, para medir o grau de associação entre as variáveis, ou seja, para verificar se as variáveis são directa ou inversamente dependentes.

$$\text{Q de Yule} = \frac{(A.D) - (B.C)}{(A.D) + (B.C)}$$

O teste de diferença entre médias foi utilizado na hipótese E, em que:

t_o = t observado

t_c = t crítico

gl = graus de liberdade

α = nível de significância

Hipótese A: Os enfermeiros que trabalham em serviços que prestam cuidados especializados revelam maior satisfação profissional

H_0 : há independência se $\chi^2_o < 3,84$

H_1 : há associação se $\chi^2_o \geq 3,84$

Para procedermos ao teste desta hipótese, considerámos maior satisfação profissional as categorias de "Satisfeito" e " Totalmente satisfeito", pelo que foram agrupadas e considerámos menor satisfação profissional o agrupamento constituído pelas categorias de "Totalmente insatisfeito", "Insatisfeito" e "Pouco satisfeito". Quanto aos serviços, tivemos em conta a classificação efectuada por Chauvenet e por nós utilizada na fundamentação teórica, pelo que considerámos como serviços especializados os serviços de UCIP, Cirurgia e Urgência e como serviços polivalentes os serviços de Medicina, Gastroenterologia, Hemodiálise e Ortopedia.

Tabela 23 - Satisfação profissional segundo os serviços onde trabalham

Serviços \ Satisfação	> Satisfação	< Satisfação	Total
Cuidados Especializados	31	6	37
Cuidados Polivalentes	27	16	43
Total	58	22	80

Dado que $\chi^2_o = 4,39 > \chi^2_c = 3,84$, aceitamos a hipótese alternativa e rejeitamos a hipótese nula, ou seja, existe associação entre a satisfação profissional e o serviço onde se trabalha. Para conhecermos o grau de associação ~~ou a correlação~~ entre as duas variáveis, calculámos o Q de Yule = + 0,50, o que

significa que existe uma ^{associação} correlação positiva moderada, ou seja, as variáveis são dependentes em sentido directo.

Hipótese B: Os enfermeiros com menor experiência profissional (≤ 9 anos) são os que consideram o Processo de Enfermagem como bom método de trabalho

H_0 : há independência se $\chi^2_o < 3,84$

H_1 : há associação se $\chi^2_o \geq 3,84$

Para testar esta hipótese considerámos os enfermeiros com mais experiência profissional os que têm 10 ou mais anos de serviço, e os que têm menos experiência profissional aqueles que têm 9 ou menos anos de serviço.

Tabela 24 - Opinião sobre o Processo de Enfermagem segundo a experiência profissional

Experiência profissional	Opinião sobre o Processo de Enfem		Total
	Bom método	Mau método	
0 - 9	34	14	48
10 - 24	19	13	32
Total	53	27	80

Como o $\chi^2_o = 1,12 < \chi^2_c = 3,84$, aceitamos a hipótese nula e rejeitamos a hipótese alternativa, o que significa que existe independência entre ter menos experiência profissional (9 ou menos anos de serviço) e considerar o Processo de Enfermagem como bom método de trabalho.

Hipótese C: Os enfermeiros mais jovens (≤ 35 anos) são os que consideram benéfica para a profissão a existência de vários modelos teóricos

H_0 : há independência se $\chi^2_o < 3,84$

H_1 : há associação se $\chi^2_o \geq 3,84$

Para testar esta hipótese considerámos como mais jovens os enfermeiros que têm até 35 anos e como menos jovens os que têm 36 ou mais anos

Tabela 25 - Opinião sobre a existência de vários modelos teóricos segundo a idade

Opinião sobre a existência de vários modelos teóricos \ Idade	Benéfica	Prejudicial	Total
21 - 35	39	25	64
36 - 45	14	2	16
Total	53	27	80

Visto que $\chi^2_o = 4,03 > \chi^2_c = 3,84$, rejeitamos a hipótese nula e aceitamos a hipótese alternativa, o que significa que existe associação entre ser mais jovem e considerar benéfica para a profissão a existência de vários modelos teóricos.

Para determinar o grau de associação entre as variáveis calculámos o Q de Yule = -0,63, o que significa que a correlação existente é uma correlação negativa moderada, ou seja, as variáveis são dependentes em sentido inverso.

Hipótese D: Os enfermeiros com habilitações académicas mais elevadas são os que acham que a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico aumentou o prestígio social da profissão

H_0 : há independência se $\chi^2_o < 3,84$

H_1 : há associação se $\chi^2_o \geq 3,84$

Para testar esta hipótese considerámos por um lado os enfermeiros com bacharelato e equivalência ao DESEE, que são os graus conferidos pelo CBE e pelos CEE, e por outro os enfermeiros sem bacharelato

Tabela 26 - Opinião sobre o prestígio social da profissão após a integração no Ensino Superior segundo as habilitações académicas

Opinião sobre o prestígio social após integração no Ensino Superior Politécnico Habilitações académicas	Aumentou	Não aumentou	Total
Bacharelato + DESEE	19	31	50
S/ Bacharelato	19	11	30
Total	38	42	80

Uma vez o $\chi^2_o = 4,82 > \chi^2_c = 3,84$, aceita-se a hipótese alternativa e rejeita-se a hipótese nula. Isto significa que existe associação entre as habilitações académicas e a opinião sobre o prestígio social dos enfermeiros. Ao calcularmos o Q de Yule = -0,47, verificámos que as variáveis são dependentes em sentido inverso, uma vez que existe uma correlação negativa moderada.

Hipótese E: Existe diferença significativa entre a média atribuída às justificações consideradas positivas e a média atribuída às justificações consideradas negativas

H_0 = não existe diferença significativa entre as médias se $t_o < 2,086$

H_1 = existe diferença significativa entre as médias se $t_o \geq 2,086$

Quadro 9 - Justificações consideradas positivas ou negativas de onze indicadores da variável dependente

x_p	x_p^2	x_n	x_n^2
53	2809	27	729
53	2809	27	729
65	4225	15	225
58	3364	22	484
68	4624	12	144
5	25	75	5625
22	484	58	3364
63	3969	17	289
64	4096	16	256
31	961	49	2401
38	1444	42	1764
520	28810	360	16010

$t_o = 1,66$

$t_c = 2,086$

$gl = 20$

$\alpha = 0,05$

Pelo resultado obtido, em que $t_o = 1,66 < t_c = 2,086$, para vinte (20) graus de liberdade, com $\alpha = 0,05$, aceitamos H_0 e rejeitamos H_1 , ou seja, não existe diferença significativa entre as médias.

QUINTA PARTE
Conclusões e sugestões

1 - CONCLUSÕES

- a) Foi possível analisar as representações dos enfermeiros sobre as funções que desempenham e as estratégias com vista à autonomia profissional.
- ✓ b) Para 78,75 %, a Enfermagem hospitalar não deve privilegiar a dimensão técnica em detrimento da relacional, constituindo a dimensão relacional para 80,0 %, o factor que distingue a Enfermagem das outras profissões de saúde.
- c) O desempenho de funções que pertencem a outros grupos profissionais foi referida por 90,0 %, enquanto apenas 10,0 % refere desempenhar exclusivamente as funções atribuídas legalmente.
- d) Enquanto 80,0 % refere delegar tarefas menos qualificadas nas auxiliares de acção médica, 20,0 % refere não o fazer.
- e) Os factores que mais podem contribuir para a autonomia da profissão, são, por ordem de preferência: definição do Estatuto Profissional (18,75%); criação da Ordem dos Enfermeiros (13,75%); utilização do Processo de Enfermagem (12,5%); desenvolvimento da Investigação em Enfermagem (11,25%); delegação de tarefas menos qualificadas (11,25%); desempenho exclusivo das funções de Enfermagem (10,0 %); melhorar formação académica (10,0%); maior rigor na escolha dos responsáveis (6,25 %); maior união de classe (6,25 %).
- ✓ f) O reconhecimento social da profissão é baixo para 72,5 %, razoável para 26,25 % e alto para 1,25 %.

✓ g) Quanto à satisfação profissional, 72,5 % encontram-se “satisfeitos” e 12,5 % “insatisfeitos”. Os restantes 15,0 % consideram-se “pouco satisfeitos”.

✓ h) Os enfermeiros que trabalham em serviços que prestam cuidados especializados revelam maior satisfação profissional.

$$\chi^2_o = 4,39 > \chi^2_c = 3,84 \quad Q \text{ de Yule: } 0,50$$

✓ i) A Enfermagem é identificada como sinónimo de Cuidar por 41,25 %.

✓ j) O Processo de Enfermagem é considerado bom método para 66,25 % e mau método para 33,75 % dos enfermeiros.

✓ k) A existência de vários modelos teóricos é considerada benéfica para a profissão por 66,25 % e prejudicial por 33,75 %.

l) Os enfermeiros mais jovens (≤ 35 anos) são os que consideram benéfica para a profissão a existência de vários modelos teóricos.

$$\chi^2_o = 4,03 > \chi^2_c = 3,84 \quad Q \text{ de Yule: } - 0,63$$

m) A realização ou colaboração em estudos sobre problemas de Enfermagem foi referida por 48,75 %, enquanto 51,25 % referiu não executar tal atribuição.

n) A utilização de resultados de trabalhos de investigação para a melhoria de cuidados de Enfermagem foi referida por 73,75 %, enquanto 26,25 % referiu não executar tal função.

✓ o) Apenas 18,75 % gostariam de abandonar a carreira hospitalar, enquanto 81,25 % gostariam de nela permanecer.

- ✓ **p)** Quanto à importância do trabalho de Enfermagem, 53,75 % consideram-no “extremamente importante”, 31,25 % “muito importante” e 15,0 % consideram-no “relativamente importante”.
- ✓ **q)** A dimensão que deve ser mais aprofundada, durante o CSE é a relacional para 37,5 %, seguindo-se a técnica para 27,5 % e a científica para 11,25 %, enquanto 21,25 % defendem que todas devem ser aprofundadas de igual maneira.
- ✓ **r)** A integração da Enfermagem no Ensino Superior Politécnico não melhorou a competência profissional dos enfermeiros para 61,25 %, enquanto 38,75 % têm opinião contrária.
- ✓ **s)** Os enfermeiros com habilitações académicas mais elevadas (bacharelato e DESEE) são os que acham que a integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico aumentou o prestígio social da profissão.

$$\chi^2_o = 4,82 > \chi^2_c = 3,84 \quad Q \text{ de Yule: } - 0,47$$

2 - SUGESTÕES

Ao chegarmos à parte final deste trabalho, apesar da convicção de termos atingido os objectivos, estamos conscientes de não ter esgotado a imensidão do tema. De facto, à medida que íamos avançando, novas ideias iam surgindo e novas perspectivas de encarar o tema se nos afiguravam como válidas. Permitimo-nos, por isso, apresentar algumas sugestões:

- Apresentar e discutir os resultados junto de todos os enfermeiros da instituição hospitalar onde decorreu o estudo, assim como junto de outros grupos profissionais.
- Apresentar e discutir os resultados do estudo com a Direcção de Enfermagem da instituição.
- Adoptar, em colaboração com a Escola Superior de Enfermagem, um modelo teórico de Enfermagem como guia para a prática, ensino e investigação em Enfermagem.
- Realizar acções de formação com vista à implementação do Processo de Enfermagem, como metodologia de trabalho dos enfermeiros, baseado em modelos teóricos de Enfermagem.
- Repetir o estudo passado um ano, após terem sido introduzidas algumas medidas correctivas, como são a implementação do processo de Enfermagem e a adopção de modelo(s) teórico(s) de Enfermagem.

- Repetir o estudo, com base nos resultados obtidos, com uma amostra populacional mais ampla, e se possível, com elementos de outros grupos profissionais, introduzindo características de investigação-acção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, Jean-Claude, ed. lit. - *Pratiques sociales et représentations*. Paris: Presses Universitaires de France, 1994, 251 p.

ADAM, Evelyn - *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget, 1994, 267 p. (Coleção Medicina e Saúde)

ALBERDI CASTELL, Rosa María - *La identidad profesional de la enfermera*. Revista ROL de Enfermería, Barcelona, Ediciones Rol S.A., XV (170), Oct. 1992, p. 39-44

AMÂNCIO, Lígia - *Dimensões de Comparação e Discriminação Intergrupos - Uma abordagem Psicossociológica das Relações entre Grupos «Dominantes» e «Dominados»*. *Análise Psicológica*, 3-4 (VI), 1988, p. 307-319

AMÂNCIO, Lígia - *Níveis de Análise no Estudo da Identidade Social*. *Análise Psicológica*, 2 (XI), 1993, p. 213-221

AMÂNCIO, Lígia - *Masculino e Feminino. A construção social da diferença*. Porto: Edições Afrontamento, 1994, 204 p.

ANDRADE, Maria Margarida de - *Introdução à Metodologia do Trabalho Científico: elaboração de trabalhos na graduação*. São Paulo: Atlas, 1993, 140 p.

BARDIN, Laurence - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1994, 225 p.

BASTO, Marta Lima - *Cuidados de enfermagem em Portugal. O como e o porquê*. "Servir", Lisboa, vol. 39 (2), Mar/Abr. 1991, p. 75-80

BILEY, Francis - *Como analisar modelos de enfermagem*. *Nursing*, Lisboa, IV (38), Mar. 1991, p. 30-31

CANALS, Josep - *La imagen femenina de la enfermería*. Revista de Enfermería Rol, Barcelona, Ediciones Rol S.A., XV (172), Dic. 1992, p. 29-34

CARAPINHEIRO, Graça - *Cenários de Estratégias Médicas no Hospital*. Revista Crítica de Ciências Sociais, ISCTE, 1987, nº 23, Setembro, p.141-156

- CARAPINHEIRO, Graça - *Médicos e representações da Medicina*. Sociologia - problemas e práticas, nº 9, 1991, p. 27-41
- CARAPINHEIRO, Graça - *Poder Médico e Poder Administrativo no Quotidiano Hospitalar*. Revista Crítica de Ciências Sociais, ISCTE, 1991, nº 33, Outubro, p. 83-91
- CARAPINHEIRO, Graça - *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afrontamento, 1993, 295 p.
- CATARINO, Helena; SANTOS, João; RELVÃO, M^a Salomé - *Enfermagem, uma profissão autónoma. O desafio do futuro*. "Servir", Lisboa, 41 (6), Nov/Dez 1993, p. 300-305
- CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino - *Metodologia Científica*. 3^a ed.. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983, 249 p.
- CHAUVENET, Antoinette - *Professions hospitalières et division du travail*. Sociologie du Travail, nº 13 (2), Avril-juin 1972, p. 145-163
- CLARKE, Margaret - *Manual Prático de Enfermagem*. 13^a ed.. São Paulo: Editora Manole, 1986, X-323 p.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989, 385 p.
- DOISE, W.; PALMONARI, A., ed. lit. - *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé, 1986, 207 p.
- DOMINGUEZ-ALCÓN, Carmen - *La percepción del cuidar*. Revista Rol de Enfermería, Barcelona, Ediciones Rol S.A., XII (127), Mar. 1989, p. 25-27
- DONAHUE, M. Patricia - *Historia de la Enfermería*. Barcelona: Doyma, 1985, 506 p.
- DUHART, J.; CHARTON-BRASSARD, J. - *Réforme hospitalière et soin infirmier sur ordonnance médicale*. Revue Française de Sociologie, 1973, XIV, nº spécial, p. 77-101
- FERNANDES, Nelson - *Contribuição para o estudo da História da Enfermagem*. Gestão Hospitalar, Ano III, nº 11/12, Jul/Dez, p. 36-43

GÂNDARA, M. Manuela; LOPES, M^a dos Anjos P. - *Os modelos teóricos e a crise de identidade da enfermagem portuguesa.* "Servir", Lisboa, 40 (3), Maio/Jun 1992 p.115-127

GÂNDARA, M. Manuela; SOUSA, Margarida O. - *Reflexões sobre modelos teóricos e sua aplicabilidade.* "Servir", Lisboa, 38 (3), Maio/Jun 1990, p. 118-121

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin - *O Inquérito. Teoria e Prática.* 2^a ed.. Oeiras: Celta Editora, 1993, 370 p.

GIL, António Carlos - *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 4^a ed.. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1994, 207 p.

GUIBENTIF, Pierre - *Tentativa para uma abordagem sociológica do corpo.* Sociologia - problemas e práticas, n^o 9, 1991, p. 77-87

HERZLICH, Claudine - *Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière.* Revue Française de Sociologie, 1973, XIV, n^o spécial, p. 41-59

JAMIESON, Elizabeth M.; SEWALL, Mary F.; SUHRIE, Eleanor B. - *Historia de la Enfermería.* 6^a ed.. México: Interamericana S.A., 1968, XV-439 p.

JODELET, Denise - *La representación social: fenómenos, concepto y teoría,* in MOSCOVICI, Serge - *Psicología social, II.* Barcelona: Ediciones Paidós, 1986, p. 469-494

KAUFMANN, Alicia E.; GUILERA, Elvira - *Consideraciones sobre la estratificación social a nivel hospitalario.* Papers, Revista de Sociologia, 1979, n^o 12, p. 157-169

KERLINGER, Fred Nichols - *Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais: um tratamento conceitual.* São Paulo: EPU, 1980, 378 p.

KÉROVAC, Suzanne et al. - *La pensée infirmière.* Laval: Editions Études Vivantes, 1994, XI, 162 p.

KOCHER, Brigitte - *L'histoire, pour comprendre,* in: *Kraukenpflege, Soins infirmier,* Jan. 1992, p. 58-63

LAZURE, Hélène - *Viver a relação de ajuda.* Lisboa: Lusodidacta, 1994, 214 p.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith - *Nursing Research. Methods, Critical Appraisal, and Utilization*. Third Edition. St. Louis: Mosby, 1994, XXI-554

LOPES, Noémia G. M. - *A recomposição dos saberes, ideologias, e identidades de enfermagem. Estudo sociológico em contexto hospitalar*. Lisboa, Dissertação de mestrado, 1994.

LYON, Brenda - *Getting back on the track: nursing's autonomus scope of practice*, in: CHASKA, Norma L. *The nursing profession, turning points*. St Louis, Mosby Company, 1990, p. 267-274

MARRINER, Ann - *Modelos y teorías de Enfermería*. Barcelona, Ediciones Rol S.A., 1989, 345 p.

McKENNA, Gilean - *Cuidar é a essência da prática da enfermagem*. Nursing, Lisboa, VII (80),Set. 1994, p. 33-36

MATEGSKI, Myrtle P. - *Nursing education, professionalism and autonomy: social constraints and the goldmark report* in: Nursing Education, 1971, p. 17-29

MONTEIRO, Maria Benedicta e outros - *Identidade social. Um conceito chave ou uma panacea universal?* Sociologia - Problemas e Práticas, nº 9, 1991, p. 107-120

NOGUEIRA, Manuel - *História da Enfermagem*. 2ª ed.. Porto: Edições Salesianas, 1990, 167 p.

PARSE, Rosemarie Rizzo - *Nursing Science. Major Paradigms, theories and Critiques*. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1987, 214 p.

PIMENTEL, Duarte e outros - *A estruturação das identidades no quotidiano do trabalho. O caso dos profissionais de Enfermagem*. Sociologia - Problemas e Práticas nº 9, 1991, p. 43-56

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette - *Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud*.. 3ª ed.. México: Interamericana, 1990, 405 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 480/88. Diário da República, nº 295, I Série, 23 de Dezembro de 1988, p. 5070-5072

PORTUGAL. Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 437/91. Diário da República, nº 257, I Série-A, 8 de Novembro de 1991, p. 5723-5741

- PORTUGAL. Ministérios da Educação e da Saúde - Portaria nº 239/94. Diário da República, nº 89, I Série-B, 16 de Abril de 1994, p. 1821-1825
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 88/95. Diário da República, nº 104, I Série-A, 5 de Maio de 1995, p. 2518
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - Decreto-Lei nº 205/95. Diário da República, nº 182, I Série-A, 8 de Agosto de 1995, p. 4973-4976
- RIBEIRO, Lisete Fradique - *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1995, 109 p.
- ROGERS, Carl - *Tornar-se Pessoa*. 7ª ed.. Lisboa: Moraes, 1985, 342 p.
- SACADURA, S.C. da Costa - *Apontamentos para a História da Enfermagem em Portugal*: conferência feita no dia do encerramento dos trabalhos escolares da Escola de Enfermagem Artur Ravara, em 12 de Julho de 1942. Lisboa: s.n., 1942
- SACADURA, S.C. da Costa - *Subsídios para a História da Enfermagem em Portugal*: conferência realizada na Faculdade de Medicina de Lisboa, na noite de 29 de Julho de 1950. Lisboa: s.n., 1950 (Sep. Acção Médica. 15:57 (Jul-Set 1950))
- SANTOS, M^o Teresa Silva - *A investigação como um meio para desenvolver a relação docência-exercício de enfermagem*. "Enfermagem", Lisboa (5/6), Jul/Dez 1986, p. 26-31
- SIMÕES, A.A. da Costa - *Escola de Enfermeiros: a minha administração*. s.n., s.l., 1881
- SOCZKA, Luís - *Representações sociais, relações intergrupos e identidades profissionais dos psicólogos*. "Psicologia", Lisboa, VI, 2, 1988, p. 253-275
- STEUDLER, M. F. - *Les consequences de la division du travail sur le fonctionnement des services*. Gestions Hospitalières, Paris, 1985, nº 248, Août/Septembre, p. 566-568
- TAJFEL, Henry - *Grupos Humanos e Categorias Sociais*. Vol. II, Lisboa: Livros Horizonte, 1981
- VALA, Jorge - *Sobre representações sociais. Para uma epistemologia do Senso Comum*. Cadernos de Ciências Sociais, Lisboa (4), Abr. 1986, p. 5-30

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta - *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993, 479 p.

VALERIANO, M. Jesus - *Os enfermeiros e as representações da Enfermagem*. Servir, Lisboa, 1993, 41 (4), Jul/Ago 1993, p. 171-176

WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Estermann - *Maneiras de cuidar, Maneiras de ensinar: a Enfermagem entre a Escola e a Prática Profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, 203 p.

ANEXOS

Anexo 1

**Exmo Sra.
Enfermeira-Directora
do Hospital Distrital de Castelo Branco**

Carlos Manuel Leitão Maia, Enfermeiro-Chefe pertencente ao quadro do Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre, actualmente a exercer funções docentes na Escola Superior de Enfermagem do Dr. Lopes Dias em Castelo Branco, vem solicitar autorização a V. Ex^a. para aplicar o questionário anexo, ao pessoal de enfermagem dessa Instituição, cuja informação se destina exclusivamente à investigação científica, com vista à elaboração da Dissertação do Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, que o interessado frequenta na Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa.

Tema da Dissertação - "*Representações sociais sobre as funções que os enfermeiros de um Hospital Distrital exercem*".

Grato antecipadamente
Com os mais respeitosos cumprimentos

Carlos Manuel Leitão Maia

Anexo 2

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Faculdade de Ciências Humanas
Departamento de Ciências da Vida e da Saúde

Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Nº

Exmo(a) Sr.(a)
Enfermeiro/a

Para elaborar a Dissertação referente ao Curso acima indicado, decidimos estudar "*As representações sociais sobre as funções que os enfermeiros de um Hospital Distrital exercem*". Por conseguinte, a sua colaboração é imprescindível.

A sua opinião é de extrema importância, e não há opiniões certas ou erradas, mas apenas as posições de cada um.

Por favor, responda a **todas** as questões e **justifique** sempre que tal lhe for solicitado.


As respostas destinam-se exclusivamente à investigação científica, pelo que são **confidenciais** e é garantido o **anonimato**.


Obrigado pela sua colaboração e disponibilidade


Carlos Manuel Leitão Maia


INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO

 É fundamental que responda a todas as questões

 Só a sua opinião interessa, pelo que o preenchimento deve ser **individual**

 Nas perguntas de resposta fechada, coloque um na quadrícula correspondente

 Nas perguntas de resposta aberta, por favor, **dê a sua opinião**, visto que é **fundamental** para a elaboração do estudo

 Sobre o que lhe é pedido na **questão 21**, vamos dar-lhe um exemplo: se alguém falar em **Futebol**, as palavras que nos ocorrem são:

1- Jogadores

2- Árbitro


3- Golo

4- Clubes

5- Jogos

etc.

Por favor, faça o mesmo relativamente à palavra que lhe é proposta.

 Depois de responder a todas as questões, coloque o questionário no envelope anexo e entregue-o ao Sr. Enf^o-Chefe do seu serviço, por favor.

1 - Qual a sua opinião sobre o processo de Enfermagem, como metodologia de trabalho dos enfermeiros ?

2 - Acha que a existência de vários modelos teóricos de Enfermagem é benéfica ou prejudicial para a profissão ? Porquê ?

3 - Possui, ou frequenta, outro Curso para além do de Enfermagem ?

SIM NÃO

Se respondeu SIM, qual? _____

4 - Quando decidiu ser enfermeiro/a, fê-lo porque:

sempre desejou ser enfermeiro/a
por vontade dos pais/outros familiares
tal opção garantia emprego imediato
outro motivo Qual? _____

14 - Das três áreas, assinale aquela que considera que deveria ser mais aprofundada durante o Curso Superior de Enfermagem:

- Científica / Saber
- Técnica / Saber fazer
- Humano-relacional / Saber ser-estar

15 - Costuma delegar nas auxiliares de acção-médica as tarefas que considera menos qualificadas ?

SIM NÃO

16 - Para si, a Enfermagem é uma profissão:

- Pouco reconhecida socialmente
- Razoavelmente reconhecida socialmente
- Muito reconhecida socialmente

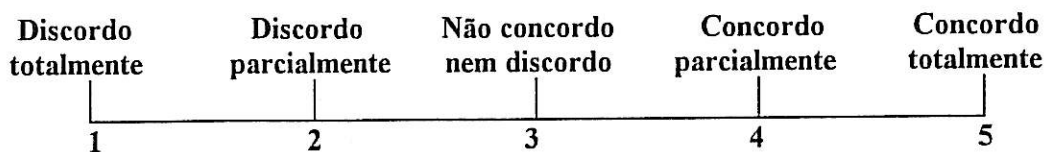
17 - Indique 3 factores que no seu entender possam contribuir para que a Enfermagem seja uma profissão com mais autonomia:

1. _____
2. _____
3. _____

Indique a sua posição face às seguintes afirmações:

(assinale a sua resposta com um círculo no algarismo correspondente)

18 - O factor decisivo para a autonomia da profissão é a investigação em Enfermagem



21.3 - Das duas (2) palavras por si seleccionadas atrás, escolha aquela que lhe parece mais importante, tendo em conta a palavra **Enfermagem**

22 - A integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior, melhorou a competência profissional dos enfermeiros ?

SIM NÃO

Porquê? _____

23 - A integração do ensino de Enfermagem no Ensino Superior, tornou mais elevado o prestígio social dos enfermeiros ?

SIM NÃO

Porquê? _____

Para completar a informação, diga-nos por favor:

24 - Qual a sua idade ? _____ Anos

25 - Sexo

Masculino

Feminino

26 - Habilitações académicas

Sem bacharelato

Bacharelato ou equivalente

Licenciatura ou equivalente

Outras Quais? _____

27 - Habilitações profissionais

Curso Geral de Enfermagem

Curso Superior de Enfermagem

Curso de Especialização em Enfermagem

Curso de Administração dos Serviços de Enfermagem

Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem

Qual ? _____

28 - Categoria profissional

Enfermeiro/a

Enf^o Graduado/a

Enf^o Especialista

29 - Experiência profissional: _____ Anos

30 - Serviço onde exerce funções: _____

31 - Qual o seu vínculo a este Serviço ?

recibo verde

contrato a termo certo

pertence ao quadro

Anexo 3

Tabela 27 - Distribuição por sexo e grupo etário, consoante o serviço onde trabalha

Serviços	Cuidados Especializados				Cuidados Polivalentes				Total	
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino			
Sexo	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Grupo etário	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
21 - 25	1	1,25	-	-	3	3,75	8	10,00	12	15,00
26 - 30	6	7,50	7	8,75	6	7,50	9	11,25	28	35,00
31 - 35	5	6,25	9	11,25	5	6,25	5	6,25	24	30,00
36 - 40	2	2,50	5	6,25	-	-	6	7,50	13	16,25
41 - 45	-	-	2	2,50	-	-	1	1,25	3	3,75
Total	14	17,50	23	28,75	14	17,50	29	36,25	80	100,00