

VII Mestrado Comunicação em Saúde



Pablo Picasso The Museum of Modern Art, New York

ESPELHO MEU...

ESPELHO MEU...

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA IMAGEM DO ENFERMEIRO

Dissertação de Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde

Trabalho realizado por Ana Sofia Gonçalves Sales

Sob a Orientação do Prof. Doutor Manuel Lopes

LISBOA

ABRIL 2008

One of the most compelling reasons to change the image of nurses is that the image in the professional and the public eye is, and will continue to be, reflected in the destiny of nursing.

Kalisch & Kalisch, 1980

Agradecimentos

Gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todas as pessoas que contribuíram, com o seu apoio e colaboração, para a realização deste trabalho:

Ao **Sr. Prof. Manuel Lopes**, que orientou este trabalho e que desde a sua fase embrionária até ao seu *términus*, soube sempre escutar com compreensão e amizade todas as dificuldades e dúvidas, incentivando-me a prosseguir-lo, acompanhando todas as fases da sua evolução, criticando e sugerido alterações que permitiram melhorar cada um dos seus capítulos e ensinando-me muito sobre investigação científica.

Ao Enf. Sérgio Serra pelo interesse que revelou por este trabalho, e pelos conselhos e sugestões de bibliografia, que o permitiram desenvolver e enriquecer.

A Prof. Maria do Céu Marques pelo apoio e disponibilidade para me auxiliar a compreender o programa ***Evoc 2000***.

Aos senhores enfermeiros que participaram nesta investigação, que dispuseram gentilmente de uma boa parte do seu tempo para participarem no debate *Focus Group* e para responderem aos questionários que lhes foram apresentados. Da sua boa vontade resulta toda a investigação deste trabalho.

A minha mãe e irmã, que sempre estiveram disponíveis para me ajudar, sabendo escutar ou discutir as dissertações teórico-reflexivas ou meros desa-bafos, com que por vezes as abordei.

A **BEATRIZ**, cujo sorriso ilumina o meu mundo...

Índice

	<i>Folha</i>
0. INTRODUÇÃO	7
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1 – BREVE RESENHE HISTÓRICA	16
1.2 – EVOLUÇÃO RECENTE DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	20
1.3 – ALGUMAS CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM	24
1.4 – TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	28
1.4.1 – Organização Interna das Representações Sociais: Sistema Central e Sistema Periférico	30
1.5 – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO CONCEITO MEDIADOR	34
1.6 - IMAGEM	35
1.6.1 - Auto-imagem	42
1.6.2 – Auto-Imagem como ferramenta de intervenção	43
2 – QUADRO DE REFERÊNCIA CONCEPTUAL	48
3 – OBJECTO, OBJECTIVOS E OPÇÕES METODOLÓGICAS	52
4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	55
4.1 – SUJEITOS DO ESTUDO	56
4.2 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	58
4.2.1 – Associação Livre de Palavras	58
4.2.2 – “Focus Group”	62
4.3 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	70

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS PRINCIPAIS RESULTADOS	77
5.1 – ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA IMAGEM DOS ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DOS PRÓPRIOS	77
5.2 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SUA AUTO-IMAGEM PROFISSIONAL	85
5.3 – FACTORES QUE O ENFERMEIRO CONSIDERA INFLUENTES NA CONSTRUÇÃO DA SUA IMAGEM E DA IMAGEM DA PROFISSÃO	88
6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	92
7 – CONCLUSÕES	112
7.1 – SUGESTÕES PARA FUTUROS TRABALHOS	112
8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123

ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1** – QUADRO DE REFERÊNCIA CONCEPTUAL
- Figura 2** – UMA REPRESENTAÇÃO DA PESSOA DO ENFERMEIRO NUMA PERSPECTIVA DE PROGRESSÃO
- Figura 3** – QUADRO DE QUATRO CASAS DAS EVOCAÇÕES AO TERMO INDUTOR “ENFERMEIRO”
- Figura 4** – QUADRO DE QUATRO CASAS DAS EVOCAÇÕES AO TERMO INDUTOR “IMAGEM PROFISSIONAL NA DIMENSÃO SOCIAL”
- Figura 5** – QUADRO DE QUATRO CASAS DAS EVOCAÇÕES AO TERMO INDUTOR “IMAGEM PROFISSIONAL NA DIMENSÃO CULTURAL/HISTÓRICA”
- Figura 6** – QUADRO DE QUATRO CASAS DAS EVOCAÇÕES AO TERMO INDUTOR “IMAGEM PROFISSIONAL NA DIMENSÃO PROFISSIONAL”
- Figura 7** – QUADRO DE QUATRO CASAS DAS EVOCAÇÕES AO TERMO INDUTOR “IMAGEM PROFISSIONAL NA DIMENSÃO ACADÉMICA”
- Figura 8** – QUADRO DE QUATRO CASAS DAS EVOCAÇÕES AO TERMO INDUTOR “IMAGEM PROFISSIONAL NA DIMENSÃO RELACIONAL”
- Figura 9** – TENTATIVA DA REPRESENTAÇÃO DA PESSOA DO ENFERMEIRO NUMA PERSPECTIVA DE PROGRESSÃO

ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1** – FACTORES QUE INFLUENCIAM A IMAGEM DO ENFERMEIRO
- Quadro 2** – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO O GÉNERO E A IDADE
- Quadro 3** – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO O CARGO DESEMPENHADO NA INSTITUIÇÃO
- Quadro 4** – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO O GÉNERO E A IDADE
- Quadro 5** – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO N.º ANOS ACTIVIDADE PROFISSIONAL
- Quadro 6** – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO O CARGO DESEMPENHADO NA INSTITUIÇÃO

0 - INTRODUÇÃO

No início do Século XIX, começámos a assistir por toda a Europa a um período de grandes avanços científicos, nomeadamente na área da saúde - onde se centraram especificamente em contexto hospitalar -, que vieram dar origem, já no século XX, ao denominado período moderno. Foram dois séculos em que o Mundo, tal como era conhecido, se alterou irreversivelmente. É exactamente neste período histórico que a profissão de Enfermagem surge, inicialmente com um papel social pouco valorizado, desempenhada por mulheres pobres e de classes sociais baixas, sem qualquer formação, ficando por razões óbvias, sob a dependência de outros profissionais de saúde.

Desde a sua emergência como profissão, assistimos historicamente a uma progressiva e determinada evolução da Enfermagem por todo o mundo civilizado, tendo esta sido mais marcada após a Segunda Grande Guerra, tornando-se progressivamente uma profissão independente e dotada de um campo de saberes e competências específico e delimitado.

Em Portugal, só em 1988 o ensino de enfermagem foi integrado no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico, como consequência da revisão realizada nos anos 70. Os profissionais de enfermagem passam a obter formação académica e profissional de nível superior, ocupando cargos de gestão de nível médio e superior e desempenhando a sua actividade regidos pelas orientações preconizadas no *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE*. Este documento legal “...veio regulamentar a profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções bem como as regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros.” (NUNES, 2003)

A profissão é hoje autónoma e os enfermeiros desempenham nas instituições do Serviço Nacional de Saúde um papel determinante, pela qualidade do desempenho, pelo cuidar contínuo de todos os que a ele recorrem procurando ajuda, pela interacção que estabelecem com todos os que os rodeiam. São eles os profissionais que existem em maior número e que estão sempre presentes durante todo o dia, zelando pelo bem-estar dos utentes.

Porém, não podemos esquecer que a profissão de Enfermagem está inserida num sistema em permanente mutação: “*Change is in the air in nursing; the profession is caught in a period of danger while it is jolted about by radical changes in health care*” (KALISCH & KALISCH, 1976:366). Outros autores fazem igualmente referência nos seus livros a esta realidade histórica tal como COLLIÈRE (1999), WESBEEN (2000) e ABREU (2001).

Vivemos actualmente um período em que os condicionalismos dos sistemas de saúde e os seus efeitos são base de profundas discussões políticas e de consequentes intervenções sobre esses mesmos sistemas. Num período em que assistimos a uma crise política, económica e social, serão de esperar profundas transformações. Os consecutivos défices financeiros no Sistema Nacional de Saúde, frequentemente referidos nos *media* e amplamente discutidos pelos especialistas, obrigam de forma progressiva à introdução de políticas de controlo e de restrição económica/financeira, numa tentativa objectiva de inversão da situação, de que anualmente se tem conhecimento ao assistir aos debates na Assembleia da República sobre o Orçamento Geral do Estado. A extrema complexidade que estas medidas envolvem tende a afectar directa e indirectamente os vários “actores” intervenientes, uma vez que a sua introdução exige obrigatoriamente a implementação de mudanças que visam dar resposta aos problemas existentes. Exemplos destas medidas não faltam: novos modelos de Gestão Hospitalar (e.g., Sociedades Anónimas – SA`s; Entidades Públicas Empresariais – EPE`s; Parcerias Público-Privadas – PPP`s; etc), novos modelos de Gestão dos Cuidados de Saúde Primários (e.g., Centros de Saúde de 1ª geração, de 2ª geração, de 3ª Geração, Unidade Local de Saúde – ULS`s), a introdução de programas específicos de combate à doença (e.g., listas cirúrgicas, combate às doenças infecto-contagiosas), a introdução de novas regras e objectivos orçamentais na política do medicamento. A instabilidade política que se vive nos últimos anos e que levou à nomeação de vários Ministros da Saúde, conduziu a novas políticas de Saúde e consequentemente a novos modelos de organização, em que o número de propostas de programa de intervenção política no sector variou um pouco de acordo com a estrutura de pensamento de cada Ministro da Saúde e, particularmente, a novas formas de financiamento que afectam de forma directa e indirecta as organizações profissionais, obri-

gando-as a esforços de conciliação com as novas medidas introduzidas, mas levando-as também a rupturas e conflitos com os vários poderes instituídos e que procuram regular o sector – políticos, institucionais e locais. Neste sentido, a profissão de Enfermagem como parte importante do “*puzzle*”, seguindo todas as outras, procura adaptar-se às novas realidades, algumas das quais se revestem de aspectos positivos. Mas a adopção de novas medidas organizacionais impostas gera conflitos quer ao nível interno quer ao nível externo. E exemplos desses conflitos podem ser citados: a influência das medidas restritivas de índole financeira pode ter efeitos práticos na prestação dos cuidados de enfermagem aos cidadãos levando, por exemplo, a uma inadequada dotação de pessoal e estando por isso desenquadrada dos suportes do conhecimento técnico e científico da profissão, com a conseqüente sobrecarga de trabalho; a discussão actual sobre o papel do “*Enfermeiro de Família*”, sobre o “*Acto de Enfermagem*”, as remunerações desadequadas e insuficientes, a interferência nos direitos considerados por muitos como adquiridos (reforma, regalias sociais) ou a interferência política e institucional sobre a hierarquização de poderes. Estes conflitos poderão ter como conseqüência a existência de mudanças que a profissão de Enfermagem terá que vir a assumir. Urge, portanto, estar atento a essas transformações, no sentido de se adoptarem respostas eficazes que permitam atingir os objectivos inicialmente traçados. Se não existir uma atitude “*proactiva*” por parte dos cidadãos, dos profissionais de saúde em geral e dos enfermeiros em particular, a profissão de Enfermagem pode perder influência de forma progressiva dentro do sistema, correndo o risco de nesta realidade em constante mudança inverter a realidade da sua história.

A este propósito podemos ler na pesquisa desenvolvida por HUFFSTUTLER ET AL. (1998) o seguinte: “*Changes in the health care system will have direct impact on nursing, and public opinion will play a major role in nursing future. There has never been a better time for nurses to communicate with consumers about nursing.*”

No entanto nem sempre observamos uma resposta rápida e eficaz a estas mudanças. WILLIAM JAMES (*in*: SCHLENKER, 1980) tenta encontrar uma explicação: “*Habit is thus the enormous flywheel of society, its most conservative agent.*” Penso que, talvez por isso, toda esta evolução científica e técnica não foi

acompanhada por idêntica alteração relativa à imagem profissional do enfermeiro.

Por outro lado, os próprios profissionais de enfermagem, assim como todos os outros profissionais de saúde, devem conhecer os princípios essenciais da profissão. Deste modo, o objectivo será evitar, de forma progressiva, o perpetuar de uma imagem indesejável da profissão a que parece assistir-se na actualidade. BERNSTEIN, (*in*:VILAR,1995:68) diz que:

“Image is a reality. It is the result of our actions. If the image is false and our performance is good, it’s our faults for being bad communicators. If the image is true and reflect our bad performance, it’s our faults for being bad managers. Unless we know our image we can neither communicate nor manager.”

As acções de cada enfermeiro contribuem para a existência de uma imagem e de uma auto-imagem. O seu conhecimento pode permitir-lhe ser melhor comunicador, facilitando a relação com o outro e o desempenho profissional. Começando por ter uma maior consciência da auto-imagem profissional, dos factores que a influenciam e das características que possui, poderão os enfermeiros aperfeiçoar o que consideram positivo, alterando os aspectos que não são do seu agrado.

Temos a percepção que a sociedade em geral, utentes, restantes profissionais de saúde e os enfermeiros em particular não possuem uma imagem do enfermeiro que seja o reflexo do seu desempenho profissional. A mesma opinião é referenciada por LOPES (1997) ao referir que *“Enquanto elementos sociais, somos cidadãos de pleno direito, já enquanto elementos de um grupo social na área da saúde, sentimo-nos subalternizados.”* Apesar da autonomia profissional, da definição de competências e do relevante papel desempenhado não existe, na generalidade, coincidência entre a auto-imagem do enfermeiro e o seu desempenho.

Através destas opiniões vai-se construindo, em parte, a **Representação Social** do enfermeiro condicionando a interpretação que deste e das actividades que desenvolve os próprios fazem. Falar de representações profissionais é falar de representações colectivamente produzidas e organizadas num contexto profissional. *“Se utilizarmos um critério quantitativo dir-se-á que uma representação é social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos”* (Vala, 2002).

Por uma questão de hábito, por ser considerada uma questão de menor importância, por desconhecimento ou por qualquer outra razão, a imagem do enfermeiro em Portugal não tem aparecido como relevante em termos de estudos efectuados nem tem sido alvo de amplos debates dentro da classe profissional. No entanto, esta área de pesquisa é estudada há mais de três décadas, em países como Espanha, França, Inglaterra, Brasil e África do Sul. Algumas pesquisas podem ler-se nos trabalhos de HUFFSTUTLER ET AL. (1998), MAVUNDLA & MABANDLA (1997), DESROSIERS (1997), KALISCH, P.A & KALISCH, B.J (1985), só para referir algumas das mais recentes.

No âmbito do Mestrado de Comunicação em Saúde, este tema poderá suscitar interesse no sentido em que a imagem pessoal e profissional será um indicador privilegiado da comunicação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro, utente e família e restante equipa multidisciplinar.

Urge que os enfermeiros percebam que, como defende LE BOTERF (1995), citado por ABREU (2001:108) *“Mobilizar os saberes ou os saber-fazer pertinentes em determinada situação não é somente uma questão de recursos cognitivos, de conhecimentos ou de saber-fazer. Mobilizar recursos supõe confiança em si próprio, nas suas capacidades e no potencial de evolução.”*

A mudança não depende apenas da formação universitária que fornece os conhecimentos, da destreza prática que permite o *“saber-fazer”* ou de definição de competências. Depende igualmente de um auto-conceito e de uma auto-estima elevada, que se reflectirão na auto-imagem e na vontade de fazer mais e melhor, correndo riscos para evoluir. Os enfermeiros terão que adequar as suas práticas, acreditar em si próprios e encontrar o equilíbrio entre as suas aspirações, as suas competências e as expectativas da população em relação à sua intervenção. Esse caminho passará pela definição atribuída ao conceito de *“cuidar”*, associado à enfermagem, e pela capacidade relacional que os enfermeiros estabeleçam com todos os que o rodeiam, para a qual em muito contribuirá a capacidade de comunicação por si evidenciada.

Como diz HESBEEN (2000:9) *“O cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar, do seu bom funcionamento.”*

COLLIÈRE (1999:234), abordando os cuidados de enfermagem, refere:

“Identificar os cuidados de enfermagem é tornar reconhecível a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração: os conhecimentos e instrumentos que utilizam, bem como as crenças e valores em que se fundam. É, também, clarificar o campo de competência da enfermagem, o processo de cuidados de enfermagem, bem como identificar a natureza do seu poder, os seus limites, as suas dimensões social e económica.”

Parece fácil a definição do caminho a seguir para mudar a imagem da enfermagem e dos enfermeiros, para os próprios e para os outros. Mas, como reconhece HESBEEN (2000), os cuidados prestados pelos enfermeiros são em simultâneo a solução e a limitação. Por um lado, constituem a forma de privilegiar a pessoa, atribuindo-lhe a importância por aquilo que define a sua individualidade. Por outro lado, têm uma visibilidade reduzida, pois correspondem às «pequenas coisas» não valorizadas socialmente, por se afastarem da espectacularidade atingida pelos grandes avanços técnicos e científicos em que o modelo biomédico se apoia. São estas «pequenas coisas», como o toque, o sorriso, a capacidade de escutar e de antecipar as necessidades complexas de cada ser humano, nas suas múltiplas dimensões, que contribuem para a humanização dos cuidados de enfermagem e para a definição da sua representação social.

Diariamente, os enfermeiros têm um desempenho que abrange diferentes áreas de actividade: prestação de cuidados directos ao utente, gestão, formação (académica e profissional) e investigação. Esta diversificação de funções e papéis desempenhados deveria reflectir-se tanto na auto-imagem dos enfermeiros, como na imagem da profissão, conduzindo a uma visibilidade social específica. No entanto, como refere COLLIÈRE (1999:12) existe um carácter de invisibilidade associado à profissão, uma vez que os enfermeiros não *“... foram capazes de fortalecer e afirmar os efeitos socioeconómicos do seu trabalho que, no essencial, continua invisível.”*

Seria expectável que o desempenho profissional dos enfermeiros, fruto de uma formação técnica, académica e científica actualmente de nível superior, conduzi-se à existência de uma imagem e auto-imagem que não associasse o enfermeiro apenas à função de prestador de cuidados, uma vez que para a qualidade e excelência desses cuidados contribuem todos os outros papéis

desempenhados.

COLLIÈRE (1999:188) refere que existe no enfermeiro o “... *sentimento efectivo de depreciação do seu papel como o de um actor social a cujo trabalho não é atribuído valor.*”

Se este sentimento existe nos enfermeiros a sua auto-imagem irá, provavelmente, reflecti-lo, tornando-se assim distinta da realidade. O sentimento de falta de reconhecimento atribuído por COLLIÈRE (1999) aos enfermeiros poderá contribuir para alterações da auto-imagem, que não será reflexo da verdadeira importância do desempenho profissional.

Presentemente, os tempos parecem de mudança. No entanto, continuamos sem saber qual o “valor social” da prática de enfermagem. Ou seja, como o grupo profissional de enfermagem e a população em geral representam a imagem do enfermeiro e da profissão, que de certa forma nos proporciona um conjunto de interrogações no dia-a-dia do desenvolvimento das nossas actividades profissionais.

Que representações possuem os enfermeiros sobre a sua própria imagem e sobre a imagem da profissão de enfermagem?

Existem opiniões diferentes sobre a importância e autonomia dos enfermeiros, condicionadas pelo contacto cliente/enfermeiro?

Qual a Imagem dum(a) das profissões mais representativa nas organizações de saúde, que mais tempo passa com os utentes assegurando a continuidade dos cuidados? Sob o ponto de vista das interacções profissionais os enfermeiros portugueses vivem hoje alguns momentos de tensão e confrontação resultantes de novos formatos gestionários nas organizações hospitalares. Também, sob o ponto de vista da dinâmica das organizações, foram, em parte expropriados da pertença dos órgãos de decisão e vivem-se momentos de alguma confusão. Neste enquadramento emerge a questão:

Será pertinente e vantajoso um estudo deste âmbito para os enfermeiros portugueses?

Acreditamos que sim, até porque os estudos, aprofundados, nesta área são escassos e raramente elaborados por enfermeiros e as representações sociais de uma dada profissão podem levantar questões de pertença a um dado grupo




profissional. Acreditamos ainda, que a mudança de práticas clínicas geram representações e, de facto um dos nossos objectivos passa pela avaliação das evocações mais frequentes, por forma a conhecermos os elementos que compõem o núcleo central, os elementos periféricos e, em parte, a forma como estes se estruturam.

Este estudo enquadra-se, em parte, na Teoria das Representações Sociais, norteando-se pela corrente estruturalista proposta por Abric, com os elementos do núcleo central e os elementos periféricos. Sob o ponto de vista conceptual dos cuidados de enfermagem, propomos o seu enfoque holístico, não sublinhando nenhum autor de forma especial, mas deixamos alguns traços da abordagem sociológica proposta por Collière (1988).

Tendo como objecto de estudo a auto-imagem do enfermeiro enquanto representação social equacionamos a seguinte pergunta de investigação:

 **Qual a representação social que os enfermeiros têm da sua imagem profissional?**

Definem-se os seguintes Objectivos para a realização desta investigação:

-  Identificar a possível estrutura das representações sociais da imagem dos Enfermeiros através dos elementos do núcleo central e os elementos periféricos;
-  Contribuir para a identificação da opinião que os Enfermeiros têm sobre a sua auto-imagem profissional;
-  Contribuir para a identificação de factores que o enfermeiro considera influentes na construção da sua imagem profissional e na construção da imagem da profissão.

Este estudo está estruturado em quatro grandes capítulos. No primeiro é feita uma revisão de literatura que visa situar a problemática em estudo e conferir-lhe um suporte teórico que a sustente, para permitir enquadrar o problema

colocado, bem como os objectivos de investigação dele decorrentes.

Para tal, algumas ideias e palavras-chave funcionam como motores principais da pesquisa, podendo citar-se: algumas concepções de enfermagem, imagem e auto-imagem e modelo das representações sociais. De forma breve, será ainda feita referência a alguns factores que podem ter influência na imagem profissional dos enfermeiros, como a evolução histórica da profissão e o facto de ser uma profissão essencialmente feminina.

No segundo capítulo é abordada a metodologia de investigação utilizada, enquadrando-se e justificando-se a escolha feita, fundamentando-a com autores e referindo as opções dela decorrentes. É feita a definição dos instrumentos de colheita de dados, explica-se a selecção dos participantes e definem-se as actividades desenvolvidas.

O capítulo 3 descreve os principais resultados obtidos nos instrumentos aplicados.

No quarto e último capítulo os resultados obtidos são discutidos e analisados, de forma crítica e objectiva. Apresentam-se ainda algumas sugestões e recomendações decorrentes desses resultados, bem como sugestões para futuros projectos de investigação.

A transcrição integral dos “*Focus Groups*”, devido à sua extensão, encontra-se encadernada em anexo, bem como os quadros que contêm as frases significativas obtidas após a análise de conteúdo dos mesmos, constituindo o segundo volume deste trabalho.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“Enfermagem é a profissão que na área da saúde tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, da forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingirem a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível...” (REPE, 1996)

E a conjugação destes dois termos **“ENFERMAGEM”** e **“PROFISSÃO”** torna-se base para um longo caminhar, enfermagem tornada profissão...

1.1. BREVE RESENHA HISTÓRICA

“Os cuidados prestados pelas mulheres foram muito além do trabalho profissional. As mulheres partejavam, ajudavam doentes, quer na família, quer na comunidade e praticavam medicina, aprendendo umas com as outras, enquanto foram impedidas de obter conhecimentos médicos em instituições formais.

(Abbott & Wallace, 1990:112)

O percurso histórico da Enfermagem tem sido cronologicamente longo e muito demorado nos avanços ganhos à aceitação pelas sociedades como uma profissão de estatuto reconhecido. O modo como tem atravessado os tempos e se tem deixado atravessar por correntes ideológicas e filosóficas, tem contribuído para algumas vezes retirar ao olhar público toda a importância do âmago da sua existência: cuidar.

Cada realidade actual tem como base um passado, que a moldou e forçou a adaptar-se até ser o que é hoje. A actual imagem da enfermagem tem um suporte, um conjunto de factos que determinaram o seu presente e podem

condicionar o seu futuro. Ser enfermeiro é, hoje em dia, muito diferente do que foi no passado. A enfermagem, como profissão, não é recente na história da humanidade, desde sempre foi necessário que alguém velasse pelo outro. Como diz Collière (1999:27): *“Desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer.”*

Ainda enquadrado neste pensamento, *“Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objectivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo.”* (Collière 1999:29)

Até à Revolução Industrial quem prestava cuidados de saúde também fazia, muitas vezes, as prescrições dos tratamentos. Foi com a Revolução Industrial e o crescimento concomitante da classe média que aumentou, segundo vários autores, o número de clientes e em especial dos que tinham possibilidades económicas para pagar os seus cuidados. Conservar homens, mulheres e até crianças com uma boa saúde, visando a rentabilização máxima das suas potencialidades de trabalho, passou a ser um assunto de interesse geral a nível das cidades de muitos países industrializados; importava tratar mas também prevenir a doença e promover a saúde.

O aumento da clientela e “a exigência de um novo conhecimento científico”, segundo Abbott e Wallace (1990), “forneceram a base na qual os médicos se apoiaram para banir as mulheres não qualificadas, suas rivais. Segundo Wits (in Abbott e Wallace, 1990), a forma como os homens procederam para conseguir a divisão sexual do trabalho nos cuidados de saúde, é um exemplo de fechamento e demarcação. Fechamento porque foram encerradas as portas do exercício da medicina às mulheres, portas essas que lhes pertenciam por tradição. Demarcação, pois os médicos definiram, apoiados pelo Estado, o que era trabalho médico, e o que era trabalho que deveria ser subordinado a essa actividade, destinando deste modo, e ‘legalmente’, às mulheres os trabalhos de enfermagem.

Prestar cuidados de enfermagem tem sido, na sua grande maioria, um campo de acção predominantemente feminino, tanto na esfera privada como na esfera

pública, salvo raras exceções. No entanto, como até ao século XIX a enfermagem não estava constituída como profissão, a função de prestar cuidados, segundo alguns autores (Abbott et al, 1990), podia ser identificada com os cuidados prestados gratuitamente na família, os prestados por trabalhadoras independentes que ganhavam a vida dessa forma e com parte do trabalho exercido pelas “criadas” nos hospitais.

Reportando-se à primeira metade do século XIX, Dingwall et al (1988) organizam a sua análise à volta do trabalho de enfermagem e dos/as seus/suas prestadores e concluem que havia quatro categorias de pessoas que estavam envolvidas na sua actuação: a primeira e, em princípio a maior, teria correspondido aos membros familiares das pessoas doentes e que tratavam delas em casa. O seu trabalho era informal e deve ter sido assistido “por um ou outro dos dois tipos de auxiliares pagas” (Dingwall et al, 1988) que os autores intitulam de ‘mulher habilidosa’ e ‘enfermeira privada’. Qualquer destes três grupos era constituído por mulheres, mas os dois últimos eram trabalhadoras independentes podendo distinguir-se, principalmente, “por proporcionarem um serviço barato para os pobres”, no caso da mulher habilidosa, ou por “proporcionarem um serviço melhor remunerado para os que viviam melhor” (Dingwall et al, 1988), no caso da enfermeira privada. É interessante notar o carácter de trabalho pago ligado à prestação de cuidados que Dingwall et al (1988) identificaram nestas duas categorias de prestadoras de cuidados: a mulher habilidosa e a enfermeira privada que se distinguem em termos de classe social.

Segundo Dingwall et al., a quarta categoria de trabalhadores no âmbito da prestação de cuidados era constituída por homens: prestavam essencialmente “tipos de atendimento médico - ‘boticários’, ‘preparadores’, ‘médicos assistentes ou ajudantes’, ‘residentes’, ‘funcionários clínicos’, cuja memória é preservada apenas por títulos de emprego para pessoal jovem em alguns hospitais mais tradicionais” (Dingwall et al., 1988). Tratava-se de pessoas que administravam tratamentos de rotina, como era uso nos hospitais antes do século XIX, e que foram provavelmente “subordinados ou aprendizes dos práticos mais poderosos ou prestigiados”. Segundo estes autores, fora do hospital, muitos dos mesmos tratamentos eram prestados por outras pessoas ou dirigidas por um consultor que podia ou não ser médico, ou seguindo os saberes tradicionais.

Portanto, o mais provável é que grande parte das pessoas que prestava cuidados de saúde tenha sido mulher. O facto das três categorias de prestadores/as destes serviços serem constituídas por assalariados pagos levou Dingwall *et al.* a considerá-los como fazendo parte, até certo ponto, da força de trabalho oficial, embora nenhuma ocupação estivesse ainda bem definida. Houve mesmo “algum movimento entre emprego doméstico e emprego institucional” (Dingwall *et al.*, 1988), quer a nível dos/as trabalhadores/as por conta própria, quer a nível do pessoal dos hospitais que mostrou uma divisão social semelhante.

Na segunda metade do século XIX, em Inglaterra, começam a desenhar-se dois argumentos que vão ser cruciais na constituição da enfermagem como profissão: em primeiro lugar o de que os profissionais de enfermagem precisavam de treino e em segundo, que os pacientes precisavam de prestadores de cuidados à cabeceira, de forma continuada (Abbott *et al.*, 1990).

Historicamente, atribui-se a Florence Nightingale a transformação da enfermagem numa profissão. Segundo NUNES (2003:9) *“É reconhecida uma ruptura na ideia social da Enfermagem nos finais do século XIX – a «revolução» da Enfermagem científica, ligada à figura e à obra de Florence Nightingale (...) É com ela que se fixa o aparecimento formal da Enfermagem moderna, em 1860.”*

As reformas que instituiu tiveram início nos hospitais voluntários e só em finais do século XIX é que as enfermeiras dos albergues/hospitais passaram a ser instruídas. No entanto, na escola que criou, treinou-as na *“obediência, para que, na divisão do trabalho entre enfermeiras e médicos, fossem vistas e se vissem a si próprias, como subordinadas dos médicos e sob o controle da medicina”* (Abbott *et al.*, 1990). Gamarnikov observou que, no modelo de Florence Nightingale, as enfermeiras eram responsáveis por cuidar dos pacientes e pela limpeza das enfermarias e sugere que a relação entre médico e enfermeira era paralela à relação entre marido vitoriano e a mulher/esposa na família, isto é, a enfermeira olhava pelo ambiente físico e emocional, enquanto o médico decidia qual era o trabalho realmente importante e como deveria ser feito. Portanto, a boa enfermeira era a boa mãe e esposa, no que dizia respeito a cuidar dos seus pacientes (família) (cit. por Abbott *et al.*, 1990).

1.2. EVOLUÇÃO RECENTE DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

“A emergência da Enfermagem como ciência é clara, moveu-se ao longo do tempo de uma vocação para uma disciplina de conhecimento com paradigmas próprios competitivos, cujos fenómenos de interesse são o cuidado, pessoa, saúde e meio ambiente”

(Barros et al., 1997:10)

A busca da especificidade da enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais: uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnico e científico próprios; e a outra relacionada com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais – uma atitude de ajuda e substituição do utente.

A medicina nos finais do séc. XIX e princípios do séc. XX, com as descobertas da física e da química, passou a utilizar tecnologias mais complexas para diagnosticar e tratar as doenças. A concepção dos cuidados foi modificada e o médico passou a delegar tarefas de rotina na enfermeira - auxiliar do médico. Naquela época a enfermeira tinha como principal valor a obediência: servir os doentes, os médicos, a instituição. A par deste valor deveriam estar presentes a dedicação, zelo, espírito de sacrifício e caridade pelo doente (velar pelo doente, confortá-lo, consolá-lo), bem como dedicação e respeito pelo médico (detentor do saber, quem decide, controla e ordena). Não podia desenvolver qualquer espírito crítico, nenhuma curiosidade, nenhuma interrogação (Colliére, 1999). Esta perspectiva, que durou entre nós até final dos anos 60 (1960-1970), procurava inculcar qualidades que garantissem uma obrigação moral ou dever de serviço fundamentados numa vocação, próxima da vocação religiosa, como nos diz Ribeiro (1995).

Com o avanço tecnológico da medicina emerge uma nova ideologia de profissionalismo, baseada na competência técnica, o que aconteceu entre nós na década de 70 e 80. O enfermeiro vai ter acesso a conhecimentos (de fonte médica) e ao desenvolvimento de capacidades técnicas. A tecnicidade passa a

ser um objectivo da sua formação, uma forma de ter acesso ao conhecimento médico e uma compensação para a “servidão” dos cuidados aos doentes (Collière, 1999; Kérouac *et al.*, 1996).

Esta valorização da vertente técnica surgiu em Portugal numa fase em que ocorreram alterações sociopolíticas que puseram em causa o conjunto de valores que tinham suportado a formação ético/moral dos enfermeiros até aí. Passou-se de uma abordagem tradicional de formação do carácter, identificada com uma vocação religiosa, para uma crítica e desvalorização dessa abordagem, mas sem encontrar um quadro de valores sólido que constituísse alternativa (Ribeiro, 1998).

Este período de reacção a um ensino tipo moralista constituiu-se um vazio perigoso ao admitir que se podia educar ou prestar cuidados de forma isenta. O enfermeiro devia preocupar-se apenas com verdades e factos, actuar de forma distante e sem se envolver, ser um técnico competente e suas acções serem neutras em relação aos valores (Ribeiro, 1998).

Esta formação assim recebida, deixava terreno livre para a influência do currículo oculto na escola e nos serviços: a forma como se organiza a formação, as relações que se estabelecem entre professores e estudantes, enfermeiros e utentes e entre membros da equipa de saúde, as metodologias, os conteúdos que se valorizam ou omitem, a orientação que se dá. Não se falando explicitamente em obediência, humildade, ordem ou submissão verificou-se que os enfermeiros continuaram a não tomar parte activa em decisões em que teria todo o sentido que o fizessem. A percepção quer dos utentes, quer no seio do grupo profissional e dos estudantes é que aos enfermeiros não cabia tomar decisões e, portanto, também não lhes deviam ser exigidas grandes responsabilidades.

Já no final dos anos 80, quer na formação quer na prática em enfermagem, começa a falar-se com mais insistência, mas de uma forma abstracta, de valores, deveres e direitos de enfermeiros e utentes. No entanto, pouco se fez para que fossem assumidos na prática do dia-a-dia quer da escola quer dos hospitais ou centros de saúde. Falava-se da necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde sem que se fosse além da retórica. No entanto, falar de valores de forma abstracta, como por exemplo de humanização dos cuidados

no hospital, de autonomia da enfermagem, ou de metodologias activas na escola, se não se traduzir em acções concretas e assumidas na prática de cuidados e na prática pedagógica, de nada serve como nos dizem Lourenço (1997) e Ribeiro (1998).

Na década de 90, com o aumento da complexidade das situações com que os enfermeiros e os estudantes de enfermagem se deparam, confrontando-os com dilemas de dificuldade crescente e que apelam a tomadas de decisão cada vez mais exigente, tem-se dado mais importância à formação para o desenvolvimento e aos valores que orientam a prática dos cuidados. Lourenço (1997) defende mesmo que a enfermeira mais desenvolvida é, em geral, a que está em melhores condições para respeitar os outros (utentes em especial) e para se respeitar a si própria.

Educar para os valores torna-se pois essencial no âmbito das profissões de ajuda e a enfermagem de hoje tem disso consciência. A escola além de educar para a inteligência e a razão, deve também educar, como nos diz Lourenço (1997), para o afecto, a cidadania e a emoção, os chamados três "Cs": *Care, concern and connection*. Os três "Cs" são especialmente relevantes no âmbito da enfermagem e dos valores.

Foi também nesta década de 90 que, entre nós, surgiu grande produção teórica em enfermagem no que respeita ao esforço para autonomizar a profissão e que as várias teorias e modelos de acção e das práticas dos cuidados foram analisadas e aprofundadas.

Com o D.L. n.º 191/96 de 4/9, foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que veio reforçar a oportunidade dos enfermeiros se debruçarem sobre o lugar dos valores, da ética e do desenvolvimento na prática de cuidados e na educação em enfermagem.

No REPE afloram-se questões que têm a ver com a ética na prática de enfermagem. No n.º 1, do artigo 8º pode ler-se: *"no exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos"*.

A publicação do REPE iniciou um novo ciclo na profissão de enfermagem que aponta claramente para princípios de actuação que encontram o seu funda-

mento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 104/98 de 21 de Abril) foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

O enfermeiro de hoje tem criadas as condições para que o desenvolvimento da profissão deixe de estar assente numa moral baseada na exigência unilateral, de serviço, de dever, de prepotência, de autoritarismo e de desrespeito pela opinião do utente em tudo o que lhe diz respeito.

A actualidade é o resultado da história da humanidade, em todos os domínios da sociedade e do saber. Não se pode ignorar esse passado, que nos permite explicar os acontecimentos presentes. Também em relação à actual imagem do enfermeiro há que ter em conta como surgiu e evoluiu a profissão, nos anteriores contextos históricos e sociais, pois este facto poderá explicar, mas não justificar, o presente. Se é uma verdade que o campo de competências e saberes da profissão evoluiu consideravelmente, há que averiguar se a imagem do enfermeiro acompanhou essa evolução, tendo igualmente sofrido transformações que a tornem o espelho da realidade.

Conhecer a opinião que os enfermeiros têm sobre a sua actual imagem e sobre os factores que a condicionam ajudará a perceber se a história da profissão ao longo dos anos ainda constitui um entrave para que a mesma acompanhe a evolução da profissão.

As características atribuídas a cada um dos géneros também se reflectem na forma como a realidade é percebida por cada enfermeiro, uma vez que uns e outros atribuem diferentes graus de relevância a diferentes pormenores que observam no dia-a-dia e que conduzem à formação de opiniões.

1.3. ALGUMAS CONCEPÇÕES DE ENFERMAGEM

A necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos serviços que prestam à comunidade, tem motivado os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para sua profissão (Kérouac et al., 1996). Esses modelos conceptuais orientam não só a prática da enfermeira, proporcionando uma descrição, por exemplo, da meta que ela persegue ou das actividades de cuidados, mas também servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados de enfermagem. Servem para precisar os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, os fenómenos de interesse para a investigação em enfermagem, assim como as actividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados.

Precusores para a elaboração de teorias em ciências de enfermagem, os modelos conceptuais oferecem uma perspectiva única a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos que sirvam para a sua prática (Fawcet, citado por Kérouac et al., 1996). Modelo conceptual é, portanto, uma imagem mental, uma maneira de representar a realidade, isto é, uma maneira de conceber a profissão (Adam, 1994).

Existem vários modelos conceptuais em enfermagem. De Nightingale a Parse um longo caminho se percorreu e surgiram várias concepções da disciplina de enfermagem.

Kérouac et al. (1996) estudaram a evolução das escolas de pensamento em enfermagem verificando que a sua evolução tem a ver com a predominância das ideias e valores inerentes a uma determinada época, podendo actualmente co-existir ideias de diversos paradigmas, aqui entendidos como um conjunto de crenças, de valores, de leis, de princípios, de metodologias e respectivas formas de aplicação. Os autores consideram que a disciplina de enfermagem, enquanto tal, passou por três paradigmas a que eles atribuíram a seguinte nomenclatura: categorização, integração e transformação.

Paradigma da Categorização

Este paradigma da categorização “*caracteriza-se por perspectivar os fenómenos de*

modo isolado, não inseridos no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definíveis e mensuráveis” (Lopes, 1999:35). O pensamento está orientado no “sentido da procura de um factor causal para as doenças e da associação entre esse factor e uma determinada doença ou quadro sintomatológico característico. Estas manifestações, por sua vez, possuem características bem definidas, mensuráveis e categorizáveis” (Lopes, 1999:35).

A preocupação predominante é com o órgão afectado, com o diagnóstico médico, o tratamento e a cura. A pessoa é apresentada de modo fraccionado, não integrado e o ambiente é algo separado da pessoa e fragmentado em social, físico e cultural (Kérouac et al. 1996). A pessoa e o ambiente aparecem assim como duas entidades distintas e separadas.

Este paradigma poderá localizar-se ainda no século XIX, altura em que começaram a identificar alguns agentes patogénicos e se estabeleceu a sua relação com algumas doenças.

Neste paradigma é possível identificar duas orientações diferentes na enfermagem. A primeira é uma orientação para a saúde pública com medidas de higiene e salubridade em geral. A segunda orienta-se para a doença em que a pessoa é entendida como um todo formado pela soma das suas partes, que são separadas e identificáveis. A saúde é entendida como um estado de equilíbrio, altamente desejável e sinónimo de ausência de doença. Poder-se-á situar aqui o início da medicina técnico-científica, sendo que o seu objectivo passou a ser estudar a causa da doença, formular um diagnóstico preciso e propor um tratamento específico (Allan e Hall, 1988 cit por Lopes, 1999).

Verificou-se uma marcada evolução científico-tecnológica que permitiu à medicina alargar os seus horizontes e a dispor de tecnologias cada vez mais sofisticadas, quer para diagnosticar quer para tratar. Nessa altura os médicos começaram a delegar tarefas de rotina que era costume praticarem, para a responsabilidade das enfermeiras. Os cuidados são dirigidos para os problemas, limitações ou incapacidades das pessoas. O sistema de prestação de cuidados fundamenta-se na especialização de tarefas: cada enfermeira era responsável pela prestação de um determinado cuidado a todos os doentes da enfermaria como sejam os cuidados de higiene e conforto ou a administração de terapêutica (Lopes, 1999). Até há bem pouco tempo era este o sistema em que se tra-

balhava em Portugal e esta situação ainda se verifica em alguns locais.

Paradigma da Integração

Este paradigma começa já a perspectivar os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais. São valorizados tanto os dados objectivos quanto os subjectivos.

De acordo com Lopes (1999), este paradigma influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa. Surge nos Estados Unidos da América na década de 50, no pós 2ª Guerra Mundial, onde havia um elevado número de pessoas com múltiplas carências. Verificou-se também um desenvolvimento notável das ciências sociais e humanas com a contribuição de Adler sobre a psicologia individual, de Rogers sobre a terapia centrada no cliente, e de Maslow sobre a motivação. Todas elas alertavam para "*um reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade*" (Kérouac et al., 1996:10 cit por Lopes, 1999).

Neste contexto os cuidados de enfermagem tinham como objectivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões. A enfermeira era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa tendo em conta a sua globalidade. A partir daqui, intervir significa "agir com" a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades. A pessoa passou a ser entendida como um todo formado por partes em interacção, tendo surgido a expressão "a pessoa como ser bio-psico-socio-culturo-espiritual" (Lopes, 1999).

Saúde e doença passaram a ser perspectivadas como entidades distintas que coexistem e que estão em interacção dinâmica. A maioria das concepções de enfermagem foi criada a partir da orientação para a pessoa. Surgiram durante este período os primeiros modelos conceptuais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação (Kérouac et al., 1996).

Paradigma da Transformação

Este paradigma perspectiva os fenómenos como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia. As mudanças ocorrem por estádios de organização

e de desorganização, mas sempre para níveis de organização superior (Newman, 1992, cit por Lopes, 1999).

O início deste paradigma deu-se nos anos 70 e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo. Engloba autores como Watson (1988), Rogers (1989, 1992), Newman (1992) e Parse (1992).

É neste contexto que em 1978 ocorre a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários e a OMS elabora a célebre declaração de Alma Ata (1978). Baseada no reconhecimento de que a saúde é um objectivo social primordial, a Declaração instituiu uma nova orientação para as políticas de saúde, dando especial ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários sectores da sociedade, e à criação dos cuidados de saúde primários.

De acordo com Lopes (1999), a pessoa é considerada um ser único maior do que as somas das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo. A saúde é concebida como um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa e englobando a unidade "ser humano – ambiente" e não é um estado estável ou uma ausência de doença.

Uma das teorias que influenciou e contribuiu para esta visão foi a teoria geral dos sistemas desenvolvida por Von Bertalanffy (Moigne, 1977 cit por Lopes, 1999). Esta teoria encara o ser humano como um sistema composto por vários sub-sistemas em interacção permanente e sistemática. Neste jogo de interacções qualquer fenómeno considerado deixa de se poder apontar como ponto de partida ou de chegada.

Nesta perspectiva, os cuidados de enfermagem visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define. Intervir significa "ser com" a pessoa, acompanhando-a nas suas experiências de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolher. O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados (Kérouac et al., 1996).

A pessoa é colocada acima da instituição e o enfermeiro assume-se como advogado do utente posicionando-se ao seu lado. O enfermeiro ao garantir todos os cuidados requeridos por uma pessoa, co-responsabiliza-se com ela no processo de cuidados. O processo inter-relacional entre o enfermeiro e o utente ganha assim o seu verdadeiro significado.

1.4 - A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

“Este movimento emergente (que) é conhecido pelo movimento das representações sociais, ou da sociedade pensante (...) (Moscovici, 1984) procura analisar as actividades cognitivas e simbólicas a partir dos processos de interacção e comunicação sociais e nesse contexto, estuda as teorias sociais práticas que orientam os comportamentos e as actividades de inferência, atribuição, julgamento e avaliação, bem como todas aquelas através das quais se processa a construção significativa da realidade”.

(Vala, 1992:1)

O conceito de representação social foi proposto por Moscovici em 1961 ao estudar a apropriação da teoria psicanalítica por parte de diferentes grupos sociais. Jodelet (1989), define as representações como sendo uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objectivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Neste contexto, as representações sociais referem um fenómeno comum a todas as sociedades – a produção de sentido. Noutra perspectiva, as representações sociais são construções que incorporam autonomia e criação individual ou colectiva (Moscovici, 1984), constituindo-se como os organizadores das relações simbólicas entre os diferentes actores sociais (Doise, 1990). A estrutura das representações sociais tem uma dupla natureza – conceptual e figurativa (Moscovici, 1984) que terá estado na base do desenvolvimento de toda a teoria. A representação pode ser tratada como um

“processo que torna o conceito e a percepção de algum modo intermutáveis, visto que se engendram reciprocamente (...) No real, a estrutura de cada representação (...) tem duas faces (...): a face figurativa e a face simbólica. (...) Representação figura/significação, entendendo-se por isso que ela faz compreender em toda a figura um sentido e em todo o sentido uma figura” (Sá, 1992:13).

Por outro lado, a teoria das representações sociais pressupõe que o pensamento é bicausal (Moscovici, 1984), ou seja, que existe uma causalidade primária, espontânea, em que se procuram mais as motivações e intenções relativas a um determinado comportamento ou situação social observada, do que propriamente causas específicas para efeitos específicos. Existe também uma causalidade secundária ou não espontânea, que exige a procura de causas específicas para efeitos específicos, levando os indivíduos a procurar informa-

ções sobre os fenómenos para os classificarem numa determinada categoria, identificando as suas causas e explicitando-as – por exemplo, podemos inferir a que classe social pertence uma pessoa, pelo seu comportamento observado (Moscovici, 1984).

Para melhor as compreender e no sentido de entender a formação das representações sociais, Moscovici (1961) refere dois processos inseparáveis e de grande importância, na sua génese: a objectivação e a ancoragem. “ *A função de duplicar um sentido por uma figura, dar materialidade a um objecto abstracto, naturalizá-lo, foi chamada de objectivar. A função de duplicar uma figura por um sentido, fornecer um contexto inteligível ao objecto, interpretá-lo, foi chamada de ancorar*” (Sá, 1992:13).

Mas os processos acima descritos conduzem-nos a várias questões, como sejam: Porque formamos representações sociais? Como é que os motivos que temos para as formar explicam as suas propriedades cognitivas? Moscovici (1984) aponta três hipóteses, afirmando que embora todas contenham elementos verdadeiros, são demasiado gerais para responder às perguntas acima formuladas. E assim voltamos ao ponto de partida: todas as representações que construímos tendem a tornar familiar à maioria das pessoas aquilo que (em geral) o não é; procuram compreender e representar o que é real.

É a dinâmica das comunicações e relações sociais no universo colectivo que permite ou facilita a familiarização com ideias e situações estranhas para a maioria das pessoas - e que é conseguida devido a dois processos formadores: objectivação e ancoragem.

De uma forma geral, enquanto a objectivação permite compreender o modo como os elementos explicados de uma teoria se podem integrar como termos da realidade, o processo de ancoragem explica a forma como eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais. Pode então afirmar-se que as representações sociais correspondem a uma epistemologia do senso comum, para a qual os indivíduos participam activamente através destes dois processos.

1.4.1- Organização Interna das Representações Sociais: Sistema Central e Sistema Periférico

A questão das representações sociais tem sido objecto de estudo de duas grandes correntes: a **Estruturalista** de ABRIC (1976), centrada na Teoria do Núcleo Central e a **Genética**, desenvolvida por DOISE (1986) que configura a teoria dos princípios geradores de tomada de posição. Seguiremos os desenvolvimentos estruturalistas de como a representação se organiza, recorrendo à estrutura semântica da memória a longo prazo, organizando-se em nós e ligações entre eles. Estes nós possuem níveis de ligações diferentes; quanto maior o número de ligações, mais central será o nó (Pereira, 2001).

Para este autor, a estrutura das representações contém dois sistemas fundamentais: “ *um central e outro periférico que em permanente dinâmica influenciam por sua vez as ancoragens e as tomadas de posição, colocando em relevo duas dimensões, uma individual, através das atitudes a influenciarem os princípios organizadores das tomadas de posição e outra social através das pertenças dos grupos*” (Pereira, 2001:37).

De acordo com Abric (1992) estes sistemas central e periférico, traduzem entidades complementares com funções específicas e bem diferenciadas. O sistema central apresenta algumas características, de acordo com Abric (1994): é determinado pela história do grupo, pelas suas referências ideológicas e normativas, extremamente marcado pela memória colectiva; tem uma função consensual no sentido em que constitui a base comum colectivamente compartilhado das representações sociais. A sua estabilidade, a sua coerência, a sua resistência às mudanças permitem-lhe assegurar uma segunda função: a de continuidade e a permanência da representação. Finalmente, é pouco sensível ao contexto imediato.

Os elementos periféricos são governados pelo núcleo central que determina, em grande parte, as suas funções. Possuem um papel essencial na dinâmica das representações sociais pois podem ser definidos como modelos prescritores de comportamento (Flament, 1988). Assim, o sistema periférico tem como primeira função a concretização do sistema central em termos de conduções

ou tomadas de posições. Neste sentido, as representações podem ancorar-se na realidade do momento. Contrariamente, o sistema central, é muito menos flexível e evolutivo, o que lhe permite assegurar uma segunda função, a de regulação e adaptação deste á realidade concreta na qual o grupo está organizado.

São os elementos periféricos que protegem o núcleo central. Assim, alguns destes elementos podem ser transformados sem que haja uma diminuição do significado central. O sistema periférico permite a integração de variações individuais ligadas à história das temáticas. Numa perspectiva estruturalista, duas representações diferem unicamente se os seus núcleos centrais não são os mesmos. Neste sentido, dois grupos podem ter a mesma representação de um objecto pelo seu núcleo central, mas os modelos periféricos possuem uma representação diferente, por razões de circunstância, nomeadamente das práticas individuais (Flament, 1988).

Concluindo, as representações sociais são consensuais pelos seus núcleos centrais, no entanto, podem absorver diferenças inter-individuais nos seus sistemas periféricos. É a articulação deste duplo sistema que permite as representações sociais assumir a sua função essencial: a adaptação sócio-cognitiva.

A representação social, por conseguinte, é constituída por um conjunto de elementos ou modelos cognitivos, estruturados e hierarquizados. Alguns destes elementos ocupam uma posição estruturante que constitui assim o sistema central. Este pode ter um ou vários elementos cognitivos que mantêm entre si relações fortemente conexas. Estes elementos ocupam uma posição privilegiada no campo representativo pois o núcleo central constitui o “*coração*” da representação. Os elementos periféricos são muito mais flexíveis podendo, sob o efeito de práticas novas mais ou menos contraditórias com a representação, sofrer uma transformação, sem que o núcleo central seja posto em causa. Asseguram, assim, a protecção dos elementos centrais.

O núcleo central é o elemento mais estável da representação. É muito difícil de modificar e, nesta perspectiva, Mugny e Carugati (1985) falam de “*núcleo duro*”.

É à volta deste que se organizam os elementos periféricos. A mudança do núcleo implica uma mudança da representação social (Pereira, 2001:30).

A teoria do núcleo central procura explicar as diferenças individuais a partir do sistema periférico. De acordo com esta teoria as diferenças individuais são materializadas nas diferentes organizações do sistema cognitivo, a partir de crenças normativas que impõe modulações diferentes.

A noção de núcleo figurativo, elaborado por Moscovici, foi retomada e desenvolvida por Abric sob o tema de núcleo central (ou núcleo estruturante). Segundo esta teoria, uma representação é um conjunto organizado á volta do núcleo central, composta de elementos que dão significado à representação. O nó estruturante é um elemento fundamental da representação. A sua localização permite o estudo comparativo das representações sociais. A sua dimensão é essencialmente qualitativa. A frequência do aparecimento de um, ou vários elementos do discurso dos sujeitos, não nos permite afirmar que se trata de elementos que constituem o núcleo central. O estudo qualitativo dos diferentes itens de uma representação deve ter em linha de conta as relações estabelecidas entre os elementos, por forma a determinar o núcleo central, tendo por base a questão fundamental: *de que elemento (s) emerge a significação da representação?*

O núcleo estruturante possui duas principais funções: uma função geral onde o núcleo central está na origem dos diferentes elementos da representação, dando-lhe sentido. Abric (1976) chama a dimensão funcional onde os elementos centrais que concernem directamente a realização de uma tarefa e cita a este propósito um estudo de Lynch, em 1969, sobre um meio urbano, que colocou em evidência o núcleo central da representação da cidade que era formado por elementos relativos ao local e ao deslocamento urbano (Abric, 1976).

Tem ainda uma função organizativa que determina a natureza das ligações que se estabelecem entre os elementos da representação. Só quando o núcleo central é modificado que a representação se transforma. Abric (1976) fala de uma dimensão normativa onde os elementos centrais são constituídos por uma norma, um estereótipo, ou uma atitude dominante para o objecto da representação.

O conteúdo do núcleo central é constituído por elementos que dão sentido á representação: são eles a representação do objecto representado; a relação deste objecto com o sujeito ou grupo e o sistema de valores e de normas.

Mesmo sendo o núcleo central o fundamento da representação, os elementos

periféricos possuem um lugar importante na representação: “ *Eles compreendem as informações retidas, seleccionadas e interpretadas, os julgamentos formulados a propósito de um objecto e da sua envolvente, os estereótipos e as crenças...Eles constituem o interface entre o núcleo central e a situação concreta da elaboração e funcionamento da representação* ” (Abric, p.25).

Estes funcionam como grelha de descodificação de uma situação, segundo a expressão utilizada por Claude Flament (1987) que lhe atribui três funções essenciais:

- Uma função prescritiva: os elementos periféricos indicam o que é conveniente realizar de acordo com determinada situação;

- Uma função de personalização das representações e das condutas que lhe estão relacionadas. Estas autorizam uma certa flexibilidade nas representações que têm em conta a apropriação individual e do contexto nas quais elas se elaboram. Esta função une a de regulação definida por Abric, segundo a qual os elementos periféricos permitem a adaptação da representação nas evoluções de um dado contexto.

- Uma função de protecção do núcleo central (ou função de defesa como refere Abric): O sistema periférico funciona como um “*para-choques*” da representação.

O Núcleo Central apresenta-se muito resistente à mudança. Os elementos periféricos vão permitir a integração de novos elementos na representação o que conduz, a termo, à sua transformação.

Para Flament, os elementos periféricos serão os esquemas que indicam o que é normal, ou não, numa dada situação.

Dependendo de certas circunstâncias os esquemas normais podem transformar-se em esquemas estranhos. Assim, são definidas quatro componentes: a noção de normal, a designação do elemento estranho, a afirmação de uma contradição entre estes dois termos, a proposição de uma racionalização que permita suportar (no decurso do tempo) a contradição.

1.5 – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS COMO CONCEITO MEDIADOR

Sabemos que todos os enfermeiros possuem uma imagem sobre o que é realmente a profissão, e baseiam essa imagem sobre as suas próprias ideias e valores.

Ao quisermos entender qual a imagem que cada um dos profissionais tem de si e da sua profissão e, que de alguma forma condiciona as suas práticas, pensamos que a Teoria das Representações Sociais nos poderia servir de suporte, no sentido em que são as representações que estruturam as explicações e os comportamentos das pessoas relativamente a um objecto.

São pois os modelos pessoais de organização dos conhecimentos, constituindo a grelha de leitura dos acontecimentos para a pessoa, as lentes, com as quais vai olhar o mundo e assim assimilar novas informações, exprimindo uma forma singular de estar no mundo e de explicar os fenómenos.

Por outro lado, as representações dizem respeito simultaneamente às esferas afectivas e cognitivas do sujeito, sendo próprias do mesmo e da sua classe social.

Com base nos contributos teóricos apresentados no ponto anterior podemos concluir que as representações constituem uma condicionante fundamental das práticas, o que nos levou à sua utilização como conceito mediador uma vez que nos permite apreender o sujeito (e o seu grupo) no seu processo de construção de sujeito activo, de sujeito em acção e não nos limitarmos a descrevê-los do exterior tentando compreender uma lógica de acção.

Assim, podemos pensar que a representação que os enfermeiros têm da sua imagem profissional poderá influenciar as suas práticas e os seus discursos.

Para a construção dessas representações de enfermagem contribuem essencialmente o **Factor Imagem** associado a factores de ordem pessoal, ligados a experiência de vida de cada enfermeiro, factores de ordem social e profissional, normas ideológicas, políticas, institucionais ou contextuais.

1.6 - IMAGEM

“One of the most compelling reasons to change the image of nurses is that the image in the professional and the public eye is, and will continue to be, reflected in the destiny of nursing.”

Kalisch(Kalisch, 1980)

A inexistência de conceitos unânimes não impede que diversos autores procurem definições para o conceito de imagem. Martins (1998:9) refere que a imagem aparece como uma *“...forma de representação realizada pelos sujeitos, nos processos de cognição de outras pessoas ou objectos, que lhes permitem posicionar-se na rede de interacção dos processos sociais.”* Desta forma, é através das práticas sociais e das relações que se estabelecem com as pessoas e os objectos que se cruzam com o indivíduo, que o mesmo realiza a formação de uma imagem de si próprio e de tudo o que o rodeia. Será importante referir que, face a uma mesma situação ou pessoa, a imagem formada será diferente de indivíduo para indivíduo, já que a mesma realidade pode ser percebida de forma distinta por pessoas com diferentes características e identidades. A mesma autora diz-nos que (1998:10) *“... a imagem tem uma capacidade (poder) de influenciar, de estimular e de seduzir, induzindo a vontade, a motivação e o comportamento de quem a percebe.”*

No caso dos enfermeiros e da sua imagem, a empresa em que exercem funções também beneficia se a mesma for associada a aspectos positivos.

MARTINS (1998:13) refere que, na construção de uma imagem, surgem três dimensões: a imagem real, a imagem adquirida e a imagem desejada. No caso das instituições, sejam elas representativas de uma profissão ou de uma organização prestadora de cuidados de saúde, a imagem real é objectiva, correspondendo ao que realmente é essa instituição. A imagem adquirida torna-se subjectiva, na medida que corresponde à forma como a sociedade em geral apreende a instituição. A imagem desejada é aquela que a instituição gostaria de ter na opinião das pessoas com quem contacta directa ou indirectamente. O ideal seria a existência de uma correspondência entre as três dimensões, o que seria equivalente a dizer-se que a comunicação entre instituição e público decorria sem interferências e que os serviços prestados seriam de qualidade e

adequados às expectativas e necessidades de todos aqueles a quem se destinavam.

No caso da imagem dos enfermeiros, a mesma pode ser abordada segundo vários ângulos de visão. Em 1992, Aber & Hawkins desenvolveram um estudo sobre a imagem dos enfermeiros em anúncios publicitários publicados em jornais e revistas médicos e de enfermagem dos Estados Unidos da América. O seu objectivo consistia em verificar se a imagem do enfermeiro nesses anúncios retratava o papel por ele desempenhado na prestação dos cuidados de saúde. A importância e pertinência deste estudo é justificada, uma vez que *“What is presented in the media may be the vehicle for changes in the public’s perception of what nurses do and the roles nurses play.”* Apesar do local onde o estudo foi realizado corresponder a uma realidade distinta da portuguesa, os resultados obtidos não deixam de ser relevantes para promoverem uma discussão e reflexão sobre o tema, na medida em que não contribuem para a promoção de uma imagem profissional coerente em relação ao valor do trabalho realizado pelos enfermeiros. Os autores verificaram que, na maioria desses anúncios (79,4%), estavam retratadas jovens enfermeiras sendo o número de homens enfermeiros reduzido. A imagem da profissão aparece assim associada principalmente ao sexo feminino. No entanto, quando existiam médicos representados nos anúncios, eles eram do sexo masculino.

Não correspondendo a valores muito elevados, os resultados obtidos apontam para uma distinção entre o papel desempenhado por homens e mulheres e para alguma dependência e inferioridade da profissão em relação à medicina, o que deveria ser motivo de reflexão.

Um estudo que pode ajudar nesta reflexão foi desenvolvido por Kalisch & Kalisch (1977), em que a temática da dominância da profissão médica sobre a submissa profissão de enfermagem é profundamente debatida e em que as razões estão claramente expressas na análise efectuada.

Mais do que a opinião pública global, a opinião dos próprios profissionais pode ser influenciada pela mensagem subjacente às imagens publicitadas.

Por estes exemplos podemos constatar a existência de estereótipos relativos à profissão em geral e às enfermeiras em particular. Os enfermeiros, independentemente do seu sexo, têm por objectivo desempenhar um papel activo e

imprescindível na prestação de cuidados de saúde, não havendo diferenças na formação adquirida e no desempenho profissional entre homens e mulheres, senão as inerentes às suas capacidades individuais e respectivas personalidades tendo por base as suas histórias de vida.

O uso de imagens como as encontradas dificilmente contribuirá para uma alteração significativa ao nível da imagem profissional que se quer transmitir. Discutindo-se os resultados obtidos no estudo de ABER & HAWKINS (1992) algumas ideias chave podem encontrar-se na análise efectuada:

► *“Nurses are always clean and white. The ads perpetuated the Kasich’s (1987) image of nurses as angels of mercy.”* A limpeza no aspecto e o vestir de branco são factores que se mantêm associados à imagem da profissão, mas que não têm necessariamente que estar relacionados com o facto de a maioria das enfermeiras ser do sexo feminino.

► *“Nurses (read women) do not make important decisions or do important things. Some of the nurses in our study were portrayed in dependent or subordinate roles.”* As enfermeiras aparecem num papel submisso e dispensável, quer em relação ao médico, quer em relação aos próprios colegas de profissão pertencentes ao sexo masculino. Fica implícita a ideia de inferioridade da enfermagem em relação à medicina, em especial se a comparação for feita com uma enfermeira. Mais uma vez, são os próprios profissionais de enfermagem que parecem aceitar a supremacia da medicina em relação à sua profissão, bem como o facto de, por ser desempenhada por um grande número de mulheres, este ser um factor que contribui para essa realidade (não esqueçamos que estes anúncios se encontram tanto em revistas médicas como em revistas de enfermagem, destinadas maioritariamente a um público restrito e podendo condicionar/moldar a opinião dos leitores).

► *“Nurses and women exemplify sex role stereotypes. Women apparently are nurses and men, with one exception, are physicians. (...) However, when nurses were portrayed as strong, positive image figures, they were men.”* De novo o estudo aponta

para uma diferença de papéis entre homens e mulheres, bem como entre profissões. A perspectiva histórica está aqui bem patente, parecendo que o seu peso na formação de consciências sociais é superior ao esforço feito por toda uma profissão para evoluir, adquirir um campo de saberes e competências próprio, como na prática diária da prestação de cuidados se pode constatar.

► *“Nurses are handmaidens to physicians (...) this portrayed occurred often enough to suggest that assisting physicians is a primary role of nurses.”* No decurso normal da actividade de enfermagem são múltiplos e diferenciados os papéis desempenhados pelo enfermeiro, todos eles necessários e revestidos de uma importância relativa para o bem-estar e recuperação do doente. Todas estas actividades acontecem em complementaridade com os papéis desempenhados pelos restantes profissionais de saúde, dentro da autonomia estabelecida para cada profissão. Logo, não é aconselhável que os enfermeiros, em primeiro lugar, e os restantes indivíduos que, de alguma forma, se relacionam com a saúde (nomeadamente os responsáveis pela publicidade nas revistas e publicações da especialidade), continuem a perpetuar uma imagem do *“enfermeiro/auxiliar do médico”*.

► *“Nurses occupy lower positions in the health care hierarchy than do physicians. The status of physicians remains at the top in the health care hierarchy”*. Para além de serem retractadas em situações de inactividade e dependência, não aparecem retratos mostrando a enfermeira no desempenho de actividades de gestão, de ensino aos doentes e familiares, em investigação ou na execução de técnicas e procedimentos pertencentes ao domínio da enfermagem. Os autores afirmam: *“More importantly, women’s roles were portrayed as less active and more dependent than those of men, even were those men were nurses”*, o que vem uma vez mais ao encontro da ideia que o enfermeiro tem menos valor que o médico, em especial se for mulher.

Apesar de ter passado mais de uma década sobre a elaboração do estudo referido e de a realidade abordada não ser a portuguesa, são resultados que poderão ser analisados e reflectidos.

Num estudo efectuado por TAKASE, KERSHAW & BURT (2002) subordinado ao tema “*Does Public Image of Nurses Matter?*” os autores procuraram determinar qual a relação existente entre a opinião que os enfermeiros possuem sobre os estereótipos que o público tem sobre a sua profissão e a forma como este facto influencia o seu auto-conceito, a sua auto-estima, a sua satisfação para com a profissão e o seu desempenho. Segundo os mesmos autores “*The nursing profession is said to have long suffered from public stereotyping and from being closely associated with femininity and powerlessness.*”

A imagem da profissão aparece assim associada a estereótipos que a acompanham ao longo dos tempos, ao facto de ser exercida maioritariamente por mulheres e de não possuir um poder específico (reconhecido socialmente).

TAKASE, KERSHAW & BURT (2002:196) referem que, apesar da evolução evidente que a profissão sofreu nos últimos anos, com a obtenção de um estatuto universitário que lhe garante uma sólida base educacional, existem estereótipos que teimam em manter-se. Citam CHRISTMAN (1998), DARBYSHIRE (2000), HALLAM (1998), BIRD & WATERKEIN (1997), DARBYSHIRE & HOLMES (1997), para referir factores que contribuem para a imagem da enfermagem e que são, respectivamente, a estrutura hierárquica existente entre médico e enfermeira, que tem origem nas respectivas educações, em termos históricos; a história da enfermagem e o papel que lhe é atribuído; os estereótipos ligados ao papel sexual; o reforço de uma imagem tradicional da enfermeira veiculada pela imprensa.

Um outro estudo, desta feita de KALISCH & KALISCH (1982:1220-1221) também nos fala da importância dos estereótipos criados em relação à profissão de enfermagem, classificando-os em três categorias gerais: “*...the nurse as man`s companion, the nurse as man`s destroyer, and the nurse as man`s mother or the mother of his children.*”

Ao ler-se a pesquisa efectuada por HUFFSTUTLER et al. (1998), cujo objectivo foi o de avaliar as opiniões dos estudantes e dos profissionais sobre a imagem dos enfermeiros, incluindo como condição que os estudantes não poderiam ser alunos de enfermagem e os profissionais não poderiam ser enfermeiros, verifica-se nas conclusões deste estudo que a ideia central expressa é a mesma já

referida: *“Education is the key that can unlock so many doors for nurses at a time when many changes are occurring in our health care delivery system.”* (HUFFSTUTLER et al., 1998:13).

Reportando de novo ao estudo efectuado por TAKASE, KERSHAW & BURT (2002:202-203) sobre o impacto que a imagem que o público tem dos enfermeiros exerce nos próprios, os autores retiram dele algumas conclusões:

- 🖼 Os enfermeiros percebem a imagem que o público tem deles de uma forma mais negativa do que a sua própria, o que sugere a existência de uma discrepância de imagem;
- 🖼 Os enfermeiros que percebem a sua imagem pública de forma mais negativa tendem a relatar um auto-conceito igualmente mais negativo;
- 🖼 Os enfermeiros que possuem um nível de auto-estima mais elevado têm uma maior tendência para perceberem como favorável a sua imagem vista pelo público;
- 🖼 Quanto mais os enfermeiros percebem de forma negativa a imagem que o público tem deles, maior é o impacto negativo para a auto-estima colectiva.

A partir destas conclusões, os autores referem a existência de uma relação entre a forma como cada enfermeiro percebe a imagem que tem dele e o desenvolvimento do seu auto-conceito. Quanto mais negativa for essa percepção mais baixo é o auto-conceito.

No texto presente em alguns dos anúncios publicitários apreciados por LUSK (2000) podem encontrar-se frases que revelam a dependência da enfermeira mulher em relação ao médico homem: *“The doctor’s choice”, “Doctor’s orders”, “The doctor was exactly right about these”, “Doctor, let me do that for you”*. A enfermeira aparece numa situação de inferioridade relativamente ao médico, estando presente para cumprir ordens, elogiar ou ajudar. A autora conclui que o facto das enfermeiras serem representadas sorrindo e sem usarem óculos implica que as mesmas adoptam uma atitude de conciliação e não de autonomia, parecendo atractivas em vez de instruídas.

Em todos os estudos atrás mencionados a imagem que representa a enfermeira – saliente-se o facto de maioritariamente a referência ser *“a enfermeira”* e

não “os enfermeiros” – não é apresentada segundo uma perspectiva positiva e construtiva, demonstrativa do real desempenho e da importância que o seu trabalho assume para o funcionamento das instituições de saúde e o bem estar dos utentes. A discrepância entre funções desempenhadas e a imagem divulgada está bem patente quando se analisam os resultados dos estudos e se comparam com a evolução sofrida pela profissão nos domínios técnico e cognitivo (dos saberes).

Pode então inferir-se que numerosos factores influenciam a imagem do enfermeiro, interferindo na sua auto-estima, no seu desempenho profissional e no seu ambiente de trabalho. O quadro seguinte sintetiza alguns dos factores mais significativos bem como alguns dos autores que a eles se referem:

Quadro 1 – FACTORES QUE INFLUENCIAM A IMAGEM DO ENFERMEIRO

FACTORES	AUTORES
✚ Imagem dos Enfermeiros difundida pelos <i>Media</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✚ ABER & HAWKINS (1992) ✚ KALISCH & KALISCH (1982) ✚ LUSK (2000) ✚ DESROISIERS (1997)
✚ Dominância da Profissão Médica sobre a profissão de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ✚ KALISCH & KALISCH (1977) ✚ HUFSTUTLER <i>et al</i> (1998) ✚ LUSK (2000)
✚ Profissão predominantemente feminina	<ul style="list-style-type: none"> ✚ ABER & HAWKINS (1992) ✚ TAKASE, KERSHAW & BURT (2002)
✚ História da profissão de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ✚ KALISCH & KALISCH (1982)
✚ Reconhecimento Social/Status	<ul style="list-style-type: none"> ✚ TAKASE, KERSHAW & BURT (2002)
✚ Opinião do público/cliente	<ul style="list-style-type: none"> ✚ KALISCH & KALISCH (1982) ✚ TAKASE, KERSHAW & BURT (2002)
✚ Formação Académica – perspectiva da Educação e Formação	<ul style="list-style-type: none"> ✚ KALISCH & KALISCH (1982) ✚ TAKASE, KERSHAW & BURT(2002) ✚ HUFSTUTLER <i>et al</i> (1998)
✚ Papel sexual da mulher	<ul style="list-style-type: none"> ✚ KALISCH & KALISCH (1977) ✚ TAKASE, KERSHAW & BURT(2002)

Atendendo a todos os factores abordados na literatura sobre a imagem dos enfermeiros, parece legítimo afirmar-se que o ambiente envolvente e a infor-

mação disponível que as pessoas possuem no decurso do seu percurso de vida actuam como modeladores na construção de percepções, que por sua vez ajudam a criar uma imagem do enfermeiro, no próprio e nos outros. Se o hábito é um agente conservador que impede mudanças rápidas na sociedade, se a percepção sobre o que nos rodeia aponta para a construção de uma determinada imagem, pode perceber-se que acabar com determinados estereótipos sobre a profissão pode ser um processo moroso e que necessita de atenção constante por parte dos profissionais. No entanto, eles próprios vivem em sociedade, sujeitos às mesmas influências, que acabam por fazer parte dos seus próprios processos cognitivos. Desta forma, ou são sensíveis à problemática da sua imagem profissional, reflectindo sobre a mesma e actuando para alterar o que não é do seu agrado, ou acomodam-se e ignoram a questão.

1.6.1 - Auto-Imagem

Cada indivíduo desempenha ao longo da sua vida numerosos papéis sociais, tendo diferentes comportamentos e posturas em cada um deles, resultantes de um conjunto de regras interiorizadas. Cada um desses papéis é determinante para a construção de uma auto-imagem total, composta por cada uma das parcelas respeitantes à imagem percebida pelo indivíduo ao desempenhar cada um dos papéis.

A este propósito, VILAR (1995:72) diz: *“Cada indivíduo tem a percepção de uma imagem de si próprio, como um certo tipo de pessoa, com certas características, peculiaridades, hábitos, possessões, modos de relacionamento e formas de comportamento. Esta auto-imagem é resultado do seu passado e experiências e torna-se consciente através da interacção com outras pessoas (...)”*

SAMPSON (1996), referido por PEREIRA (2003:46) considera que a auto-imagem resulta da influência de factores externos e internos e que a sua formação se relaciona com experiências anteriores e com o nível de auto-estima do indivíduo.

ABREU (2001:108), referindo ABRAMS & HOGG (1988), diz-nos que *“Uma imagem positiva de si constitui um pré-requisito para a construção de práticas profissionais adaptadas aos problemas a resolver ou aos projectos a realizar.”* Desta forma, a

imagem que o enfermeiro tem de si próprio poderá ser determinante na alteração de comportamentos e atitudes inerentes às funções desempenhadas, o que terá reflexos no evoluir da própria profissão e na construção de uma identidade profissional. Os indivíduos com maior auto-estima estão mais motivados para a mudança, o que é dependente das características da personalidade de cada enfermeiro, mas também da interacção estabelecida com o meio envolvente, na opinião de ANJOS & MONGE (1991:27). A auto-imagem de cada profissional “... *Articula com a identidade pessoal, é construída ao longo da biografia do indivíduo, segundo um processo de síntese das experiências vivenciadas, o qual é estruturado pelos sistemas de valores pessoal e inerente ao contexto social em que vive.*”

A auto-estima e a auto-imagem aparecem assim intimamente relacionadas, sendo mútua a influência que exercem uma na outra.

A auto-imagem construída por cada um diz respeito à opinião que tem do seu aspecto físico, das suas capacidades, desempenhos e características individuais. O que outras pessoas referem como sendo características do indivíduo em causa pode contribuir, em maior ou menor grau, para a construção da auto-imagem. Deste modo, a auto-imagem que cada indivíduo tem, sofre a influência não só das suas percepções mas também do modo com os outros o vêem. A opinião dos outros, a forma como comentam o seu comportamento, o feedback que transmitem das suas próprias opiniões sobre a pessoa em causa e o modo como a sua actuação a afecta, condicionam a formação que faz da sua auto-imagem.

1.6.2 - Auto-Imagem como ferramenta de intervenção

As leituras efectuadas e que têm vindo a ser mencionadas ao longo deste trabalho remetem para a importância que a imagem assume ou pode assumir para os enfermeiros, não devendo assim ser ignorada nas suas reflexões sobre o seu desempenho profissional e sobre a sua profissão.

Apesar de, em Portugal, existirem muitos jovens enfermeiros, na medida em que esta tem sido uma profissão com saída facilitada para o mercado de trabalho (o que é relevante numa altura em que a taxa de desemprego tem vindo a aumentar), continua a ser importante adequar o ensino às necessidades, aproveitar o potencial, os conhecimentos e a disponibilidade física e cognitiva que

estes possuem, para rejuvenescer com qualidade (e não só em quantidade) a profissão.



Nesse sentido, todos os enfermeiros devem estar atentos, gerindo com cuidado e de forma adequada a imagem que projectam, uma vez que os utentes e os seus familiares ajudam a divulgar essa imagem, que pode contribuir para a definição de um novo conceito de enfermeiro e de enfermagem.

A imagem do profissional e da profissão tem que ser pensada e gerida por todos aqueles que se apercebem da sua importância como impulsionadora de mudanças. O papel social desempenhado pelo enfermeiro deve ser coerente com a imagem transmitida.

Pereira (2003:46-47) refere-se a Sampson, que em 1996 avançou com uma explicação sobre a forma como a imagem pessoal pode contribuir para o desenvolvimento de uma carreira. São seis as razões apontadas:

- ❏ Cada pessoa possui um estilo próprio, facilitador ou não do seu relacionamento com os outros e da sua progressão na carreira. Esse estilo reflecte-se na “... maneira como fazemos as coisas, a maneira como nos vestimos, a maneira como nos comportamos com as outras pessoas, a nossa atitude para com os colegas e a forma como assumimos as nossas responsabilidades...”;
- ❏ Cada indivíduo tem a capacidade de acreditar no que os seus olhos conseguem ver, aceitando que, se pode ver, então é verdadeiro. Vive-se “*Numa sociedade regida por imagens visuais estamos inclinados a acreditar na evidência dos nossos olhos. (...) Se alguém parecer profissional, acreditamos que irá agir profissionalmente.*”;
- ❏ Não há tempo para pensar e reflectir sobre o que se está a ver. A velocidade a que se vive a vida faz com que se aceite a “*informação instantânea*”, aquela que está disponível no momento e na qual se está predisposto a acreditar, sem a complementar com outra informação ou outras fontes. Este facto pode levar a erros de julgamento, se aquilo que se está a ver for, de alguma forma, manipulado, para causar uma determinada percepção;
- ❏ A imagem pessoal reflecte-se na imagem profissional e organizacional. Então, se um enfermeiro transmite uma imagem positiva, de competên-

cia e confiança no seu relacionamento com os outros, esta vai influenciar a imagem que os outros têm da profissão e da organização. Segundo SAMPSON “... a nossa imagem é o meio de transporte dos nossos objectivos, ambições, competências e do que procuramos obter.”;

-  A imagem individual deve sobressair do colectivo, sendo no entanto aceite por todos. Tem que existir visibilidade do enfermeiro, devendo este fazer-se notar através das características representativas do seu profissionalismo: acessibilidade, responsabilidade, disponibilidade, comunicabilidade e credibilidade na execução das tarefas diárias. Deve ter-se em atenção que, qualquer que seja o estilo pessoal adoptado, “Quer tenhamos, ou não, tomado decisões conscientes acerca da imagem, se o nosso estilo pessoal não estiver de acordo com o da profissão ou da organização, podemos sofrer uma rejeição.”;
-  A projecção de uma imagem positiva, tem um efeito positivo no ego de cada profissional, incentivando-o a continuar no caminho escolhido.

A imagem pessoal, enquanto “*ferramenta de promoção*”, deve então ser gerida de forma atenta, para que facilite a ascensão profissional, mas também para que permita que a profissão seja olhada de outra forma pela sociedade em que se insere.

O sucesso profissional depende do impacto causado no exercício da actividade profissional, que segundo SAMPSON (*In*: PEREIRA, 2003:47), possui cinco componentes essenciais: **competência** no desempenho de funções (acompanhada de uma imagem consentânea com ela), **credibilidade** ao olhar dos utentes (a aparência deve ir ao encontro do esperado da profissão em causa), **controlo** na expressão de sentimentos e nas atitudes, que se deve desenvolver com a maturidade profissional, **confiança** em si próprio, que se traduz pela utilização de vocabulário e atitudes positivas, **consistência** entre a imagem projectada e os procedimentos efectuados, para que estes se tornem efectivos.

A imagem profissional surge assim como fundamental segundo vários domínios: é importante para o reconhecimento social do papel desempenhado, contribui para a promoção da profissão e das instituições, facilita (ou não) a progressão na carreira e o sucesso profissional e é um factor privilegiado da

comunicação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e todos os que o rodeiam. A sua gestão afigura-se assim prioritária, para permitir que competência e profissionalismo não passem despercebidos, para provocar percepções positivas quanto aos profissionais, à profissão e às instituições, para incentivar a mudança.

Toda a postura, os movimentos, a forma de falar, a interacção que estabelece são alvo de atenção. E são muitas vezes os designados “*pormenores*” que HESBEEN e COLLIÈRE profundamente abordam nos seus escritos, que podem fazer a diferença entre uma boa ou má publicitação do profissional e da instituição.

HESBEEN (2000:47), por exemplo, diz que “*A atenção a essas «pequenas coisas» revela a preocupação do profissional com o outro, na sua existência*” ou então “*Os «mil e um pormenores» são os que revelam um verdadeiro olhar dirigido ao outro.*”

Por vezes, uma palavra, um gesto, o tempo para escutar, são essenciais na relação de ajuda estabelecida, tão importantes como os demais actos técnicos ou os cuidados considerados essenciais na manutenção da saúde e da vida.

Sob este ponto de vista o enfermeiro é o actor que, com o seu desempenho profissional, pode causar um maior ou menor impacto – positivo ou negativo – na sua audiência alvo que são os utentes e seus familiares. Estes percepcionam uma imagem do profissional que podem divulgar junto da comunidade envolvente.

Um problema com que a enfermagem se depara, e que se reflecte na sua imagem é a falta de enfermeiros, o que acarreta inúmeros constrangimentos no funcionamento das instituições colocando, em último caso, a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em perigo. A formação humanista dos enfermeiros faz com que estes assumam muitas vezes funções que não são as suas. Ao assumirem todas estas funções, visíveis aos olhos de quem está presente, os enfermeiros não estão a gerir a sua imagem correctamente, uma vez que permitem que a confusão se estabeleça, principalmente na mente de todos aqueles que não conhecem “por dentro” o funcionamento das instituições de saúde. É óbvio que o fazem porque a sua prioridade é o doente, no entanto, por assumirem todas essas funções, deixam que a sua identidade profissional se dilua, e a polivalência revelada acaba muitas vezes por ser confundida com

ineficiência, uma vez que o tempo disponível para as reais actividades de enfermagem diminui. O cuidar associado à profissão pode abranger muitos pequenos gestos, mas esse cuidar não pode servir para produzir uma imagem do enfermeiro não coincidente com a realidade.

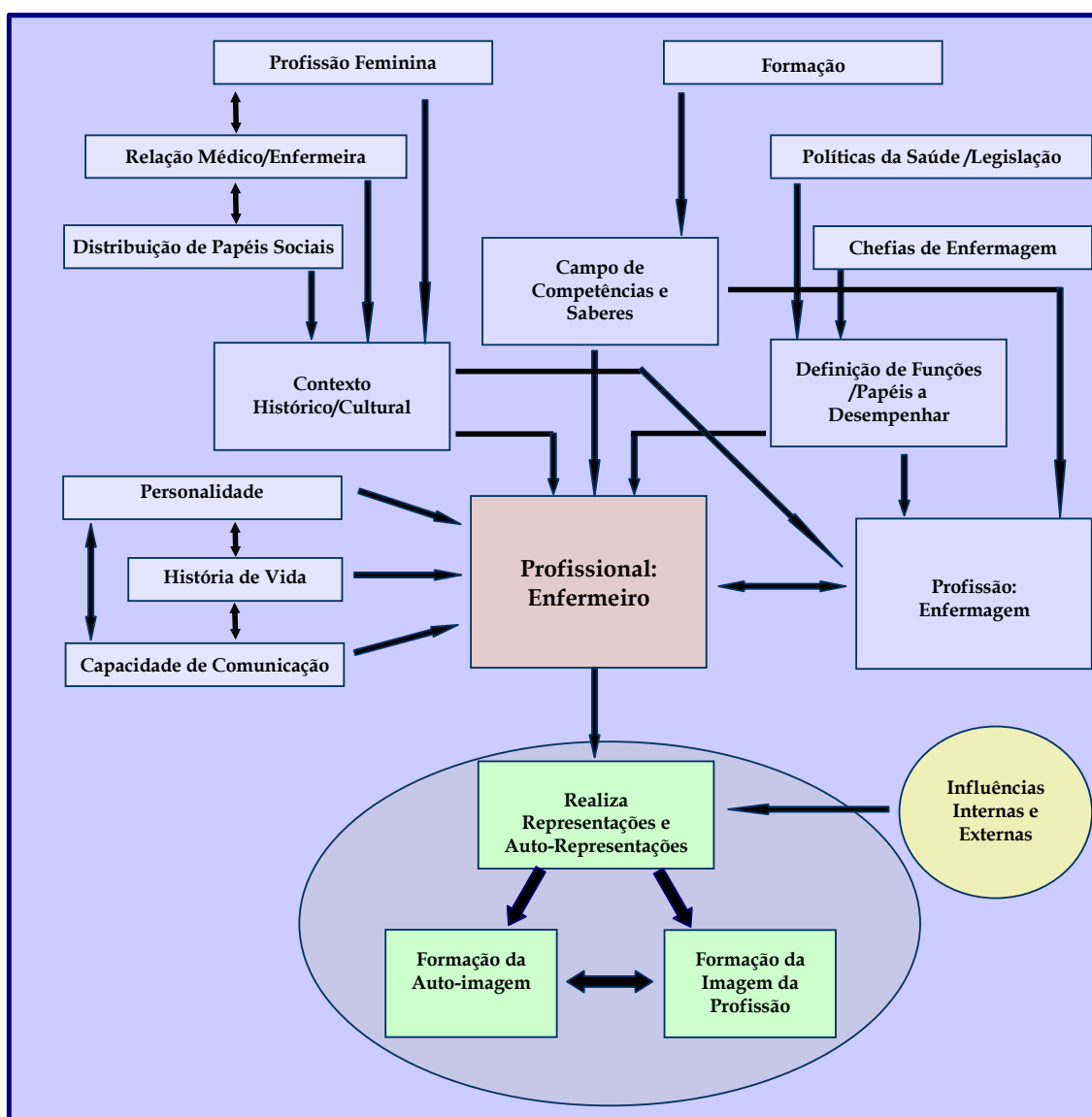
O “cuidar” continua a ser uma parte essencial da filosofia inerente à prática da profissão de enfermagem. Recentemente, e segundo Huffstutler et al. (1998), três das mais importantes organizações de enfermagem – *American Nurses Association (ANA)*, *National League for Nursing* e *American Association of Colleges of Nursing* –, numa campanha que visa promover nacionalmente e durante uma década a imagem pública da enfermagem, escolheram os três mais importantes atributos da enfermagem na actualidade e que pretendem ver reforçados junto da opinião pública. São eles: “... knowledge, competence, and caring...”

Mas a imagem dos enfermeiros, aparentemente centrada na prestação de cuidados, deve igualmente reflectir todo o restante desempenho profissional. Para além do “*cuidar*” em contacto directo com o utente, e para que esse cuidado possa ter toda a qualidade, eficácia e eficiência que se pretende, o enfermeiro é também responsável pela gestão dos serviços – gestão de recursos humanos, dos recursos físicos e materiais –, pela formação em serviço, pelo ensino aos utentes e familiares, pelo ensino das ciências da enfermagem englobado no Ensino Superior, por cargos de gestão intermédia e de topo nas instituições e pela investigação na área de enfermagem. Todos estes papéis desempenhados deveriam estar reflectidos na auto-imagem do enfermeiro e na imagem da profissão uma vez que são eles que em conjunto permitem a evolução da profissão e a excelência dos cuidados.

2 – QUADRO DE REFERÊNCIA CONCEPTUAL

Partindo-se de um quadro de referência conceptual simples, construiu-se um outro, mais completo e elaborado, de acordo com os dados obtidos no decurso das leituras efectuadas para o desenrolar da investigação. A figura seguinte representa esse quadro.

Figura 1 – QUADRO DE REFERÊNCIA CONCEPTUAL



Analisando o esquema anterior pode verificar-se que o centro desta investigação é o Enfermeiro, que profissionalmente é um indivíduo enquadrado numa profissão específica – a Enfermagem. Pretende-se que essa pessoa tenha a capacidade de realizar representações conducentes à formação de uma imagem de si própria enquanto profissional e de uma imagem da profissão que desempenha, sabendo que essa formação de opiniões sofrerá a influência de factores externos ao indivíduo e de factores que lhe são específicos (internos). No que concerne a factores externos, parecem destacar-se o contexto sócio-cultural, o campo de competências e saberes e a definição de funções/papéis a desempenhar.

Tanto o profissional como a profissão estão inseridos num determinado contexto histórico e cultural que os influencia no tempo presente, tal com aconteceu no passado e acontecerá no futuro. Nesses diferentes contextos, factores existem que são deles decorrentes, que se interlaçam uns nos outros conduzindo a uma realidade sócio-cultural com influência no Enfermeiro e na Enfermagem. Entre eles destaca-se o facto da profissão ser desempenhada especialmente por mulheres que convivem com uma distribuição de papéis sociais muito pré-determinada socialmente. Apesar da evolução, estes são factores descritos na literatura e que parecem permanecer actuais.

Também o campo de saberes e competências tem vindo a alterar-se, no sentido de uma melhor formação académica e profissional, promovendo alterações da profissão com reflexo no desempenho do profissional. Os enfermeiros de hoje têm um maior número de conhecimentos e possuem competências que anteriormente não existiam, podendo assim realizar funções e desempenhar papéis profissionais que anteriormente lhe estavam vedados.

A definição desses papéis e funções, dependente das políticas de saúde, da legislação que regulamenta o sector e da vontade das chefias de enfermagem em implementarem o legislado, vai reflectir-se na profissão e nos profissionais. A sua história de vida – experiências pessoais e profissionais com que se defrontou –, a sua capacidade de comunicação e os traços da sua personalidade vão afectar a opinião e, conseqüentemente, a formação de imagens.

Walter Hesbeen (2000:117) apresenta um esquema relacionando vários factores que contribuem para ajudar a definir a personalidade do Enfermeiro, segundo uma perspectiva não estática, que se transcreve em seguida:

Figura 2 – UMA REPRESENTAÇÃO DA PESSOA DO ENFERMEIRO NUMA PERSPECTIVA DE PROGRESSÃO



Fonte: HESBEEN, Walter (2000:117)

Como se pode verificar pela análise do esquema, são múltiplos os aspectos que se relacionam com a personalidade do enfermeiro e que são determinantes para a formação de uma imagem profissional, imagem essa que não é estática, mas que vai evoluindo com o passar do tempo. Essa personalidade vai influenciar a forma como cada enfermeiro exerce a sua profissão, interferindo tanto na formação da auto-imagem como no modo de cada indivíduo representar a profissão.

Determinantes da personalidade do enfermeiro, relacionados com o seu desempenho e a sua imagem, encontramos descritos factores como a capacidade de cuidar, os conhecimentos científicos e técnicos, a capacidade de comunicação, a interacção com os pares na saúde e com os utentes, a capacidade de autonomia ou a capacidade de sorrir (sentido de humor) e de se indignar.

3 - OBJECTO, OBJECTIVOS E OPÇÕES METODOLÓGICAS

Este estudo tem como preocupação central conhecer que representações possuem os enfermeiros sobre a sua própria imagem e sobre a imagem da profissão de enfermagem.

O estudo das representações é complexo e necessita, teoricamente, de uma abordagem multimetodológica. Abric salienta que a escolha de uma metodologia faz-se em referência ao sistema teórico que subjaz e justifica a investigação.

Na parte conceptual, enfocamos a teoria sobre as representações sociais de MOSCOVICI, seguindo-se a de ABRIC, segundo as quais uma representação social se define pelo seu conteúdo referido no núcleo central e os elementos periféricos – e pela estrutura e organização, ou mais especificamente pelas relações que os elementos mantêm entre si.

Verificamos, de igual forma, que estes elementos funcionam com base em duplos sistemas, um sistema central, estável e rígido, e um sistema periférico composto de modelos capazes de decifrar as situações, mais flexível que o sistema central e mais permeável à mudança. O estudo das representações sociais permitirá recolher os elementos que compõem a representação, identificar os elementos do núcleo central e compreender a organização destes elementos. Neste sentido, a metodologia de colheita de conteúdo das representações sociais assentará no postulado de critério de importância dos itens, proposta por Abric (2003).

Por outro lado, diariamente, os enfermeiros têm um desempenho que abrange diferentes áreas de actividade: prestação de cuidados directos ao utente, gestão, formação (académica e profissional) e investigação. Esta diversificação de funções e papéis desempenhados deveria reflectir-se tanto na auto-imagem dos enfermeiros, como na imagem da profissão, conduzindo a uma visibilidade social específica. No entanto, como refere COLLIÈRE (1999:12) existe um carácter de invisibilidade associado à profissão, uma vez que os enfermeiros não “... foram capazes de fortalecer e afirmar os efeitos socioeconómicos do seu trabalho que,

no essencial, continua invisível.”

Seria expectável que o desempenho profissional dos enfermeiros, fruto de uma formação técnica, académica e científica actualmente de nível superior, conduzi-se à existência de uma imagem e auto-imagem que não associasse o enfermeiro apenas à função de prestador de cuidados, uma vez que, para a qualidade e excelência desses cuidados, contribuem todos os outros papéis desempenhados.

COLLIÈRE (1999:188) refere que existe no enfermeiro o “... *sentimento efectivo de depreciação do seu papel como o de um actor social a cujo trabalho não é atribuído valor.*” O sentimento de falta de reconhecimento atribuído por COLLIÈRE (1999) aos enfermeiros poderá contribuir para alterações da auto-imagem, que não será reflexo da verdadeira importância do desempenho profissional.

Presentemente, os tempos parecem de mudança. No entanto, continuamos sem saber qual o “valor social” da prática de enfermagem. Ou seja, como o grupo profissional de enfermagem e a população em geral representam a imagem do enfermeiro e da profissão, que de certa forma nos proporciona um conjunto de interrogações no dia-a-dia do desenvolvimento das nossas actividades profissionais.

Que representações possuem os enfermeiros sobre a sua própria imagem e sobre a imagem da profissão de enfermagem?

Existem opiniões diferentes sobre a importância e autonomia dos enfermeiros, condicionadas pelo contacto cliente/enfermeiro?

Neste sentido, o problema central identificado motivador de um estudo mais aprofundado é, de facto, a Imagem do Enfermeiro na perspectiva dos próprios. Mas porque considerar a “Imagem da Profissão de Enfermagem” um problema, objecto de investigação?

Qual a Imagem dum(a) das profissões mais representativa nas organizações de saúde, que mais tempo passa com os utentes assegurando a continuidade dos cuidados? Sob o ponto de vista das interacções profissionais os enfermeiros portugueses vivem hoje alguns momentos de tensão e confrontação resultantes de novos formatos gestonários nas organizações hospitalares. Também, sob o ponto de vista da dinâmica das organizações, foram, em parte expropria-

dos da pertença aos órgãos de decisão e vivem-se momentos de alguma confusão. Neste enquadramento emerge a questão:

Será pertinente e vantajoso um estudo deste âmbito para os enfermeiros portugueses?

Acreditamos que sim, até porque os estudos, aprofundados, nesta área são escassos e raramente elaborados por enfermeiros e as representações sociais de uma dada profissão podem levantar questões de pertença a um dado grupo profissional. Acreditamos ainda, que a mudança de práticas clínicas geram representações e, de facto um dos nossos objectivos passa pela avaliação das evocações mais frequentes, por forma a conhecermos os elementos que compõem o núcleo central, os elementos periféricos e, em parte, a forma como estes se estruturam.

- 📄 Neste sentido coloca-se a seguinte pergunta de investigação: **Qual a representação social que os enfermeiros têm da sua imagem profissional?**

Definem-se os seguintes Objectivos para a realização desta investigação:

- 📄 Identificar a possível estrutura das representações sociais da imagem dos Enfermeiros através dos elementos do núcleo central e os elementos periféricos;
- 📄 Contribuir para a identificação da opinião que os Enfermeiros têm sobre a sua auto-imagem profissional;
- 📄 Contribuir para a identificação de factores que o enfermeiro considera influentes na construção da sua imagem profissional e na construção da imagem da profissão.

De acordo com estes objectivos, a abordagem de natureza qualitativa constitui-se como a nossa primeira alternativa.

4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

De acordo com o estudo em curso e o problema a investigar, a metodologia está inserida no paradigma qualitativo, sendo que o estudo é exploratório de cariz descritivo.

O uso de uma metodologia qualitativa possibilita uma abordagem holística dos fenómenos humanos, dado que coloca a tónica na exploração da riqueza e complexidade que os caracteriza. Tem como principal objectivo descobrir novos factos que ajudam à compreensão dos fenómenos (Fortin, 1999). Este método permite-nos investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e no seu contexto natural. Possibilita, através da descrição, um conhecimento mais alargado do fenómeno, pois permite captar a sua aparência e essência.

Este será um método relevante para a profissão de enfermagem, no sentido em que permite estudar uma infinidade de fenómenos integrados nos seus contextos sociais. Tal pressupõe que os indivíduos se comportam e interactivam com os outros membros do seu contexto social com base no significado e conhecimento que têm de si próprios e da realidade, significados estes que se revelam necessários à compreensão e à explicação do comportamento humano.

Partindo dos pressupostos anteriores, podemos considerar que o estudo tem carácter descritivo e exploratório.

Esta escolha tem em vista a classificação e descrição da população: FORTIN (1999) refere que tem como objectivo nomear ou caracterizar determinado fenómeno, assim como, uma situação ou um acontecimento, no sentido de obter o conhecimento pretendido, correspondendo este processo ao tipo de investigação exploratório-descritivo. Por um lado, os estudos exploratórios têm por objectivo planear a pesquisa de forma flexível, permitindo a utilização da observação de uma forma menos restritiva. Pelo referido, os riscos existentes na garantia do rigor da pesquisa aumentam. Por outro lado, os estudos descritivos procuram obter mais informações, estejamos a falar das características de uma população, ou ainda pretender referir os fenómenos pouco referenciados

nos trabalhos de investigação existentes. Não necessita de elaboração de hipóteses de estudo pois trata-se apenas de uma "*fotografia*" da situação. Este tipo de estudos é de fundamental importância pois são sempre o primeiro passo da investigação.

O maior desafio da pesquisa qualitativa será eventualmente, a aprendizagem das diferentes fases que a compõe e a construção e manutenção da reputação do investigador, sem descuidar a característica humana a que denominamos sensibilidade, e a sua contínua presença em todo o processo de investigação. Segundo MASON (2002), esta deverá ser conduzida de forma rigorosa, sistemática e estratégica, no entanto, flexível sem perder a noção da realidade; deverá ser conduzida com responsabilidade e com o cuidado de evitar eventuais julgamentos precipitados. Para contrariar os pontos apontados como negativos, tais como a falta de neutralidade ou de objectividade, o pesquisador deverá fazer constantes introspecções a todo o procedimento adoptado, compreendendo muito bem todo o seu papel no processo investigativo; deve ainda produzir argumentos e explicações com a utilização da observação selectiva e da interpretação – ponto de vista do pesquisador inserido na sua realidade social e tendo em conta os seus objectivos de pesquisa -, em vez de reclamar para si apenas as descrições obtidas.

4.1 SUJEITOS DO ESTUDO

Perante a magnitude de situações em que os enfermeiros podem realizar representações sobre a sua própria imagem e sobre a imagem da profissão de enfermagem, houve a necessidade de definir, ou melhor, delimitar o mais possível o campo de análise. Considerando a nossa experiência profissional, a par de toda a formação que temos vindo a desenvolver na área de prestação de cuidados em contexto hospitalar, encontramos-nos numa situação privilegiada para aí melhor analisar o fenómeno em estudo. Partindo destas premissas optámos por limitar o nosso estudo a enfermeiros a exercer funções em contexto hospitalar no distrito de Lisboa, independentemente dos anos ou cargo de profissão. Em termos institucionais, e por razões de carácter operacional, elegemos o CHLO - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. que nasceu a 1

de Janeiro de 2006 resultante da fusão de três unidades hospitalares: os Hospitais de Santa Cruz, Egas Moniz e São Francisco Xavier, dispondo de todas as valências de cuidados de saúde diferenciados.

Parece-nos importante realçar, que estas decisões permitiram economizar algum tempo que é normalmente requerido ao investigador para se familiarizar com certos contextos de pesquisa, nomeadamente à selecção dos sujeitos. Após termos seleccionado o campo de análise teríamos que definir de que modo deveria ter lugar a selecção dos sujeitos do estudo. Assim, foram estabelecidos alguns critérios:

1. Enfermeiros Portugueses
2. A exercer funções no CHLO
3. Que quisessem participar no estudo

Uma vez que desconhecíamos os sujeitos, solicitámos a colaboração de alguns chefes de enfermagem dos serviços para uma primeira abordagem.

Para Patton (1990:169), o número de sujeitos depende daquilo que se quer encontrar e, ainda, da forma como os dados serão utilizados e dos recursos que se dispõe, incluindo o tempo, o que significa que a validade, o significado e a compreensão geradas pelos estudos qualitativos dependem da riqueza da informação colhida e não da sua quantidade.

Apesar de se poder considerar o termo “razoável” ambíguo e subjectivo, em virtude dos limites temporais que se impunham à realização deste estudo, considerámos, à partida, o limite mínimo de oitenta sujeitos e o limite máximo de cento e vinte.

4.2 INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Relativamente à recolha de dados FORTIN (1999) escreve o seguinte: “*A natureza do problema de investigação determina o tipo de método de colheita de dados a utilizar.*”

No presente estudo pretendeu-se atribuir a esta etapa a importância que lhe é devida, dando especial realce à escolha dos instrumentos a utilizar e às condições envolventes de toda a operação de compilação de informação.

Para este estudo foram utilizados os testes de associação ou evocação de palavras e o *focus-group*.

4.2.1 ASSOCIAÇÃO LIVRE DE PALAVRAS

Parte deste estudo foi desenvolvido segundo a Teoria das Representações Sociais de Moscovici no âmbito da psicologia social, utilizando, inclusive, uma proposta complementar a esta teoria, nomeadamente, a abordagem estrutural ou a teoria do núcleo central desenvolvida por Abric (1976) e discutida por Sá (1992). Esta última teoria deve proporcionar descrições mais detalhadas de certas estruturas hipotéticas, bem como explicações do seu funcionamento, que se mostrem compatíveis com a teoria geral.

Considerando as propriedades qualitativas na determinação dos elementos centrais e periféricos de uma representação, empregou-se a técnica de evocação ou associação livre para a colheita de dados, utilizando-se como termo indutor as expressões “**enfermeiro**” e “**imagem profissional**”.

Os testes de associação ou evocação de palavras têm-se mostrado úteis nos estudos de estereótipos, percepções, opiniões ou atitudes que são elementos importantes na organização das representações sociais. A estratégia da evocação possibilita, segundo Sá (1996), evidenciar a saliência dos elementos das representações e tem sido utilizada em inúmeras pesquisas (e.g., Olivier (1990), Vérge (1992), Sá *et al.* (1995). Consiste em solicitar aos sujeitos que, a partir da alocação de uma palavra ou frase indutora, evoquem, de modo livre

e imediato, outras palavras. As diversas evocações, uma vez listadas, irão compor um conjunto heterogéneo de unidades semânticas. A composição desse conjunto exige um trabalho de classificação para facilitar as análises descritivas e explicativas necessárias para se chegar às representações do objecto considerado (Bardin, 1979).

De acordo com Abric (1994), num próximo passo, por forma a expor os elementos organizadores da representação, deveremos pesquisar três indicadores: a frequência do item evocado na população, a média da frequência da evocação e a importância do item para o sujeito.

Os enfermeiros enquanto actores do Sistema Nacional de Saúde, desenvolvem um conjunto de actividades que condicionam a forma como são representados socialmente e em contextos de trabalho e, como se auto-representam.

No sentido de se operacionalizar este tipo de investigação, foi solicitado aos enfermeiros que mencionassem cinco palavras ou expressões que lhes ocorriam imediatamente à cabeça em relação ao termo “enfermeiro” e “imagem profissional” nas suas diferentes dimensões social, cultural/histórica, profissional, académica/científica e relacional (ANEXO I).

Aos sujeitos foram ainda colocadas três questões relativas ao nível de autonomia que atribui à sua profissão e à sua intervenção no seu contexto de trabalho e outra sobre a importância que se atribui no Sistema Nacional de Saúde.

Com o objectivo de motivar o entrevistado para a sua participação no estudo elaborou-se uma pequena carta explicativa no sentido de informar o sujeito da temática, objectivos e finalidade do estudo (ANEXO I).

Para obter consentimento para a participação no estudo garantiu-se o anonimato e a confidencialidade dos dados e a sua utilização apenas para o fim a que se destinam.

Validação do instrumento de recolha de dados

A estruturação do instrumento foi discutida informalmente com dois colegas e formalmente com dois juizes. Esta atitude permitiu corrigir a utilização de termos ambíguos e ainda avaliar se as questões a utilizar conseguiriam gerar a

informação que se pretendia obter.

Seguidamente testámos o instrumento em cinco sujeitos que posteriormente não fizeram parte do estudo. A escolha dos sujeitos visando a realização do pré-teste seguiu critérios idênticos aos estabelecidos para a selecção dos sujeitos do estudo e contou com a colaboração dos enfermeiros-chefes dos hospitais atrás mencionados. Este procedimento permitiu-nos a avaliação da clareza e validade das perguntas e a previsão da duração média da realização do instrumento.

Após a realização do pré-teste não houve necessidade de fazer qualquer alteração no instrumento a aplicar.

Recolha dos dados

Para procedermos à recolha dos dados de que necessitávamos solicitámos à Direcção de Enfermagem do CHLO (**ANEXO II**) a devida autorização para a selecção dos sujeitos. Posteriormente, foi solicitada a colaboração de todos os enfermeiros chefes dos serviços de internamento para a aplicação do instrumento. Esta forma de agir permitiu minorar as dúvidas passíveis de existirem quanto à autenticidade do estudo, assim como facilitar o processo inicial de comunicação investigador/sujeito.

O contacto estabelecido com os sujeitos foi realizado em dois tempos. No primeiro momento pretendeu-se solicitar a colaboração, explicando-lhes todas as dúvidas, incluindo aspectos de ordem ética e deontológica. Após a aceitação de todos, programou-se um segundo momento para a entrega do instrumento já preenchido e esclarecimento de alguma dúvida. Este processo decorreu nos meses de Maio, Junho e Julho de 2007.

Obtivemos a participação de 111 sujeitos, no entanto, 11 enfermeiros não responderam na íntegra ao instrumento, pelo que foram eliminados.

Neste grupo de sujeitos constatamos uma média de idades de 39 anos, a predominância do sexo feminino 79 (79%), e com as seguintes categorias: enfermeiro 45, enfermeiro graduado 32, enfermeiro especialista 13 e enfermeiro chefe 11. No que respeita a relação de emprego 56% são do quadro e os res-

tantes são contratados pela instituição.

Quadro 2 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO O GÊNERO E A IDADE

SEXO FEMININO		SEXO MASCULINO	
20-30 anos	19	20-30 anos	5
31-40 anos	48	31-40 anos	10
41-50 anos	12	41-50 anos	5
		>50 anos	1
TOTAL	79		21

Quadro 3 – DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO SEGUNDO O CARGO DESEMPENHADO NA INSTITUIÇÃO

CARGOS DESEMPENHADOS NA INSTITUIÇÃO	
Enfermeiro	45
Enfermeiro Graduado	32
Enfermeiro Especialista	13
Enfermeiro Chefe	11

Procedemos de seguida à codificação do instrumento, um processo bastante moroso pela quantidade de evocações livres. As diversas evocações, depois de colocadas numa lista foram organizadas por unidades semânticas. A composição deste conjunto exigiu um trabalho de classificação para facilitar as análises descritivas, constituindo um *corpus* para análise.

O produto obtido através das evocações livres foi analisado pela técnica do "quadro de quatro casas". Essa técnica ao combinar dois atributos relacionados às palavras ou às expressões evocadas, que são a frequência e a ordem em que foram evocadas, possibilita a distribuição dos termos produzidos segundo a importância atribuída pelos sujeitos. Para o tratamento dos dados recolhidos foi utilizado o software denominado EVOC, versão 2000 que calculou, para o conjunto do *corpus*, a frequência simples de cada palavra evocada, as ordens

médias de evocação de cada palavra e a média das ordens médias de evocação.

A partir desses dados foi realizada a construção do quadro de quatro casas, que corresponde a quatro quadrantes com quatro conjuntos de termos. No alto e à esquerda (quadrante superior esquerdo) ficam situados os termos verdadeiramente significativos para os sujeitos e que constituem, provavelmente, o núcleo central da representação estudada. As palavras localizadas no quadrante superior direito e inferior esquerdo são os elementos intermediários que se podem aproximar do núcleo central ou dos elementos periféricos, e aquelas localizadas no quadrante inferior direito constituem os elementos periféricos da representação.

4.2.2 **“FOCUS-GROUP”**

Decorridos aproximadamente dois meses da aplicação do primeiro instrumento foi utilizada outra técnica de colheita de dados - *“Focus Group”* - no sentido de procurar interpretar e desenvolver os resultados já atingidos com a técnica de Associação Livre de Palavras.

O *“focus group”* enquanto método qualitativo permite entender o que as pessoas sentem, independentemente da temática abordada (KREUGER & CASEY, 2000). A sua utilização, deverá ser rápida, fácil e prática, num espaço próprio, agradável e facilitador das discussões desejadas. Requer a formação de grupos dinâmicos, homogêneos, que permitam uma forte interacção entre os seus vários elementos, garantindo desta forma a recolha de dados de grande qualidade.

Esta interacção pode garantir o encorajamento dos indivíduos que participam na investigação assim como facilitador da comunicação intergrupala – mesmo quando se abordam assuntos sensíveis. Permite a identificação de valores culturais e facilita a expressão de ideias e experiências. Importante será também referir que os *focus groups* não discriminam as pessoas através das suas características individuais – raça, religião, idade, habilitações académicas, entre outras -, encorajando a entrar na discussão os que pela sua história de vida se sintam em alguns assuntos inferiorizados ou discriminados. (KITZINGER,

2000).

Os grupos deverão ser pequenos, segundo a maioria dos autores entre os 6 e os 12 elementos e constituídos por pessoas que reúnam um determinado tipo de características, que permitam obter dados da discussão centrada numa determinada temática, dando resposta às questões colocadas pelo pesquisador. As questões referidas deverão ser colocadas de uma forma aberta no sentido de evitar limitar as respostas. (KRUEGER & CASEY, 2000)

Estas discussões deverão decorrer num espaço apropriado, confortável, se possível sem ruído. (MORGAN, 1993). O tempo de duração de cada sessão deverá estar compreendido entre os 90 e os 120 minutos.

O moderador “...*must be skillful.*” (MORGAN, 1993). Sendo um elemento considerado fundamental, tem a responsabilidade de ser facilitador nas discussões, e deverá estar enquadrado com as características do grupo escolhido. Deverá transmitir sinceridade, ter sentido de humor, ser flexível, ter uma excelente memória e uma grande capacidade para escutar. Por fim, será importante definir que existe na utilização do “*focus group*” um determinado número de factores que podem influenciar a sua qualidade e que deveremos reter. São eles: “(...)(1) *clarity of purpose*, (2) *appropriate environment*, (3) *sufficient resources*, (4) *appropriate participants*, (5) *skillful moderator*, (6) *effective questions*, (7) *careful data handling*, (8) *systematic and verifiable analysis*, (9) *appropriate presentation*, (10) *honor the participant, client and method.*” (Kreuger, 2000).

Se, uma vez mais, a obtenção de dados com qualidade não podem ser colocados em causa, não podemos neste ponto subestimar a escolha dos sujeitos que irão constituir o *Focus Group*. Numa abordagem mais superficial, a primeira tendência é a de se pressupor que o recrutamento a efectuar é relativamente fácil, colocando em risco de forma objectiva e directa todo o processo investigativo.

KREUGER & CASEY (2000) referem que se pretendemos lidar com tópicos complexos, tais como os conhecimentos dos participantes, não deveremos constituir grupos com mais de 10 elementos. As sugestões destes autores passam pela utilização de 6 a 10 pessoas por grupo, dado que o controle efectuado por um moderador com pouca experiência, é muito difícil quando esses mesmos

grupos são constituídos por mais elementos. Muitas outras razões são descritas na literatura como condicionantes da escolha do tamanho do grupo. São também exemplos as seguintes situações: se tivermos um tema que pretenda compreender as experiências das pessoas, os grupos deverão ser mais pequenos, permitindo haver tempo necessário para a intervenção e reflexão de todos os elementos do grupo.

Pelo referido, a preparação do **Focus Group** foi feita criteriosamente, tendo por base os seguintes elementos:

- ☐ Para a escolha dos enfermeiros a constituir o grupo focal foram utilizadas medidas reputacionais junto da Direcção de Enfermagem de um Hospital de Lisboa;
- ☐ Foram então seleccionados cinco enfermeiros considerados peritos pela Direcção de Enfermagem. Benner (2001:588), diz que o enfermeiro considerado perito *“tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis. Ela é muito respeitada tanto pelos colegas como pelos médicos, pelas suas capacidades de julgamento e competência”*.
- ☐ A cada um destes cinco enfermeiros foi-lhes pedido que trouxessem consigo um enfermeiro considerado competente. De acordo com Benner, (2001: 53), *“o enfermeiro competente é aquele que trabalha no mesmo serviço, há dois ou três anos”*, sendo desta forma um dos nossos critérios de inclusão para este estudo.
- ☐ O *Focus Group* foi então constituído por 10 pessoas. Ponderado o *“focus”* da investigação, e atendendo à experiência dos autores descritos, este parece ser o número mais adequado.

Após o descrito, abordemos em seguida as questões de investigação que foram colocadas aos elementos seleccionados.

Sabemos que a qualidade das questões condiciona directamente a qualidade das entrevistas (Morgan, 1993). E para que essa qualidade possa estar garantida, as questões dependem da forma como são elaboradas. E como poderemos então considerá-las bem elaboradas? Segundo KREUGER & CASEY (2000)

deve-se ter em atenção um conjunto diversificado de características:

- Devem ser perceptíveis;
- Devem facilitar a comunicação permitindo o diálogo;
- Devem ser fáceis de pronunciar;
- Devem conter palavras que os participantes conheçam;
- Devem ser elaboradas da forma mais curta possível;
- Devem ser perguntas abertas mas de carácter descritivo, explicativo e ilustrativo;
- O moderador deverá ser claro nas instruções que fornece ao grupo;
- Deverão fazer parte de um guião elaborado com excelente qualidade.

Neste sentido, e em resposta aos pontos anteriormente referidos, as questões elaboradas para o “*focus group*” foram as seguintes:

1. Descreva o que considera ser a sua imagem profissional?
2. Quais os factores que considera influentes na construção da sua imagem profissional?
3. Como descreveria a imagem da profissão de enfermagem?
 - 3.1 – Há coincidência entre a imagem que tem da profissão de enfermagem e a sua imagem enquanto profissional?
 - 3.2 – Que factores condicionam a imagem da profissão?

Após a elaboração das questões acima citadas foi construído o guião de debate (ANEXO III) com base em quatro critérios de qualidade enumerados por KREUGER & CASEY (2000):

1. O início da entrevista deverá ser fácil – *“Use questions that are easy for everyone in the group to answer.”* (KREUGER & CASEY, 2000)
2. Deverá ser sequencial – *“The questions naturally flow from one question to another.”* (KREUGER & CASEY, 2000)

3. Deverá ser conduzida do geral para o específico – “(...) *move from broad and general questions (...) to more specific questions of greater importance to the study.*” (KREUGER & CASEY, 2000)
4. A gestão de tempo na elaboração das questões deverá ser ponderada – “ *The moderator must allow sufficient time for the important questions that are being asked during the latter part of the focus group.*” (KREUGER & CASEY, 2000)

No contacto prévio estabelecido com os enfermeiros que constituíram o “*Focus Groups*” para dar a conhecer o objectivo do trabalho, foi entregue a cada um a “*Carta Explicativa do estudo a realizar*”.

Após a sua leitura, todos os enfermeiros contactados que anuíram em participar preencheram a ficha de “*Caracterização da População em Estudo*”, para permitir a caracterização dessa mesma população (Anexo IV).

Uma semana antes da data marcada, todos os elementos seleccionados foram contactados, sendo confirmada a localização, o dia e a hora para a realização do grupo focal, bem como a sua presença. Na véspera foi feita uma nova confirmação, para evitar faltas ou equívocos.

O “*focus group*” foi realizado na sala de reuniões do serviço de Cardiologia-Pneumologia do Hospital Egas Moniz por esta apresentar as condições ideais à realização do mesmo. A sala é nova, ampla, arejada e dispõe de luminosidade natural proveniente de janelas que comunicam com o exterior. O silêncio caracteriza a zona, dado que se encontra junto do jardim do referido hospital. Não estão previstas interrupções, pois o trabalho com o grupo será efectuado durante o fim-de-semana, altura em que não se verifica normalmente a presença regular de médicos.

Um dos cuidados tidos em conta foi a referência à presença dos meios de gravação áudio. Foram efectuadas as referidas gravações, com o instrumento de registo áudio colocado em cima da mesa onde se encontravam os participantes.

Em volta da mesa, foram sentados confortavelmente todos os participantes e cada um teve à sua disposição papel, caneta e água.

No canto da sala foi colocada uma outra mesa com um pequeno lanche, para o qual foram convidados todos os presentes. A anteceder o *Focus Group*, tempo para um café e um bombom, enquanto se aguardava a chegada de todos os participantes.

Passou-se então à leitura da nota introdutória escrita no guião, dando início à discussão com a introdução da primeira questão. Previamente todos os participantes se apresentaram uns aos outros, de forma a criar um clima de confiança e descontração. Neste grupo existiam enfermeiros que já se conheciam e outros que nunca tinham estado em contacto uns com os outros.

A população sobre a qual este instrumento incidiu foi constituída por 10 enfermeiros (4 do sexo masculino e 6 do sexo feminino), com idades compreendidas entre os 25 e os 57 anos.

Quadro 4 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO O GÉNERO E A IDADE

SEXO FEMININO		SEXO MASCULINO	
20-30 anos	4	20-30 anos	2
31-40 anos	1	31-40 anos	0
41-50 anos	1	41-50 anos	1
		>50 anos	1
TOTAL	6		4

Da população fazem parte cinco enfermeiros considerados peritos pela Direcção de Enfermagem de um Hospital de Lisboa. A cada um destes cinco enfermeiros foi-lhes pedido que trouxessem consigo um enfermeiro considerado competente, distribuindo-se da seguinte forma:

Quadro 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJITOS SEGUNDO O NÚMERO DE ANOS DE ACTIVIDADE PROFISSIONAL

NÚMERO DE ANOS DE ACTIVIDADE PROFISSIONAL:	
Até 5 anos:	3
Entre 6 e 10 anos:	2
Entre 11 e 20 anos:	3
Entre 21 e 30 anos:	1
Com mais de 30 anos:	1

A formação académica dos enfermeiros que constituem a amostra está distribuída da seguinte forma: 2 possuem Bacharelato, 4 possuem Licenciatura, 3 a Especialidade e um o Mestrado.

Relativamente à situação profissional dentro da Instituição onde exercem as suas funções, 6 enfermeiros são efectivos, enquanto que 4 enfermeiros estão em situação de contrato a termo certo.

No que concerne aos cargos desempenhados na Instituição, independentemente da situação na carreira de enfermagem, a distribuição acontece conforme discriminado no seguinte quadro:

Quadro 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO O CARGO DESEMPENHADO NA INSTITUIÇÃO

CARGOS DESEMPENHADOS NA INSTITUIÇÃO	
Sem cargo	2
2º elemento do Serviço	2
Chefe de Equipa	2
Chefe de Serviço	3
Supervisor(a)	0
Enfermeiro(a) Director(a)	1

Após o término do encontro, com excepção de um participante que demonstrou pressa em sair imediatamente (por motivo pessoal), os restantes ficaram ainda a conversar informalmente, participando no pequeno lanche preparado. A cada um foi oferecido um pequeno presente, que pretendeu agradecer a disponibilidade manifestada e demonstrar o reconhecimento pelo contributo dado para a concretização do estudo.

No final da realização do *focus group*, foram visionados e auscultados todos os registos efectuados, dando-se início à transcrição das entrevistas de grupo.

MORGAN (1993) refere que para se analisarem dados qualitativos, obtidos através dos grupos focais, os investigadores devem usar processos que permitam codificar o material “(...) *into analytically distinct segments that can then be examined together when drawing conclusions concerning one or more of the topics and related concepts under investigation.*” (MORGAN, 1993)

Convém referir que se considera ser inverosímil efectuar estes procedimentos correctamente na primeira abordagem, dado que os processos de codificação estão cheios de detalhes que só serão visíveis após se efectuar a leitura completa das transcrições. No entanto, como é possível voltar a codificar facilmente as referidas transcrições, o que se recomenda é que se comece este processo o mais precocemente possível, recomendação que foi seguida.

O passo seguinte foi a construção de uma grelha onde se colocaram, de forma sumária, as categorias consideradas fundamentais e que foram retiradas do *focus group* realizado.

Em resumo, e de acordo com o referido, após a colheita de dados através do instrumento “*Focus Group*”, procedeu-se à auscultação dos registos áudio e consequente transcrição. (Anexo V)

À medida que a transcrição foi sendo feita, os dados recolhidos foram lidos atentamente. KRUEGER & CASEY (2000) referem que “*Some analysts use colored marking pens or scissors to cut out or identify sections of interest or relevance to the study.*” Esta foi a metodologia adoptada, pelo que, utilizando diferentes cores para cada uma das questões colocadas, foram sublinhadas as frases contendo informações significativas e pertinentes para a investigação. Foi elaborado um quadro para cada uma das questões, em que as transcrições relevantes foram

numeradas e identificadas a respectiva proveniência (cada enfermeiro é referenciado pela letra E, seguida da respectiva numeração). À medida que as frases foram transcritas houve a preocupação de as agrupar segundo ideias/significados idênticos, o que permitiu a criação provisória de categorias de classificação dos dados obtidos. Em simultâneo com este processo fizeram-se anotações na margem de cada transcrição, conforme sugerido por KRUEGER & CASEY (2000), para ajudar na posterior análise dos dados recolhidos.

Este foi um processo moroso, devido à extensão das transcrições, à pouca experiência – que obrigou a um maior esforço e atenção - e ao pouco tempo disponível para o fazer.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Nos estudos qualitativos, a conduta ética do investigador não depende de mecanismos externos de controlo: ela emerge dos pressupostos que orientam o estudo (Lincoln, 1992).

Neste estudo ponderámos os procedimentos utilizados por forma a respeitar a individualidade e privacidade dos sujeitos. Nos contactos foi nossa preocupação identificarmo-nos, esclarecermos a razão do estudo, os seus objectivos e qual o instrumento de colheita de dados que nos propúnhamos utilizar.

Informámos os sujeitos sobre o direito de recusa à participação ou não aceitação de qualquer procedimento e a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento do processo.

Solicitámos a autorização para utilização do audio gravador, no caso do focus group, e enfatizámos a liberdade do mesmo para interromper o discurso ou a gravação sempre que o desejasse.

Afirmámos garantir o anonimato, comprometendo-nos a não utilizar os dados recolhidos para outro fim que não a investigação.

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS PRINCIPAIS

RESULTADOS

Neste capítulo, procederemos à apresentação dos principais resultados obtidos com a aplicação dos instrumentos utilizados para esta investigação. Os dados do primeiro instrumento são relativos a 100 enfermeiros que responderam à totalidade das perguntas do questionário. Os dados do *Focus-Group* são relativos a 10 enfermeiros que participaram no debate e que foram uma mais valia no sentido em que desenvolveram os resultados atingidos com a técnica de Associação Livre de Palavras.

5.1 – ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA IMAGEM DOS ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA DOS PRÓPRIOS

O primeiro objectivo deste estudo pretendia identificar a possível estrutura das representações sociais da imagem dos Enfermeiros através dos elementos do núcleo central e os elementos periféricos.

Neste sentido, damos a conhecer de uma forma mais específica, a estrutura das representações sociais dos sujeitos que nos propusemos efectuar no decurso da investigação empírica.

As representações sociais têm por função situar os indivíduos e os grupos no enquadramento social permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, compatível com os sistemas de normas e valores sociais, historicamente determinados, garantindo condições de afiliação e de pertença relativamente à profissão que se ocupa.

Os resultados obtidos evidenciam evocações que posteriormente foram muito bem explicadas pelos enfermeiros que participaram no Focus-Group e que debateremos á frente.

Ao conhecer a representação social do enfermeiro, procuraremos fazer uma análise no sentido de percebermos os construtos sociais dos sujeitos envolvidos nesta parte do estudo.

Empregou-se a técnica de evocação ou associação livre de palavras para a colheita de dados deste instrumento, utilizando-se como termos indutores a expressão **enfermeiro** e **imagem profissional** nas suas diferentes dimensões **social, cultural, profissional, académica e relacional**. Esta técnica de colheita de dados permite colocar em evidência o universo semântico do objecto estudado.

O produto obtido através das evocações foi analisada pela técnica do “quadro de quatro casas” que vamos apresentar para cada termo indutor, evidenciando, desta forma, os possíveis elementos centrais, intermediários e periféricos da representação da temática em estudo.

TERMO INDUTOR - ENFERMEIRO

Em relação ao *corpus* formado pelas evocações de todos os sujeitos, foram evocadas 400 palavras, organizadas em 22 categorias. A média das ordens médias de evocação, ou seja, o *rang* foi igual a 2,5, ao passo que a frequência média ficou estabelecida em 13 e a mínima em 4.

A figura n.º 3 evidencia a seguinte distribuição das palavras: no quadrante superior esquerdo, **Competência, Cuidar, Desvalorização Profissional, Empatia, Profissionalismo, Relação de Ajuda e Utentes**, sendo estes os possíveis elementos centrais da representação; no quadrante inferior direito e, conseqüentemente, constituindo-se como os prováveis elementos periféricos da representação do enfermeiro estão as palavras **Conhecimento, Disponibilidade, Equipa, Investigação, Qualidade, Responsabilidade, Satisfação, Segurança, Sofrimento e Tristeza**. De entre os elementos intermediários, ou seja, aqueles em que alguns, em função dos aspectos quantitativos (*rang* e frequência média) reforçam o sentido do núcleo e outros os dos elementos periféricos, destacam-se Técnicas no quadrante superior direito e Autonomia, Branco, Comunicação e Humanização no quadrante inferior esquerdo.

Figura n.º 3 - Quadro de Quatro Casas das evocações ao termo indutor “Enfermeiro”

ELEMENTOS CENTRAIS			ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS		
RANG = 2,5					
FREQUÊNCIA >= 13 / RANG <= 2,5			FREQUÊNCIA >= 13 / RANG > 2,5		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Competência	13	2,077	Técnicas	25	2,640
Cuidar	33	1,909			
Desvalprof	13	2,000			
Empatia	26	2,269			
Profissionalismo	28	2,286			
Relajuda	51	2,196			
Utentes	19	1,842			
ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS			ELEMENTOS PERIFÉRICOS		
FREQUÊNCIA < 13 / RANG <= 2,5			FREQUÊNCIA < 13 / RANG > 2,5		
Autonomia	5	2,200	Conhecimento	8	3,250
Branco	7	2,143	Disponibilidade	5	3,000
Comunicação	6	2,333	Equipa	8	3,000
Humanização	10	2,100	Investigação	5	3,400
			Qualidade	5	4,000
			Responsabilidade	11	3,273
			Satisfação	4	3,000
			Segurança	8	3,000
			Sofrimento	4	3,000
			Tristeza	9	2,889

Com relação aos possíveis elementos do núcleo central é importante destacar a palavra "**relação de ajuda**" que apresenta a maior frequência de evocações, ao mesmo tempo em que foi evocada mais prontamente. Assim, este termo foi evocado, ao todo, 51 vezes, sendo 20 no primeiro lugar, 10 no segundo, 12 no terceiro e 9 no quarto. No que concerne às outras palavras, "cuidar" possui a maior quantidade de evocações (33 vezes), e "utentes" possui um *rang* menor (1,842) o que indica a sua citação mais prontamente.

As duas evocações que se revelam mais frequentes e importantes foram “cuidar” e “relação de ajuda”. Na realidade, a “relação de ajuda” e o “cuidar” serão o **Núcleo Central** da representação do enfermeiro. Como afirma Collière

(1989:235) “*Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo um acto de VIDA no sentido que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar a reproduzir-se*”.

Entre os elementos intermediários da representação, destaca-se um por reforçar o núcleo central, (i.e., "técnicas") que foi evocado 25 vezes e possui um rang de 2,64. Esta palavra foi evocada prontamente seis vezes, sendo nove vezes no segundo lugar e sete no terceiro.

Desta maneira, "técnicas" pode estar relacionada com a correcta prestação de cuidados do enfermeiro, o que possui estreita ligação com "profissionalismo", ao mesmo tempo em que ressalta a importância da responsabilidade e do conhecimento como aspectos instrumentais e necessários ao estabelecimento de um campo profissional autónomo.

O sistema periférico observado na Figura n.º 3 apresenta elementos que possuem, ao mesmo tempo, menor quantitativo de evocações e o rang em maior valor. Esses elementos possuem importância na forma como essa representação se relaciona com a realidade. Assim, torna-se relevante destacar "qualidade" como sendo uma forma de representar o enfermeiro.

TERMO INDUTOR – Imagem profissional na Dimensão Social

Em relação ao *corpus* formado pelas evocações de todos os sujeitos, foram evocadas 336 palavras, organizadas em 17 categorias. A média das ordens médias de evocação, ou seja, o *rang* foi igual a 2,5, ao passo que a frequência média ficou estabelecida em 10 e a mínima em 5.

A figura n.º 4 evidencia a seguinte distribuição das palavras: no quadrante superior esquerdo, **Ajuda, Amizade, Desvalorização, Disponibilidade, Dominância Médica, Reconhecimento, Ritmo de Trabalho e Valorização**, sendo estes os possíveis elementos centrais da representação. De entre os elementos intermediários destacam-se Comunicação e Cuidar no quadrante superior direito e Humanismo e Responsabilidade no quadrante inferior esquerdo.

Figura n.º 4 - Quadro de Quatro Casas das evocações ao termo Indutor “Imagem Profissional na dimensão social”

ELEMENTOS CENTRAIS			ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS		
RANG = 2,0					
FREQUÊNCIA >= 8 / RANG <= 2,0			FREQUÊNCIA >= 8 / RANG > 2,0		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Ajuda	16	1,500	Competência	15	2,667
Amizade	10	1,900	Comunicação	50	2,840
Desvalorização	14	1,429	Cuidar	32	3,000
Dominação	20	1,400	Disponibilidade	31	2,097
Valorização	22	1,364	Formação	30	2,833
			Reconhecimento	18	2,056
			Respeito	13	2,692
			Rítmotrabalho	31	2,226
			Satisfação	10	3,200
ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS			ELEMENTOS PERIFÉRICOS		
FREQUÊNCIA <8 / RANG <= 2,0			FREQUÊNCIA < 8 / RANG > 2,0		
Empatia	4	1,250			
Humanismo	7	1,714			
Responsabilidade	5	1,400			

Relativamente aos possíveis elementos do núcleo central destacam-se as palavras "**valorização**" que possui a maior quantidade de evocações (22 vezes) e um *rang* menor (1,364) o que indica a sua citação mais prontamente, e "**dominância médica**".

Ser **valorizado**, merecer o crédito de alguém, ser digno de confiança, ter uma imagem socialmente aceite é algo que se atinge com extrema dificuldade, mas que se persegue, mesmo que de forma inconsciente. Ao abordar a hierarquia das necessidades segundo MASLOW, CHIAVENATO (2000:84) refere que as necessidades de estima

“São as necessidades relacionadas com a maneira pela qual a pessoa se vê e se avalia, isto é, com a auto-avaliação e a auto-estima. Envolvem a auto-apreciação, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social, de reconhecimento social, de status, prestígio, reputação e consideração. A satisfação dessas necessidades conduz a sentimentos de autoconfiança, valor, força, prestígio,

poder, capacidade e utilidade.“

Os enfermeiros querem ter um bom desempenho profissional, porque dele depende a qualidade dos cuidados prestados, mas gostam de sentir o reconhecimento pelo seu trabalho e esforço, necessitando dele para manter o nível de expectativas e a capacidade de fazer mais e melhor, contribuindo para a existência de uma imagem profissional mais forte.

No entanto, nem sempre este reconhecimento se verifica podendo surgir alguns problemas que poderão encontrar uma causa na própria história da profissão de enfermagem: a relação médico/enfermeira (dominância médica), a distribuição de poderes e o estatuto pessoal e profissional existentes desde que a profissão surgiu não são indiferentes para a formação de opiniões conducentes à existência de uma imagem.

Entre os elementos intermediários da representação, destaca-se um por reforçar o núcleo central, a palavra "Comunicação" que foi evocado 50 vezes e possui um rang de 2,84. De acordo com autores como SCHLENKER (1980), PIERSON (1991) MARQUIS & HUSTON (2003) a comunicação é um dos importantes factores usados para estabelecer um relacionamento terapêutico enfermeiro-utente-família, neste sentido, a comunicação é nuclear para os cuidados de enfermagem.

Estar disponível para o desempenho da actividade profissional e o ritmo de trabalho serão considerados factores que podem influenciar a construção da imagem profissional na dimensão social.

TERMO INDUTOR – Imagem profissional na dimensão Cultural/Histórica

Em relação ao *corpus* formado pelas evocações dos enfermeiros, foram evocadas 271 palavras, organizadas em 10 categorias. A média das ordens médias de evocação, ou seja, o *rang* foi de 2, ao passo que a frequência média ficou estabelecida em 23 e a mínima em 4.

A figura n.º 5 evidencia a seguinte distribuição das palavras: no quadrante superior esquerdo, **Vocação, Evolução e Religiosas**, sendo estes os possí-


veis elementos centrais da representação; no quadrante inferior direito e, conseqüentemente, constituindo-se como os prováveis elementos periféricos estão as palavras **Valorização, Reconhecimento e Dedicção**. De entre os elementos intermediários, destacam-se Dominância Médica e Profissão Feminina no quadrante superior direito e Autonomia e Branco no quadrante inferior esquerdo.

Figura n.º 5 - Quadro de Quatro Casas das evocações ao termo indutor “Imagem Profissional na dimensão cultural/histórica”

ELEMENTOS CENTRAIS RANG = 2,0			ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS		
FREQUÊNCIA >=21 / RANG <= 2,0			FREQUÊNCIA >= 21 / RANG > 2,0		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Evolução	37	1,514	Domínio médico	39	2,007
Religiosas	33	1,909	Profissão Feminina	41	2,171
Vocação	59	1,898			
ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS			ELEMENTOS PERIFÉRICOS		
FREQUÊNCIA < 21 / RANG <= 2,0			FREQUÊNCIA < 21 / RANG > 2,0		
Autonomia	9	1,556	Dedicção	9	2,111
Branco	8	1,875	Reconhecimento	13	2,231
			Valorização	14	3,357

Nesta dimensão é evidente a palavra “**vocação**” como elemento do núcleo central. Tal como foi concluído por autores como TAKASE, KERSHAW & BURT (2002), que reconhecem a manutenção de estereótipos relativos à enfermagem e aos enfermeiros, também os participantes neste estudo fazem referência à estrutura hierárquica existente entre médicos e enfermeiras, ao envolvimento cultural e à história da profissão, nomeadamente o facto de ser uma profissão essencialmente feminina. Historicamente, as enfermeiras ocupavam-se do cuidar do outro, apesar de não serem valorizadas por isso. Socialmente, desem-

penhavam papéis secundários e de subalternização em relação ao homem, a quem deviam respeito e obediência. Profissionalmente, deram início às suas funções como ajudantes dos homens médicos, que lhes davam ordens e a pouca formação que possuíam. Uma profissão que surge condicionada por estes factores, que tem que lutar pela sua afirmação e pela justa atribuição de um campo específico de conhecimentos e práticas e que é exercida maioritariamente por mulheres, cujas características impedem que, à partida, lutem de igual para igual com os homens no mercado de trabalho gerido por estes, efectuou uma evolução nas últimas décadas.

 **TERMO INDUTOR - Imagem profissional na dimensão Profissional**

No que concerne a este termo indutor, foram evocadas 337 palavras, organizadas em 14 categorias. A média das ordens médias de evocação foi de 2,2, ao passo que a frequência média ficou estabelecida em 23 e a mínima em 4.

Figura n.º 6 - Quadro de Quatro Casas das evocações ao termo Indutor “Imagem Profissional na dimensão profissional”

ELEMENTOS CENTRAIS RANG = 2,2			ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS		
FREQUÊNCIA >= 23 / RANG <= 2,2			FREQUÊNCIA >= 23 / RANG > 2,2		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Autonomia	49	2,163	Desvalorização	25	2,440
Cuidar	40	1,950	Profissionalismo	61	2,262
			Satisfação	30	3,100
			Técnicas	28	3,000
ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS			ELEMENTOS PERIFÉRICOS		
FREQUÊNCIA < 23 / RANG <= 2,2			FREQUÊNCIA < 23 / RANG > 2,2		
Competência	19	1,316	Dedicação	13	2,462
Equipa	21	1,714	Desmotivação	4	3,500
Responsabilidade	10	1,333	Motivação	5	2,800
Valorização	6	1,000	Reconhecimento	16	2,625

Podemos observar que **Autonomia** e **Cuidar** se situam no quadrante superior esquerdo compondo, o núcleo central da representação da dimensão profissional da imagem do enfermeiro. Os elementos reconhecimento, dedicação, motivação e desmotivação serão os possíveis elementos do sistema periférico. Nos outros dois quadrantes encontram-se os elementos intermédios, destacando-se competência, equipa, responsabilidade e valorização no quadrante inferior esquerdo que se encontram em relação mais estreita com o núcleo central. Assim, destacamos “Autonomia” como Núcleo Central desta representação. Este termo foi evocado, ao todo, 49 vezes, sendo 17 no primeiro lugar, 15 no segundo, 9 no terceiro e 8 no quarto. Assumir a autonomia estabelecida (através do conhecimento e aplicação do que está preconizado na lei) e lutar pela possibilidade de tomar decisões colocará os enfermeiros numa diferente posição – hoje em dia muitas das tomadas de decisão não passam pelo enfermeiro – que poderá contribuir para a alteração da imagem da profissão.

TERMO INDUTOR - Imagem profissional na dimensão Académica

Em relação ao *corpus* formado pelas evocações dos enfermeiros, foram evocadas 283 palavras, organizadas em 12 categorias. A média das ordens médias de evocação, ou seja, o *rang* foi de 1,9, ao passo que a frequência média ficou estabelecida em 16 e a mínima em 4.

Nesta dimensão é evidente a palavra “**formação**” como elemento do núcleo central.

Figura n.º 7 - Quadro de Quatro Casas das evocações ao termo indutor “Imagem Profissional na dimensão académica”

ELEMENTOS CENTRAIS RANG = 1,9			ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS		
FREQUÊNCIA >= 16 / RANG <= 1,9			FREQUÊNCIA >= 16 / RANG > 1,9		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Formação	66	1,652	Progressão	31	2,258
Formação Contínua	33	1,000	Segurança	16	3,000
Investigação	20	1,000	Valorização	27	2,185
Licenciatura	23	1,000			
ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS			ELEMENTOS PERIFÉRICOS		
FREQUÊNCIA < 16 / RANG <= 1,9			FREQUÊNCIA < 16 / RANG > 1,9		
			Evolução	12	2,167
			Exigência	13	3,000
			Não Reconhecimento	11	2,909
			Pesquisa	14	3,000
			Qualidade	8	3,000

O estatuto “**Licenciatura**” atribuído à enfermagem acompanhada de “Investigação” foi uma conquista importante, valorizada pelos participantes, no sentido em que possuem um *rang* menor (1,000) o que indica a sua citação mais prontamente.

De entre os elementos intermediários, destacamos “Progressão” e “Valorização” no quadrante superior direito.

Como refere HESBEEN (2000:142) “*A formação, tanto inicial como contínua, é um assunto ao mesmo tempo apaixonante e delicado, porque é determinante para a orientação tomada pelos diferentes profissionais, a qual será determinante para a natureza do serviço prestado à população.*”

ABREU (2001:105) debruça-se sobre a questão da formação dos enfermeiros dizendo:

“Na área da enfermagem, a generalidade dos estudos sublinha que a constelação de competências que o exercício do trabalho evoca não é um adquirido intrínseco ao sujeito e muito menos uma entidade estática. O enfermeiro, no decurso da sua

experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efectivo.”

Também por isto, as diferentes formações que caracterizam os enfermeiros portugueses, resultado da própria evolução da enfermagem, do seu lugar no sistema de ensino e das interacções que se estabelecem entre os diversos “actores” no domínio da saúde, devem ser tidas em conta.

TERMO INDUTOR - Imagem profissional na dimensão Relacional

Em relação ao *corpus* formado pelas evocações de todos os sujeitos, foram evocadas 300 palavras, organizadas em 8 categorias. A média das ordens médias de evocação, ou seja, o *rang* foi igual a 2,0, ao passo que a frequência média ficou estabelecida em 19 e a mínima em 5.

A figura n.º 8 evidencia a seguinte distribuição das palavras: no quadrante superior esquerdo, **Respeito**, **Empatia**, e **Apoio**, sendo estes os possíveis elementos centrais da representação; no quadrante inferior direito e, conseqüentemente, constituindo-se como os prováveis elementos periféricos da representação do enfermeiro na dimensão relacional está a palavra **Disponibilidade**. De entre os elementos intermediários, ou seja, aqueles em que alguns, em função dos aspectos quantitativos (*rang* e frequência média) reforçam o sentido do núcleo e outros os dos elementos periféricos, destacam-se Ajuda, Amizade, Espírito de Equipa e Simpatia.

Figura n.º 8 - Quadro de Quatro Casas das evocações ao termo
Indutor “Imagem Profissional na dimensão relacional”

ELEMENTOS CENTRAIS RANG = 2,0			ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS		
FREQUÊNCIA >= 19 / RANG <= 2,0			FREQUÊNCIA >= 19 / RANG > 2,0		
	FREQ	RANG		FREQ	RANG
Apoio	21	1,000	Ajuda	38	2,000
Empatia	46	1,913	Amizade	21	2,000
Respeito	79	1,633	EspiritoEquipa	33	2,000
			Simpatia	54	3,000
ELEMENTOS INTERMEDIÁRIOS			ELEMENTOS PERIFÉRICOS		
FREQUÊNCIA < 19 / RANG <= 2,0			FREQUÊNCIA < 19 / RANG > 2,0		
			Disponibilidade	8	2,000

Com relação aos possíveis elementos do núcleo central é importante destacar a palavra "**respeito**" que apresenta a maior frequência de evocações. Assim, este termo foi evocado, ao todo, 79 vezes, sendo 54 no primeiro lugar e 25 no terceiro. No que concerne às outras palavras, "empatia" possui a maior quantidade de evocações (46 vezes), e "apoio" possui um *rang* menor (1,000) o que indica a sua citação mais prontamente.

As duas evocações que se revelam mais frequentes e importantes são “respeito” e “empatia”. Na realidade, serão o **Núcleo Central** da representação do enfermeiro na dimensão relacional.

Entre os elementos intermediários da representação, destaca-se um por reforçar o núcleo central a palavra "simpatia" que foi evocada 54 vezes e possui um rang de 3,00. O sistema periférico observado na Figura n.º 6 apresenta um elemento que possui importância na forma como a representação se relaciona com a realidade. Assim, torna-se relevante destacar "disponibilidade" como sendo uma forma de representar o enfermeiro.

Este grupo de enfermeiros menciona várias características individuais que se reflectem na representação do enfermeiro – respeito, empatia, simpatia ou aju-

da, entre outras. A capacidade de estar disponível pode ser importante na relação com as outras pessoas, tendo influência na auto e hetero-imagem do enfermeiro.

Em resumo, no que concerne à representação social do enfermeiro, tendo em conta as dimensões por nós referidas, podemos destacar o seguinte:

- Relativamente ao estímulo “enfermeiro” emerge a **“Relação de Ajuda”** como elemento estruturante da sua representação social. O **“Cuidar”** e o **“Profissionalismo”**, também parecem ter importância evidente enquanto elementos estruturantes do núcleo central.

Entre os elementos intermediários da representação, destaca-se um, por reforçar o núcleo central - "técnicas". Desta maneira, "técnicas" pode estar relacionada com a correcta prestação de cuidados do enfermeiro, o que possui estreita ligação com "profissionalismo", ao mesmo tempo em que ressalta a importância da responsabilidade e do conhecimento como aspectos instrumentais e necessários ao estabelecimento de um campo profissional autónomo.

No sistema periférico torna-se relevante destacar "qualidade" como sendo uma forma de representar o enfermeiro.

Quase todos os construtos cognitivos verificados ao nível do núcleo central e das periferias levam a crer que os nossos sujeitos valorizam a orientação para o outro através da **“Relação de Ajuda”** e o **“Cuidar”**.

Sendo o cuidar entendido como o conjunto de acções que permitem ao enfermeiro facilitar ou sustentar a saúde das pessoas, respeitando valores e crenças, o seu modo de vida e a sua cultura (Kérouac et al., 1994), aquelas acções podem revestir-se das mais variadas formas, desdobrando-se em múltiplos cenários de intervenção.

No entanto, é a ideia de ajudar as pessoas na busca daquilo que lhes possa ser necessário, que parece ressaltar como núcleo central do estímulo “enfermeiro” para os sujeitos deste estudo. A “relação de ajuda”, ao ser a palavra mais frequentemente evocada assume uma importância que nos parece inquestionável.

Estas duas evocações “Relação de Ajuda” e “Cuidar” serão o núcleo duro de toda a actividade dos enfermeiros, implicando assim, que todos os actores per-

cebam que são estes os eixos norteadores e também identitários da imagem da profissão de enfermagem.

- Relativamente à dimensão social, a representação assume como característica principal a “Valorização”.

- Quanto à dimensão cultural/histórica a representação social da imagem do enfermeiro gravita em torno dos seguintes construtos **“Vocação”** e **“Profissão Feminina”**.

- Por sua vez na dimensão profissional a representação assume como características **“Autonomia”** e **“Cuidar”**.

- Por último, **“Formação”** e **“Licenciatura”** representam o enfermeiro na dimensão Académica e **“Respeito”** e **“Empatia”** na dimensão Relacional.

5.2 – OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SUA AUTO-IMAGEM PROFISSIONAL

A informação obtida através da realização do segundo instrumento – *Focus Group* - ajuda a compreender grande parte das evocações encontradas. O mesmo foi realizado 2 meses após o primeiro instrumento sendo uma mais valia para esta investigação, no sentido em que se constituiu com base nos dados recolhidos, analisados e interpretados pelos questionários. Assim, os elementos da representação social de cada uma das dimensões atrás referidas serviram como indutores para o debate.

Para a análise qualitativa destes dados fundamentamo-nos nas orientações propostas por Vala (1999:104) relativas a análise de conteúdo:

“a finalidade da análise de conteúdo será pois efectuar inferências com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas”.

O autor propõe que a análise categorial funcione por operações de desmembramento do texto em categorias, segundo um agrupamento por temas. Após a categorização, o procedimento seguinte foi o de realizar as inferências. O objectivo das inferências é ir além da descrição e retirar do texto aquilo que está para além dele, os significados que se escondem por detrás das palavras. A análise prende-se com o equilíbrio entre o objectivo e o subjectivo.

Apresentamos de seguida as “árvores” que sintetizam essa análise e respectiva interpretação, remetendo para anexo (anexo VI) um exemplo completo da análise efectuada.

Assim e relativamente à opinião dos enfermeiros sobre a sua auto-imagem profissional, obtivemos as seguintes categorias e sub-categorias:

I – Apreciação Global da Profissão

a) Razões para a escolha da profissão

Indicadores: motivos de ordem interna e de ordem externa

b) Razões para gostar de ser enfermeiro

Indicadores: motivos de ordem pessoal, relacional e profissional

II – Caracterização da imagem dos enfermeiros e das suas relações

a) Sobre a auto-imagem

Indicadores: Processo em construção, instabilidade

b) Dificuldade em ser aceite pelos outros

Indicadores: Imagem física, Insegurança no desempenho

c) Características valorizadas na auto-imagem

Indicadores: características de ordem física, ordem pessoal, ordem profissional, relação com os outros, espírito de iniciativa e Comunicação

Face ao exposto podemos inferir que os mesmos privilegiam o gostar da profissão, a escolha da mesma, a importância dos papéis desempenhados e a forma como a auto-imagem sofre alterações de acordo com esse papel.

O aspecto físico – vestuário, adornos, farda – é referido pelos enfermeiros mais novos assim como são mencionadas várias características individuais que se reflectem na imagem – responsabilidade, sinceridade, empatia, simpatia, meiguice ou capacidade, entre outras. A capacidade de comunicação pode ser importante na relação com as outras pessoas, tendo influência na auto e hetero-imagem do enfermeiro, tal como o espírito de iniciativa revelado.

A idade, associada ao aspecto visual e à inexperiência, é outro aspecto men-

cionado, surgindo várias referências à insegurança sentida no desempenho, que se reflecte na auto-imagem de forma mais negativa.

Globalmente, a auto-imagem é descrita como estando em alteração, dependendo do papel desempenhado dentro e/ou fora da instituição. Mesmo estando sujeita a momentos melhores e piores, acaba por ser normalmente classificada como “**positiva**”.

5.3 – FACTORES QUE O ENFERMEIRO CONSIDERA INFLUENTES NA CONSTRUÇÃO DA SUA IMAGEM E DA IMAGEM DA PROFISSÃO

Por sua vez e sobre os factores que o enfermeiro considera influentes na construção da sua imagem e da imagem da profissão, obtivemos as seguintes categorias e sub-categorias:

I – Factores influentes na construção da sua imagem

a) Alteração do “Género”

Indicadores: Profissão feminina; factor homem/mulher;

b) Formação Profissional

Indicadores: Formação de base, formação permanente

c) Ritmo de trabalho

Indicadores: Pouco tempo para estar com os doentes

d) Reconhecimento

Indicadores: por parte dos doentes e família, por parte dos pares, por parte de outros profissionais de saúde

e) Comunicação

Indicadores: Comunicação verbal enfermeiro-utente; comunicação não verbal

f) Factores inerentes ao enfermeiro

Indicadores: Simpatia; Auto-estima; Percurso pessoal

g) Situações de cuidar

Indicadores: É importante gostar de cuidar; é importante ter objetivos; é importante saber fazer

h) O enfermeiro sob dominância médica

Indicador: O enfermeiro ainda é visto como auxiliar do médico.

Quanto a esta categoria podemos inferir que são múltiplos os factores apontados pelos enfermeiros como influentes na construção da sua imagem profissional. Esses factores dizem respeito ao próprio enfermeiro, ao meio e pessoas envolventes, aos percursos efectuados e à evolução e exigências da própria profissão.

Gostar de si próprio, a personalidade, a auto-estima, as expectativas, o espírito crítico e de aventura, a capacidade de resposta ou a postura perante as situações são considerados relevantes na construção da auto-imagem, tal como ser-se determinado – pessoal e profissionalmente –, ter competência no desempenho e capacidade de comunicação e de relacionamento com o outro.

Como aspecto relacionado com a linguagem não verbal apenas o sorriso é referido.

A auto-imagem surge como consequência do desempenho profissional, que deve basear-se na competência, tanto prática como teórica. Dessa competência e desse desempenho decorrem “*feedbacks*” que ajudam na construção da auto-imagem profissional. A comunicação com os utentes, familiares e entre pares assume um papel de relevo na determinação da auto-imagem.

O percurso académico é igualmente apontado como influente para a formação da auto-imagem, pois dele decorre os conhecimentos, as partilhas e as actualizações que determinam a evolução na profissão ou a estagnação e acomodação.

É também feita referência à história da profissão e ao facto da mesma ter começado como profissão feminina, com dominância do homem médico sobre a mulher enfermeira e todo o percurso que já foi feito no sentido de alterar a tradição.

II – Evolução da profissão contada pelos enfermeiros

a) Obstáculos encontrados na evolução da profissão

Indicadores: Dificuldade do género masculino em ser aceite na profissão; Chefia masculina é aceite; profissão associada à religião, dominância do médico sobre os enfermeiros.

b) Estratégias de resolução dos obstáculos do passado

Indicadores: Autonomia apenas entre pares, definição de funções, partilha de ideias/experiências entre pares, dignificar e lutar pela profissão, interacção entre médicos e enfermeiros

III – Mudanças na Profissão

a) Profissão a evoluir

Indicadores: Imagem positiva; Promoção da imagem; Profissão com momentos oscilantes; filosofia da profissão está a mudar

b) Apreciação do público

Indicadores: O doente valoriza o enfermeiro; opinião do público; opinião dos “*média*”.

Na descrição da sua profissão, os enfermeiros fazem referência ao passado, presente e futuro da mesma. No seu discurso, descrevem o processo evolutivo da enfermagem, passando pelo início de dependência em relação à medicina, pela subserviência da mulher enfermeira ao homem médico, pela falta de conhecimentos que sustentassem uma verdadeira profissão. Referem depois o processo evolutivo, com a entrada de homens na profissão, a delimitação de um campo próprio de saberes e competências e a demarcação em relação à medicina. O futuro é igualmente mencionado, olhado com preocupação e/ou com esperança, na expectativa do que pode vir a acontecer e do papel que podem desempenhar na mudança.

Mudança é, na verdade, o termo utilizado muitas vezes para caracterizar a profissão, tal como evolução. Os enfermeiros referem que estão em curso alterações profissionais que se reflectem na imagem da profissão: mais homens na

profissão, maior diversidade de papéis desempenhados, acesso a cargos de gestão, existência de estruturas de controlo e regulação da profissão.

Regra geral, estes enfermeiros consideram que a imagem da profissão tem vindo a melhorar ao longo do tempo, para o que terá contribuído o facto da enfermagem ser agora considerada um curso superior, o que lhe conferiu uma maior relevância em termos sociais e alargou o campo de saberes e conhecimentos.

É opinião geral destes enfermeiros que a imagem da enfermagem para a população tem vindo a melhorar, e que já há muitas pessoas a reconhecerem o papel desempenhado pelo enfermeiro como importante e independente de outros profissionais de saúde.

Para estes profissionais, está em curso um processo de definição da profissão, de adaptação a novas realidades – conquistadas ou impostas – no qual todos os profissionais têm uma palavra a dizer, individualmente ou através de estruturas representativas da profissão – Ordem e Sindicatos. O papel a desempenhar por estas duas estruturas poderá ser relevante, apesar de não lhes ser ainda reconhecida uma grande intervenção por parte dos enfermeiros.

O futuro da profissão poderá passar por uma afirmação das diferenças, por uma consciencialização dos papéis a desempenhar, por um aceitar de novos desafios, por um adequar dos desempenhos às necessidades dos clientes. Existe alguma dualidade de sentimentos em relação ao aceitar a existência de novas profissões na dependência da enfermagem: são vistas como necessárias, funcionando sob a responsabilidade exclusiva dos enfermeiros, mas também como uma ameaça à qualidade dos cuidados prestados e à autonomia conquistada.

Foi também referido que, apesar da existência de mais mulheres na profissão, são normalmente os homens que ocupam as posições de topo. A sua presença nas equipas parece funcionar como um factor de equilíbrio. No entanto, para os utentes, não parece existir diferença entre ser cuidado por uma enfermeira ou enfermeiro, na perspectiva óbvia dos enfermeiros.

A relação com os médicos é igualmente mencionada, uma vez que parece prevalecer ainda um certo sentimento de dependência de muitos enfermeiros, que

na sua actuação e forma de comunicação remetem ainda para o médico a tomada de decisões e a responsabilização pelos procedimentos, o que se reflecte na imagem percebida pela população em geral.

6 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pela análise dos principais resultados alguns pontos poderão ser discutidos de acordo com os objectivos propostos para esta investigação.

Um dos nossos propósitos era tentar identificar a possível estrutura das representações sociais da imagem dos enfermeiros e da sua profissão.

Neste sentido, verificamos que ao estímulo “enfermeiro” emerge a “*Relação de Ajuda*” como elemento estruturante da sua representação social. O “*Cuidar*” e o “*Profissionalismo*”, também parecem ter saliência evidente enquanto elementos estruturantes do núcleo central.

Entre os elementos intermediários da representação, destaca-se um, por reforçar o núcleo central - "técnicas". Desta maneira, "técnicas" pode estar relacionada com a correcta prestação de cuidados do enfermeiro, o que possui estreita ligação com "profissionalismo", ao mesmo tempo em que ressalta a importância da responsabilidade e do conhecimento como aspectos instrumentais e necessários ao estabelecimento de um campo profissional autónomo.

No sistema periférico torna-se relevante destacar "qualidade" como sendo uma forma de representar o enfermeiro.

Quase todos os construtos cognitivos verificados ao nível do núcleo central e das periferias levam a crer que os nossos sujeitos valorizam a orientação para o outro através da “Relação de Ajuda” e o “Cuidar”.

Sendo o cuidar entendido como o conjunto de acções que permitem ao enfermeiro facilitar ou sustentar a saúde das pessoas, respeitando valores e crenças, o seu modo de vida e a sua cultura (Kérouac et al., 1994), aquelas acções podem revestir-se das mais variadas formas, desdobrando-se em múltiplos cenários de intervenção.

No entanto, é a ideia de ajudar as pessoas na busca daquilo que lhes possa ser necessário que parece ressaltar como núcleo central do estímulo “enfermeiro” para os sujeitos deste estudo. A “relação de ajuda”, ao ser a palavra mais

frequentemente evocada assume uma importância que nos parece inquestionável.

Estas duas evocações “Relação de Ajuda” e “Cuidar” serão o núcleo duro de toda a actividade dos enfermeiros, implicando assim, que todos os actores percebam que são estes os eixos norteadores e também identitários da imagem da profissão de enfermagem.

As representações sociais têm também por função situar os indivíduos e os grupos no enquadramento social permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, compatível com os sistemas de normas e valores sociais, historicamente determinados, garantindo condições de afiliação e pertença relativamente à profissão que se ocupa. Sob este ponto de vista emerge um outro aspecto das representações sociais, as funções de justificação das práticas, que concernem particularmente às relações entre os diferentes pares, justificando e fazendo perceber as suas tomadas de posição e os seus comportamentos.

Do ponto de vista qualitativo verificamos que a representação social da imagem do enfermeiro gravita em torno dos seguintes construtos: **“Valorização”** na dimensão Social; **“Vocação”** e **“Profissão Feminina”** na dimensão Cultural/Histórica; **“Autonomia”** e **“Cuidar”** na dimensão Profissional; **“Formação”** e **“Licenciatura”** na dimensão Académica e **“Respeito”** e **“Empatia”** na dimensão Relacional.

Através destes construtos, verificamos que o sistema central foi fortemente determinado pela história da profissão, pelas suas referências ideológicas e normativas, tendo em conta os elementos do núcleo central, colocando também em evidência o carácter normativo das representações sociais.

Desde Collière, e concordamos com este conceito, que ser enfermeiro é desenvolver uma actividade que contempla as dimensões psicológicas, sociais e culturais da pessoa sã ou doente, tanto na dimensão individual como colectiva, numa perspectiva holística, ultrapassando a lógica redutora do tratamento da doença. Esta visão para o desenvolvimento da enfermagem, não é inibidora do desenvolvimento de novas práticas, simplesmente aponta os trilhos em que estas se devem sustentar. Aliás, esta é também uma das funções das repre-

sentenças sociais, que permitem às pessoas, ou grupos, configurar o seu meio envolvente e agir sobre ele.

Pensamos que a Teoria das Representações Sociais poderia integrar a parte curricular dos cursos superiores de enfermagem no sentido dos futuros colegas perceberem que as representações sociais são portadoras de sentido, criadoras de lugar, ajudando os enfermeiros a comunicar, a integrar-se e a agir no seu meio envolvente.

Achamos que, actualmente, a enfermagem é uma profissão autónoma, com uma área de actuação delimitada e específica, tal como é específica a sua formação, a sua base técnica, científica e humana, a sua prática e a sua especialização. Nos depoimentos captados no *Focus Group*, as motivações para ser enfermeiro são distintas. No passado a escolha passava pelo gostar da profissão, pelo desafio e pela aventura que a mesma constituía. Presentemente essa escolha tem igualmente relação com as notas obtidas no percurso escolar, com as vagas existentes em cada curso e com a possibilidade de arranjar emprego após a conclusão da licenciatura.

Depois de tentar perceber a possível estrutura das representações sociais foi nosso objectivo contribuir para a identificação da opinião que os enfermeiros têm sobre a sua auto-imagem profissional.

Assim, verificamos que numa profissão em que o objecto dos cuidados prestados é a pessoa, nas suas múltiplas dimensões, em que se pretende privilegiar a humanização:

“... aonde é que nós vamos melhorar? É realmente nas relações humanas.”

(E2) parece faltar uma consciencialização relativa a todos os aspectos relacionados com o desempenho profissional.

O domínio da afectividade – que PIERSON (1991) referiu como importante na formação de imagens, tal como a racionalidade, é mencionado na descrição da auto-imagem, tanto no que se refere ao gostar da profissão e ao sentimento de bem-estar associado como no contacto com os outros.

Apesar de este ser um estudo sobre a representação social da imagem que o

enfermeiro tem de si próprio, para muitos dos participantes foi difícil referir com exactidão a forma como se representam, não dissociando a sua imagem da imagem que têm da profissão e da imagem que pensam transmitir aos que os rodeiam.

Os enfermeiros que participaram no debate consideram que a auto-imagem não é estática, estando em alteração e em construção permanentemente, tendendo para uma melhoria, mas estando dependente de factores como a relação com os outros, o ambiente de trabalho e o papel desempenhado:

“... temos que nos adaptar a todas essas pessoas e tudo isso vai alterando a nossa auto-imagem que umas vezes é mais positiva e outras vezes é menos positiva, consoante aqueles com quem nós estamos a trabalhar e com o ambiente onde estamos inseridos. Considero que é positiva mas por vezes... há dias que é mais positiva do que outros.” (E10)

Referindo o papel das primeiras impressões na formação de opiniões, é dito por alguns enfermeiros que participaram no estudo que estas são importantes. A propósito da percepção da sua imagem física para as outras pessoas, o enfermeiro E5 diz:

“... o “feed-back” que eu recebi das outras pessoas, seja clínicos, seja familiares, seja principalmente colegas demorou a ser encaixada pelos outros. A minha imagem, neste caso mais física, fez com que as pessoas não vissem logo o profissional que eu sou. Eu quando comecei a trabalhar... usava “piercings”, usava sempre o cabelo em pé, ou seja, fez com que as pessoas olhassem para mim um bocado de lado, não é normal, a gente tem uma... uma certa imagem do... do enfermeiro que se calhar não se coaduna com este tipo de aspecto, e então as pessoas olhavam... faziam como que uma... uma primeira avaliação menos positiva ou até negativa.” (E5)

Relativamente às características que os enfermeiros valorizam na sua imagem verificamos que os enfermeiros que desempenham funções de chefia não dão relevo ao seu aspecto físico, não falam de fardas, cabelos, barba ou qualquer outro atributo físico. Podemos inferir que talvez este aspecto esteja intrínseco ao seu mapa mental pelo que não é valorizado. A sua auto-imagem é associada especialmente às funções desempenhadas, à competência com que as

desempenham e à capacidade de enfrentar as situações diárias com algum sucesso e alguma satisfação pessoal e profissional como se pode verificar no depoimento que se segue:

“... eu sinto que sou uma pessoa muito capaz, com uma grande capacidade de eficácia a trabalhar.” (E5)

Os enfermeiros mais jovens falam da farda, da limpeza, do penteado, do uso de adornos ou maquilhagem, da barba, do ar jovem (associado pelos outros a inexperiência) – facto comentado por alguns utentes.

Associam igualmente a sua auto-imagem ao desempenho diário, focalizando a sua atenção no contacto com os utentes e familiares e na relação que estabelecem com os colegas:

- *“... ser muito meiga para os doentes, porque estão numa situação difícil, e tento ser simpática. Também tento ter paciência ...” (E3)*
- *“... tenho uma... uma imagem vinda dos outros muito mais positiva, do que se calhar tinha ao princípio. Veio reforçar ainda mais a auto-imagem que eu tinha de mim mesmo.” (E5)*

A descrição da auto-imagem não se afigurou fácil. A utilização de auto-esquemas para formar auto-representações conducentes à formação de uma auto-imagem possui uma carga afectiva e reflecte-se melhor numa informação verbal que visual (*In*: MORALES et al, 1996). Talvez seja esta a explicação para relacionar a auto-imagem com acções e interacções, deixando num nível secundário os atributos físicos e os aspectos da comunicação não verbal.

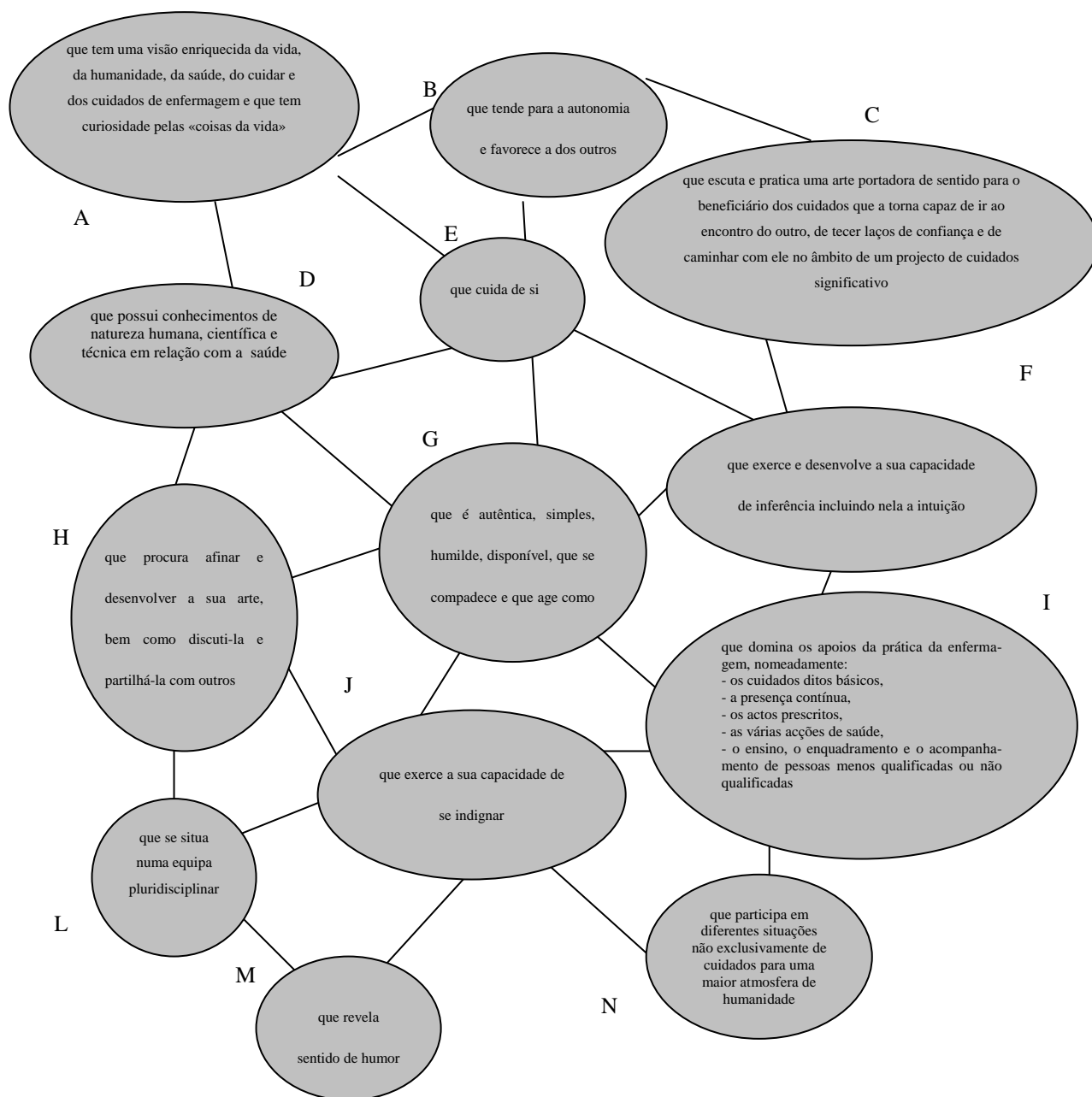
HESBEEN (2000) fala da personalidade dos enfermeiros – apontada pelos participantes como um factor fundamental para a construção da sua auto-imagem e da imagem da profissão -, referindo-se a eles dizendo:

“... trata-se de mulheres e de homens com personalidade rica, tanto no que se refere às suas alegrias como às suas penas, às suas qualidades como aos seus defeitos... que prestam cuidados enquanto seres, que abordam o outro sendo o que são.”

Estabelece um esquema que indica pontos de referência e pistas de reflexão

sobre esta questão, que se transcreve em seguida, podendo depois verificar-se que os vários pontos foram focados pelos enfermeiros durante as suas respostas.

Figura 9 – TENTATIVA DE REPRESENTAÇÃO DA PESSOA DO ENFERMEIRO
NUMA PERSPECTIVA DE PROGRESSÃO



Retirado de. "Cuidar no Hospital". -

HESBEEN, Walter (2000: 117)

A cada um dos pontos de referência estabelecidos por HESBEEN (2000) no esquema anterior fez-se corresponder uma letra, à qual tentaremos evidenciar os principais conceitos encontrados ao longo da análise dos instrumentos utilizados para a Representação Social da Imagem do Enfermeiro e da profissão.

- A** – *“Humanização”*
- B** – *“Autonomia”*
- C** – *“Relação de Ajuda”*
- D** – *“Conhecimentos” e “Competência”*
- E** – *“Imagem” e “Valorização Física”*
- F** – *“Comunicação”*
- G** – *“Gostar de Cuidar”*
- H** – *“Formação” e “Valorização”*
- I** – *“Profissionalismo”*
- J** – *“Auto-Estima”*
- L** – *“Espírito de Equipa”*
- M** – *“Simpatia”*
- N** – *“Disponibilidade” e “Espírito de Iniciativa”*

Não tendo sido fácil a descrição objectiva de si próprios, em vários momentos do seu discurso os enfermeiros acabaram por o fazer, revelando com as suas palavras aquilo que, no campo teórico, HESBEEN (2000) escreveu, baseando-se na sua própria experiência enquanto enfermeiro e professor.

Tentando ir de encontro ao último objectivo desta investigação apercebemos que a construção da auto-imagem profissional, é influenciada por múltiplos factores, muitos deles comuns à imagem da profissão de enfermagem, pois existe alguma dificuldade em dissociar estas duas imagens e em analisá-las

isoladamente. Destacamos os seguintes:

- **Alteração do “Género”**

Tal como foi concluído por autores como TAKASE, KERSHAW & BURT (2002), que reconhecem a manutenção de estereótipos relativos à enfermagem e aos enfermeiros, também os participantes neste estudo fazem referência à estrutura hierárquica existente entre médicos e enfermeiras, ao envolvimento sócio-cultural e à história da profissão, nomeadamente o facto de ser uma profissão essencialmente feminina.

Segundo E10

“... o facto de serem homens ou mulheres... acho que cada vez mais essa diferença está-se a esbater acho eu. (...) era uma profissão essencialmente de mulheres (...) acho que tornava a profissão mais frágil (...) Pode ter alguma influência relacionada com o sexo dos profissionais (...) talvez “teja-se” a equilibrar um bocadinho...”

Os próprios enfermeiros, apesar de valorizarem a sua profissão e considerarem que a mesma evoluiu consideravelmente, são igualmente membros desta sociedade tradicionalista e sofrem a sua influência.

- **Formação Profissional**

Pode-se constatar que a curiosidade, o espírito crítico e reflexivo e a capacidade e vontade de aprender e evoluir devem acompanhar o percurso académico e profissional do enfermeiro, para lhe permitir adquirir e renovar as competências necessárias ao desempenho dos diferentes papéis que assume no seu dia-a-dia. Como nos diz E1:

“... nós, enquanto cultivadores de uma imagem, só estaremos bem connosco se conseguirmos incutir nos outros essa necessidade permanente de formação ... de formação e de querer influenciar a dinâmica hospitalar ou do centro de saúde ou da comunidade ou de colegas ...” (E1)

As diferentes formações e competências que caracterizam os enfermeiros por-

tugueses, resultado da própria evolução da enfermagem, do seu lugar no sistema de ensino e das interações que se estabelecem entre os diversos “actores” no domínio da saúde, devem ser tidas em conta. Se muitos não puderam ou quiseram evoluir, todos terão algum tipo de competências a ser considerado na preparação do futuro da enfermagem.

No entanto, terá que se encontrar uma solução para contornar um dos problemas que se coloca à enfermagem, relacionado com aquelas

“... chefes de serviço que não querem estudar, não querem influenciar nas decisões, que não querem arranjar «problemazinhos» para si ...” (E1).

O caminho para a melhoria da imagem da enfermagem aos olhos da população passará, entre outros factores, por encontrar uma solução de compromisso que consiga adequar as competências de cada enfermeiro ao tipo de funções que exerce, com os consequentes benefícios que daí advêm tanto para a imagem e estatuto social da profissão, como para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes e para o bom funcionamento das instituições de saúde. Todos terão a ganhar se estas mudanças forem feitas, inclusive os próprios enfermeiros que se encontram na referida situação, que acabarão por melhorar a sua auto-estima e a sua auto-imagem se forem colocados a desempenhar funções para as quais tenham uma formação adequada. A “**formação**”, evocação referida como possível estrutura do núcleo central do instrumento anterior, poderá ter um papel fundamental, servindo como impulso para novas aprendizagens, contribuindo para que todos possam evoluir e actualizar conhecimentos. Dentro das instituições de saúde existirá sempre um lugar em que cada enfermeiro poderá desempenhar uma função com qualidade e com resultados satisfatórios, mediante o empenho que demonstre para realizar formação e evoluir. Serão as instituições, o poder político e as organizações profissionais de enfermagem que terão que trabalhar, em conjunto, na procura das soluções mais justas para cada um e para a própria profissão.

Como refere HESBEEN (2000) *“A formação, tanto inicial como contínua, é um assunto ao mesmo tempo apaixonante e delicado, porque é determinante para a orientação tomada pelos diferentes profissionais, a qual será determinante para a natureza do serviço prestado à população.”*

- **Ritmo de Trabalho**

A disponibilidade temporal para estar com o outro, para o ouvir, para estabelecer uma comunicação assertiva e cuidar segundo uma perspectiva holística foi referida. Parece existir um sentimento de insatisfação entre os enfermeiros por não lhes ser possível ter o tempo necessário para realizar satisfatoriamente todas as funções que lhes competem, independentemente da função desempenhada, apesar de ser reconhecido que também acontece não ser feito o melhor aproveitamento do tempo disponível.

- **Valorização**

Os “*feedbacks*” provenientes de colegas, outros profissionais de saúde, doentes, familiares ou dos vários níveis de chefia existentes nas instituições, são determinantes na construção de uma auto-imagem agradável e classificada como “positiva”.

Existindo competência surge o reconhecimento por parte dos outros, que conduz a que

“... a nossa auto-imagem profissional melhora quando há um determinado reconhecimento e valorização dos outros pares.” (E6).

Ser valorizado, ser digno de confiança, ter uma imagem socialmente aceite, ter o respeito dos que recebem cuidados, merecer o respeito dos próprios colegas, e mais importante, de toda a sociedade, é algo que se atinge com extrema dificuldade, mas que se persegue, mesmo que de forma inconsciente.

- **Importância da comunicação**

A linguagem verbal foi um dos factores considerados importantes para a formação da auto-imagem e para a construção da imagem da profissão, mas foi dissociado quase por completo da linguagem não verbal utilizada diariamente.

Apenas a importância do sorriso ou do toque foram referidos por dois dos parti-

cipantes.

Estes resultados vão ao encontro das palavras de PIERSON (1991), já citadas neste trabalho, quando refere que as pessoas não têm muita consciência em relação à comunicação não verbal que se estabelece, apesar desta ser uma das formas essenciais no relacionamento com o outro.

- **Factores inerentes ao enfermeiro**

Em lugar de relevo surgem os factores inerentes ao próprio enfermeiro, que não são exactamente os mesmos no que concerne a enfermeiros com maior experiência profissional e enfermeiros menos experientes. Ambos referem a personalidade, mas enquanto que os primeiros falam no percurso pessoal, ambição e capacidade de gestão:

“...saber estar, outro o saber ser e o saber fazer (...) O saber estar (...) É aquilo que nós aprendemos, como fomos crescendo, a nossa adolescência ... chegamos à fase adulta, aprendemos a estar, aprendemos a amadurecer, temos para com os outros uma certa distância (...) O saber ser está intrinsecamente relacionado com esta coisa do saber estar, mas tem mais qualquer coisa – eu tenho que ser enfermeiro, tenho de gerir o melhor possível, tenho que ser homem, tenho que ser pai, tenho que ser amigo...”
(E1)

os segundos mencionam simpatia e auto-estima:

“... ser simpática ... pronto, isso também já é característica individual, mas isso é muito importante que eles...” (E3)

“... a auto-estima, ser uma pessoa positiva, ter auto-estima, enfim e outra coisa que eu acho fundamental é a alegria no trabalho.” (E6)

- **Situações de cuidar**

Em situações de cuidar, os enfermeiros dão ênfase ao facto de ser importante gostar de cuidar e ter objectivos a atingir:

“... na profissão tem que se gostar do que se faz e ter objectivos. Eu quero... se “tô” aqui quero ir para ali. É importante para a auto-imagem da pessoa, para evoluir também. Outra coisa que eu acho importante é o querer fazer e fazer bem, esforçar-se para atingir esses objectivos por melhorar ...” (E7)

Por outro lado, a competência e o saber fazer são factores também mencionados como importantes, surgindo na dependência directa do conhecimento – daí a relevância atribuída à formação, em especial por parte dos chefes e dos enfermeiros mais velhos – mas parece ser mais associada ao saber fazer que ao saber estar.

Referindo-se às competências, COSTA (1998) diz: *“... não são o desenvolvimento de dons inatos, nem a consequência de um stock inicial de informações mas um processo interminável e inacabado de formação contínua, em que desempenha um papel dinâmico a alternância entre a experiência, a prática, a reflexão crítica e as aquisições essenciais de conhecimentos.”*

Abreu (2001) debruça-se igualmente sobre a questão da competência dos enfermeiros dizendo:

“Na área da enfermagem, a generalidade dos estudos sublinha que a constelação de competências que o exercício do trabalho evoca não é um adquirido intrínseco ao sujeito e muito menos uma entidade estática. O enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efectivo.”

▪ **O enfermeiro sob a dominância médica**

O facto de a profissão de enfermagem ser do ponto de vista científico e de formação ainda nova e trabalhar em associação com a médica que social e historicamente está muito prestigiada e estruturada, faz com que seja muito corrente, a noção de que o enfermeiro é um ajudante do médico.

O médico consolidou a sua dominância (saber/poder) no sector da saúde que acabou por sedimentar uma representação clássica da enfermagem enquanto trabalho auxiliar. Ao analisarem-se frases significativas expressas nos depoimentos

mentos constata-se que, de facto, a ideia do enfermeiro ser o auxiliar do médico permanece na opinião pública e na própria classe médica:

“... quando se falou pela primeira vez no curso do ensino superior, de enfermagem, eu nunca mais me esqueço de um grupo de outro estrato profissional, dizia assim: “Agora até os enfermeiros já querem ser doutores, quem é que me vai apertar a bata agora?”” (E6)

Quanto à **Imagem da Profissão**, os enfermeiros na sua descrição, fazem referência ao passado, presente e futuro da mesma. No seu discurso, descrevem o processo evolutivo da enfermagem, passando pelo início de dependência em relação à medicina, pela subserviência da mulher enfermeira ao homem médico, pela falta de conhecimentos que sustentassem uma verdadeira profissão. Referem depois o processo evolutivo, com a entrada de homens na profissão, a delimitação de um campo próprio de saberes e competências e a demarcação em relação à medicina. O futuro é igualmente mencionado, olhado com preocupação e/ou com esperança, na expectativa do que pode vir a acontecer e do papel que podem desempenhar na mudança.

A representação do enfermeiro tem dependido dos contextos sócio-laborais em que os cuidados de enfermagem se enquadraram. Talvez por isso, os enfermeiros durante o debate pensarem que um dos grandes obstáculos encontrados tem a ver com questões de género, passando pela concepção da enfermagem como profissão feminina e de vocação:

“... havia aquele sentimento das “escolinhas” de enfermagem, com as meninas que se portavam muito bem, com um cunho muito religioso ...” (E2)

Por outro lado, a sociedade consagrou o poder/razão aos valores masculinos, atribuindo á mulher determinadas características integradas na vida privada e afectiva. Deste modo, a dimensão intelectual da prática profissional, na sociedade, não foi valorizada:

“Serviço de ponta – quem chefiava era um homem. Tinha o poder naquilo tudo. Nós sempre fomos muito viradas para a subserviência, para servir, para fazer de dama de caridade, de limpeza, de gestos delicados...” (E2)

Não sendo consensual, não é aceite por parte dos enfermeiros que participaram no debate, a delegação de algumas tarefas ou funções noutros profissionais, sob supervisão dos enfermeiros, libertando-os para a arte de cuidar.

Como diz HESBEEN (2000) *“O cuidado designa o facto de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar, do seu bom funcionamento.”*

COLLIÉRE (1999), abordando os cuidados de enfermagem, refere:

“Identificar os cuidados de enfermagem é tornar reconhecível a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração: os conhecimentos e instrumentos que utilizam, bem como as crenças e valores em que se fundam. É, também, clarificar o campo de competência da enfermagem, o processo de cuidados de enfermagem, bem como identificar a natureza do seu poder, os seus limites, as suas dimensões social e económica.”

Parece fácil a definição do caminho a seguir para mudar a opinião da imagem da enfermagem e dos enfermeiros, para os próprios e para os outros. Mas, como reconhece HESBEEN (2000), os cuidados prestados pelos enfermeiros são em simultâneo a solução e a limitação. Por um lado, constituem a forma de privilegiar a pessoa, atribuindo-lhe a importância por aquilo que define a sua individualidade. Por outro lado, têm uma visibilidade reduzida, pois correspondem às «pequenas coisas» não valorizadas socialmente, por se afastarem da espectacularidade atingida pelos grandes avanços técnicos e científicos em que o modelo biomédico se apoia.

São estas «pequenas coisas», como o toque, o sorriso, a capacidade de escutar e de antecipar as necessidades complexas de cada ser humano, nas suas múltiplas dimensões, que contribuem para a humanização dos cuidados de enfermagem e para a definição da sua identidade profissional.

A questão da **autonomia** foi também abordada no discurso dos enfermeiros, como obstáculo influente na construção da imagem da profissão. Embora esquecendo os enfermeiros, JUSTO (2002) refere

“É desejável que os médicos, os gestores das instituições de saúde e outros decisores aos diversos níveis do sistema de prestação de cuidados estejam

habilitados com os instrumentos técnicos e metodológicos que lhes permitam integrar no contexto mais geral dos interesses da comunidade os interesses particulares da cada utilizador dos serviços de saúde.”

Existem hoje profissionais de saúde habilitados para exercer funções de gestão nas instituições de saúde, entre os quais numerosos enfermeiros. Têm a formação adequada e o conhecimento da realidade vivida na área da saúde. Contudo, interesses de grupos bem organizados e com uma valorização social mais marcada continuam a impedir o seu acesso aos cargos. Esta situação implicará, por certo, custos políticos, económicos, sociais e pessoais, para os profissionais e os utentes do Sistema Nacional de Saúde, sendo um assunto merecedor de estudos sérios e credíveis por parte de entidades independentes.

A autonomia profissional, preconizada no REPE, não é ainda uma realidade em absoluto, por desconhecimento, falta de aplicação, falta de controlo na sua aplicabilidade ou outro qualquer motivo que necessitará de ser constatado e corrigido, o que se relaciona com o que aqui já foi dito em relação aos papéis a desempenhar pela Ordem dos Enfermeiros e Sindicatos. Apesar disto, são os enfermeiros que ocupam cargos de chefia que mais consideram que ela existe, ainda que parcialmente. Os enfermeiros de nível 1 consideram que a sua autonomia é diminuta e “*invisível*”, interferindo assim na imagem que é transmitida para a sociedade e na construção da sua própria auto-imagem:

“... temos autonomia (...) é pouco visível (...) a autonomia tem que partir muito de nós e temos que ser nós, esta nova geração a mudar essa opinião.” (E3)

Pretende-se que aspectos culturais e históricos ligados história da profissão ou à supremacia médica e masculina sobre as mulheres enfermeiras devem manter-se nesse domínio – o da história.

Serão merecedores de atenção e respeito, pois estiveram na base de um processo evolutivo que ainda hoje se mantém, mas não podem ser o obstáculo à mudança. Sabe-se que a tradição tem um grande peso social e que a educação ao nível dos valores e da cidadania demora a produzir resultados, porque o Homem tem uma resistência natural à mudança.

Obviamente este tipo de mudanças não se fará de um dia para o outro. Vai acontecendo lentamente, com o esforço e empenho de todos aqueles que querem dar o seu contributo e o seu testemunho, através das suas acções e das suas reflexões, partilhadas com todos aqueles que os envolvem. Passa pelos mais velhos e os mais novos, os mais e os menos experientes, os que desempenham funções de chefia e os que estão na prestação directa de cuidados, os que estão na gestão e os que estão no ensino, os que trabalham nos hospitais e os que exercem funções nos centros de saúde, lares ou outras instituições.

Como nos refere E7 no seu depoimento:

“É este papel que o enfermeiro tem que saber... tem que saber aonde está e para onde quer ir. E eu penso que há neste momento muitos enfermeiros que já sabem muito bem fazer o seu papel e que têm ajudado a criar uma boa imagem ...” (E7)

O estatuto de curso superior atribuído à enfermagem foi uma conquista importante, mas a sua valorização não é igual para todos os participantes. Aqueles que viveram o percurso sofrido pela profissão nas últimas décadas, que sentiram a dificuldade de conquistar o seu lugar nas equipas de saúde – por serem enfermeiros (profissão com um estatuto inferior à medicina), por serem mulheres ou por serem homens numa profissão feminina – dão mais valor à conquista conseguida que os mais jovens, para quem o estatuto de curso superior é já um dado adquirido.

“A formação dos enfermeiros felizmente passou para curso superior (...) a formação superior foi extraordinária. Deu um subir na valorização social grande.” (E1)

Relativamente ao ensino, os enfermeiros durante o debate, referiram que a adequação do mesmo às necessidades da sociedade actual e às expectativas dos utentes / clientes tem que se tornar cada vez mais uma realidade.

Os professores terão que constituir-se enquanto referência e percursos da mudança, não por uma questão de disputa com outra qualquer profissão, mas como garantia da qualidade, do profissionalismo, da atitude e das motivações correctas para operar mudanças de comportamentos e mentalidades. Começando pelos alunos agora em formação, passando pelos profissionais em exer-

cício e pela forma como se relacionam com pares, utentes e familiares (independentemente dos papéis ou funções desempenhadas), e terminando com a relação estabelecida com a comunidade envolvente.

Como refere E5 no seu depoimento

“... cabe muito aos professores mudar a imagem da enfermagem...(...) Eu acho que as escolas hoje ainda continuam um tanto ou quanto longe da realidade profissional e acho que os professores acabam por não serem assim tão... tão influentes na mudança da nossa auto-imagem por causa da verticalidade da relação existente. O professor e os alunos acabam sempre por criar... lá está, esta animosidade entre os alunos, e eles acabam por... isto não pondo em questão a comunidade dos professores, mas o facto de se ser aluno muitas vezes e da... da verticalidade... para o professor ajuda a que não se estabeleça essa... essa figura que vai modelar em nós a nossa auto-imagem...”

Tal como se verificou nas evocações, também os enfermeiros do debate acham que a acção específica da enfermagem faz-se em torno do cuidar. Como nos foi referido no depoimento de E2

“... o enfermeiro é que dá maior apoio, é que lida com o doente, é que vê como o doente reage e não reage ...”

“**Cuidar**” implica um saber específico que colocamos em prática, de acordo com a nossa própria experiência. Esta evocação foi das mais referenciadas pelos sujeitos que responderam ao questionário anterior, tanto para a representação social da imagem do enfermeiro como para a dimensão profissional dessa mesma representação.

No entanto, muitas das actividades dos enfermeiros, passam despercebidas pela intenção de cuidar e respeitar a intimidade daquele que é cuidado, realizando-se estas actividades num espaço físico e psicológico íntimo e próximo. Este ambiente de proximidade física e psicológica exige dos enfermeiros competências que apelam ao seu lado mais humano.

Apesar da competência técnica ser reconhecida como necessária no desempenho da actividade profissional, a competência humana foi muito valorizada. No decurso da actividade profissional o equilíbrio entre elas manifesta-se pela

satisfação e bem-estar não só físico mas também psíquico do utente e familiares.

“... eu tenho pessoas que... que só por dar a mão dizem que é importantíssimo e não dar apenas bem a injeção... é isso. Querem muito mais... ou um sorriso. E eles valorizam muito...” (E3)

Socialmente desvalorizado em relação 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 uma determinada doença. Na perspectiva de alguns enfermeiros com maior experiência profissional

“... o pessoal mais novo, está muito mais preocupado com os aspectos técnicos, passo a expressão, vê muito mais monitorizações, vê muito menos doente, doente na perspectiva da relação, portanto, dar... em termos da relação de ajuda, pessoal mais velhote (...) vê mais esta parte e... e... tanto lhe dá ir medir uma tensão arterial com o aparelho “digitálico” como lhe dá ir com o esfignomanómetro e o estetoscópio, é igual, aliás, alguns deles até aproveitam este estetoscópio e o esfignomanómetro para estarem a falar com o doente ...” (E1)

Mudança é o termo utilizado muitas vezes para caracterizar a profissão, tal como evolução. Os enfermeiros referem que estão em curso alterações profissionais que se reflectem na imagem da profissão.

NEWELL-WITHROW & SLUSHER (2001) e TAKASE, KERSHAW & BURT (2002) concluíram que para que a mudança da imagem possa ocorrer é necessário um investimento na educação, uma transformação nos sistemas de saúde e de educação e um reconhecimento social da importância da enfermagem, traduzido por uma mudança do status atribuído aos seus profissionais.

Difícilmente a sociedade aceitará a mudança na imagem dos enfermeiros se os próprios profissionais ainda não a interiorizaram. Construir uma auto-imagem positiva torna-se mais difícil quando se sofre a influência de um ambiente fechado e até hostil para a auto-estima do enfermeiro, diminuindo a motivação para a mudança, como referido por ANJOS & MONGE (1991).

Estas ideias estão patentes no depoimento de E7:

“... penso que a filosofia da enfermagem está a mudar e é preciso nós conseguirmos apanhar este barco, não perdermos, porque as coisas estão a mudar. O conceito de gestão, tudo isso, conceito de gestão, cuidados de enfermagem, o próprio conceito de profissional de enfermagem está a mudar e é importante nós conseguirmos apanhar isso a nosso favor (...) acho que “tamos” no bom caminho.”

Se a este ambiente envolvente juntarmos os factores sócio-culturais já mencionados, com todos os estereótipos que lhe estão associados e se encontram descritos na literatura por autores como CHRISTMAN (1998), DARBYSHIRE (2000), HALLAM (1998), BIRD & WATERKEIN (1997), DARBYSHIRE & HOLMES (1997), citados por TAKASE, KERSHAW & BURT (2002), alguns dos quais apontados igualmente por este estudo – estrutura hierárquica entre médico e enfermeira, educação e história da enfermagem – torna-se fácil perceber que há ainda muito a fazer em Portugal para que a imagem dos enfermeiros possa tornar-se efectivamente um espelho do seu desempenho e da sua relevância na prestação de cuidados de saúde.

Alguns enfermeiros referiram que uma parte da população já se apercebeu das alterações que a enfermagem foi sofrendo ao longo dos anos e reconhece a qualidade técnica e humana do trabalho do enfermeiro. No entanto, dois participantes neste estudo consideram que essa mudança relativa à imagem que a sociedade tem do enfermeiro ainda só aconteceu com aqueles que pertencem às relações pessoais dos enfermeiros ou que já tiveram com eles contacto profissional – e mesmo assim nem sempre.

Então, se os enfermeiros corresponderem às necessidades dos utentes, o trabalho desenvolvido será valorizado e reconhecido, o que provocará a existência de “*feedbacks*” que ajudarão na construção de uma auto-imagem positiva.

“O doente começa a entender o enfermeiro como um profissional de saúde na mesma ordem de grandeza do que outros profissionais de saúde, para lhe prestar os melhores cuidados. Todos os cuidados de enfermagem (...) Começa a perceber a necessidade de se valer dos conhecimentos do enfermeiro.” (E1)

Todos os factores e situações que têm vindo a ser discutidos, com reflexos na auto-imagem e na imagem da profissão, conduzem às questões fundamentais com que a enfermagem se debate: a definição de uma identidade, um caminho, e prioridades para o futuro da profissão.

Urge então que os enfermeiros percebam que, como defende LE BOTERF (1995), citado por ABREU (2001) *“Mobilizar os saberes ou os saber-fazer pertinentes em determinada situação não é somente uma questão de recursos cognitivos, de conhecimentos ou de saber-fazer. Mobilizar recursos supõe confiança em si próprio, nas suas capacidades e no potencial de evolução.”*

A mudança não depende apenas da formação universitária que fornece os conhecimentos, da destreza prática que permite o *“saber-fazer”* ou de definição de competências. Depende igualmente de um auto-conceito e de uma auto-estima elevada, que se reflectirão na auto-imagem e na vontade de fazer mais e melhor, correndo riscos para evoluir. Os enfermeiros terão que adequar as suas práticas, acreditar em si próprios e encontrar o equilíbrio entre as suas aspirações, as suas competências e as expectativas da população em relação à sua intervenção.

Se esse caminho passa pela utilização de técnicas de marketing, por uma humanização dos cuidados, pela procura de novas áreas de intervenção ou por uma combinação destes e de outros factores, terá que ser a investigação e a reflexão conjunta a determinar. Passará, no entanto, pela definição atribuída ao conceito de *“cuidar”*, associado à enfermagem, e pela capacidade relacional que os enfermeiros estabeleçam com todos os que o rodeiam, para a qual em muito contribuirá a capacidade de comunicação por si evidenciada.

Parece surgir alguma contradição nas ideias defendidas pelos enfermeiros do debate. Por um lado a tecnologia surge como um desafio, por outro lado o cuidar surge como uma necessidade. Ao actual modelo biomédico, centrado na cura e no tratamento – altamente dependente da ciência e da tecnologia, com todos os custos económicos que daí advêm – opõe-se o modelo holístico, centrado no cuidar e olhando o utente como centro do sistema de cuidados.

É de referir que os enfermeiros que responderam ao questionário valorizaram

mais o modelo holístico no sentido em que a maioria dos construtos cognitivos referenciados evidenciavam a vertente relacional como a evocação “**Relação de Ajuda**”.

Passará por esta escolha a definição da imagem da enfermagem e dos enfermeiros.

7 – CONCLUSÕES

Através desta investigação tentou conhecer-se a Representação Social que os enfermeiros têm da sua imagem, tentando obter respostas por forma a atingir os objectivos de investigação, que aqui se relembram:

- ☐ Identificar a possível estrutura das representações sociais da imagem dos Enfermeiros através dos elementos do núcleo central e os elementos periféricos;
- ☐ Contribuir para a identificação da opinião que os Enfermeiros têm sobre a sua auto-imagem profissional;
- ☐ Contribuir para a identificação de factores que o enfermeiro considera influentes na construção da sua imagem profissional e na construção da imagem da profissão.

Analisados os dados dos instrumentos aplicados, resta-nos retirar as conclusões possíveis, não esquecendo que as mesmas não poderão ser generalizadas para toda a população de enfermeiros portugueses.

Evidentemente, que este estudo de âmbito limitado, não pretende apresentar análises definitivas no campo das representações sociais da profissão de enfermeiro, mas antes assumir-se como uma rampa de lançamento no perfil que lhe quisermos dar e alicerçar, ou motivar novas pesquisas neste domínio.

Far-se-á referência aos objectivos estabelecidos, para apresentar em seguida as conclusões que se podem estabelecer em relação a cada um.

Objectivo 1 - Identificar a possível estrutura das representações sociais da imagem dos Enfermeiros através dos elementos do núcleo central e os elementos periféricos

Conclui-se, a partir dos resultados obtidos, que a representação social da imagem profissional do enfermeiro apresenta uma estrutura da qual participam elementos na sua maioria considerados positivos pelos sujeitos do estudo.

Do ponto de vista qualitativo, verificamos que a representação social do enfermeiro gravita em torno de construtos cognitivos como: “Relação de Ajuda”, “Cuidar” e “Profissionalismo”. Os prováveis elementos centrais demonstram o carácter relacional da imagem da profissão através dos termos “valorização”, “empatia” e “respeito” possivelmente indicando um comportamento pessoal e profissional necessário para o alcance de uma boa imagem. Ao mesmo tempo, de entre os elementos periféricos, as evocações “responsabilidade”, “reconhecimento” parecem sugerir uma das consequências práticas da imagem profissional, a partir da valorização e da possibilidade do enfermeiro sentir-se um profissional responsável.

Objectivo 2 - Contribuir para a identificação da opinião que os Enfermeiros têm sobre a sua auto-imagem profissional

A opinião global dos enfermeiros sobre a sua auto-imagem profissional é classificada pelos intervenientes como “*positiva*”, sujeita contudo a alterações constantes, decorrentes da influência conjunta de diversos factores, internos e externos, que determinam a sua construção permanente, entre os quais se inclui a influência do meio físico e das pessoas que os rodeiam e os papéis desempenhados.

Estes dados vão ao encontro das ideias defendidas por SAMPSON (1996) ou MORALES el al (1996) sobre a relevância da auto-estima para a auto-imagem e o contributo dos diferentes papéis e da sua opinião para a construção de uma auto-imagem favorável, potenciadora de expectativas mais elevadas em relação aos desempenhos profissionais e á própria vida de cada indivíduo.

No entanto, tal como foi difícil descrever a auto-imagem individual sem a relacionar com o meio e condições envolventes, também não foi explicado pelos enfermeiros o significado atribuído ao termo “*positiva*”, ficando no ar a ideia de algo que é favorável para o indivíduo, sem que seja explicitado concretamente

o significado e os atributos associados a esta ideia. Mas este conceito não é de fácil definição, sendo conotado com ideias e sentimentos que são agradáveis para o indivíduo. Falar em imagem positiva equivale a falar em algo que é certo, verdadeiro, inquestionável e decisivo, daí BOLANDER (1998) referir que *“Cada enfermeiro deve ser responsável por cultivar uma imagem positiva através da sua conduta e prática pessoais.”*

A auto-imagem surge associada ao gosto pela profissão, às características individuais de cada enfermeiro e às funções desempenhadas. Estas últimas dependem do posicionamento na carreira e dos cargos atribuídos, geradores de diferentes preocupações, diferentes interações e diferentes níveis de exigência pessoal e profissional, que determinam a adaptação constante à realidade e às pessoas com quem se relacionam.

Objectivo 3 – Contribuir para a identificação de factores que o enfermeiro considera influentes na construção da sua imagem profissional e na construção da imagem da profissão.

A construção da auto-imagem profissional, bem como a construção da imagem da profissão, são influenciadas por múltiplos factores, muitos deles comuns, pois existe alguma dificuldade em dissociar estas duas imagens e em analisá-las isoladamente.

Em lugar de relevo surgem os factores inerentes ao próprio enfermeiro, que não são exactamente os mesmos no que concerne a enfermeiros com maior experiência profissional e enfermeiros menos experientes. Os primeiros referem as expectativas que possuem, a competência e a postura perante as situações, revelando alguma segurança nessa abordagem, enquanto que os restantes demonstram alguma insegurança, falam do seu aspecto físico, da idade e das influências que recebem através da observação de colegas mais experientes ou dos vários *“feedbacks”* recebidos. Todos consideram importante o sentir-

se bem consigo próprios ou o gosto pela profissão.

Competência no desempenho e reconhecimento pelo trabalho desenvolvido são considerados factores que influenciam a construção da auto-imagem profissional. Os “*feedbacks*” provenientes de colegas, outros profissionais de saúde, doentes, familiares ou dos vários níveis de chefia existentes nas instituições, são determinantes na construção de uma auto-imagem agradável e classificada como “positiva”.

Existindo competência surge a valorização e o reconhecimento por parte dos outros, que conduz a que “... *a nossa auto-imagem profissional melhora quando há um determinado reconhecimento dos outros pares.*” (E6).

Ao abordar a hierarquia das necessidades segundo MASLOW, CHIAVENATO (2000) refere que as necessidades de estima

“são as necessidades relacionadas com a maneira pela qual a pessoa se vê e se avalia, isto é, com a auto-avaliação e a auto-estima. Envolvem a auto-apreciação, a autoconfiança, a necessidade de aprovação social, de reconhecimento social, de status, prestígio, reputação e consideração. A satisfação dessas necessidades conduz a sentimentos de autoconfiança, valor, força, prestígio, poder, capacidade e utilidade.”

Os enfermeiros querem ter um bom desempenho profissional, porque dele depende a qualidade dos cuidados prestados aos utentes ou a gestão dos serviços nos seus múltiplos aspectos, mas gostam de sentir o reconhecimento pelo seu trabalho e esforço, necessitando dele para manter o nível de expectativas e a capacidade de fazer mais e melhor, contribuindo para a existência de uma auto-imagem mais forte.

O ritmo de trabalho e a falta de disponibilidade para estar com o outro, para o ouvir, para estabelecer uma comunicação assertiva e cuidar segundo uma perspectiva holística foi referido. Parece existir um sentimento de insatisfação entre os enfermeiros por não lhes ser possível ter o tempo necessário para realizar satisfatoriamente todas as funções que lhes competem, independentemente da função desempenhada, apesar de ser reconhecido que também

acontece não ser feito o melhor aproveitamento do tempo disponível.

Tal como foi concluído por autores como TAKASE, KERSHAW & BURT (2002), que reconhecem a manutenção de estereótipos relativos á enfermagem e aos enfermeiros, também os participantes neste estudo fazem referência á estrutura hierárquica existente entre médicos e enfermeiras, ao envolvimento sócio-cultural e às questões de género, nomeadamente o facto de ser uma profissão essencialmente feminina.

Segundo E10 *“(...) Neste momento o que eu sinto é que, meus amigos, licenciados ou não, nós estamos a voltar a pique àquilo que éramos anteriormente considerados, que era pouco. (...) éramos maioritariamente considerados pelos Portugueses como os auxiliares dos médicos. E não conseguimos (...) levar a melhor entre aspas contrariando as ordens médicas.”*

Os próprios enfermeiros, apesar de contestarem a supremacia médica, valorizarem a sua profissão e considerarem que a mesma evoluiu consideravelmente, são igualmente membros desta sociedade tradicionalista e sofrem a sua influência.

Reconhecendo o processo evolutivo da profissão e o facto deste impulsionar mudanças na auto e hetero-imagem da profissão, nem todos vêm estas mudanças da mesma forma, pois as opiniões de cada um não surgem isoladamente, mas inseridas no contexto sócio cultural em que todos vivem.

Parece inequívoco que todos os participantes reconhecem que se está a atravessar uma época de transformações profundas. No entanto, enquanto que para uns essas transformações são positivas, no sentido de impulsionarem a enfermagem e os enfermeiros para um papel social relevante e reconhecido socialmente, com uma imagem coincidente com o desempenho, para outros está a ocorrer uma “inversão”, estando a perder-se conquistas anteriores e a capacidade de cuidar do outro de forma holística e humana.

Pode então concluir-se que numa época de mudanças estruturais, sociais e culturais, os enfermeiros olham para si, para a sua auto-imagem e para a ima-

gem da profissão com preocupação, expectativa e esperança. Percebem que é por eles, pela sua intervenção diária, pelo seu esforço e trabalho, pela reflexão e pela procura de novos caminhos que essa mudança tem que passar, sendo necessário que cada enfermeiro possa dizer “... *eu como enfermeiro eu consigo entender, perceber perfeitamente que a enfermagem é uma profissão autónoma e que tem uma intervenção a nível da área da saúde com todas as suas relações inter pares ou inter profissionais. Portanto, temos funções dependentes, interdependentes e autónomas ...*” (E6)

Torna-se importante definir ou redefinir conceitos como cuidar, autonomia, identidade profissional, enfermagem ou ser enfermeiro. Os profissionais ouvidos neste estudo consideram importante a definição destes conceitos e dos papéis a desempenhar pelos enfermeiros, pois são factores determinantes para a imagem presente e futura da profissão e dos seus profissionais. Avançam com a sugestão que para isto acontecer não basta publicar leis ou criar estruturas profissionais – como aconteceu com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) ou a Ordem dos Enfermeiros. É na prática diária, na reflexão conjunta, na formação de base e em todos os outros tipos de formação que a mudança tem que alicerçar-se, pelo que os docentes terão um importante papel a desempenhar.

Como refere HESBEEN (2000) “*Se cabe ao legislador determinar, com mais ou menos precisão, o conteúdo dos programas de formação, cabe aos docentes dar inteligência a esses programas, dar-lhes vida, aproveitando todas as oportunidades (...) são assim convidados à criatividade, à inovação e até à audácia.*”

A opinião deste grupo de enfermeiros é coincidente com a de autores como TAKASE, KERSHAW & BURT (2002) ou NEWELL-WITHROW & SLUSHER (2001), considerando como eles que as mudanças de imagem estão dependentes do reconhecimento por parte da sociedade do papel relevante da enfermagem e pelo investimento que é necessário fazer em termos da educação dos profissionais.

Outra conclusão a retirar deste estudo refere-se ao facto do curso de enferma-

gem ter sido integrado no ensino superior, deixando de ser um bacharelato. Apesar de todos reconhecerem que este foi um acontecimento importante para a imagem da enfermagem, equiparando-a a outros cursos na área da saúde, os enfermeiros mais jovens não lhe atribuem um valor absoluto muito elevado, na medida em que esta é para eles uma realidade para a qual não tiveram que lutar. Os enfermeiros mais velhos, que passaram por todas as transformações ocorridas na enfermagem nos últimos anos, valorizam mais esta conquista e consideram-na fundamental para a alteração da imagem da enfermagem, tanto para os enfermeiros como para a população em geral.

A diferente formação dos enfermeiros em exercício é outro aspecto mencionado por todos. Através das opiniões emitidas, conclui-se que é um facto que pode interferir na imagem do profissional e da profissão, sem ter que ser considerado necessariamente como um obstáculo. Aproveitar os saberes e competências de cada um, promovendo um estreitar de laços e uma partilha de conhecimentos podem ser uma experiência enriquecedora, apesar da falta de paciência de uns e da falta de tolerância ou egocentrismo de outros. Aqui surge um aspecto divergente: os mais velhos consideram que serão eles, pela sua experiência e saberes acumulados, pela segurança que possuem e pelas posições que já ocupam nas instituições de saúde os responsáveis pela promoção da evolução; os mais jovens atribuem a si próprios esse papel, pela formação e conhecimentos obtidos durante a licenciatura, pelo espírito de contestação aos poderes instituídos e pelas ideias inovadoras que trazem consigo. O futuro se encarregará de mostrar onde está a razão.

Estas são as conclusões possíveis face aos resultados obtidos e aos objectivos estabelecidos. No entanto, apesar de neles não estarem contemplados, existem duas evidências que ressaltam deste estudo, estando relacionadas com a imagem dos enfermeiros e da profissão, e que devem ser realçadas.

A primeira evidência é que a enfermagem está à procura de um novo caminho. Vencidas que estão algumas “*batalhas*” – profissionalização da enfermagem, entrada de homens na profissão, o novo enquadramento legal da profissão com a publicação do REPE, a obtenção de uma formação superior – falta encontrar a forma mais adequada para que essas conquistas sejam interiorizadas por todos, para que ocorra uma alteração do estatuto social da enferma-

gem. Como referiram os enfermeiros ao longo deste estudo há que encontrar estratégias que conduzam à mudança construtiva e generalizada, que passam por uma reflexão conjunta e pela adequação das práticas de enfermagem às necessidades da população. Como refere E5:

“Nós se calhar estamos a cometer a nível grupal um erro de querermos fazer tudo e acabarmos por não fazer nada bem. E eu aqui a nível de grupo, penso que é preciso haver outro tipo de estratégias e que são condicionantes dessa nossa imagem perante as populações. (...) têm que ser estratégias objectivas (...) têm que ser projectos operacionais (...) e só essa capacidade de intervenção que nós realmente vemos a nível das populações, nós temos que desenvolver para que a nossa imagem perante os grupos tenha uma outra ponderação e assuma uma outra importância.”

A segunda evidência relaciona-se com o conceito de “cuidar”. Existe uma dicotomia entre humanização e tecnicismo, e o grande desafio que se coloca aos enfermeiros é encontrar o equilíbrio entre estes dois conceitos, o estabelecimento de áreas de intervenção específicas, o aceitar as diferenças e o aproveitar das oportunidades. Como referiu E10:

“... ou actuamos com um modelo biomédico, sabendo que o modelo biomédico que é, é o curar e o tratar, portanto o que tem significado é a doença em si, ou avançamos como enfermeiros e que de facto é isso que temos que actuar na arte do cuidar. E o cuidar é ver o indivíduo na sua totalidade. Ora, se quando os enfermeiros assumirem que nós estamos a tratar de pessoas e não da doença, então aí conseguimos que a imagem profissional dos enfermeiros seja diferenciada (...) e as pessoas possam dizer: “Para isto eu quero o enfermeiro, não quero o médico ou a assistente social. Quero o enfermeiro.”; E por enquanto não conseguimos dar esse ... esse salto, porque estamos vocacionados para a doença.”

No decurso do nosso trabalho percebemos a dimensão da teoria das representações sociais no ângulo da história, da sociologia e de outras ciências. Com esta pequena pesquisa pretendemos deixar espelhado a mais-valia que esta teoria pode ter no campo da Imagem, ajudando-nos a entender conceitos nucleares e periféricos e a forma de podermos lidar com eles. Na esteira do que já foi preconizado por Jodelet, tentamos dar o nosso contributo para apro-

fundar e enriquecer o conhecimento desta teoria, de forma particular no campo da enfermagem.

7.1– IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

Face às leituras efectuadas, reflectindo sobre o que foi mencionado pelos enfermeiros e recorrendo à nossa própria experiência profissional, aqui se deixam algumas sugestões que poderão ser exploradas em futuros trabalhos de investigação.

Os enfermeiros referiram muitas vezes o “*feedback*” fornecido pelas pessoas que os rodeiam – importante na construção de uma auto-imagem profissional mais ou menos positiva – e também aquela que pensam ser a percepção que elas têm sobre os enfermeiros e a profissão de enfermagem. As suas opiniões não são, contudo, absolutamente convergentes. Se para uns a imagem do enfermeiro e da profissão de enfermagem é positiva e considerada favoravelmente pelos pares na saúde e pelos utentes e familiares, para outros continua a prevalecer a ideia que apenas os próprios enfermeiros conseguem olhar-se a si e à profissão de uma forma real e que mostra efectivamente o valor que têm nas instituições de saúde.

Para esclarecer esta questão, poderia investigar-se qual a opinião que os utentes têm sobre a imagem da profissão de enfermagem e dos enfermeiros, o que serviria igualmente para identificar os aspectos que privilegiam no seu contacto com os enfermeiros e as necessidades e expectativas que têm sobre a sua actuação. A fotografia da situação permitiria adequar procedimentos e alterar atitudes, estabelecendo estratégias para satisfazer as populações, contribuindo a sua satisfação para uma melhoria da imagem da profissão e dos profissionais e para a excelência dos cuidados prestados.

Feito um diagnóstico da situação e conhecida a opinião das pessoas, novos percursos poderiam ser estudados para permitir a evolução da profissão e dos profissionais.

Também em relação à opinião dos outros profissionais de saúde sobre a profissão de enfermagem e o trabalho desempenhado pelos enfermeiros nos mais

diversificados papéis, um estudo idêntico poderia ser planejado e concretizado, no intuito de procurar áreas de convergência e estratégias conducentes à existência de verdadeiras equipas multidisciplinares nas instituições de saúde. Tal como os enfermeiros identificam “velhas” causas e hábitos sociais e culturais para justificar atitudes, diferenças ou preconceitos, o mesmo poderá acontecer em relação aos restantes profissionais de saúde. Apenas o conhecimento da realidade e a reflexão sobre a mesma poderão contribuir para a ocorrência de alterações profundas nas crenças e nas atitudes, que se traduzam em benefícios para todos os envolvidos, em especial para as pessoas que necessitam de recorrer às instituições de saúde para nelas e nos seus profissionais encontrarem soluções para os seus problemas.

Outras questões pertinentes foram levantadas pelos enfermeiros, podendo conduzir a futuros estudos que tentem encontrar explicações, soluções ou propostas de alteração. Entre elas destacam-se:

- Conhecimento das necessidades das instituições, para adequar a formação dos profissionais a essa realidade, por forma a que os jovens enfermeiros não se sintam muito inseguros quando se vêem confrontados com as diferenças entre o que a escola transmitiu e as condições e exigências do seu desempenho profissional. Esta seria uma investigação abrangente, comparando as dificuldades de integração sentidas pelos enfermeiros com os respectivos currículos escolares, para tentar encontrar formas de parceria a estabelecer entre as instituições de saúde e as escolas superiores de enfermagem / universidades, por forma a enquadrar saberes e competências, definir campos de estágio e períodos de integração nos serviços e nas instituições, facilitadoras de um bom desempenho e de uma melhoria considerável nos cuidados prestados, para que deixe de ser possível ouvir-se “... muitas vezes ensinam-nos qualquer coisa na escola que está desajustada com a parte prática ...” (E8)
- Reflexão sobre a política seguida na gestão dos hospitais S.A., que na opinião dos presentes conduz à prestação de piores cuidados aos utentes e a uma maior insatisfação por parte dos profissionais. Como refere a

enfermeira E10 “... exigem-me essencialmente que eu preste cuidados depressa, e faça registos, depressa. (...) e que desempenhe o melhor possível e ande para a frente e de preferência que não complique o sistema e isso acho que faz qualquer pessoa sentir-se mal. Então em termos de auto-estima dá cabo da cabeça a uma pessoa.” A investigação passaria pela identificação dos maiores problemas detectados pelos profissionais e pela procura de propostas de solução para os mesmos;

- Reflexão sobre a introdução de novos grupos profissionais, com competências específicas, trabalhando na dependência ou em parceria com os enfermeiros, podendo constituir-se como um elemento positivo ou negativo na prestação de cuidados aos utentes. Para os participantes neste estudo esta não é uma questão pacífica nem consensual, conforme é expresso na opinião de E1 “*Por isso é que me assusta a mim que outras pessoas, em alguns doentes, venham fazer os princípios que só eu é que sei fazer. Da mesma forma que se forem outras pessoas a cuidar do doente de uma forma que só eu sei fazer e para a qual andei três anos a estudar ...*” Seria pertinente, para além de conhecer as percepções dos profissionais de saúde face a esta temática, identificar soluções adequadas às necessidades e à realidade portuguesa, não descurando nunca os interesses e expectativas dos utentes e das famílias.

Vários aspectos igualmente abordados no decurso do trabalho poderiam ser também o motivo para suscitar interesse ou motivar o desejo de investigar mais sobre eles, por dizerem respeito a afirmações polémicas ou por apontarem caminhos para a evolução da profissão de enfermagem.

Se cada enfermeiro, cada profissional de saúde ou cada cidadão que se interesse por estas questões apostar em dar o seu contributo para que a evolução ocorra, investigando as questões que surgem e que merecem a sua atenção, então deixará de ser dito que “(...) Nós tiramos o curso não precisamos de estudar mais. Não investigamos, ... não aprofundamos isso. Isso reflecte-se na sociedade. Isso reflecte-se na imagem que eles têm de nós ...” (E2) e a evolução poderá seguir o seu percurso de uma forma mais consistente, reflectida e participada.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Livros:

ABBOTT, P. e WALLACE, C. - **An Introduction to Sociology - Feminist Perspectives**. London and New York, 1990.

ABREU, Wilson Correia de – **Identidade, Formação e Trabalho – Das culturas Locais às Estratégias Identitárias dos Enfermeiros**. 1ª ed. Coimbra: Coedição Formasau, Formação e Saúde Lda e Educa, 2001. 328p.

ABRIC, J.C.- L'organisation interne des représentations sociales: système central et système périphérique. In: C. Guimelli (Org.). **Structure et transformations des représentations sociales**. Lausanne: Delachaux et Nestlié, 1994, 73-84p.

ADAM, Evelyn - **Ser enfermeira**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994.

BOLANDER, Verolyn - **Enfermagem Fundamental**. 1ª ed. Lisboa: Lusodidata, 1998. 1963p.

BROMLEY, D. B. – **Reputation, Image and Impression Management**. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley&Sons, 1993. 300p.

CHIAVENATO, Idalberto. – **Recursos Humanos**. 6ª ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 2000. 631p.

COHEN, Helen A. – **The Nurses Quest for a Professional Identity**. Addison-Wesley Publishing Company, 1981. 214p.

COLLIÈRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida – Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem**. 1ª ed. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, 1999. 385p.

COSTA, Maria Arminda Mendes – **Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados**. 1ª ed. Lisboa: Fim de Século Edições, 1998.

- CRESWELL, John W. – **Research Design – Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches**. Second Edition. Sage Publications. 2003. 245p.
- DAVIES, Celia – **Gender and the Professional Predicament in Nursing**. Open University Press, 1998.
- DINGWALL, R.; RAFFERTY, A.M. e WEBSTER, C. – **An Introduction to the Social History of Nursing**. Londres: Routledge Kegan Paul, 1988.
- DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. – **Handbook of Qualitative Research**. 2nd ed. Sage Publications, 2000. 146p.
- DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. – **Strategies of Qualitative Inquiry**. United States of America: Sage Publications, Inc. 1988.
- DOISE, W – **A articulação psicossociológica e as relações intergrupos**. Lisboa: Moraes (edição original, 1976). 1990. 186p.
- FLAMENT, C – Structure et dynamique des Représentations Sociales, in D. Jodelet (org.), **Les Représentations Sociales**, Paris :PUF, 1989.
- FORRESTER, Michael – **Psychology of the Image**. London: TJ International Ltd, Padstow, Cornwall, 2000. 208p.
- FORTIN, Marie Fabienne – **O Processo de Investigação – da concepção à realização**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 1999. 388p.
- GILBERT, Lucia Albino – **Two Careers / One Family – The Promise of Gender Equality**. Sage Publications, Inc, 1993. 152p.
- GOODE, William J. & HATT, Paul K. – **Métodos em Pesquisa Social**. 2^a ed. São Paulo: Editora Nacional, 1968. 488 p.
- GRBICH, Carol – **Qualitative Research in Health – An Introduction**. Sage Publications, Inc, 1999. 312p.
- GREENBAUM, Thomas L. – **The Handbook for Focus Group Research**. Lexington Books, An Imprint of Macmillan, Inc., 1993. 218p.
- HENDERSON, Virginia - **The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research and education**. New York: The Macmillan Company, 1969, 133p.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no Hospital – Enquadrar os Cuidados de Enfermagem Numa perspectiva do Cuidar**. 1ª ed. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2000. 201p.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – **Investigação por Questionário**. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2002. 377p.

JACOBS, Jerry A. – **Gender Inequality at Work**. USA: Sage Publications, Inc., 1995. 438 p.

JESUÍNO, Jorge Correia – **Processos de Liderança**. 2ª ed. Lisboa: Livros Horizonte Lda, 1999. 375p.

JODELET, Denise - **Les représentation sociales: phénomènes, concept et théorie**. In S. Moscovici (Ed.), *Psychologie Sociale*. Paris: PUF, 1984.

JUSTO, Cipriano – **Saúde : uma utilidade sem valor de troca**. 1ª ed. Porto : Campo das Letras Editores SA, 2002. 117p.

KÉROUAC, Suzanne *et al.* - **El pensamiento enfermero**. Barcelona, Masson, S.A., 1996.

KREUGER, Richard A.; CASEY, Mary Anne – **“FOCUS GROUPE - A Practical Guide for Applied Research”**. 3 ed. Sage Publications, Inc, 2000. 215p.

LINDON, Denis et al – **Mercator 2000 – Teoria e Prática do Marketing**. 9ª ed. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 655p.

MARQUIS, L. Bessie; HUSTON, J. Carol – **Leadership Roles and Management Functions in Nursing – Theory & Application**. 4th Edition. USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2003. 651p.

MARSHALL, Catherine; ROSSMAN, Gretchen B. – **Designing Qualitative Research**. 3rd Edition. Sage Publications, Inc, 1999. 224p.

MASON, Jennifer – **Qualitative Researching**. 2nd edition. Sage Publications, Inc, 2002. 223p.

MYERS, David – **Social Psychology**. International / fifth edition. MacGraw-Hill, 1996.

MOIGNÉ, J. L. – **La théorie du système général. Théorie de la modélisa-**

tion. Paris: PUF, 1977.

MORALES, Francisco J. et al. – **Psicologia Social**. Spain: McGraw-Hill, 1996. 982p.

MORGAN, David, L. – **Focus Groups as Qualitative Research**. Qualitative Research Methods Series. SAGE Publications, Inc, 1988. Volume 16. 83p.

MORGAN, David, L. – **Successful Focus Groups – Advancing the State of the Art**. California: SAGE Publications, Inc, 1993. 271 p.

MOSCOVICI, Serge - **The Phenomenon of Social Representations**. In R. Farr, & S. Moscovici (Eds.), *Social Representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

NUNES, A. Sedas – **questões preliminares sobre as CIÊNCIAS SOCIAIS**. 12ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1996. 135p.

NUNES, Lucília – **Um Olhar Sobre o Ombro – Enfermagem em Portugal (1881-1998)**. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda, 2003. 375p.

OLIVEIRA, Sílvio Luiz de – **Tratado de Metodologia Científica – Projetos de Pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses**. 3ª reimpr da 2ª ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001. 320p.

PATTON, Michael Quinn - **How to use Qualitative Methods in Evaluation**. Second Edition. Sage Publications, Inc, 1987. 176p.

PIERSON, Marie-Louise – **L`Image de Soi – Mode D`Emploi**. Paris: Les Editions D`Organization, 1991, 251p.

POPE, Catherine; MAYS Nicholas – **Qualitative Research in Health Care**. Second Edition. BMJ Publishing Group, 2000.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van – **Manual de Investigação em Ciências Sociais – Trajectos**. 2ª ed. Lisboa: Gradiva – Publicações, L.da, 1998. 282p.

ROCHA, J. A. Oliveira – **Gestão de Recursos Humanos**. Colecção Novos Gestores. 2ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1999. 212p.

ROSSMAN, Gretchen. B.; RALLIS, Sharon. F. – **Learning in the Field: An in-**

roduction to qualitative research. Sage Publications, Inc, 2003. 368p.

SÁ, C. – **O conceito e o estado actual da teoria**. Lisboa :ISCTE, 1992.

SCHLENKER, Barry R. – **Impression Management – *The Self-Concept, Social Identity, and Interpersonal Relations***. San Diego, California: Brooks/Cole Publishing Company, 1980. 344p.

STEWART, David W.; SHAMDASANI, Prem N. – **Focus Groups – *Theory and Practice***. Sage Publications, Inc, 1990. 152p.

VALA, Jorge – **Representações Sociais – para uma Psicologia social do pensamento social**. Lisboa: SCTE, 1982. 189p.

VALA, Jorge - **Análise de conteúdo**. In Silva, A. A & Pinto, J. M. (Eds). Metodologia das Ciências Sociais (pp. 101-128). Porto. Edições Afrontamento, 1999.

Revistas:

ALLAN, J. D.; HALL, B. A. (1988) – *Challenging the focus on technology: a critique of the medical model in a changing health care system*. **Advances in Nursing Science**, 10, pp. 22-34.

ABER, Cynthia S.; HAWKINS, Joellen W. (1992) – *Portrayal of nurses in Advertisements in Medical and Nursing Journals*. **Journal of Nursing Scholarship**, Volume 24, Number 4, pp. 289-293.

ANJOS, L.; MONGE, M. F. (1991)– *O autoconceito do Enfermeiro e a sua Motivação para a Mudança*. **Enfermagem em Foco**. Número 4, pp. 27 a 38.

CANALS, Josep – *La Imagen Feminina de la Enfermería – Condicionantes Socioculturales de la profesión de cuidar*. **Revista ROL**, n.º 172, pp. 29-33.

DESROSIERS, Gyslaine (1997) – *The Nursing Profession in the Media: Caring for our Public Image*. **L`Infirmière du Quebec**, (Juillet-Août), pp. 6-7.

DESROSIERS, Gyslaine (1997) – *La Profession d`Infirmière dans les Médias:*

- Une Image Publique à Soigner. L'Infirmière du Québec*, (Juillet-Août), pp. 4-5.
- DEYOUNG, Sandra; BLISS, Julie; TRACY, Janet P. (2002) – *The Nursing Faculty Shortage: Is There Hope?* **Journal of Professional Nursing**, Volume 18, Number 6 (November-December). pp. 313-319.
- FEALY, Gerard M. (2004) – *The Good Nurse: Visions and Values in Images of the Nurse.* **Journal of Advanced Nursing**, 46(6), pp. 649-656.
- FULLERTON, Judith T.; SUKKARY-STOLBA, Soheir (1995) – *Advancing the Status of Nursing in Egypt: the Project to promote the development of the High Institutes of Nursing.* **Ins. J. Stud**, Volume 32, Number 5. pp. 518-524.
- HUFFSTUTLER, Shelley Y. et al. (1988) – *The Public Image of Nursing as Described to Baccalaureate Prenursing Students.* **Journal of Professional Nursing**, Vol. 14, N.º1. (January-February), pp. 7-13.
- KALISCH, P.A & KALISCH, B.J (1976) – *Is History of Nursing Alive and Well?* **Nursing Outlook**, Vol. 24, n.º 6, (June) pp. 362-366.
- KALISCH, P.A & KALISCH, B.J (1977) – *An Analysis of The Sources of Physician-Nurse Conflict.* **Journal of Nursing Administration**, (January), pp. 50-57.
- KALISCH, P.A & KALISCH, B.J (1980) – *Perspectives on Improving Nursing's Public Image.* **Nursing & Health Care**, 3 (3), pp. 146-153.
- KALISCH, P.A & KALISCH, B.J (1982) – *The Image of Nurses in Novels.* **American Journal of Nursing**, (August), pp. 1220-1224.
- KALISCH, P.A & KALISCH, B.J (1983) – *Improving the Image of Nursing.* **American Journal of Nursing**, (January), pp. 48-52.
- KALISCH, P.A & KALISCH, B.J (1984) – *The Press Image of Community Health Nurses.* **Public Health Nursing**, (March), Vol. 1, n.º 1, pp. 3-15.
- KALISCH, P.A & KALISCH, B.J (1985) – *Newspapers and Nursing – The Print Media Image of Perioperative Nurses.* **Aorn journal**, (July), Vol. 42, n.º 1, pp. 30-41.
- KALISCH, P.A & KALISCH, B.J (1985) – *Dressing for Success.* **American Journal of Nursing**, (August), pp. 887-893.
- KALISCH, P.A & KALISCH, B.J (1985) – *Nursing Images: The TV News Pic-*

ture. **Nursing Management**, (April), pp. 39-48.

LOURENÇO, Orlando (1997) – Enfermagem, valores e desenvolvimento: que enfermagem, que valores, que desenvolvimento? **Nursing**, ano 9, n.º 107, Janeiro, pp.7-14.

LUSK, Brigid (2000) – *Pretty and Powerless: Nurses in Advertisements, 1930-1950*. **Nursing & Health**, 23, pp. 229-236.

MAVUNDLA, Thandisizwe R.; MABANDLA, Zukiswa H. (1997) – *The Perception of the Image of Nursing*. **Curationis**, (December), pp. 73-77.

NEWMAN, M. A. (1992) – Prevailing paradigm in nursing. **Nursing Outlook**, volume 40, pp. 10-13.

NEWELL-WITHROW, Cora; SLUSHER, Ida L. (2001) – Diversity: An Answer to the Nursing Shortage. **Nursing Outlook**, Volume 49, Number 6 (November-December), pp. 270-271.

PEREIRA, José – *Imagem Profissional do Enfermeiro*. **Ordem dos Enfermeiros**. Número 9, Julho de 2003, pp. 46-48.

TAKASE, Miyuki; KERSHAW, Esme; BURT, Lorraine (2002) – *Does Public Image of Nurses Matter?* **Journal of Professional Nursing**, Volume 18, Number 4 (July-August), pp. 196-205.

Teses:

MARTINS, Maria M. A., 1998, “*O Poder da Imagem das Organizações Empresariais*”, **Dissertação para Obtenção de Grau de Mestre em Ciências Empresariais**, Lisboa, Instituto de Ciências do Trabalho e Empresa.

VILAR, Emílio Távora, 1995, “*Gestão de Design – A Imagem como Recurso Estratégico*”, **Dissertação para Obtenção de Grau de Mestre em Ciências Empresariais**, Lisboa, Instituto de Ciências do Trabalho e Empresa.



VII Mestrado Comunicação em Saúde



Pablo Picasso - The Museum of Modern Art, New York

ESPELHO MEU...

ESPELHO MEU...

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA IMAGEM DO ENFERMEIRO

Volume II - ANEXOS

Dissertação de Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde
Volume II - ANEXOS

Trabalho realizado por Ana Sofia Gonçalves Sales
Sob a Orientação do Prof. Doutor Manuel Lopes

LISBOA
ABRIL 2008

“Só temos que batalhar para melhorar ainda mais a nossa imagem profissional...Acho que passa por cada um de nós. Se cada enfermeiro fizer um bocadinho por melhorar a nossa imagem em relação aos doentes, a imagem muda. Acho que às vezes as pessoas são um bocadinho comodistas: “Ah! A culpa é do sistema. As pessoas, eles é que têm culpa porque eles fazem tudo.” Ok! Eu não sou enfermeira? Eu também não tenho a minha parte de culpa? Se calhar, se calhar eu até tenho. Mas não. A culpa é do sistema. O sistema é que tem sempre culpa de tudo. Nunca percebi muito bem qual era o sistema, nunca o conheci, mas a culpa é sempre do sistema. É giro. E é mais fácil.”

Enfermeira PC (E3), FG, 2007

Índice

ANEXOS

- Anexo I** - Carta Explicativa do Estudo e Questionário
- Anexo II** - Autorização para Realização do Estudo
- Anexo III** - Guião de Debate do *Focus Group*
- Anexo IV** - Caracterização da População em Estudo no *Focus Group*
- Anexo V** - Transcrição Integral do *Focus Group*
- Anexo VI** - Exemplo da Análise do *Focus Group*

Anexo I

CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO A REALIZAR E QUESTIONÁRIO

CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO A REALIZAR

1. TÍTULO

“Espelho meu... Espelho meu... – Representação Social da Imagem do Enfermeiro”

2. INVESTIGADORA




Ana Sofia Gonçalves Sales, licenciada em Enfermagem e licenciada em Psicologia Social e das Organizações.

3. ORIENTADOR

Professor Manuel José Lopes, Pró-Reitor da Universidade de Évora e Vice-Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus.

4. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Este estudo insere-se num projecto de tese de dissertação de mestrado em Comunicação em Saúde pela Universidade Aberta. No caso presente pretendemos estudar a forma como os enfermeiros representam a imagem da profissão. Mais especificamente pretende-se:

-  Identificar a possível estrutura das representações sociais da imagem dos Enfermeiros através dos elementos do núcleo central e os elementos periféricos;
-  Contribuir para a identificação da opinião que os Enfermeiros têm sobre a sua auto-imagem profissional;
-  Contribuir para a identificação de factores que o enfermeiro considera influentes na construção da sua imagem profissional e na construção da imagem da profissão

É para este estudo que pedimos a sua colaboração. A sua opinião é para nós muito importante. Pretende-se recolher opiniões e por isso **não existem respostas certas ou erradas**, mas apenas as posições pessoais de cada um.

As suas respostas são anónimas e confidenciais e destinam-se exclusivamente a fins de investigação científica.

É nesse sentido que pedimos a sua colaboração

- 1) Enquanto enfermeiro, que importância acha que tem no contexto do Serviço Nacional de Saúde? (1 - menos importante a 5 - mais importante)

1 2 3 4 5

- 2) Que nível de autonomia atribui à sua intervenção profissional no seu contexto de trabalho? (1 - menos importante a 5 - mais importante)

1 2 3 4 5

- 3) Que nível de autonomia atribui à sua profissão? (1 - menos importante a 5 - mais importante)

1 2 3 4 5

- 4) Mencione as primeiras 5 palavras que lhe ocorrem ao pensar num(a) enfermeiro(a)

- 5) Mencione agora as palavras que lhe ocorrem ao pensar na sua imagem profissional relativamente a cada uma das seguintes dimensões:

Social

Cultural/Histórica

Profissional

Académico/Científico

Relacional

POR FAVOR DIGA-NOS AGORA UM POUCO DE SI:

IDADE: ___Anos

SEXO: M

F

N.º de anos de Actividade Profissional: ___ Anos

Tipo de vínculo: Efectivo na Instituição
Contratado pela Instituição

Categoria: Enfermeiro
Enfermeiro Graduado
Enfermeiro Especialista
Enfermeiro Chefe

OBRIGADO pela sua colaboração

Anexo II

**PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO
DO ESTUDO**

Anexo III

GUIÃO DE DEBATE DO “FOCUS GROUP”

GUIÃO DE DEBATE

Boa tarde. Sejam bem vindos e sintam-se á vontade neste local. Gostaria de começar por agradecer a todos a vossa presença, bem como a disponibilidade que revelaram ao aceder ao convite que vos foi endereçado.

O meu nome é Sofia Sales. Sou enfermeira neste hospital e solicitei a vossa colaboração no âmbito do desenvolvimento da minha Tese de Mestrado na área de Comunicação em Saúde. Á vossa frente está um cartão com a respectiva identificação, por forma a facilitar o diálogo entre todos.

Conforme vossa autorização, este debate irá ser gravado em áudio, para que nenhuma informação relevante seja perdida. Todos os dados recolhidos serão transcritos e analisados, sendo garantida a confidencialidade dos mesmos. Serão utilizados exclusivamente no âmbito do trabalho académico em curso, sendo as gravações destruídas posteriormente. As transcrições ser-vos-ão facultadas, no intuito de as validarem.

Como sabem, procuro conhecer a **Imagem do enfermeiro na actualidade através do auto-conceito da profissão**, razão pela qual foram convidados a estar presentes. O vosso contributo tem um valor inestimável, sendo muito importante referirem claramente aquilo que pensam e sentem relativamente às questões que vos irão ser colocadas, independentemente de considerarem que o que vão dizer é positivo ou negativo. Todos terão tempo para responder às perguntas e expressar as ideias que estas vos suscitarem, pelo que vos peço o favor de não falarem simultaneamente. Não se sintam obrigados a concordar uns com os outros, nem constrangidos por manifestar uma opinião diferente das anteriores. O objectivo deste estudo é exactamente a partilha de opiniões e pontos de vista de cada um em relação ao tema proposto. Não há respostas certas ou erradas e todas as respostas e comentários são relevantes. O meu papel será o de moderadora do debate, pelo que irei colocar questões, ouvir-vos atentamente e zelar para que todos tenham a oportunidade de participar. Prevejo uma duração de cerca de duas horas, findas as quais terei todo o gosto em proporcionar-vos um pequeno lanche. Têm à vossa disposição água, papel e caneta, se necessitarem de tomar alguma nota.

Sugiro que cada um de vós se apresente em seguida, referindo o nome e o serviço em que exerce funções.

(...)

1. Começo então por pedir a cada um de vós que **descreva o que considera ser a sua imagem profissional**. (dar a palavra à pessoa sentada à direita do moderador, repetindo a questão a todos os participantes, de forma rotativa)

Referência a aspectos físicos da(o) enfermeira(o) ____

Referência a aspectos psicológicos da(o) enfermeira(o) ____

Referência a aspectos relacionados com o desempenho profissional da(o) enfermeira(o) ____

Outras referências ____

2. **Quais os factores que considera influentes na construção da sua imagem profissional?** (desta vez, endereçar a questão à pessoa sentada à esquerda do moderador, repetindo-a de forma rotativa no sentido contrário ao anterior)

Auto-estima (confiança em si própria(o)) ____

Percurso escolar – escola em que obteve formação ____

Percurso profissional – integração na instituição e/ou serviço, formação contínua ____

Relação estabelecida com outros profissionais de saúde ____

Relação estabelecida com os utentes e familiares ____

Reconhecimento por parte de todos os que a(o) rodeiam do trabalho desenvolvido ____

Ambiente de trabalho ____

Conhecimentos adquiridos ____

Personalidade / maneira de ser da(o) enfermeira(o) ____

Profissionalismo (empenho, capacidade de trabalho) ____

Comunicação:

■ linguagem verbal ____

■ linguagem não verbal (gestão do espaço; aparência física; contacto visual; postura profissional; gestos; expressão facial; adequação do tempo de intervenção; tom, volume e inflexão da voz) ____

Ser homem ou mulher ____

Outras características ____

3. Como descreveria a imagem da profissão de enfermagem?

(Complementar esta questão com duas outras questões, de resposta rápida)

3.1 Há coincidência entre a imagem que tem da profissão de enfermagem e a sua imagem enquanto profissional? Porquê?

3.2 Que factores condicionam a imagem da profissão?

Evolução histórica ____

Profissão maioritariamente feminina ____

Relação com os outros profissionais ____

Relações com as chefias ____

Condições / ambiente de trabalho ____

Outras ____

Agora que o tempo está a chegar ao fim, e se o desejarem, poderão fazer um comentário ou reflexão final (...)

Agradeço a vossa atenção, disponibilidade, empenho e simpatia. Sem o vosso contributo o estudo que estou a realizar não teria qualquer interesse ou hipótese de sucesso.

Anexo IV

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO NO FOCUS GROUP

“ REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA IMAGEM DO ENFERMEIRO ”

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO NO FOCUS GROUP

Em cada questão, por favor assinale com X a(s) situação(ões) que corresponde(m) ao seu caso:

1. Sexo:
Masculino Feminino

2. Idade: ____ Anos

3. N.º de anos de Actividade Profissional: ____ Anos

4. Formação Académica:
Bacharelato
Licenciatura
Especialidade
Mestrado

5. Situação Profissional:
Efectivo na Instituição
Contratado pela Instituição

6. Cargo(s) desempenhado(s) na Instituição:
Sem cargo
2º Elemento de equipa
Chefe de equipa
Chefe de serviço

OBRIGADO pela sua colaboração

NOTA: Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente ao objectivo do estudo em causa. A confidencialidade dos mesmos será totalmente respeitada.

Anexo V

TRANSCRIÇÃO DO DEBATE DO “FOCUS GROUP”

REALIZADO:

Hospital Egas Moniz,
Sala de Reuniões do Serviço Cardiologia-Pneumologia;
Dia: 17 de Novembro de 2007
Hora local: 16h;
Grupo 10 participantes

Moderador(Mod):

Boa tarde. Sejam bem vindos e sintam-se à vontade neste local. Gostaria de começar por agradecer a todos a vossa presença, bem como a disponibilidade que revelaram ao aceder ao convite que vos foi endereçado.

O meu nome é Sofia Sales. Sou enfermeira neste hospital e solicitei a vossa colaboração no âmbito do desenvolvimento da tese de mestrado –Comunicação em Saúde - a desenvolver na Universidade Aberta. À vossa frente está um cartão com a respectiva identificação, por forma a facilitar o diálogo entre todos.

Conforme vossa autorização, este debate irá ser gravado em áudio, para que nenhuma informação relevante seja perdida. Todos os dados recolhidos serão transcritos e analisados, sendo garantida a confidencialidade dos mesmos. Serão utilizados exclusivamente no âmbito do trabalho académico em curso, sendo as gravações destruídas posteriormente. As transcrições ser-vos-ão facultadas, no intuito de as validarem.

*Como sabem, procuro conhecer a **imagem do enfermeiro através do auto-conceito da profissão**, razão pela qual foram convidados a estar presentes. O vosso contributo tem um valor inestimável, sendo muito importante referirem claramente aquilo que pensam e sentem relativamente às questões que vos irão ser colocadas, independentemente de considerarem que o que vão dizer é positivo ou negativo. Todos terão tempo para responder às perguntas e expressar as ideias que estas vos suscitarem, pelo que vos peço o favor de não falarem em simultâneo. Não se sintam obrigados a concordar uns com os outros, nem constrangidos por manifestar uma opinião diferente das anteriores. O objectivo deste estudo é exactamente a partilha de opiniões e pontos de vista de cada um em relação ao tema proposto. Não há respostas certas ou erradas e todas as respostas e comentários são relevantes. O meu papel será o de moderadora do debate, pelo que irei colocar questões, ouvir-vos atentamente e zelar para que todos tenham a oportunidade de participar.*

Se em qualquer momento quiserem ausentar-se, estão à vontade para o fazer.

Prevejo uma duração de cerca de hora e meia a duas horas, findas as quais terei todo o gosto em proporcionar-vos um pequeno lanche. Têm à vossa disposição água, papel e caneta, se necessitarem de tomar alguma nota.

Sugiro que cada um de vós se apresente em seguida, referindo o nome e o serviço em que exerce funções.

Começava por si, senhor enfermeiro ...

O meu nome é **JV**, neste momento sou chefe do serviço de ortopedia do Hospital R, fui docente da escola de serviço de saúde militar durante uns anos, tenho a especialidade de reabilitação.

HRS, enfermeira coordenadora da urgência pediátrica do Hospital Y, especialista em saúde infantil e pediátrica e estou a fazer o mestrado na área de gestão de

serviços de saúde.

PC, trabalho no serviço de Medicina 2 do Hospital R;

Sou o **NP** trabalho em cirurgia no Hospital Y;

Eu sou o **SP** e trabalho na UCI Cardiotorácica de R;

Sou a **AL** e exerço funções no serviço de cirurgia do Hospital Y.;

Sou a **CS** trabalho no serviço de neurocirurgia do X.;

AV, enfermeira especialista, hospital X.

MV, Hospital C, Direcção de Enfermagem;

SC, Hospital C, serviço de Oftalmologia/Otorrino;

Mod – Muito obrigado pela vossa apresentação. É para constar, mas os vossos nomes serão naturalmente retirados para que seja garantido o respectivo sigilo. Começo então por pedir a cada um de vós que descreva o que considera ser a sua imagem profissional. Começava por si, Senhor enfermeiro:

JV - Bem, temos que analisar a imagem profissional de duas perspectivas. Uma, a imagem para os profissionais de saúde propriamente ditos e outra, a imagem para os utentes dos nossos serviços.

Mod – Teremos oportunidade de entrar depois em todas essas áreas. As questões que tenho aqui, o planeamento de questões, vai introduzir depois todos esses pontos. Gostaria que agora, nesta fase, se restringisse apenas sobre aquilo que considera ser a sua imagem profissional.

JV - Quer a minha introspecção?

Mod – Sim, a sua introspecção.

JV - Bem, nessa perspectiva eu sinto-me bem. Estou bem comigo. Gosto de ser o que sou. Digamos que apareceu-me a enfermagem após o término do liceu, na altura, enveredei por essa carreira e tenho ficado apaixonado cada vez mais por ela. Embora haja altos e baixos dentro da minha evolução na carreira eu gosto muito disto ... gosto muito de ser enfermeiro.

Mod – Senhora enfermeira ...

HRS - Pois eu sei que para mim foi um acidente de percurso. Aconteceu. Sou enfermeira há vinte anos, tenho feito um percurso um bocado... como é que hei-de dizer? ... de aventura, porque esta minha vida de enfermagem tem sido uma aventura. Neste momento estou numa fase em que vejo a enfermagem já não naquela de uma prestação directa dos cuidados, de cuidar de utentes, já tenho a vontade de qualquer coisa de diferente. Mais agradável, talvez neste momento mais voltada para a gestão. Neste momento, vejo-me a mim mais ligada à gestão do que à prestação directa de cuidados.

Mod – PC...

PC - Pronto, eu relativ... eu tento transmitir é... e... e já é de mim, pronto, ser muito meiga para os doentes, porque estão numa situação difícil, e tento ser isso – meiga -, e simpática. Também tento ter paciência de vez em quando... quando de vez em quando a gente chega ao limite também estoura não é. Ainda só comecei, mas de vez em quando é difícil gerir, mas tenho que ter essa paciência. Pronto, tem muita responsabilidade, porque a gente tá sempre... eu pelo menos “*tou*” sempre com aquele medo de poder cometer algum erro e pôr em risco a vida da pessoa, porque temos que ter muita atenção, naquilo que fazemos... verificar sempre duas vezes... e eu tento sempre isso, para não acontecer nada de mal, e também tento ser perfeccionista porque nas minhas coisas... se calhar... não sei se é bem... se é qualidade, se é defeito... a gente quer ser tão perfeccionista e não consegue e vai se calhar a baixo... Pronto, relativamente à imagem... à aparência física, pronto acho que é importante a gente não andar... não andar suja, mas de vez em quando é inevitável as fardas... ficam e a gente apresenta... aquele aspecto menos cuidado, mas acho que acontece o mesmo relativamente aos cabelos, se andam apanhados... acho que se eu tiver o cabelo solto e tocar na bata não vai influenciar a minha maneira de prestar bem os cuidados ou não, se eu “*tou*” a ter Qualidade. Pronto tenho é que ter em atenção não cair cabelos ou isso mas...

Mod – A qualidade dois cuidados prestados têm algo a ver com a imagem que transmite enquanto enfermeira?

PC – Não. Eu acho... eu... eu tenho... eu tenho a noção dos meus estágios e agora como profissional de enfermagem, que aqueles que têm aspecto menos cuidado são sempre os melhores enfermeiros. Tenho tido essa noção que ... ou até pelos homens que não fazem a barba... isso não quer dizer nada, porque... se eu fizer... imagina, sou homem, se eu fizer a barba vou prestar melhores cuidados? Não. Eles é que me aconselham. Pelo menos eu penso assim. Acho que.. que um homem não é obrigado a fazer a barba... que vai prestar melhores cuidados. Não, aquilo é que aprendeu e aquilo é...

Mod – Em relação a si PC...

PC – Eu tenho sempre o cabelo... tento sempre apanhar porque claro incomoda à frente dos olhos. Mas de vez em quando se... se a farda tiver mais suja, ainda por cima só tenho... só tenho duas, mas eu também só peço para não ficar mais suja, ainda tenho a outra lavada que eu não posso só por uma... uma farda a lavar e ela secar de um dia para o outro... pronto, eu não vou... não vou “*tar*” a aceitar por causa disso. Pronto, mas eu claro que tento ser que ter boa apresentação. Mas não ando com brincos compridos, com o risco dos doentes poderem agarrar; nem ando maquilhada mas isso já é de mim que já nem nos dias normais ando, e também não vou agora maquilhada para o serviço. Mas isso é de cada um de nós. E acho que a gente... às vezes quando é preciso se calhar uma maquilhagem, para quando a gente vem cansada, assim vem com outro ar, para mostrar que está bem disposta para os doentes; se calhar não estamos. Mas não faço disso... Pronto.

Mod – Muito Obrigado. Senhor enfermeiro...

NP – É assim. Reportando-me ao “feedback” que eu recebo dos doentes,

considero que tenho uma... uma ótima imagem.

Mod – “Feedback”... Que “feedback” é esse que...

NP – Em termos de confiança, da parte... sinto que... quando... surge algo, eles chamam pelo enfermeiro N. porque sabem que têm... irão ter uma resposta. tento sempre dar uma resposta a cada problema que o doente... mesmo que não saiba, tento investigar e saber algo para lhe dar alguma resposta, ou, hoje não é possível dar-lhe essa resposta, mas nunca deixar o doente sem resposta.

Mod – Em relação a outros aspectos relativos à sua imagem...

NP – É assim. Acho que... para o doente tem importância o primeiro... o primeiro contacto, porque há três aspectos que nós... muito importantes que é a parte teórica, a parte prática e a parte relacional com o doente. Acho que pode haver um ótimo enfermeiro a nível de conhecimentos mas se não tiver um encaixe com o doente nunca, nunca vai haver uma ligação. Nunca vai haver confiança, há sempre restrições, há um doente com a opção de não querer ser cuidado por aquele enfermeiro... Portanto agora em termos físicos... em termos físicos...

Mod – Os utentes de que cuida já alguma vez manifestaram essa preocupação que o levasse a ter algum cuidado com a sua imagem?

NP – Já verbalizaram algumas vezes. Ainda no outro dia não fiz a barba... simplesmente isso. Acho que principalmente é preciso saber ouvir e ... escutar e dar uma boa resposta juntando a componente relacional. Acho que isso é o que importa. Eu metendo-me no lugar de um doente... acho que é isso que eu queria obter de um enfermeiro. Penso eu... Pode ser um enfermeiro muito bem apresentável mas se tiver um... uma personalidade autoritária... Interessa também estar apresentável, ótimo, excelente, tudo bem, mas para mim como doente não corresponde ao que eu necessito. Acho que a imagem é... tem uma certa importância ao nível de uma instituição, principalmente. Uma imagem para o doente. Agora como em termos do cuidar... penso que não... não... não influencia muito. Acho que há... acho que há componentes muito mais importantes... é uma característica mas em termos de importância não é... não é... não tem um valor assim muito... muito... muito alto para o doente. Para outros cargos se calhar... se calhar...

Mod – A sua opinião aqui é que conta.

NP – E está tudo dirigido para o doente. Obviamente. Se chegar uma enfermeira supervisora não quer saber se.. se eu estou a fazer bem isto ou bem aquilo... chamam a atenção é a sapatos, cintos, identificação, barba, cabelo, “tatata”, mas não se interessa se... está a compreender?

Mod – A imagem profissional na instituição de que está a falar, isso é relevante?

NP – Não é importante. É importantíssima. Se é importante! Tanto que se estão altas patentes na ... numa instituição... descem a uma cantina por exemplo para ver os enfermeiros que trabalham na sua instituição... querem ver pessoas apresentáveis, dignas... A imagem que vai transmitir às pessoas que estão internadas... Para essas pessoas a imagem é muito importante, para os doentes acho que não é assim tão importante.

Mod – E a sua auto-imagem tem em conta esses aspectos?

NP – Sim, sim, sim. Procuo o máximo, o máximo.

Mod – Senhor enfermeiro SP... em relação a todas os pontos aqui abordados...

SP – Vou fazer primeiro a minha auto-reflexão. Em relação à minha auto-imagem, eu sinto que sou uma pessoa muito capaz, com uma grande capacidade de eficácia a trabalhar. No entanto a “heteroimagem” que... ou seja o “feedback” que eu recebi das outras pessoas, seja clínicos, seja familiares, seja principalmente colegas demorou a ser encaixada pelos outros. A minha imagem, neste caso mais física, fez com que as pessoas não vissem logo o profissional que eu sou. Eu quando comecei a trabalhar... em termos de aspecto não... não é o que podemos considerar um enfermeiro convencional... usava “piercings”, usava sempre o cabelo em pé, ou seja, fez com que as pessoas olhassem para mim um bocado de lado, não é... é normal, a gente tem uma... uma certa imagem do... do enfermeiro que se calhar não se coaduna com este tipo de aspecto, e então as pessoas olhavam... faziam como que uma... uma primeira avaliação menos positiva ou até negativa.

Mod - Está a referir que os primeiros contactos que estabeleceu com a sua nova equipa teve influência negativa na sua auto-imagem. É isso?

SP – Não foi negativa. Não é negativa. As pessoas dão-me... dão-me... como é que eu hei-de dizer... olhavam de lado, ou seja eu em vez de provar as minhas capacidades tendo que as provar uma vez ou duas vezes, tinha que as provar duas, três, quatro, cinco, até que as pessoas percebessem... bem este gajo é assim.

Mod – Então de alguma forma a sua imagem física condicionou a qualidade do seu desempenho.

SP – Exacto. Pronto, e as pessoas começaram a perceber bem... este... este... este tipo... este enfermeiro tem este aspecto, se calhar a falar às vezes, não é... não fala de uma maneira tão correcta, não... não... não interpela as pessoas de uma maneira se calhar de uma maneira menos convencional, mas depois começaram-se a aperceber do outro lado, do outro lado profissional. Demorou algum tempo a assentar... foram dias e dias e meses e meses e... Neste momento eu trabalho há praticamente três anos no meu serviço, tenho uma equipa que são seis... sete, sete elementos. Só tenho uma colega que já tem largos e largos anos de experiência, que “tá” num horário neste momento em que... faz turnos praticamente fixos, ou seja... no fundo na maioria dos outros turnos sou eu que sou responsável da unidade, percebe, e isso demorou muito tempo até as pessoas perceberem bem este... este enfermeiro que aqui “tá” é um enfermeiro capaz de fazer isto, é um enfermeiro capaz de “tar” cá sozinho, de ser ele a decidir tudo, de ser ele a resolver os problemas... aqueles problemas que não são... não tem tanto a ver com o cuidado... também, mas são problemas burocráticos, problemas de... de outro tipo, de outro foro e neste momento sou eu que resolvo muito desses problemas, mas demorou muito tempo, até que as pessoas... me aceitassem como eu sou, percebe. Neste momento eu se calhar também já não ousa tanto, se calhar também já me preocupo um bocado mais, já... já passei essa fase de... de eu ser um grande maluco e... mas neste momento sinto que as pessoas sabem quem eu sou, apesar de continuar a ser

aquele enfermeiro que chegou. Se calhar menos... menos... menos arrojado, mas as pessoas... eu neste momento... tenho... tenho uma... uma imagem vinda dos outros muito mais positiva, do que se calhar tinha ao princípio. Veio reforçar ainda mais a auto-imagem que eu tinha de mim mesmo. Em relação aos doentes, apesar de... mesmo inicialmente... apesar de... de... do aspecto, sei lá, imaginem eu ter... eu lido com muitos idosos, quer sejam familiares, quer sejam os próprios doentes e, quer se queira quer não há um diferencial de gerações, as pessoas têm perspectivas diferentes da vida, imagens diferentes do que deve ser cada um de nós, não é. Isso poderia fazer à partida com que olhassem também eles um bocado de lado. Mas parece que é mais fácil com os próprios doentes e com as famílias, porque eles procuram sobretudo no momento em que “tão” doentes em que precisam de disponibilidade, se calhar acabam por relegar esses aspectos para secundários. Eu vejo mais esses aspectos de avaliação... hetero... heteroavaliação menos positiva em nós próprios, nós entre colegas. É mais complicado chegar e de mostrar quando... quando as pessoas olham um bocado de lado para nós ao princípio.

Mod – Senhor enfermeiro...

MV – Ora bem. Isto é assim. Atendendo ao cargo que eu ocupo como enfermeiro director, se não sentisse que a minha auto-imagem era positiva o melhor era pedir a demissão, não estava a exercer o papel ou as funções que as pessoas esperam daquele cargo. Agora é evidente que em termos de... da imagem propriamente dita como enfermeiro, eu tenho cerca de vinte e dois anos de experiência profissional e já passei por várias instituições e por várias funções. Tudo isto muda dia-a-dia e portanto o que eu posso dizer assim: neste momento, agora, é evidente que sinto para auto-imagem ou papel do enfermeiro no conselho de administração como um aspecto bastante significativo e bastante positivo, porque acabamos ou pensávamos nós aqui há uns tempos atrás com a nova legislação a nível da gestão hospitalar, em que colocava o director clínico e o enfermeiro director como elementos consultivos, que isso poderia trazer ainda mais determinadas barreiras a nível de tomadas de decisão. O que eu vos digo, já tive várias experiências e por vezes quando era executivo sentia-me mais consultivo e agora que sou consultivo sinto-me mais executivo. Portanto, depende muito como é que um órgão que é um conselho de administração, os seus pares actuam como órgão colegial ou simplesmente como... como é que se chama, como um elemento, seja médico ou enfermeiro que esteja só para ouvir e dizer “*Sim senhor*”. Não sigo nada disto neste momento, portanto é evidente que tudo pode mudar. Neste momento o que eu posso dizer é que não sinto isso porque todas as tomadas de decisão, principalmente em termos contabilísticos ou financeiros são todas tomadas em... em consenso e com informação detalhada, seja PIDAC`s, seja investimento, seja o que for. Portanto, é evidente que neste momento sinto a minha auto-imagem... mesmo como enfermeiro digo assim; se de facto a função de enfermeiro director dentro de um conselho de administração, se passasse a nível de todos os hospitais, talvez fosse um processo para dignificar também a nossa... como é que se chama(?), a nossa postura ou a nossa presença, porque isto é assim; eu sinto mesmo dentro da instituição hospitalar, todos os outros estratos profissionais, sejam médicos, enfermeiros, técnicos e isso tudo, que revêem no Enfermeiro Director algo mais do que ser o “*dono*” vá dos enfermeiros, porque chega um ponto, talvez de eu ter vindo de outro conselho de administração, não vou dizer as “*cunhas*” mas as pressões... as pressões quer dizer, eu sou veiculo no conselho de administração, talvez por já os conhecer anteriormente, portanto aí de facto eu posso dizer:

neste momento, a esta hora a auto-imagem “tá” boa. De repente, amanhã, muda tudo, aí já sabemos: ou é a pessoa que faz o seu papel ou é o papel que faz a pessoa, mas a nível de enfermagem poderá haver de facto situações em que, é o cunho na lei da gestão hospitalar de dizer que é um elemento a que tem... que é da direcção técnica, mas não executivo num conselho de administração que pode trazer em determinadas instituições um papel, uma imagem, como se chama... diminuída, vá, que é aquilo que eu não sinto neste momento.

Mod – Senhora enfermeira SC, como considera ser a sua imagem profissional?

SC – A minha Imagem profissional para mim é bastante positiva, porque... primeiro porque a enfermagem foi a minha primeira opção, uma profissão que eu sempre gostei e que gosto. Sinto-me muito realizada. Depois sinto-me muito reconhecida, quer pelos meus pares quer pelos doentes. Tenho tido sempre... tenho necessidade de alguém... talvez também porque eu como gosto transmito muito esta paixão pela profissão, tenho tido muitos bons “feedbacks” quer dos doentes, quer dos meus colegas e quer da equipa disciplinar. Quem convive comigo de perto acaba por me dar “feedbacks” positivos. Pronto eu tenho que ter uma boa auto-imagem. Se me perguntar se eu acho que posso melhorar, obviamente eu posso melhorar bastante, não é, e quero sempre melhorar mais. Acho que poderia melhorar mais. Mas como enfermeira sinto-me bastante realizada. Sinto que realizo um bom trabalho, cada vez tenho mais autonomia, então ultimamente tenho bastante autonomia. Consigo resolver actividades, quer na gestão dos cuidados, quer na clarificação desses cuidados e penso que a filosofia da enfermagem está a mudar e é preciso nós conseguirmos apanhar este barco, não perdermos, porque as coisas estão a mudar. O conceito de gestão, tudo isso, conceito de gestão, cuidados de enfermagem, o próprio conceito de profissional de enfermagem está a mudar e é importante nós conseguirmos apanhar isso a nosso favor, é a minha opinião. Cada vez mais temos um papel na sociedade e cada vez mais também sinto que as pessoas deixam de ver o enfermeiro como auxiliar do médico mas como um profissional autónomo. Já perguntam coisas ao enfermeiro. Eu sinto-me como um elemento chave dentro da equipa, como se fosse um interface entre os outros elementos da equipa multidisciplinar. Há o actor principal que é o doente e o enfermeiro é que faz o interface entre os outros elementos da equipa multidisciplinar. Mas eu sou uma optimista, não é. Eu vejo as coisas desta forma. Agora se me perguntarem se existem forças de bloqueio, obviamente. Existem forças de bloqueio não só externas como internas. Somos nós muitas vezes que movemos estas forças de bloqueio e muitas vezes achamos que os outros pensam que e não... não expandimos, não é. É um facto que existem... que as coisas podiam ser melhores, nós podíamos ser mais interventivos em determinadas áreas, mais interventivos... poderíamos ter mais espaço, poderíamos tomar mais decisões, mas acho que “tamos” no bom caminho, é preciso sabermos apanhar o barco.

Mod – Essas força de bloqueio a que se refere podem condicionar a sua imagem profissional?

SC – Não. Não podem condicionar, porque... podem cortar as asas a um pássaro mas não lhe podem tirar a liberdade de imaginar e de voar, nem que seja inconscientemente, nem que seja só em sonhos, percebe. Podem, essas forças de bloqueio, podem não deixar fazer, mas não me impedem de sentir.

Mod – Senhora enfermeira AV...

AV – Eu acho que a construção da minha auto-imagem vem em consequência daquilo que as pessoas com que eu trabalho vêem e no dia-a-dia me demonstram. Independentemente de por vezes ser um bocadinho... não ser sobreponível com aquilo que eu penso. Talvez já por estar nos quarenta e cinco anos, os doentes por vezes são lisonjeiros na maneira como falam e dizem: “*Pois a senhora enfermeira que já é mais velha, tem mais experiência, e tal...*”. E acho que isto às vezes trai um bocadinho os jovens com quem eu trabalho e que são igualmente responsáveis e prestam cuidados de qualidade. Portanto, penso que o facto dos doentes me demonstrarem isto a mim não quer dizer que haja assim disparidade. Às vezes gostava de... às vezes não, sempre, eu gostava de ter mais tempo para “*tar*” com os meus doentes e a relação... e ter uma relação mais próxima e não só do desempenho tipo de cuidados, seja administrar terapêutica, seja prestar cuidados, seja... “*tar*” com alguma relação mais próxima.

Mod – Mas de que forma considera ser a sua imagem profissional?

AV – É positiva.

Mod – É positiva. Senhora enfermeira...

CS – É assim. Eu sou recém formada e grande parte da minha auto-imagem está-se a construir. Todos vós trabalham há mais tempo, então os senhores enfermeiros chefes!... Continuo a construir a minha... ainda está muito recente. Mas pelos três meses que eu tenho trabalhado no serviço onde trabalho, eu gosto do serviço, gosto dos utentes, gosto dos colegas com quem trabalho, “*tá*” a ser construída positivamente. Todas as... os reflexos que tenho tido tanto dos utentes, cuidados prestados, tanto das avaliações dos comentários que tenho obtido, “*tá*” a ser... “*tá*” a ser positivo.

Mod – Muito obrigado. Senhora enfermeira AL terminamos esta primeira volta consigo.

AL – Eu também considero que a minha auto-imagem é positiva, mas também estou muito no início da minha actividade profissional. Tenho um ano e dois meses de profissão. Portanto, acho que é muito inicial, embora eu ache que tenhamos nós um ano ou tenhamos nós trinta anos de profissão a nossa auto-imagem está sempre em construção, porque nada é estável, muito menos no âmbito da saúde em que nós lidamos constantemente com doentes que tão depressa estão bem como a seguir já estão mal. Cada qual tem a sua maneira de estar, vão sempre entrando colegas novos nos serviços, sejam eles enfermeiros, auxiliares, médicos, todas as especialidades. Portanto nós temos que nos adaptar a todas essas pessoas e tudo isso vai alterando a nossa auto-imagem que umas vezes é mais positiva e outras vezes é menos positiva, consoante aqueles com quem nós estamos a trabalhar e com o ambiente onde estamos inseridos. Considero que é positiva mas por vezes... há dias que é mais positiva do que outros.

Mod – Bom, esta reflexão vem no sentido de introduzir a segunda questão que é a seguinte: Quais são os factores que considera influentes na construção da sua imagem profissional? Eu posso sugerir algumas ideias... Auto-estima, percurso escolar, percurso profissional, a relação estabelecida com outros profissionais ou com os utentes... Já que acabámos consigo, começamos novamente consigo... Quais são os factores que considera influentes na construção da sua imagem profissional?

AL – Eu acho que a formação que a escola nos dá é essencial para nós

construirmos a nossa auto-imagem. Porque é através da escola... são eles que nos transmitem as primeiras ideias do que é ser enfermeiro. Eu lembro-me quando fui a uma entrevista, primeira entrevista na escola, depois de saber que tinha entrado, a minha escola marcava uma entrevista individual com cada aluno. E a professora que me... que me fez a entrevista, a primeira pergunta que me fez foi o que é que eu considerava que era ser enfermeiro. Eu nessa altura eu lembro-me que respondi assim umas coisas vagas, que eu ouvia falar. Então, cuida dos doentes, dá uns banhos, dá umas injeções. Pronto. E fiquei com uma ideia muito vaga. E lembro-me quando comecei, ao fim do primeiro ano disse: “*Bolas, a primeira resposta que eu dei não tinha sentido nenhum.*” Então, acho que é a escola é... é... é a base. Se temos uma escola que nos dá a ideia de que, ser enfermeiro hoje em dia não... não pode ser aceitar uma ordem médica sem contestar, sem pôr em causa... calma lá, se eu sei que tenho estes conhecimentos para esta situação, então não vou aceitar de ânimo leve tudo aquilo que por exemplo a equipa médica me diz para fazer a um determinado doente, tenho que ter capacidade de questionar, de reflectir sobre a situação, ou se nós partimos para outro ponto que é dizer: “*Sim, senhor doutor, vamos fazer tudo o que você quer.*” e então... Eu acho que isto são dois pontos muito importantes na construção da nossa auto-imagem e isto... e isto transmite-se para um doente, porque quer queiramos quer não, o doente é... eu acho que são pessoas que são extremamente perspicazes e que assim que nós entramos numa sala à frente dele ele percebe automaticamente, se nós temos segurança ou não a desempenhar as nossas funções, se nós somos pessoas amáveis ou se não somos, se gostamos realmente daquilo que fazemos ou se não gostamos e acho que são pessoas que nos conseguem ali tirar um raio X automaticamente. Acho que a... a nossa auto-imagem também se constrói muito com a equipa em que nós estamos inseridos. Por exemplo, no meu serviço, foi uma coisa que me agradou extremamente. As pessoas mais velhas do serviço são os cinco chefes de equipa e a enfermeira chefe. pronto. E tudo o resto eram pessoas muito novas. Eram tudo pessoas que tinham entrado no máximo há dois anos no serviço. Dois, três anos. Não sei se é por isso, se já é da própria dinâmica do serviço, toda a gente... eu notei isso, que nos recebem como... não como, coitadita, acabada de formar, mas como um Enfermeiro e um profissional que, que está ali para ajudar e é mais um colega a recebe... receber... Eu pelo menos senti que me receberam de braços abertos, que tinham vontade de me ensinar e de me transmitir os conhecimentos disso. E isso também contribui... é um factor positivo para a nossa auto-imagem. Depois a nossa personalidade é importantíssima como eu já referi, o relacionamento que nós estabelecemos com os familiares, porque se nós somos só muito amáveis com os doentes mas na hora das visitas deixa-me lá trancar aqui dentro da sala que é para eles não me chatearem, então, pronto acho que... que isso é uma falha grave, não quer ser enfermeiro. Ser enfermeiro é saber-se relacionar com, e com, com toda a gente, não é só com o doente, mas com todos aqueles que fazem, que estão ao círculo do doente e a família é um ponto fundamental. Relativamente aos profissionais, o facto de serem homens ou mulheres... acho que cada vez mais essa diferença está-se a esbater acho eu. Porque antigamente enfermeiros eram praticamente mulheres, era uma profissão essencialmente de mulheres e acho que actualmente...

Mod – Na sua opinião, isso pode influenciar a construção da imagem profissional?

AL – Pode.

Mod – Porquê?

AL – Eu acho.... como é que eu hei-de explicar? Eu acho que tornava a profissão mais frágil, essa... A maior parte da sociedade tem, acho eu, tem uma ideia de a mulher como um ser frágil e à medida que vão entrando homens na profissão, acho que as pessoas vão tendo a ideia que afinal isto não é só uma profissão de mulheres, não é só se calhar uma profissão de segunda opção como era antigamente, sobretudo médicos eram homens, enfermeiros eram mulheres. E pela postura das pessoas, pela evolução dos tempos havia uma discrepância.... médicos parecia que estavam num patamar acima dos enfermeiros. Pode ter alguma influência relacionado com o sexo dos profissionais, não sei se tem se não, mas penso que talvez “*teja-se*” a equilibrar um bocadinho, porque entraram outras formas de ver, homens e mulheres têm diferentes formas de estar na vida, portanto têm diferentes ideias e penso que isso poderá estar a equilibrar a postura dos enfermeiros na prestação de cuidados e isso poderá... poderá... porque se nós convivemos só numa equipa de mulheres, é diferente de nós convivemos numa equipa em que há homens e mulheres. Geralmente as mulheres são muito mais conflituosas entre elas e quando há homens as coisas tentam amenizar-se um bocadinho e portanto acho que isso influencia também a nossa auto-imagem e a maneira como nós encaramos a maneira de estar. Isso altera a forma do grupo estar e se altera a forma do grupo altera a forma de cada um de nós estarmos no serviço e com aqueles doentes.

Mod – Muito obrigado. Senhora enfermeira, em relação a este ponto.

CS – São muitos os factores que afectam a nossa auto-imagem, a nossa auto-estima. Se não gostarmos de nós ou se não gostarmos do que fazemos, claro que não vamos poder prestar bons cuidados. O nosso percurso académico depende do sítio onde estudamos, depende da cidade, depende da mentalidade, também influencia um pouco. Eu estudei na Guarda onde é um meio fechado e que existe ainda por exemplo aquela coisa em que o médico é médico e o enfermeiro é enfermeiro e que os médicos não falam com enfermeiros e fazemos só o que eles mandam e basicamente é assim. E quando eu estagiei na Guarda isso influenciou um bocadinho. Quando fui estagiar para outros sítios e vi outras realidades. Comecei aqui a trabalhar, vi totalmente... as coisas passam-se um bocadinho diferentes do que se passavam lá em cima, isso aumentou a minha auto-imagem. Quer dizer, tenho uma certa autonomia que não tinha lá em cima. Se trabalhasse lá, por exemplo...

Mod – Mas esse ponto que referiu ajuda a construir a sua imagem profissional?

CS – Claro. Se os médicos vêm ter connosco e nos pedem informações de doentes e nos pedem opiniões acerca do que fazer, claro que é bom para a nossa auto-imagem. Podemos... podemos... sentimo-nos participantes no cuidar do doente, no tratamento do doente, no relacionamento com os doentes. Também influencia se nós obtermos um... um... boas opiniões, se temos a compreensão, muitas vezes eles têm, dizem “*Ai, “tá” tão cansada. Vê-se mesmo que trabalha muito. Coitadinha.*”, coisas deste género. Vemos que assim ... nós não somos imensos, fazemos o que podemos e alguns doentes percebem, percebem esse ponto. Em relação aos familiares também, quando nos fazem perguntas, se nos pedem opiniões, tudo isso ajuda. A relação com os outros colegas também ajuda...

Mod – Senhora enfermeira AV. Foram aqui referidos alguns factores. Muitos outros certamente existem que ajudaram a construir a sua imagem profissional. Quer falar-nos disso?

AV – É assim. Eu queria partilhar com vocês uma situação engraçada que eu “*tou*” a viver há uns tempos para cá. Que é assim. Eu “*tou*” a fazer um duplo noutra hospital que por acaso é SA. e eu já tenho comentado até com os colegas esta... esta discrepância na maneira de sentir que é... que é muito diferente. No meu hospital, que é o meu hospital, onde eu estou há não sei quantos anos, por opção, eu sinto que conheço os doentes, eles conhecem-me a mim, eu tenho tempo para as famílias, eu participo nas reuniões... Ali eu sinto, desculpem... desculpem, isto não é, não são peneiras, eu ali sinto-me uma enfermeira de mão cheia. Na outra realidade... Na outra realidade sinto-me... sinto-me mais vezes tão triste. Eu acho que todos os meses eu penso que tenho que acabar com aquilo, porque aquilo “*tá*” a dar cabo de mim, desculpem o termo, “*tá*” a dar cabo de mim, porque eu sinto que...

Mod – Desculpe interrompê-la. O que quer dizer com o “dar cabo de mim”? Pode clarificar um pouco a sua ideia.

AV – “*Tá*” a dar cabo de mim. É assim, faz-me sentir mal. “*Tamos*” a falar aqui em auto-estima. Auto-estima... isto é um ciclo vicioso. Eu tenho uma boa imagem de mim própria e daquilo que faço e tenho uma melhor auto-estima, mas estes são factores que se influenciam mutuamente. Na outra situação que eu “*tou*” a viver agora, que estou a dizer que dá cabo de mim, é porque eu tenho uma dificuldade incrível em saber com cada um dos doentes o que é que foi o meu percurso anterior, quais foram as interacções que eu já tive com aquele doente, com aquela família, o que é que ele já fez de terapêutica anterior, quais é que foram as... e tenho uma dificuldade brutal. Chego ao fim do turno e penso assim. “*Gaita, isto não é ser enfermeiro.*” E portanto estes condicionalismos económicos fazem os enfermeiros ter às vezes imagens altamente de... de...

MV - ...mercenários...

AV – Exactamente. É assim, eu “*tou*” aqui, desempenho aqui as minhas funções onde é possível nas horas que estou, e quero é desfardar-me e ir embora porque esta não é a realidade onde eu quero estar. Eu não sou capaz de ir tranquila ao pé de uma família falar do doente. O que eu sei dele é um bocadinho que foi partilhado do meu turno com ele e mais... mais não sei quantos e isto a mim faz-me sentir muito mal. E os familiares sentem isto.

Mod – Aquilo que estou a depreender das suas ideias, e em sua opinião, a construção da imagem profissional pode diferir pelo facto de duas instituições de saúde terem diferentes objectivos. É isso?

AV – Sem dúvida. Sem dúvida. De um lado eu sinto que sou enfermeira porque o posso ser, porque tenho tempo, porque “*tou*” ao pé do meu doente, por aquilo tudo que eu já disse. No outro, a mim exigem-me essencialmente que eu preste cuidados, depressa e faça registos, depressa. Nem que seja, desculpem o termo, chapa oito, tumba, tumba, tumba, eupneico, alimentou-se, evacuou, urinou, nem que seja desse género, mas... e que desempenhe o melhor possível e ande para a frente e de preferência que não complique o sistema e isso acho que faz qualquer pessoa sentir-se mal. Então em termos de auto-estima dá cabo da

cabeça a uma pessoa, acho eu.

Mod – Senhora enfermeira SC... e desculpem, já agora estejam à vontade para dizer nomes de pessoas, de instituições, porque eles jamais serão divulgados verbalmente ou através da escrita.

SC – Eu penso que o grau académico é importante porque tira aquela ideia do enfermeiro ser o parente pobre dos profissionais da saúde. Logo à *priori* quando se vai tirar o curso de enfermagem, que seja uma licenciatura, o futuro enfermeiro já vai com outra pré-disposição. Isso à *priori* influencia em minha opinião na auto-imagem. Depois, uma coisa que influencia de certeza na auto-imagem é gostar do que se faz. Ir para lá porque se gosta de gente e gosta-se de se tratar de gente, cuidar de gente, porque se não se gostar vai ser um bocadinho complicado passar uma boa auto-imagem. Depois, outra coisa que eu acho que é importante é ter objectivos: “Ah, vou para enfermeiro mas podia ser outra coisa qualquer.”; “Vou para urgências e agora não sei o que vou fazer a seguir”; enfim. Quando se está na profissão tem que se gostar do que se faz e ter objectivos. Eu quero... se “*tou*” aqui quero ir para ali. É importante para a auto-imagem da pessoa, para evoluir também. Outra coisa que eu acho importante é o querer fazer e fazer bem, esforçar-se para atingir esses objectivos por melhorar. E depois claro a auto-estima, ser uma pessoa positiva, ter auto-estima, enfim e outra coisa que eu acho fundamental é a alegria no trabalho. Uma pessoa ir para o trabalho com alegria, com boa disposição, tentar que... dar um sorriso a toda a gente todos os dias e ter... eu sou uma romântica não é (ri)... é verdade, ando sempre a rir. Espírito...

MV – Um sorriso não diz tudo...

SC – “*Tá*” bem mas às vezes a gente... a vida é tão complicada, às vezes é difícil... dizer bom dia às pessoas, alegre e olhar para elas e dar-lhes bons “*feedbacks*” que também é importante dar bons “*feedbacks*” aos outros, criar um bom espírito de grupo, criar ou tentar bom espírito de grupo, também é importante para a auto-imagem porque recebemos “*feedbacks*”. Não tenho mais nada a dizer.

Mod – Muito obrigado. Senhor enfermeiro...

MV – Ora bem, eu também penso tal com diz a colega SC que essencialmente algo que é bastante importante na imagem, na construção da imagem dos profissionais de enfermagem e que assenta fundamentalmente no percurso académico. Este é um factor que... que tem que influenciar de algum modo. Não há muitos anos atrás mas que neste momento talvez isso já não ocorra tão frequente, eu nunca mais me esqueço que quando se falou pela primeira vez no curso do ensino superior, de enfermagem, eu nunca mais me esqueço de um grupo de outro estrato profissional, dizia assim: “*Agora até os enfermeiros já querem ser doutores, quem é que me vai apertar a bata agora?*”; e eu nunca mais me esqueci da... da.... desta expressão, não pelo significado, porque ele até é boa pessoa, (ri) mas de qualquer maneira foi dito assim. “*Os enfermeiros agora também todos querem ser doutores quem é que me vai apertar a bata?*”; Portanto isso quer dizer que nós passámos um percurso até agora, até determinado tempo e possivelmente não éramos tão valorizados porque nos faltava de facto aquele cunho de uma formação académica. É necessário, era necessário para a construção da imagem profissional que se atingisse de facto uma equiparação em termos de grau académico. De qualquer modo, e vocês

todos que já estão aqui também há alguns anos sabem perfeitamente que é assim. Uma assistente... isto não é para divulgar não é, uma assistente social tirava a licenciatura ou seja o que fosse e no dia seguinte ela punha logo no gabinete “*doutora*” e não sei quê. O psicólogo tira, “*doutor*”, venha como é que se chama a fisioterapeuta tira a licenciatura já é a “*doutora*” não sei quê. Os enfermeiros nunca deixaram de ser enfermeiros porque é assim mesmo. Tirando a licenciatura não “*tão*” à espera que lhe chamem “*doutor*” porque até parece que nem nos entrava. Se nós somos enfermeiros gostamos de ser tratados por enfermeiros. Mas os outros estratos profissionais logo à medida que foram conseguindo as suas equiparações ou licenciatura o grau de doutor saltou logo como se fosse aquilo mais importante. Como se diz à assistente: “*Ó doutora...*”; “*Ou senhora doutora...*”; e ela: “*Ó enfermeiro...*”, tem outro... outro peso. Portanto, em termos da construção da imagem profissional há de facto ter que haver ou existir um percurso académico... necessário para dar equiparação em termos de... de formação. Outro aspecto que tem que ser valorizado na imagem profissional é isto: é nós ao construirmos a nossa profissão, o nosso desempenho em que conseguimos mostrar que nós somos diferentes na actuação, portanto nós temos um papel ou funções bem determinadas ou então também nunca vamos conseguir criar essa imagem, porque isto é assim, ou actuamos com um modelo biomédico, sabendo que o modelo biomédico que é, é o curar e o tratar, portanto o que tem significado é a doença em si, ou avançamos como enfermeiros e que de facto é isso que temos que actuar na arte do cuidar. E o cuidar é ver o indivíduo na sua totalidade. Ora, se quando os enfermeiros assumirem que nós estamos a tratar de pessoas e não da doença então aí conseguimos que a imagem profissional dos enfermeiros seja diferenciada, diz assim... e as pessoas possam dizer: “*Para isto eu quero um enfermeiro, não quero o médico ou a assistente social. Quero o enfermeiro.*”; E por enquanto não conseguimos dar esse... esse salto, porque estamos vocacionados para a doença.

SC – Posso dizer um coisa..

Mod – Sim...

SC – Queria também acrescentar isto da comunicação que eu esqueci-me e é fundamental, quer a comunicação entre grupo quer para os nossos clientes. A maneira como nós comunicamos com eles, a maneira como explicamos as coisas e a maneira como às vezes temos interface entre os outros grupos que às vezes não compreendem e vêm pedir ajuda que os levem a compreender as coisas. E então eu acho que a comunicação é fundamental, porque é a que nos dá a imagem daquilo que nós conseguimos alcançar ou não. Pronto.

Mod – Senhor enfermeiro...

MV – Comunicação. Que era neste aspecto que “*tava*” a ouvir os colegas, que é no sentido... A imagem... a imagem é às vezes destruída só por um pequeno factor da comunicação. Eu lembro-me como enfermeiro chefe que ouvi uma vez um doente a dizer para um enfermeiro: “*Os comprimidos que eu vou tomar acho que costumam dar dores de barriga e isso tudo.*”; E ele: “*Comprimidos? ai isso é com o médico.*” E eu chamei o enfermeiro e disse assim: “*Vais perguntar se é quando ele toma, se é depois, se é passado duas horas, se é três horas ou quatro horas, se é sempre, se não é sempre. Isso é que é a função de enfermagem.*” Portanto, a nossa imagem por vezes é alterada, porque se calhar não queremos perder tempo ou não temos tempo para “*ta*” a ouvir a pessoa, é

às vezes encaminhada... “*Senhor enfermeiro eu tenho alta ou não?*”; “*Isso é com o médico*”. Aparece um familiar: “*O que é que eu posso saber do meu doente?*”; “*Fale com o médico*”. Ora, isto é uma submissão ou uma, como é que se chama, a comunicação que se “*tá*” a ter com o familiar ou com os doentes, é baixar logo a nossa competência. É dizer assim. “*Nós aqui não sabemos nada, não fazemos nada, só o médico é que sabe.*”. Isto é que estraga logo a imagem da profissão nesse aspecto, agora... não é?

Mod – Estamos a falar da construção dessa imagem; Senhor enfermeiro, os factores que podem influenciar a construção da imagem da profissão...

PC – Eu acho que começando... por ordem cronológica, a nossa imagem constrói-se logo á nascença, os nossos familiares, os nossos amigos, a escola...Chegando ao ponto de escolher a nossa profissão... é na escola, que a gente continua a construir a nossa imagem a nível profissional. Nas experiências que a gente tem de estágio não... é o que eu digo... ser simpática e meiga ... pronto, isso também já é característica individual, mas isso é muito importante que eles... ficam muito mais à vontade connosco, têm muito mais confiança e acho que isso constrói-se logo a partir dos estágios na... pelo menos falo de mim, na... na escola. Acho que é logo aí. E depois os profissionais que a gente encontra, se calhar... a gente vê características neles que se calhar eu digo isto é importante, se calhar devo melhorar outra parte...

Mod – Está a falar da experiência que tem vindo a adquirir?

PC – Sim. Os nossos professores também influenciam. Acho que sim. O professor que eu mais gostei e que mais me influenciou é... é... pronto é extremamente meigo, que... põe-se muito na situação dos doentes e ele... e ele... a maneira de ele falar... que falava connosco transmitia isso, que era muito importante a gente pôr-se no papel do doente... Claro, evitando assim... esses problemas depois de a gente se envolver demais e também sofrer com eles. Pronto, acho que começa-se a construir aí a... a nossa... a nossa imagem. Pronto, a influência dos professores e da escola, pois...

Mod – Tentando clarificar um pouco o que está a dizer: a forma como comunica, com os utentes, com os colegas é um factor que condiciona a construção da sua imagem profissional?

PC – Eu acho que sim. A gente... o ser acessível para os doentes, e não se pôr lá a falar... “*palavras caras*”... palavras caras entre... entre aspas, e dizer... dar o ar que somos sabichões ou isso... acho que não, pronto, e que... e... Com os doentes relativamente a isso, e ver que gente tenta adequar... mas às vezes também admitir quando não sabe, não sabe e que vai tentar saber. Eu falo agora. Eu comecei agora, em Agosto e não sei tudo, não... nem um terço do que vou aprender para o resto da minha vida, espero eu. E que os enfermeiros, pronto a gente vai aprendendo com eles.

Mod – O factor comunicação... estou a perguntar, é importante para si em termos da construção da sua imagem profissional?

PC – Sim, à partida penso que sim.

Mod – E se eu lhe perguntasse em relação ao género, ser homem ou mulher na profissão, pensa que condiciona a construção da sua imagem profissional? O facto de ser mulher na

profissão de enfermagem...

PC – Se calhar tenho mais facilidade do que... do que os homens. Agora actualmente os doentes já estão habituados a ter homens principalmente as... as... as mulheres que sentem... nomeadamente nas higiènes quando é um homem ou quando é uma mulher. Se calhar estou mais por dentro de... dos assuntos das mulheres do que propriamente os homens. Não é que não saibam, mas se calhar a mulher sente-se muito mais à vontade... o doente mulher sente-se muito mais à vontade comigo do que se calhar com um homem. Acho que isso também favorece.

Mod – É um factor que pode interferir na construção da sua imagem profissional...

PC – Sim, acho que sim.

Mod – Muito obrigado, vamos agora para si. Em relação aos factores de que temos estado a falar... Considera alguns importantes?

SP – Vou começar pela escola também, embora discorde de algumas das opiniões anteriores. Eu acho que as escolas hoje ainda continuam um tanto ou quanto longe da realidade profissional e acho que os professores acabam por não serem assim tão... tão influentes na mudança da nossa auto-imagem por causa da verticalidade da relação existente. O professor e os alunos acabam sempre por criar... lá está, esta animosidade entre os alunos, e eles acabam por... isto não pondo em questão a comunidade dos professores, mas o facto de se ser aluno muitas vezes e da... da verticalidade... para o professor ajuda a que não se estabeleça essa... essa figura que vai modelar em nós a nossa auto-imagem. Eu... eu acabei por vir a modelar a minha auto-imagem, porque acaba por ser... suponho eu que para os outros também seja, mas pelo menos para mim foi... acabamos por modelar a nossa imagem vinda de outros profissionais. Eu tive dois... dois chefes de equipa que para mim são dois profissionais “à séria”, cada um com as suas características muito particulares, muito bons noutros aspectos, menos bons noutros, não é... depois também nos vamos apercebendo... mas... consegui, acho eu... consegui retirar deles muitas coisas boas, outras... tenho coisas más também como todos. Não consegui ainda, se calhar nunca vou conseguir aperfeiçoar... Julgo que os colegas... quando nós temos um colega de referência...

Mod – Mas em relação a esses colegas que refere. Que factores são esses que considerou importantes e que adoptou na construção da sua imagem profissional?

SP – O meu primeiro chefe era uma pessoa com uma... uma capacidade de interpretação de um doente extraordinária. Ele percebia tudo a todo o momento do que se estava a passar com... com os doentes, sendo doentes de pós-operatório. O saber é muito importante. Ele tinha uma capacidade intuitiva quase... de perceber tudo. A minha outra chefe é mais referência noutros aspectos, pela... pela minúcia no trabalho, pela... pela capacidade afectiva com os doentes, pelo perfeccionismo em tudo, nesse aspecto é uma referência para mim embora eu “teja” a quilómetros, a anos luz da... do seu perfeccionismo.

Mod – Esses factores que está a referir são importantes na construção da sua imagem profissional?

SP – O apanhado destas características que nós tentamos trazer para nós,

porque achamos muito positivas nos outros. Nós funcionamos um pouco em sincronização. Relativamente à comunicação que tinha estado a ser falada... a comunicação é por demais importante porque somos seres inteligentes e a comunicação no fundo distingue-nos um bocado... esta capacidade de comunicar distingue-nos um pouco dos outros seres. Nós vivemos muito dela e muito para ela. Portanto se menosprezamos esta... este aspecto tão grande das nossas vidas nas pessoas com quem lidamos, que são pessoas doentes e com necessidades especiais, é estarmos a abdicar de uma parte muito grande daquela pessoa. Relativamente ao factor homem/mulher, acho que não constitui barreira nenhuma. Eu trabalho numa unidade e... julgo eu que as unidades, urgências é onde se concentram mais a população de enfermeiros masculinos... No serviço aonde eu trabalho será metade por metade em relação... e não vejo que constitui uma barreira hoje em dia... não vejo.

Mod – Senhor enfermeiro...

NP – Eu acho que tudo começa na adolescência. Acho que... assim, a nossa imagem... acho lá por... por... tirarmos, acabarmos o nosso curso de enfermagem não vamos mudar a nossa maneira... a nossa personalidade. A nossa personalidade está construída. Depois é modelada ou adaptada ao trabalho que nós vamos exercer. Pronto, acho que acima de tudo... é assim, se temos comunicação, facilidade de comunicação, temos relações humanas... sei lá... falar com os colegas, gostar daquilo, não gostar, a maneira como... como... como se encara as situações...

Mod – Se entendi bem, um dos factores na construção da sua imagem profissional começa no período da adolescência...

NP – Sim, sim, sim...

Mod – Não quer referir outros factores também importantes na construção da sua imagem profissional?

NP – É assim. Em termos de professores não me senti minimamente influenciado. Aliás ... porque... pela equipa sim. Há certos... certos... certos colegas que... retirei... retirei e continuo a retirar...

Mod – E na instituição?

NP – Acho que... a instituição tem normas, normas... e que se nós queremos seguir as normas somos aceites e sentimo-nos bem por essas normas que são. Podem ser impostas, aqui são impostas e nós simplesmente se queremos trabalhar naquela instituição temos que as cumprir. Podemos sentir bem ou mal. Se nos sentirmos bem, trabalhamos, se sentirmos mal, saímos. É muito simples. Pronto. Acho que... que... O meu percurso escolar não teve efeito. A nível de orientadores e... acho que a imagem... a imagem... difere muito dos colegas. Os colegas podem ter uma imagem nossa muito diferente da imagem que nós temos. tem a ver com a maneira como nós resolvemos situações, conflitos que hajam... o trabalho, muito importante, o trabalho, o desempenho é muito importante...

Mod – Tem havido algum tipo de influência na construção da sua imagem profissional?

NP – Não, não. Desde que comecei, a trabalhar não sinto nenhuma alteração,

entende, sinto-me bem, sinto que... gosto muito do “feedback” que recebo dos meus colegas, da... da chefe do serviço, dos doentes, tenho uma boa relação com todos eles. Claro que houve situações em que com pessoas mais complicadas, porque há sempre, então no serviço há sempre, há sempre pessoas mais acessíveis, pessoas menos acessíveis, pronto... claro que... acho muito importante é o saber... saber estar, falar e acima de tudo ser humilde. Ser humilde tem muita importância.

Mod – Esses factores condicionam a construção da sua imagem?

NP – Sim, sim. Definitivamente...

Mod – E preocupam-no no seu desempenho?

NP – No meu desempenho não. Não, não interferem com o meu desempenho. Interferem... interferem simplesmente para... para... eu sinto-me bem, sou assim, faço isto porque me sinto bem. Não para poder agradar a alguém... se há alguma norma que o chefe imponha eu tento sempre... se não estou de acordo saber o porquê, debater, argumentar, acima de tudo argumentar e até... digamos assim, até chegarmos a consenso. Tudo bem, é por isto, isto e isto. Eu concordo com isto, tudo bem. Chegamos a um ponto. Pode ser um mal entendido da minha parte, uma retenção de informação da minha parte...

Mod – Os restantes participantes podem intervir sempre que o entendam, Senhora enfermeira...

PS – Posso? Acima de tudo os factores que influenciam a.. a minha construção...

Mod - ... a construção da sua imagem profissional...

PS - ... a construção da minha imagem, acho que... acima de tudo acho que é a personalidade. E claro, as experiências que vamos ter ao longo da vida. Acho que a escola não influencia... a mim não influenciou em grande coisa, a minha atitude... porque acho... é como o meu colega disse. Acho que a escola dá-nos as bases para começarmos a trabalhar mas no fundo o nosso empenho no dia-a-dia a nível profissional não corresponde àquilo que nos transmitem na escola.

Mod – O ponto mais relevante é em sua opinião tem a ver com a construção inicial da sua personalidade... é isso?

PS - Eu acho que sim. Eu acho que a personalidade é muito importante. Claro e experiências porque claro... vivemos aqui no mundo, temos que interagir com várias pessoas, conhecer outras personalidades, e... eu trabalho também na urgência de K, faço lá meio horário... Eu conheço... são muitos enfermeiros, e principalmente acho que são todos muito bons enfermeiros, e desde que trabalho lá acho que já aprendi muita coisa, adequando também a minha personalidade... acho que quanto mais experiências temos no dia-a-dia, acho que isso influencia muito a nossa imagem...

Mod – E tem influenciado a construção da sua imagem profissional?

PS – Sim, a nível... muito a nível da minha segurança perante o doente. Acho que quanto mais experiências eu tenho mais segura me sinto ao pé do doente. Depois consigo esclarecer dúvidas... para tudo. Acho que contribui muito

mesmo...

Mod – E em relação a outros factores... Existe mais algum que influencia a construção da sua imagem profissional?

PS – Claro que sim, por exemplo a instituição... quer queiramos, quer não “*tamos*” inseridos numa instituição, temos que obedecer a normas, é inevitável, não é... Eu pelo menos tento obedecer. Acho que para criar um bom ambiente tem que ser mesmo, pronto. estamos inseridos numa instituição, há normas para cumprir e tentamos cumprir da melhor forma, claro. Claro que se discordamos temos que dizer: “*Acho que está mal*” pronto, mas... muitas vezes também não resolve e acabamos sempre por obedecer. É inevitável.

Mod – Senhor enfermeiro...

NP – Posso só dizer uma coisa...

Mod – Pode, pode...

NP – É assim, eu acho que... uma coisa que eu me esqueci. Acho que é muito importante é a motivação que nós temos a trabalhar. Porque é assim. Somos enfermeiros mas se calhar não queríamos ser. Se calhar fomos como segunda opção, terceira, quarta ou quinta. Portanto, a imagem pode não ser... temos aquela imagem... se calhar porque... porque aconteceu. É a imagem que nós queríamos ter. Se calhar nós temos uma imagem que entre nós não queríamos.

Mod – Mais um factor a juntar à sua lista...

NP – Sim, sim. Acho muito... muito importante... muito importante... Porque é assim. Há uma imagem que nós quereríamos ter... se calhar temos outra. Estão tão desmotivados com o X, com o X, com o X, “*n*” acontecimentos, cada...cada...

PS – Isso às vezes depende do dia, depende do dia...

NP – Mas isso são coisas pontuais.

PS – Exacto.

NP – Eu estou a falar em termos de... acho que gostar do que se faz e... isso é o fundamental.

Mod – Senhora enfermeira...Quais os factores que considera influentes na construção da sua imagem profissional?

HRS – Eu já sou “*velhota*”... Ouvir os mais novos a falar é super interessante... No princípio da minha carreira, o que é que me influenciou? Primeiro a minha maneira de ser ... eu creio que eu estou bem com a vida, portanto transmito bem estar, aquilo que gosto, tudo isto me leva a gostar de ser enfermeira. Eu quando fui para enfermeira, na prestação directa de cuidados, a situação de bem estar comigo fazia com que eu a conseguisse transmitir aos outros e conseguia ter essa força – seja com a criança, seja com a mãe, seja do adulto, seja quem for – e dos colegas. Portanto, tudo isto me deu um certo bem estar e fez com que eu fosse crescendo e fosse arriscando ... e depois, como tenho sido sempre muito aventureira, vou sempre naquela de ir à frente, vamos fazer, vamos ver. E por outro lado, também, houve algumas situações que fizeram com que fosse em

frente ... sei lá. Quando fui fazer a especialidade e regresso depois à pediatria - porque eu gosto de pediatria e adoro crianças – eu vou para a área das crianças, porque aí eu vou fazer aquilo que eu gosto. Na realidade não é bem assim, porque vocês sabem, nós fazemos uma especialidade e ao fim de pouco tempo ... chefia. Aquilo que nós gostamos de fazer, na prática, deixa de ser feito. E então depois passamos para outra fase. Trabalhar com os outros e levar os outros a fazer aquilo que nós gostamos de fazer. E aí o que é que se faz? ... a equipa leva-nos a determinado sitio, influencia os comportamentos influencia a nossa maneira de ser e de estar. Portanto as coisas têm que ser diferentes. Agora, se calhar já não é tanto – já não é tanto, não. Também é a equipa. – São aqueles que trabalham directamente comigo. É também a criança e os pais, mas se calhar de uma maneira indirecta... mas que ainda me vão influenciando. E depois há outras coisas: as pessoas que estão ao meu lado, que estão acima de mim – são pessoas que não têm directamente a ver com o meu serviço – mas que me vão espicaçando e lembrando assim algumas coisas e eu para vencer vou arriscando. Tudo isto ... eu divido isto em duas coisas, que para mim determinam a evolução na carreira: o meu bem estar, porque na realidade eu sinto-me uma pessoa que estou bem, e o espírito de aventura. Alguma coisa mal, correu mal. Depois aconteça o que acontecer, vamos ver. Mas isto dá-me um certo bem estar e um certo gozo. Aconteça o que acontecer, isto tem influenciado a minha imagem como enfermeira.

Mod – Tem construído a sua imagem, através dessa aventura? Tem consciência disso?

HRS – Tenho ... tenho. Os sacrifícios que qualquer pessoa faz premeiam –na. Eu faço uma evolução desde a escola, em que nunca quis ser enfermeira na vida, nunca... e vou para a enfermagem por acaso. E gostei tanto daquilo, achei aquilo o máximo. E ninguém achava que eu queria ser enfermeira e eu gostei imenso. E depois faço a pediatria porque gosto da pediatria, e não corro o risco porque moro a 300m do hospital e a minha chefe quer e eu vou ... e descubro o Hospital Y que é um hospital distante da minha casa e resolvi arriscar. É um hospital onde não conhecia nada nem ninguém, fiz uma entrevista e fui escolhida. Portanto eu vim para a Y, sem conhecer nada daquilo ... e estou lá... Agora vamos ver o que vai acontecer (ri).

Mod – Senhor enfermeiro, terminamos esta questão consigo ...

JV – Eu queria abordar esta problemática dos factores de várias vertentes. Fui tirando uns apontamentos – ser último tem algumas vantagens, dá-nos tempo para fazer umas cábulas ...

Mod – Estejam à vontade para acrescentar mais alguma coisa ...

JV – Em termos dos factores existem três influentes, na minha opinião. Um é o saber estar, outro o saber ser e o saber fazer. O que é que eu quero dizer com isto? O saber estar tem a ver com todos nós. É aquilo que nós aprendemos, como fomos crescendo, a nossa adolescência ... chegamos à fase adulta, aprendemos a estar, aprendemos a amadurecer, temos para com os outros uma certa distância ... que alguma forma tem influenciado toda a nossa actividade e a nossa imagem dentro do serviço multidisciplinar. O saber ser está intrinsecamente relacionado com esta coisa do saber estar, mas tem mais qualquer coisa – eu tenho que ser enfermeiro, tenho que ser homem, tenho que ser pai, tenho que ser amigo ... se falhar em alguma dessas relações com certeza que a minha imagem – mas não estou a falar da imagem dos outros – é a

minha para com os outros – é influenciada. E o saber fazer também me norteia nessa construção. E isto porquê? Porque se eu vejo um dos meus enfermeiros do serviço a aplicar qualquer técnica, mesmo uma técnica nova, que ele viu num congresso qualquer, ou viu numa escola qualquer – que na sua escola fazia mas na outra não fazia – então eu tenho que saber fazer também aquilo que ele faz. Para apimentar um pouco isto, eu não invejo nada nem tenho pachorra sequer para os colegas chefes de serviço que não querem estudar, não querem influenciar nas decisões, que não querem arranjar “*problemazinhos*” para si, ...(riu) Peço desculpa, mas...

Mod – Não, não, esteja à vontade ...

JV – Pelo contrário, penso que aquelas chefes amorfas deveriam ser corridas da profissão porque a minha imagem, a minha imagem tem que ser escalonada naquilo que eu quero, naquilo que eu faço e naquilo que eu quero corrigir. A minha formação escolar, de curso de base, serviu-me de “*input*”, a formação especializada serviu-me de diferenciação, e depois a minha formação superior, que eu quero alcançar, o tirar o mestrado, tem que ser objectivo de nós todos. Não deve ser nós ficarmos colados a que sou enfermeiro, tenho um título profissional, ganho bem se fizer trabalho duplo, mas não valorizo nada a profissão nem me valorizo nada a mim. Eu acho que nós, enquanto profissionais, enquanto cultivadores de uma imagem, só estaremos bem connosco se conseguirmos incutir nos outros essa necessidade permanente de formação ... de formação e de querer influenciar a dinâmica hospitalar ou do centro de saúde ou da comunidade ou de colegas ... o amorfismo – e desculpem estar a repetir-me – a mim, põe-me os cabelos em pé.

Mod – Aquilo que eu gostaria de perguntar, e para terminarmos esta questão, é um ponto que um ou dois focaram, e que se relaciona com o facto de sermos uma profissão “de mulheres” (todos estarão de acordo, certamente?), o facto de ser homem ou mulher ajuda à construção da vossa imagem enquanto profissionais, ou não? Qualquer um de vós poderá dizer alguma coisa. O facto de sermos homem ou mulher na profissão de enfermagem, influencia a construção da imagem profissional?

JV – Desculpem lá, mas sobre isso eu tenho que dizer algo. Na análise que eu faço sobre nós e a evolução da profissão ... tem, tem muita influência. Tenho aqui colegas que trabalharam numa instituição privada, que tinha essencialmente mulheres, e nas quais era impeditivo o homem trabalhar. No primeiro dia em que um homem entrou num serviço de internamento as nossas colegas foram a esse serviço de internamento ver o “*macaquinho*” que estava a cuidar do doente. Eu peço-vos desculpa, mas esse “*macaquinho*” fui eu. Senti-o na pele. Portanto, como está a ver aqui, essa é uma diferença de uma profissão de mulheres ou de homens. Penso que isso, ao longo dos tempos, ...

Mod – E o facto de ser homem influenciou a construção da sua imagem profissional?

JV – Claro! ... Homem, não no sentido da aptidão sexual, atenção. Homem, apenas no sentido de uma afirmação ... de ser. Não tem nada a ver. Depois, felizmente penso que houve uma determinada abertura ... da sociedade e dessas instituições mais fechadas porque houve a necessidade dos homens se integrarem. É preciso ter a noção que começaram a concorrer cada vez mais homens ao curso de enfermagem e começaram a sair das escolas muito mais homens. Portanto, e não podiam por os homens sempre em consultas externas ou no serviço de hemodiálise. Portanto, havia um currículo que os punha em

condições de igualdade com a mulher, a sociedade abriu. Felizmente hoje, e isso sem dúvida é muito importante, não noto que haja essa diferença. Ou mais, não sei até que ponto é que, com as novas regras de saúde, das carreiras (que não são carreiras de enfermagem porque as querem abolir, com essa coisa dos hospitais SAD ... peço-vos desculpa) não sei até que ponto é que isso não se vá sentir novamente porque, sem querer ofender os presentes, ...

Mod – Esteja à vontade ...

JV – É que eu gosto de ser muito explícito e há às vezes frases que ofendem as pessoas. Estou farto de por isso, quer seja em congressos, quer em discussões com alunos ... espero que a carreira não vá “*involuir*” para aquilo que era antes. Para que as senhoras enfermeiras ... que não vá “*involuir*” para o que era antes, porque já basta que as senhoras enfermeiras tentem agradar ao senhor doutor ... e isto eu espero que não, até porque estamos em condições sociais diferentes, mas ... há um pormenor que me chama a atenção – e volto a pedir-vos desculpa se alguém se sentir ofendido, não quero ofender ninguém – existe o casamento da enfermeira com o médico numa escala de oitenta por cento e existe o casamento de uma médica com o enfermeiro numa escala de dois por cento. Portanto, isto pode ser um motivo de reflexão.

HRS – Claro, claro! É isso mesmo. E isto é marcante. Neste momento não é tão marcante mas quando temos num serviço uma enfermeira chefe que tem um director de serviço ... e há muito “*obrigada... , desculpe...*”, mas é um pouco assim. Nós temos que nos afirmar para sermos pares, porque há sempre o poder masculino, quer queiramos quer não, do médico sobre a enfermeira chefe. Ela fica abaixo. Se for um homem não fica abaixo. E nós temos que marcar essa diferença. E a nossa maneira de estar, ainda hoje , é diferente. Por exemplo, o utente tem uma percepção diferente de uma enfermeira e de um enfermeiro. Eu tenho a noção que as mães que vão à urgência gostam muito dos enfermeiros.

Mod – Eu aproveitava e iria introduzir a terceira questão, senão alongamo-nos muito e depois dispersamos o nosso tempo. Eu perguntaria o seguinte, que talvez seja a questão que mais esperam: Como descreveria a imagem da profissão de enfermagem?. Começava por si, senhora enfermeira...

HRS – Eu acho que, neste momento, é difícil descrever o que é que eu acho da imagem da enfermagem. Porque é assim, a mudança está a ser muita ... eu já estou a ficar um bocadinho velha ... neste momento ...

Mod - ... vai ter que definir isso de mudança, por favor ...

HRS – Sim. Desde o momento em que os cursos de enfermagem foram considerados cursos superiores e entraram para as faculdades em paralelo com os estudantes de medicina, ou os estudantes de veterinária ... a imagem da enfermagem mudou completamente. É aquilo que eu penso. Já não há aquele sentimento das “*escolinhas*” de enfermagem, com as meninas que se portavam muito bem, com um cunho muito religioso, vamos lá, e deixou de haver isso. Um bocadinho por maldade, até dá às vezes para dizer assim: “*Ai, não têm mesmo nada ar de enfermeiros*”. Aquilo que nos foi incutido ... do que era a enfermagem, de ser certinha, arrumadinha, direitinha ... não passou, mas era aquilo que nós esperávamos há uns anos atrás. Neste momento, porque por haver igualdade nas admissões aos cursos, a imagem mudou completamente. É uma profissão como é o professor, o engenheiro, como é outra coisa qualquer. Diferenças:

cuida-se de pessoas, há uma componente humana muito grande que tem que continuar a ser valorizada, e que neste momento é aquilo que se tem que trabalhar, é aquilo que vai ...

Mod – E a imagem da profissão ? Melhorou? ... Piorou? ...

HRS - Eu acho que é positiva e que tem melhorado. Em termos de imagem para a população em geral eu acho que tem melhorado. Tem evoluído. Tem-se demonstrado o que somos, o que fazemos, a importância no hospital, a importância no centro de saúde, ... isso dantes não se notava. A enfermeira era um pouco a ajudante do médico, aquela que dava umas injeções e pouco mais, e agora as pessoas já olham para o enfermeiro como um técnico de saúde, um profissional que sabe, que sabe o que está a fazer, que sabe o que diz, e aceitam os conselhos, as orientações que dá.

Mod – Senhor enfermeiro, como é que descreve a imagem da sua profissão?

JV – A imagem ... tem que ser vista, na minha perspectiva, a dois tempos: um, tem que ser vista com o tempo ...em que a imagem da enfermeira ou do enfermeiro de cabeceira era o “coitadinho”, era aquela imagem de quem fazia tudo ao “doentinho”, era o “coitadinho” do “doentinho”, era ... isto felizmente está a passar. O doente começa a entender o enfermeiro como um profissional de saúde na mesma ordem de grandeza do que outros profissionais de saúde, para lhe prestar os melhores cuidados. Todos os cuidados de enfermagem que ele necessite. Eu penso que isto está a entender. Começa a perceber a necessidade de se valer dos conhecimentos do enfermeiro para que, não necessite de drogas para as suas maleitas. Já percebeu que tem um profissional a quem ele pode recorrer e que minora o seu sofrimento. A formação dos enfermeiros felizmente passou para curso superior. Acho que era uma lacuna que estava, com esta coisa de cursos médios, cursos altos, cursos baixos ... a formação superior foi extraordinária. Deu um subir na valorização social grande, e embora pelo carácter corporativo dos enfermeiros, embora haja a indicação de reduzirmos nos anos de formação de curso – mas isso é a Convenção de Bolonha – e nós não temos força para lutar contra a Europa, ... foi aceite por todos os pares e só os enfermeiros cá em Portugal disseram que não, quase todas as faculdades disseram que sim ... vamos ter que ter três mais um. Agora vamos ter que ter a astúcia suficiente para reajustar os nossos currículos em função dos três anos. É assim. É uma nova política que temos que aceitar. Temos, perante a sociedade, que esses três anos têm que ser para formação da pessoa, que quando acaba esses três anos tem que ir para o seu local de trabalho e tem que mostrar o que é que aprendeu em três anos. Isto requer de nós – enfermeiros chefes – independentemente de estarmos no fim de carreira ou no início de carreira, requer que nós nos consigamos actualizar e ter essa imagem que é nova. Nós enfermeiros, temos que saber estar com os outros profissionais, e também que bater o pé contra o que dizem que nós ganhamos muito dinheiro ou ganhamos pouco dinheiro - e se calhar sabem a quem é que eu me estou a referir – esse ganhar de dinheiro nós temos que lutar por ele e nós temos que debater os nossos vencimentos de acordo com as habilitações académicas que temos. Temos que crescer, e temos que passar a ser olhados como indivíduos de estatura superior, formação superior porque se continuarmos a pensar que somos uns “coitadinhos” depois vamos falar com os nossos pares e eles dizem “o senhor enfermeiro dê lá o comprimido e cale-se” e nós nos calamos é evidente que a nossa imagem perante o doente vai continuar a ser a do “coitadinho”. Mas

nós temos que começar a fazer um “stop” e um “go” de forma a dizer assim: Ok, eu até vou dar o comprimidinho mas você fica a saber que temos que discutir este problema, independentemente de ser em frente ao doente ou não ... Eu acho, e a profissão de enfermagem deveria, a meu ver, dar uma volta. Acho que neste momento a Ordem já começa a vir um pouco mais ao encontro dos nossos interesses, dos nossos reais interesses, e felizmente que a Ordem se colocou do nosso lado – ou pelo menos do lado que eu partilho – em relação a esta coisa lá dos auxiliares, a esta formação agora dos auxiliares e saiu para a comunicação social, e veio para os órgãos, e veio fazer comunicados, e esteve um pouco ao lado dos sindicatos – o que não acontecia há uns anos atrás, em que eu estive em reuniões com a Ordem e em que me diziam “Ah, isto a Ordem, estamos cá só para estruturar a carreira” ... quer dizer, aquilo a mim batia-me cá, ...mexia com os meus neurónios, aquilo não encaixava. Porque até estruturar, se eu quero fazer uma coisa, se eu quero dignificar uma profissão, se eu quero que a imagem do enfermeiro seja vista em paralelo com os outros indivíduos com uma formação superior, não posso limitar-me a estruturar uma carreira. Tenho que discutir, e tenho que partir para a guerra ... é assim. Se me disser assim “Ah! Mas então os auxiliares não podem fazer higiene?” eu digo-lhe que sim. A alguns doentes, não é à globalidade. Da mesma forma que eu, quando era docente do curso de enfermagem de reabilitação, tinha colegas que andavam lá no curso e me diziam “Ah, mas eu sou assistente, não tenho nada que andar a fazer higiene”. Sabe o que é que eu lhes dizia? “Oh meu amigo, vai fazer higiene porque a reabilitação começa na higiene.” E o que é que eu queria dizer com isto? Que na higiene, que pode ser feita por qualquer pessoa, existem princípios que só alguns conseguem fazer. Por isso é que me assusta a mim que outras pessoas, em alguns doentes, venham fazer os princípios que só eu é que sei fazer. Da mesma forma que se forem outras pessoas a cuidar do doente de uma forma que só eu sei fazer e para a qual andei três anos a estudar...

Mod – Como é que descreve a imagem da profissão de enfermagem na actualidade? Qual é a sua opinião?

MV – Podemos analisar por vários aspectos. Como é que... eu como enfermeiro como é que vejo... eu como Enfermeiro eu consigo entender, perceber perfeitamente que a enfermagem é uma profissão autónoma e que tem uma intervenção a nível da área da saúde com todos as suas relações interpares ou interprofissionais. Portanto, temos funções dependentes, interdependentes e autónomas. Isto, eu como enfermeiro, é o que eu sei. É o que eu sei e que de facto tento progredir nesse sentido. Agora a imagem para os outros estratos profissionais, penso que neste momento já há... já se... pelo menos a nível hospitalar e mesmo, eu já tenho experiência também de cuidados de saúde primários e posso dizer que a nível de interpares nós acabamos sempre por ter que “tar” a comparar com outra... com outro estrato profissional... Penso que neste momento a imagem da enfermagem já tem, como é que se chama, já tem o seu papel, já tem a sua... a sua posição tanto dentro de uma instituição hospitalar como qualquer outra. Portanto, já há pelo menos a preocupação, talvez outros estratos profissionais não tomarem as decisões sem por exemplo “Ah, é melhor ir falar com o enfermeiro chefe.”. Já perceberam que de facto há... há uma... há necessidade de ter que consultar ou pedir opinião. A nível... o terceiro ponto, que é os... o nosso alvo de atenção, são os doentes, familiares e a... como é que hei-de dizer... a... como é que se diz(?)... a nossa comunidade, comunidade social. Pronto, aí é que talvez se... possa haver uma grande diferenciação talvez, talvez em termos do ponto de vista rural, do ponto de vista

citadino. Só para vos dar o exemplo que surgiu com a nossa colega do ICE que veio, a C. que veio cá, que ela disse que em Inglaterra por exemplo surgiu no outro dia nos jornais um grande aparato, -"Uma enfermeira fez uma apendicectomia" -, era um escândalo e ela disse tudo, porque era assim; o médico virou-se para a enfermeira e disse assim: "Você sabe melhor que eu. Faça você.". E ela fez. Meus amigos, foi um escândalo porque o enfermeiro tinha feito a apendicectomia. Resumindo, aparece a população, agora vejam a diferença por exemplo em Inglaterra, a população toda a dizer assim: "Não, nós preferimos que seja a enfermeira que nos faça, porque a gente a conhece, sabe como é que ela é." O médico tinha aparecido há uns dias. "Tão" a ver a diferença que... Agora imaginem em Portugal isto surgir aí nas televisões ou na TVI... (ri) Começar logo a dizer: "Enfermeira fez não sei o quê, um acto..." Quer dizer, de certeza que é um bocado difícil para ter a população toda a dizer que... que sim... Portanto, ainda em termos que eu acho da visão ou da comunicação, ainda há algo que está... deficitário na nossa imagem... como profissão completamente autónoma, pronto. Tem as suas... as suas funções... Ainda nos vêm sempre dependentes de outro estrato profissional para determinadas decisões, actuações. Culpa, é o que eu digo, dos próprios profissionais que empurram para... para o outro estrato profissional. Isso não é comigo, é com ele. Quer dizer, nem ao menos um minuto de explicação ou de perceber o que é. Não, é logo, é... para o médico, não é.

Mod – Temos que avançar um pouco mais.... peço desculpa. Qual é a opinião que tem da imagem da profissão de enfermagem?

SC – Eu acho que... que a imagem é boa. De uma maneira geral tem vindo a evoluir cada vez melhor e que os enfermeiros é que têm um papel preponderante nisso. Eu dou a imagem que eu quero de mim própria. A maneira como me comporto contigo e convosco. Se eu quiser dar uma má imagem de mim eu dou. Se eu quiser uma boa imagem eu dou. Eu é que tenho que saber vender o meu produto. E acho que os enfermeiros cada vez melhor "tão" a vender melhor o seu produto. E não é uma imagem de paternalismo e de dependência de outro grupo profissional, porque o problema tem a ver com a auto-estima. Muitos enfermeiros não gostam de ser comparados com os médicos. No fundo têm uma certa dependência dessa imagem. Não querem ser comparados. Muitas vezes comportam-se como senhores doutores em ponto pequeno. O enfermeiro é que tem que saber definir o seu papel e cada vez mais há enfermeiros que o conseguem e que respondem: "Olha este medicamento pode ser sim senhor, isto é natural que dê estas alterações." Enfim, "Com certeza..." ; "Neste momento não estou habilitado para responder, vou chamar o médico assistente." Enfim, "O que é que o senhor sabe desta situação?"; "Senhor enfermeiro eu tenho um cancro. Acho que eu tenho um cancro?"; "O que é que o senhor sabe desta situação?"; "O que é que falou com o senhor doutor?" Enfim. É este papel que o enfermeiro tem que saber... tem que saber aonde está e para onde quer ir. E eu penso que há neste momento muitos enfermeiros que já sabem muito bem fazer o seu papel e que têm ajudado a criar uma boa imagem, como esse artigo da "Visão" que eu li, fiquei muito contente, cada vez mais as pessoas têm uma opinião do enfermeiro boa. E quando o senhor doutor me diz mal, uma doente que me diz assim para mim... como uma doente me diz assim para mim: "Ai senhora enfermeira... ó senhora doutora."; E eu disse: "Não sou doutora, sou enfermeira."; - "Ai, mas sabe tanto como a senhora doutora, é como se fosse."; Isso a mim não me agride. Isso não me agride. Quer dizer, ela... os conceitos dela é que estão errados. A minha atitude foi correcta. Ela... A minha atitude foi correcta. Ela ficou

tão admirada do meu papel, que não “tava” à espera, que até me comparou a um médico. porque ela... para ela o médico é o máximo. E não tenho que me sentir agredida nem confrontada com isso. Eu não me tenho que sentir agredida. Porque na imagem dela o máximo da profissão de saúde é o médico. Portanto...

MV – Ainda não perceberam é que têm que nos comparar ao contrário...

SC – Não é? A imagem “tá” melhor, está cada vez melhor e cada vez mais nos estão a autonomizar e acho que é bom...

Mod – Eu continuava... talvez consigo SP. Como é que descreve a imagem da profissão de enfermagem na actualidade? Qual a imagem da profissão de enfermagem em sua opinião?

SP – Para descrever a imagem da... da nossa profissão teria que primeiro falar na vertente dos próprios profissionais, dos outros profissionais todos e do público em geral. A começar pela do público, é a que eu gosto menos, acho que a pessoa comum do dia-a-dia que nós abordemos, tem uma imagem dos enfermeiros um bocado distinta da realidade. Acabam por achar, é o que me parece a mim, que o enfermeiro... a função do enfermeiro é basicamente dar injeções, fazer pensos, isto numa pessoa que não tenha que “tar” internada, não tenha “tado” em algum momento inserida no meio. Uma pessoa comum da rua acha isto. Para mim acaba por ser um bocado... acabo por ficar um pouco chateado com a situação por que acho que nos acabam...

Mod – Porque fica chateado?

SP – Porque sinto que nós temos muito mais... temos uma habilitação muito maior do que simplesmente fazer estas pequenas, que não são pequenas mas... ter inclusivamente... para se dar uma injeção ou para se fazer um bom penso é preciso saber muita coisa. Por isso há muita coisa por trás daqueles simples actos que nós fazemos todos os dias, não é? Depois as pessoas acabam... a impressão que eu tenho é que a pessoa comum acaba por ter esta imagem nossa. E como é uma imagem que nos minora, que nos... diminui acaba por me... me aborrecer um pouco. A nossa própria imagem acaba por ser um bocadinho também influenciada por isto, por que quer se queira quer não todos... todos... toda a pessoa, julgo eu, tem necessidade um pouco de reconhecimento nas suas competências e vendo que a pessoa comum tem esta imagem acabo por ficar um tanto ao quanto frustrado. No entanto nós sabemos bem o que valemos. E sabemos bem a importância que temos, e como tal sabemos bem que é uma profissão que está a crescer em termos de imagem de... de moldar a opinião pública por assim dizer. Em termos dos outros profissionais de saúde, vou falar por exemplo da parte médica. Acho que embora haja aqueles pequenos atritos, normais, acho que eles têm bem a noção do valor que nós temos e sabem bem quando precisam da nossa ajuda.

Mod – Indo de encontro, penso eu, às suas ideias agora expressas, penso que referiu que há uma diferença entre aquilo que acha que é a imagem da sua profissão e aquilo que é percebido pelo utente. Neste sentido que factores pensa existir que possam justificar esta diferença por si agora referenciada?

SP – O que é que pode levar ao esbater desta diferença?

Mod – Que factores pensa que podem dar origem à diferença entre a percepção dos

utentes e a sua própria relativos à imagem da profissão?

SP – É no dia-a-dia. Acho que o que se pode fazer é no dia-a-dia. Nós todos... todos nós, fazemos um bom trabalho, um bom desempenho, perante os doentes, perante os familiares....

Mod – Mas o que é que influencia negativamente, na sua perspectiva, o utente, o cidadão?

SP – Eu julgo que seja uma ideia ancestral, que vem já de algum tempo, que tem vindo a passar de boca em boca e as pessoas acabam por ter um pouco esta imagem de nós. Eu julgo que vai ainda demorar algum tempo a ser modificado....

Mod – Tem a ver com a história da profissão de enfermagem?

SP – Exacto. A história da profissão acaba por não nos ser muito favorável neste momento, em termos de imagem para o público. É o que eu julgo.

Mod – E as outras profissões com as quais desenvolve a sua actividade, pensa que têm influência na imagem da sua profissão?

SP – Sim, têm alguma. Sim, sim, sim... Mas por exemplo a verticalidade que ainda existe... há uma certa hierarquia, não é, embora não seja uma hierarquia directa, o facto de nós termos entre aspas acima de nós os médicos, em termos de decisão, não é, em termos de decisão terapêutica, em termos de decisão diagnóstica, em termos de decisão sobre... as acções sobre o doente, faz com que as pessoas nos... nos releguem para um papel secundário em algumas situações e daí também minorar a nossa imagem para o público em geral.

Mod – O poder de decisão, no seu ponto de vista, influencia negativamente a imagem da profissão, é isso?

SP – Sim, para o exterior tem.

Mod – Enfermeiro NP...

NP – É assim. Penso muito... diariamente muito... em relação a isto, de me colocar no que é que o enfermeiro faz, o que é que o enfermeiro faz. Ainda é muito... muito... Vêem muito a profissão engenheiro civil e o.. e o... e o empreiteiro. O engenheiro civil tem a ideia, depois alguém vai desempenhar ou vai desenvolver essa ideia. Ou seja o médico faz X e nós executamos. Muito a ideia que existe nas pessoas que... essa noção de enfermeiro a lavar rabos...

Mod – Tendo em conta o referido, a profissão tem uma imagem negativa em sua opinião?

NP – Sim, sim. Porque em termos de decisões... não somos nós que a tomamos... É assim, algumas, algumas decisões. Nós temos conhecimentos teóricos para tomarmos certas decisões... Se nós não concordamos com uma terapêutica, eu não vou administrar, por exemplo. Tenho uma chefe que estimula muito a parte do conhecimento e a parte do enfermeiro. O enfermeiro andou quatro anos a estudar tem que ser por alguma razão, porque um técnico forma-se em seis meses. Um técnico para fazer a parte técnica forma-se em seis meses. Não é necessário quatro anos de... de habilitações para... para... só para fazer continhas.

Mod – Estamos a falar de autonomia. Considera que ter autonomia influencia a imagem da profissão?

NP – É assim, acho que é uma questão... acho que... acho que não podemos... não podemos... a imagem da profissão acho que não... não conseguimos juntar... É assim, as pessoas que têm conhecimento do que o enfermeiro faz têm uma imagem, as outras pessoas que não têm, não têm. É um *versus* completo. Não... não há.. não há comparação possível. Acho que também uma pessoa... também juntamos uma pessoa que nunca “teve” internada, tem sempre aquela imagem negativa... negativa, que é uma associação de ideias.

SP – Posso só dizer uma barbaridade? Falando na rua com amigos... “*senhor engenheiro!*”. Nós vamos a ver: quantos cursos de engenharia em que a pessoa entra para o curso com médias... miseráveis se for preciso. Com negativa à prova específica se calhar. Mas é o senhor engenheiro. Os senhores enfermeiros entram para a faculdade com médias que nós sabemos quais são e têm uma carga horária de trabalho nas escolas que nós sabemos quais são e são profissionais que nos espremem... não é um curso difícil, não é, mas é muito trabalhoso. Espremem-nos bem, bem espremidinhos... a gente não vai lá duas horas por dia como as licenciaturas. Temos um trabalho exigente, responsabilidade a todas as horas, todos os dias de trabalho. Mas somos os enfermeiros.

Mod – Mas porquê essa diferença?

SP – Não sei, é uma mentalidade comum, uma mentalidade social que nos acha assim. Nós somos os enfermeiros, eles são os senhores engenheiros.

NP – Nós temos... No meu serviço há médicos... há médicos espanhóis e que em Espanha por exemplo a média é mais alta em enfermagem do que em medicina e o ordenado é bem superior. E eu sinto que... eu sinto que em termos de comunicação temos doutores feitos, obviamente já com uma certa idade... Também os há novos. Mas mesmo os que vêm agora da faculdade de agora... está lá a estagiar um do sexto ano que ficou indignado sermos nós a colher sangue. Indignado. “*Mas é uma técnica invasiva, o enfermeiro é que faz?*” Então o que é que nós fazemos?

Mod – Está a falar da importância de determinadas funções e no poder que estas têm na influência da imagem da profissão. É isso?

NP – Claro. Agora é assim. A imagem dentro do hospital, dos técnicos em geral, a imagem é... é muito positiva. Mas para um leigo.

Mod – A seu ver, existem diferenças claras entre quem conhece de perto a profissão e os que a não conhecem...

NP – Obviamente, obviamente.

Mod – E, o que é que pensa da imagem da sua profissão?

NP – Muito digna, muito digna, muito valiosa...

Mod – Em relação à imagem...

NP – Esta, está. Está a ganhar, está a crescer. Penso que sim. Penso que ainda falta muito, muito, muito... ainda há muito, muito, muitas batalhas pela frente, mas com as gerações novas e também com alguma parte... algumas antigas, também são uma mais valia... Penso que vamos conseguir dar a volta a alguns problemas...

SP – Só mais uma pequenina achega. E outro exemplo da imagem que nós temos no exterior é o valor político que nos dão.

Mod – O valor político...

SP – Exacto. Veja. Nós somos quase todos licenciados e nenhum de nós tem um vencimento adequado a um profissional licenciado. Há outras profissões que tiveram uma evolução a nível académico idêntico à nossa....

Mod – Tudo o que refere tem a ver com imagem?

SP – Não sei. Mas alguém acha que nós não o merecemos. Alguém acha que há profissões que já mereceram e nós não. Alguém acha que os professores primários e educadores de infância já mereceram isso justamente em termos de ter um vencimento adequado à Licenciatura. Nós não.

Mod – Se estou a entender, está a referir que o nível de remuneração auferida condiciona a imagem da profissão?

SP – Também ajuda. Também ajuda. Mas pelo menos revela o valor que nos dão.

Mod – Vamos passar aqui agora à opinião da senhora enfermeira PS...

PS – Eu concordo com tudo o que foi dito até agora. Pronto, às vezes tenho a sensação que não nos dão a importância que se calhar nos deviam dar... Se calhar consideram o médico, que é a pessoa mais importante ali no hospital e que nós simplesmente damos tudo o que eles querem, que eles decidam em relação ao doente e que não fazemos mais nada a não ser isso. E que se calhar somos perfeitamente dispensáveis no hospital, perfeitamente. Infelizmente muitas pessoas consideram isso. Qualquer pessoa fazia o nosso trabalho...

Mod – E porque é que acha que isso acontece?

PS – Porque é que acontece? Não sei...

Mod – Que factores é que podem estar na sua opinião...

PS – Eu não acho que a culpa seja nossa. Sinceramente. Acho que a culpa não é nossa. Acho que não é dos enfermeiros. Penso que tem a ver com... não sei. Se calhar tem a ver com o meio político, não sei... inclusivamente vê-se bem o que tem acontecido. Querem formar técnicos para substituir enfermeiros, por questões monetárias, simplesmente. Se calhar parte daí também....

Mod – Na sua opinião, qual é a imagem da profissão de enfermagem neste momento?

PS – Eu acho que é positiva. Eu sinto isso pela parte dos doentes, porque os doentes quando souberam, deu na televisão, que eles iam formar os tais técnicos

para substituir enfermeiros e eles discordavam completamente, até que nós avisámos que íamos fazer greve, e eles disseram que sim, que achavam muito bem porque os enfermeiros não podem sair do hospital. Os enfermeiros são as pessoas que tão lá 24 horas por dia com eles, a tomar conta deles, e se não foram os enfermeiros a “tar” lá... não sei, eu sinto isso dos doentes. Eu acho que eles acham que os enfermeiros, embora se calhar em relação aos médicos não nos dêem tanta importância, é verdade, porque o médico de certa forma “ta” num... é superior a nós, é inevitável, mas isso já vem desde há muito tempo.

Mod – Tem a ver com a história...

NP – Eu acho que... eu acho que é assim. O trabalho que é desenvolvido no hospital, o valor é todo dado à parte médica e não à parte de enfermagem. Uma situação em que... que é necessário uma boa avaliação inicial numa enfermaria, simples enfermaria, o enfermeiro detecta; dispneia pode ser... uma simples dispneia pode originar uma embolia...

Mod – Porque é que acha que isso acontece? Se o enfermeiro dentro de uma enfermaria tem um papel tão importante quanto refere, porque acontece essa discrepância entre a imagem da profissão médica e a de enfermagem? Qual é a sua opinião?

NP – Porque é... é... é a decisão. É a decisão. Nós não temos autonomia.

Mod – Mas a profissão de enfermagem não tem autonomia?

NP – Tem autonomia. Mas entre nós...

SP – Tem uma autonomia pouco visível.

NP – Isso. Não sei, não sei. O valor “ta” concentrado...

Mod – Diga enfermeira P.

PS – Um doente começa a descompensar, tem uma dispneia. Num pós-operatório pensamos logo: “Um tromboembolismo pulmonar!” E às vezes sei exactamente qual é a medicação que o médico vai prescrever. Se eu o chamar, eu já sei o que é que eu vou... se calhar não sei as doses, não sei quê, não sei se quer... Furosemida, Hidrocortisona, eu sei o que ele vai pedir para administrar. Não temos é... não temos é esse poder de antes do médico chegar, ... nós administrarmos, sabendo de certeza que é isso que ele vai dizer.

Mod – E isso condiciona a imagem da profissão?

PS – Mas é inevitável, porque cada um tem as suas funções... cada um tem essas funções. E portanto temos de nos enquadrar mesmo... que... é inevitável.

PC – É essencialmente isso. A nossa autonomia é que não é visível para... O médico é que passa os medicamentos, o médico é o que...

PS – ... é o que manda.

PC – É o que dá ordens em relação a determinadas técnicas... a executar determinadas técnicas. O enfermeiro tem muita autonomia. Nós sabemos aonde é que começa e acaba a nossa autonomia, mas se calhar para os doentes não é

tão visível essa autonomia.

Mod – Senhora enfermeira AV. Vamos a si neste momento. Com é que descreve a imagem da profissão de enfermagem na actualidade?

AV – É engraçado que tenho me confrontado com uma ideia que... que é... Os doentes quando chegam ao pé de nós vêm com uma ideia do que é que é um enfermeiro mas no internamento hospitalar acabam por nos dizer muitas vezes “Ah! Mas vocês afinal trabalham muito! Ah! Mas vocês fazem coisas de muita responsabilidade!”, o que dá a ideia que têm... reconhecem outro tipo de capacidades, outro tipo de funções e muitas vezes quando saem do hospital ficam... levam a ideia de que afinal um enfermeiro é uma pessoa que merece todo o meu respeito. Quando se calhar quando chegou ali, pronto, os enfermeiros “tão” ali que é para lhe dar banho, que é para lhe fazer as coisas que eu preciso, para me ajudar... mas sem terem grande... grande consideração, deixem-me usar o termo, por um elemento da equipa de saúde que tem saberes próprios, que tem uma maneira de estar que é resultado de uma formação não só académica como profissional. Neste aspecto eu acho que “tamos” a melhorar em determinados contextos. Noutros contextos em termos da imagem que a população tem de nós, eu acho que continuamos a piorar grandemente e eu também queria dizer só aqui uma coisa relativamente à... a nós próprios. Eu acho que nós enfermeiros quando tentamos avaliar-nos a nós próprios, eh! pá, também precisamos de... de nos ver assim, pronto, com uns olhos que não sejam muito maus, senão daqui a três ou quatro anos “tamos” a querer mudar de profissão porque já não aguentamos mais. Mas também às vezes douramos um bocadinho a imagem que temos de nós próprios e se calhar depois somos capazes já ter, de verbalizar uma... uma análise dos colegas até da minha equipa que é assim: se calhar nunca consigo. Eu acho que vivemos um bocadinho uma dualidade, eu sou muito bom, eu até faço as coisas, eu até refilo, eu até tento lutar, eu até tento ajudar o doente, a família... Mas se nós pararmos para pensar, e é nisso que eu acho que nós na enfermagem “tamos” a perder capacidade de reflectir sobre as nossas práticas. Se pararmos um bocadinho para reflectir se calhar fica-nos algum amargo de boca.

Mod – Se eu depreendi bem da sua intervenção e dado a sua experiência profissional, a imagem da profissão tem vindo a piorar...

AV – Com um movimento oscilatório...

Mod – O que quer dizer com essa expressão que acabou de utilizar?

AV – Tem tido... Na minha análise tem tido períodos em que melhorou francamente, quando deixou... (...) quando deixaram de haver os cursos de... de... auxiliares de acção médica. Passámos todos a ter mais ou menos uniformizados os saberes e depois este curso de licenciatura, as pessoas “tão” melhor formadas, “tão” formadas com mais consistência, mas a população ainda não percebeu que há diferenças... que pode haver alguma diferença. Eu acho que o facto das pessoas saberem... terem licenciatura para a... para as pessoas que precisam do nosso cuidado, não mudou grandemente. E devia ter mudado. Por isso é uma coisa que eu vejo com preocupação. Vejo com preocupação.

Mod – Encontra aí algum fundamento para isso acontecer?

AV – Não sei. Os licenciados jovens... Ainda não tiveram tempo de mostrar que

na realidade a sua formação é sólida e tudo mais. Mas a estrutura hospitalar, a cultura institucional se calhar não permite também que as pessoas mostrem. Não permite. Não deixa.

Mod – Senhora enfermeira AL. O que me diz em relação a este ponto?

AL – É assim. Eu, pronto, não... não tenho a perspectiva da enfermeira AV. do passado, sim do presente não é. O que me parece é que... as pessoas que... quando entram no hospital realmente têm uma ideia diferente do que aquela que saem. Porque quando entram, entram com aquela ideia de... pronto, vamos aqui dar... ajudar a dar o banho, damos aqui uns comprimidinhos para tomar e que depois realmente apercebem-se ao fim de uns “X” dias de internamento, que somos nós que “*tamos*” ali realmente vinte e quatro horas e que quando precisam é o enfermeiro que lá está e muitas vezes não é a equipe médica. Embora muitas vezes, depois quando saem, muitos deles, o reconhecimento com que têm é para a equipe médica e muitas vezes não se dirigem à equipe de enfermagem. Mas, muitas das vezes e com agrado tenho registado isso no serviço, muitos são os doentes que no dia da alta, doentes e família vêm ter connosco e agradecem à equipa da enfermagem. E quando vão às consultas hospitalares, sobem ao serviço e vão falar connosco, vão-nos contar como é que... como é que está a vida deles, perguntar se “*tã*” tudo bem connosco e isso para mim revela uma certa, um certo agradecimento por aquilo que nós lhes fizemos e que demonstra que... que o enfermeiro realmente também teve... que eles consideram que o enfermeiro teve... foi uma pessoa importante no seu processo de tratamento, de... Julgo que também as pessoas que lidam pessoalmente, na nossa vida pessoal, os nossos amigos que... que... pessoas que conhecem enfermeiros pessoalmente têm uma perspectiva também diferente daqueles que não lidam com... com ninguém que seja... que seja enfermeiro. Eu lembro-me quando... quando eu comecei a tirar o curso, havia uma... uma... há uma tia minha que me dizia: “*Então agora, já que entraste para enfermagem podes continuar os estudos e seres médica.*” E foi muito difícil conseguir explicar à família que médico e enfermeiro são duas profissões diferentes e que enfermeiro não é abaixo de médico, nem médico é abaixo de enfermeiro, que... que são... que são diferentes, que trabalham para o mesmo bem que é o “*bem do doente*” e... e que uma coisa não se sobrepõe à outra e que se não tinha escolhido ser médica foi por determinados motivos e que se calhar nada me interessava em seguir a profissão de médico, porque pessoalmente não é isso que eu queria. E acho que as pessoas e actualmente são pessoas que têm uma ideia diferente porque sabem aquilo que eu faço, sabem um bocadinho melhor o que é... o que é ser enfermeiro, se calhar deixaram de ter aquela ideia que tinham e acho que a nossa... a nossa imagem para as pessoas também se constrói por aí. Constrói-se pelo relacionamento que têm... na vida pessoal com... com... se conhecem alguém ou não conhecem sendo... que seja enfermeiro.

Mod – Muito obrigado. Senhora enfermeira.

CS – Em duas frases só, para não alongar muito aquilo que já tem sido... Os conceitos andam mais à volta sempre dos mesmos e para não... eu acho que há mais necessidade... primeiro ponto: licenciatura aumentou e dignificou a imagem da enfermagem. Acho que isso é inquestionável e quem diz o contrário está-se a enganar a ele mesmo. O facto da enfermagem ser licenciatura... a enfermagem...

Mod – Vai contribuir para melhorar a imagem da profissão.

CS – Muito mesmo. Primeiro ponto. Segundo ponto: Quem conhece bem a enfermagem por dentro dá uma imagem muito positiva à enfermagem. Quem conhece a enfermagem como enfermeiros e médicos e vou citar uma pessoa que... Ainda não há muito tempo que a filha queria ir... queria ir para... para o... para economia, os familiares não queriam que ela fosse para enfermagem, e o pai disse assim à filha: “Ó filha tu vais tirar um curso de subalterno?”; Ou seja, a enfermagem para ele é um curso subalterno. E eu ri-me, comentei e depois estivemos a falar. Por isso eu digo e resumindo: a licenciatura deu um passo em frente na imagem da enfermagem. As pessoas bem formadas e que conhecem a enfermagem têm uma imagem muito boa, as pessoas menos informadas têm uma imagem “*assim-assim*”.

Mod – E qual é a sua imagem em relação à profissão de enfermagem?

CS – A nível de... eu acho que a enfermagem... é boa, muito boa, tem que se limar muitas arestas, mesmo muitas. Mas não é, como ali a colega AV. disse e muito bem... Nós temos um papel fundamental, mas temos que ter também ajudas.

Mod – Que tipo de ajudas?

CS – Ajudas que foram referidas à bocado. Desde a Ordem, desde a legislação. Tudo isso de ajudas. Nós somos um papel importante para mudar. Mas temos que ter essas ajudas. Porque se nós não mudarmos e se não tivermos essas ajudas e se não tiverem lá ninguém no Ministério que nos ajude também a ultrapassar essas... essas... essas grandes dificuldades, nós demoramos muito mais tempo a lá chegar. Chegamos. Chegamos, mas demoramos muito mais tempo, porque não sei se repararam e agora só um... quem é que está no Governo? Há médicos, há sim senhor. Há engenheiros, há sim senhor. Digam-me, conhecem algum enfermeiro no nosso governo? Digam-me; secretário de estado... ministro...

Mod – Está a falar da importância do poder político. É isso?

CS – Fundamental! Digam-me se conhecem algum méd... algum enfermeiro no poder político?

Mod – Isso é importante na sua opinião?

CS – Muito importante.

Mod – Porquê?

CS – Porque as SA`s, as SA`s estão a funcionar, estão a colocar gestores porque... para dar lugar a gestores que estão em excedente. Porque os gestores estão... os gestores... quem é que... quem é que está no... nas direcções da gestão das SA`s? São os gestores e são... e são licenciados em direito. São esses que “*tão*” no topo. São os excedentes. São aquelas profissões que estão mais no poder político. Isto é uma questão de dois mais dois igual a quatro. Não é por acaso que os... que os... economistas e os... e os licenciados em direito, que estão no poder político, que o poder político é quase só licenciados em direito ou licenciados em economia ou estão, “*tão*” ultrapassar pelas SA`s. porque é inadmissível por exemplo que um centro de saúde tenha... é preciso um gestor para gerir um centro de saúde. Eu não estou a denegrir o centro de saúde.

Eu estou a dizer... quer dizer, antigamente aquilo era bem gerido. Agora têm que lá por um gestor para...para gerir, quer dizer. Acho que... não funciona. Eu não concordo. Agora veja, se houver pessoal, enfermeiros, que estejam no poder político e que ajudem as nossas ideias, nós temos também que ajudar e temos que acompanhar, mas temos que ter também alguém que nos ajude também a encaminhar o que nós queremos e o que nós... quais são as nossas metas. Vamos conseguir, não há dúvida, mas vamos demorar mais tempo. Por isso, a nossa imagem é boa, para alguns, para outros é menos boa, mas nós vamos arranjar ainda melhor. É aquilo que eu penso.

Mod – Nós vamos ter que avançar um pouco mais... Embora de alguma forma já possam ter sido abordados alguns pontos referentes às duas últimas questões não posso deixar de as introduzir: Há coincidência entre a auto-imagem que têm e a forma como vêm a imagem da profissão e que factores é que podem condicionar a imagem da profissão? Começo por si...

JV – Em relação aos factores... A minha imagem, aquilo que eu quero ser e aquilo que eu gosto de ser é evidente que... com isto eu tenho que rebocar a enfermagem, tenho que tentar pôr isto no meu serviço. A minha insatisfação em termos de formação, a minha insatisfação em termos de querer saber ... fazer melhor, e a minha insatisfação na procura do diálogo com os outros pares da saúde... tenho que pôr isto... tenho que pôr isto no meu serviço. Quando eu falo com os outros profissionais de saúde, nomeadamente aqueles que antigamente eram detentores de toda a verdade, e eu questiono – “Mas espere lá, isto agora não é se calhar bem assim.” Tento fazê-lo sempre junto com outros enfermeiros, e tento pôr os outros enfermeiros também a questionar alguns actos dos outros senhores. Isto causou um certo “*frisson*”. Mas penso eu que a imagem melhora sensivelmente, e quando nós conseguimos ter no meu serviço isso acontece, indivíduos com uma formação já antiga, porque tenho inclusive colegas nossos reformados de outras instituições, que entretanto estão a trabalhar comigo em termos de recibo verde, e tenho colegas oriundas de estabelecimento já com grau de licenciado, portanto, e tento que ambos discutam, é os aspectos da carreira, da formação ... o pessoal mais novo, está muito mais preocupado com os aspectos técnicos, passo a expressão, vê muito mais monitorizações, vê muito menos doente, doente na perspectiva da relação, portanto, dar... em termos da relação de ajuda, pessoal mais velhote, passo a expressão, vê mais esta parte e... e... tanto lhe dá ir medir uma tensão arterial com o aparelho “*digitalico*” como lhe dá ir com o esfignomanómetro e o estetoscópio, é igual, aliás, alguns deles até aproveitam este estetoscópio e o esfignomanómetro para estarem a falar com o doente, e depois conseguem-te dizer coisas... oh! chefe já viu a família, e isso... e quer é mais um dia ou quer menos um dia por causa disso... e nós tentamos que isto... que ambos se “*interlacem*” para que a imagem da profissão se valorize. Tenho um “*handicap*” que é, na relação com pessoal auxiliar, isto... ia à bocado a dizer... estamos em tempos um bocadinho diferentes mas... porquê... E inclusive aqui há tempos, não sei se os colegas tiveram acesso, um site na Internet que era www.mamasebebes@com, no Porto. Era assim... pais e filhos... e que este “*handicap*” tem a ver com a nossa relação, o querer que a nossa imagem esteja a um determinado nível e que outras profissões tentam que ela não esteja tão elevada. Isto é difícil de, ainda no meu serviço, pese embora tenham esta discussão no meu serviço no hospital, que as pessoas entendam, que o enfermeiro atingiu um nível de um curso superior, pelos seus conteúdos programáticos para que ele...

Mod – E há coincidência entre a sua imagem e a profissão e como vê a imagem da profissão, ou não há? Qual a sua opinião?

JV – Não tanto... não tanto... não tanto, e digo-lhe... volto a referir, só tenho certo receio que não vamos regredir, Tenho um certo receio e oxalá que não, é bom que...

Mod – Porque é que não há essa coincidência, na sua opinião?

JV – Porque existem várias outras forças de bloqueio, e uma das forças de bloqueio tem a ver com outra classe que foi detentora de todas as verdades, e aliou-se ou está aliada a uma classe que está a emergir actualmente, tem a ver com os gestores: o gestor não sabe cuidar. Desculpem que diga isto... pronto... mas é ele que nos dá as directivas... infelizmente é ele, e têm sido os gestores que actualmente nos vêm dar directivas de como cuidar. E aquilo em que estou de acordo com o senhor enfermeiro, porque nós temos instrumentos válidos em todos os cursos, e vocês vêm nos cursos de Mestrado, existem os instrumentos que todos criamos, que são muito válidos mas que depois não são aproveitados, ficam no foro académico. Poucos são os que saltam e vemos muita porcaria, passe a expressão, que é feita por outros profissionais nos seus mestrados, nos seus doutoramentos e depois é aplicado na nossa realidade. Se temos neste momento, efectivo nos termos da lei, em termos de poderes de decisão... hoje não sei se é a vossa realidade hospitalar, oxalá que não, mas tenho pessoas a decidir por mim sobre os materiais que eu tenho que aplicar. Isto está mal, eu tenho muita coisa, eu consigo gastar muito material e gasto mais, inclusivé. Estas pessoas não conseguem ter uma visão do binómio custo/benefício, só têm uma visão unívoca do custo, porque o benefício para eles não conta. Somos nós que o aplicamos, somos nós que usamos aqueles materiais.

Mod – A sua opinião, Senhora Enfermeira HRS?

HRS – Acho que a minha imagem e a imagem da profissão, que eu tenho noção, é diferente, e tem que ser diferente, e ainda bem que é diferente... um grupo de pessoas... se ela não for diferente ainda estávamos na Florence Nightingale. Não é isso que queremos. Portanto, tem que haver um grupo de pessoas, nós e mais uns tantos, que temos que fazer a diferença. Para quê? Para que isto cresça, para que isto evolua, porque senão não vamos lá, senão ainda continuávamos com a história de dar injeções e de... levar arrastadeiras. Não é isso que nós queremos, não é isso que nós pensamos da enfermagem. Agora também acho que estamos mais virados para a parte técnica, hoje em dia é o monitor, é não sei quê, não sei que mais, é normal. Isto é uma coisa social. É que a nossa sociedade criou, a nossa educação, o nosso país neste caso, criou uma situação que foi a história das notas elevadíssimas para entrar para determinados tipos de cursos... há tempos eu vi um médico dizer uma coisa engraçada, que era assim: para entrar para medicina temos que ter uma média de dezanove... é uma pessoa que estudou toda a vida, salvo raras excepções, mas quer dizer, levou uma vida inteira a estudar. Não teve amigos, não foi ao cinema, não brincava, não teve namorados, não fez aquilo que era falar com as pessoas, estar com as pessoas.. acaba um curso de medicina e tem à sua frente uma pessoa... ele sabe muito porque toda a vida estudou, mas não sabe o que é uma pessoa, não sabe falar com ela. Isto é um pouco o que se passa agora com a enfermagem. Para entrar para enfermagem tem-se umas notas elevadas, a pessoa estuda, estuda, estuda, e esquece que quando acabar o curso vai trabalhar com pessoas. Tem

que estar... tem que conhecer um determinado número de pessoas, desde aquela pessoa mais simples possível, não sei tudo, com as suas personalidades, não é. Todas estas diferenças não foram pensadas durante o curso, e aqui é o problema que eu vejo neste momento em curso, portanto, deixámos de ter a parte humana, temos a parte técnica, estas diferenças, mas isto tem a ver com a evolução. Daqui a uns anos quando nós percebermos que... se calhar já não se evolui tanto, vamos pensar: aonde é que nós vamos melhorar? É realmente nas relações humanas. É aqui, eu vou estar para o doente... alguns factores que possam influenciar, a meu ver, a questão... a questão da falta de enfermeiros, o duplo emprego, implica que eu queira correr para aqui, queira correr para ali... quando eu deixar de andar a correr... ter aqui, o meu... o meu trabalho ou o meu emprego, os meus doentes, ter que evoluir, ser incentivado a trabalhar para aqui, para estes doentes, de certeza que a imagem da enfermagem começa a aproximar-se, se calhar daquilo nós pensamos da nossa auto-imagem, não sei se me estou a fazer esclarecer, eu entendo que é isto. Depois também acho uma coisa, acho que nós temos que aprender... a trabalhar com os outros, ou seja, nós também temos um bocadinho a noção de egoísmo, somos os maiores..., somos os maiores mas precisamos de outros, a trabalhar connosco, em parceria e ... você faz aquilo que eu lhe mando, que é que precisa que eu faça? Não. É, vamos discutir o que é que vamos fazer, e nós passámos de uma ponta para a outra, que era, no início dentro dos hospitais nomeadamente, nós fazíamos aquilo que nos mandavam. Só, mais nada. Era a subserviência. Agora ainda estamos naquela do MRPP, que é, nós fazemos isto tudo. Não fazemos isto tudo. Nós precisamos de alguém, e outras visões e que nos ajudem a crescer.

Mod – Muito obrigado, Senhor enfermeiro...

MV – Ora bem. A imagem a auto-imagem. Isto é assim. Na profissão essencialmente feminina há trezentos ou quatrocentos anos atrás era uma função das meretrizes porque tinham que mexer, como diziam os religiosos, os muros... os muros das pessoas. E portanto era uma profissão que... uma profissão... uma actuação de menor... de menor entendimento em termos de status social. É evidente que tudo foi evoluindo mas embora mesmo assim há cem anos atrás quando olhamos para as descrições do Hospital Real de Todos os Santos vemos... vemos lá que as funções de enfermeira chefe além de ser responsável pelo bacon e presunto desses hospital tinha como obrigação ver se os doentes se deitavam vestidos ou não. Portanto era a função. A partir de mil novecentos e trinta, trinta e tal, então é que surge talvez a grande... o grande salto em termos do conhecimento da imagem do enfermeiro quando ele se alia ou vai buscar mais conhecimentos à área das humanísticas, quando se debruça sobre a Sociologia, a Psicologia. É então nessa área, é nessa vertente que então há o salto do... da... da intervenção do... dos enfermeiros. Até chegar a este percurso em que de facto, eu não quero sentir como enfermeiro que sou uma meretriz, não é (ri), não me sinto isso, e portanto a minha imagem não é essa que tento ultrapassar. Neste momento a população também já não vê isso, portanto já houve um grande salto. Agora é evidente que nós, nós, individualmente cada um, nós queremos sempre o melhor, nós queremos sempre mais e portanto a nossa auto-imagem tem que “*tar*” sempre uns passos à frente do que é a imagem dos outros que é para tentarmos que ela vá evoluindo.

Mod – Senhora enfermeira...

SC – Eu concordo com o MV. Realmente se compararmos com a... a... o

nascimento da enfermagem, como é que ela nasceu, “*tamos*” muito bem, não é. E se existe coincidência entre a auto-imagem que eu tenho de mim como enfermeira e a profissão, eu não digo que exista uma coincidência completa mas para lá caminha. Há-de lá chegar.

Mod – PC, na sua opinião, há coincidência entre aquilo que entende ser a sua imagem profissional e a da profissão?

PC – Eu penso que sim. Eu fui para Enfermagem por segunda opção mas... pronto se eu não gostasse de enfermagem no primeiro estágio que eu não conseguisse vinha-me embora. Pronto, mas gostei e acho que até tenho, não é vocação, não é vocação, mas até tenho jeito e penso que essa imagem até coincide comigo. Pelo menos foi a imagem que eu adquiri na escola, pronto que a profissão de enfermagem, pronto... acho que é coincidente.

Mod – Senhor enfermeiro N. ...

NP – Eu acho que é assim. A nossa população ainda tem... ainda tem... ainda é um pouco... a que recorre aos hospitais, vê-se muita pessoa sem formação académica, por assim dizer e... e... e a mentalidade portuguesa...

Mod – O que quer dizer com mentalidade portuguesa, senhor enfermeiro?

NP – É não valorizar ou não saber, não vê o devido valor da nossa profissão. Só quem “*tá*” dentro, só quem “*tá*” dentro. Acho que é uma profissão completamente oposta a todas as outras, obviamente...

Mod – Há coincidência ou não há coincidência entre a sua imagem profissional e a imagem da profissão que exerce?

NP – Não. Não identifico.

Mod – Porquê? Porque não há essa coincidência?

NP – Porque a imagem... a... a...

Mod – A imagem que tenta transmitir é diferente daquela que é a da profissão?

NP – Sim. Obviamente. Quantas e quantas discussões eu já tive com imensas pessoas acerca disso.

Mod – E porquê?

NP - E porquê? Só nós... acho que é uma coisa muito própria. Acho que nós só... a imagem só é bem vista por nós. Por nós porque “*tamos*” dentro e sabemos o que ela vale, o que é... como é bom... como é bom ser enfermeiro. Só nós é que tiramos valor... valor como todas as outras obviamente mas, acho que não há ninguém de outro ramo que consiga dizer melhor...

Mod – Senhor enfermeiro S., partilha desta opinião?

SP – Eu queria ir um bocado à pergunta...

Mod – Diga, diga...

SP – A imagem que eu tenho... que eu tenho da profissão e a imagem que eu tenho de mim como profissional são coincidentes. Sim, maioritariamente. Sim. Alguns pequenos pontos irei fazer algumas coisas que não... são um bocadinho diferentes, mas... A imagem que eu tenho para mim corresponde àquilo que é a imagem da profissão.

Mod – Senhora enfermeira CS. Em relação a este ponto. Considera que a imagem da profissão é diferente da sua imagem profissional?

CS – Enquanto profissional eu acho que a minha imagem como profissional é igual. Eu vejo-me como profissional como eu vejo o meu colega. Ou seja, eu estou a ver, se for a um serviço... a um hospital, eu vejo um enfermeiro como me vejo a mim. Ou seja, vejo enfermagem num todo e acho que...

Mod – É coincidente?

CS – É coincidente. Penso que na altura, não vamos falar em currículos, não temos nada a ver com currículos, em integrar ou introduzir novas, novas vertentes nas áreas da enfermagem, que eu sou de acordo. Eu acho que devia deixar... porque eu acho que a enfermagem não é só hospital. Nós estamos a falar só aqui de enfermeiros de hospital e um enfermeiro não é só enfermeiro de hospital. Por exemplo, eu gostava que houvesse uma vertente de desporto. Não há. E na altura se... era para ser falado e nunca se... nunca se... nunca se introduziu porque houve outras profissões que estão, digamos que... Antigamente era só enfermagem, o enfermeiro fazia RX, o enfermeiro fazia electrocardiogramas, o enfermeiro fazia... fazia audiogramas, o enfermeiro fazia isso tudo. Actualmente, passado... aí há dez anos, quinze anos, aquelas pessoas que faziam RX, enfermeiros mesmo, os enfermeiros faziam RX, agora já não quero ser enfermeiro, sou técnico de radiologia. Outros, agora já não quero ser enfermeiro, quero ser cardiopneumografia... grafista, só quero fazer electrocardiogramas e não quero saber da enfermagem. Outros enfermeiros, isto tudo na área da enfermagem, eram enfermeiros, não tinham curso nenhum. Eles passaram e através destas novas convenções, não sei como é que isso funciona, também não me interessa, são áreas que não me interessam, ou seja... Há também fisioterapia, isto também está integrado e por aquilo que me apercebi, por exemplo e falo na fisioterapia porque... dá mais dinheiro, nem que esteja muito bem nem que esteja pior, mas os conceitos que estão no Diário da República, o que eles poderão fazer, estão muito mais concisos, muito mais explanados do que os próprios enfermeiros. Aliás, eles têm mais liberdade em prestar todos os cuidados directos ao doente, porque está escrito por eles, do que nós próprios enfermeiros.

Mod – Mas a questão que eu coloco é se aquilo que é, e começámos por aí, a sua imagem profissional, corresponde ou não à imagem da profissão de enfermagem? Se há ou não coincidência, entre aquilo que considera ser a imagem da profissão de enfermagem e a sua imagem profissional.

CS – Sim, sim, sim. Aquilo que eu acho que a enfermagem... Eu acho que estou de acordo. Concordo.

Mod – Há então coincidência?

CS – Acho que sim, acho que sim.

Mod – E porquê?

CS – Porque... porque a ideia de enfermagem que idealizo, acho que é aquela que eu quero ser. Não sei se me estou a ser claro(?) Eu idealizo a enfermagem, o enfermeiro como... a enfermagem, não é, eu idealizo esse tipo de... de... de profissão, daquilo que eu idealizo. Não sei se me estou a ser claro(?)

Mod – Sim...

CS – Por isso é que coincide, porque eu acho que a enfermagem é uma profissão que tem, pronto, ajudar, de dar ao doente e eu idealizo... eu acho que estou nesse caminho. Ajudar, não substituir, ajudar. Estou a ir ao encontro aquilo que eu disse à pouco. Não é substituir que eu estou... a substituir, mas sim a ajudar. E eu acho que...

Mod – Para si, quais são os factores que condicionam a imagem da profissão?

CS – Em relação a estes factores não vou adiantar mais daquilo que os nossos colegas já disseram. Isto começa logo com a escolha da... da... do curso que quero tirar. Quando... havendo a necessidade de querermos tirar um curso qualquer, nós perguntamos sempre, questionamos sempre assim: “*Tem emprego?*”; “*Não tem emprego?*”; “*Quais são as vagas?*”; “*Quantas são as vagas?*”; Ou seja, eles não perguntam assim: “*Eu gosto disto?*”; “*Gosto daquilo?*” Isso já está fora de questão. Agora é: “*Há emprego?*”, “*Não há emprego?*”; “*Tenho vaga?*”; “*Não tenho vaga?*”. Isso é um dos factores negativos logo para a escolha da profissão. Nós temos muitos enfermeiros que são enfermeiros por inerência do destino. Ou seja, agora para ser... ia tirar um curso, não tinha médias vim para este, mas também podia tirar aquele, mas não tirei aquele porque vou para o desemprego, ou seja, os nossos factores negativos começam logo... é evidente que depois as pessoas podem gostar e não estou a pôr em causa, mas... mas estou a dizer, o ponto de partida é logo a escolha do curso, já não é porque gosto e quando dizem que... isto já me faz lembrar uma vez quando eu fazia duplo a enfermeira directora perguntou: “*Senhor enfermeiro porque que é que quer fazer duplo?*”; E eu disse-lhe: “*Senhora enfermeira. Se “tá” à espera que eu venho aqui só para dizer que gosto muito de trabalhar com doentes, cuidar de doentes, isso já faço no hospital. Venho para aqui porque quero ganhar dinheiro. Não vamos cá com demagogias. Isto é tão claro como a água.*” Porque quando dizem que fazem duplo só porque gostam de trabalhar... não brinquem com... com... com... com... com as pessoas. Por isso é que eu digo. Tudo começa... é uma base e a base começa na escolha do curso. E depois as pessoas ou gostam ou não gostam. Se gostam vão construindo essa ideia e vão-se valorizando. E vão tendo pontos positivos. E depois as próprias pessoas vão criando pontos positivos, nelas mesmos, porque gostam e quem não gosta vai sempre denegrindo e fazendo... é um frete. Ou seja, eu acho que... reforçando aquilo que eles dizem, “*tá*” tudo correcto, mas acho que é de base e as pessoas que gostam e que gostam continuam a evoluir, as que não gostam ou tentam evoluir na parte positiva ou tentam evoluir depois para a parte negativa. Isso para mim é um dos factores... Depois tudo se vai repercutir na... na... na profissão em si, na prestação de cuidados, na sua postura, na sua apresentação, na sua maneira de ser, de estar, tudo isso começa de base. É mais ou menos... reforçando.

Mod – Obrigado. Senhora enfermeira AL.

AL – É assim. Eu às vezes sinto... eu por vezes sinto que é coincidente, outras vezes sinto que não é.

Mod – Porquê?

AL – Porque sinto que é coincidente quando eu acabo... quando eu acabo um turno e sinto que realmente o que eu fiz naquele turno foi ser enfermeira. Agora quando eu acabo um turno com a sensação de que o que eu fiz foi tarefas, que tenho um determinado número de acções que têm que se fazer obrigatoriamente naquele turno e que não tive tempo para estar realmente com cada doente, então sinto que não é coincidente. Relativamente á segunda parte da pergunta... factores não é? Há factores que considero ao mesmo tempo positivamente e negativamente a imagem da nossa profissão. A postura como... que nós nos apresentamos, a maneira... a nossa maneira de estar com os doentes ao mesmo tempo pode ser positiva ou pode ser negativa, consoante... é assim... consoante a forma como nós estejamos. O relacionamento entre os próprios elementos da equipa, só na equipa é muito conflituosa entre eles, que por qualquer motivo que... se calhar o meu colega não devia ter feito isso. Estamos permanentemente a colocar em dúvida e em questão aquilo que o nosso colega fez ou que muitas vezes por...por *stress* do serviço, entramos em conflitos em frente... em frente a doentes. Tudo isso pode alterar a nossa profissão e nesse caso para... negativamente. O relacionamento ao mesmo tempo que nós temos também com outros profissionais, se nós somos capazes de gerir conflitos ou não somos e a maneira como os conseguimos gerir, o relacionamento que vamos ter com o doente e com a família, a falta de tempo que muitas vezes nós somos confrontados pode ser um factor negativo, mas também não podemos utilizar o tempo como justificação para tudo, porque... muitas das vezes... eu acho que muitas vezes também, é verdade que nós “*tamos*” muito sobrecarregados nas SA`s, eu vejo no nosso hospital, é... por exemplo no nosso serviço, são vinte e nove camas com seis... seis doentes de intermédios, muitas vezes temos dois doentes ventilados lá dentro, fazemos manhãs a três, tardes e noites a dois, quando nas unidades “*tá*” um enfermeiro para dois doentes ventilados. E muitas vezes utilizamos o tempo como... como desculpa, que muitas vezes é verdade mas que muitas das vezes também acho que é um bocadinho uma fuga, porque por exemplo, quando nós “*tamos*” a prestar cuidados de higiene ao doente é um bom momento, por exemplo, que podemos utilizar para estabelecer uma relação com aquele doente, em vez de “*tamos*” por exemplo com a auxiliar a falar da novela que passou no dia anterior ou do jogo de futebol, se calhar podíamos falar com aquele doente e tentar perceber um bocadinho a dinâmica dele e o que é que ele “*tá*” a sentir e as dúvidas dele e isso pode também favorecer positiva ou negativamente a nossa... a nossa... a nossa... a imagem da nossa profissão.

Mod – Senhora enfermeira AV, acabamos consigo...

AV – Tenho muita dificuldade em responder a essa pergunta.

Mod – Porquê?

AV – A pergunta é: se há coincidência entre a imagem que eu tenho da profissão...

Mod - ... e a sua imagem profissional?

AV – É assim. Há tantos factores que interferem que eu acho que é difícil nós

dizemos se há coincidência ou não há coincidência. Eu acho que a área de penumbra é muito maior... Depende dos contextos, depende da forma como... não sou capaz de responder a isso. Não sei. É muito difícil. Eu acho que “*tamos*” muito mais no “*nim*” do que no não ou no sim. Tenho muita dificuldade de responder a isso. São tantos os contextos, e há bocadinho eles diziam e é verdade. Nós estamos aqui a falar do que é... do que... o que é que nós achamos que é no hospital. Mas a vivência hospitalar se calhar é aquela onde nós temos menos autonomia. Porque eu acho que os enfermeiros vão crescer, têm a obrigação de crescer por áreas que saem fora das portas do hospital. Enquanto agentes de ensino, enquanto “*tiverem*” presentes na escola, com os miúdos, que sejam capazes de “*tar*” com eles, enquanto “*tiverem*” no centro de saúde, enquanto “*tiverem*” na prevenção, enquanto “*tiverem*” nessas áreas, eles têm muito mais autonomia do que no hospital. Eu acho que a nossa realidade hospitalar, nós optámos por ela, “*tamos*” nela é porque queremos, mas é muito mais restritiva do que outras. Eu tenho alguma dificuldade... Eu acho que depende se há coincidência ou não. Depende das situações, depende dos contextos, depende de tanta coisa. Por vezes há coincidência. Por vezes não há.

Mod – Para terminar, para si, quais são os factores que condicionam a imagem da profissão?

AV – Há factores que condicionam positivamente e há factores que condicionam negativamente. O factor... tentar ou dizer só assim... As pessoas há alguns anos atrás eram enfermeiros porque queriam ser enfermeiros. Hoje em dia há gente que quer ser enfermeiro, que se sente vocacionado para ser enfermeiro e não consegue ser enfermeiro. Quem chega a ser enfermeiro são pessoas que concorrem no primeiro agrupamento e têm notas que em alguns casos... correremos o risco neste... neste... maneira de... em como as coisas estão e a ter enfermeiros que... que podem não ter resistido à frustração. Porque o que eles queriam era ter sido médicos e trabalharam arduamente, porque para se ter média de dezassete, dezoito, tem que se trabalhar muito.

Mod – Bom, agora que estamos a chegar ao fim, convido-vos a acrescentar alguma ideia mais se a considerarem útil para este debate de ideias. Não sei se querem acrescentar algo mais... Bom, sendo assim...

Agradeço a vossa atenção, disponibilidade, empenho e simpatia. Sem o vosso contributo o estudo que estou a realizar não teria qualquer interesse ou hipótese de sucesso.

Na mesa ao lado encontra-se um pequeno lanche, que terei todo o gosto em partilhar convosco. Bem hajam pela vossa presença e colaboração. Muito obrigado.

Anexo VI

EXEMPLOS DE CATEGORIZAÇÃO

EXEMPLOS DE CATEGORIZAÇÃO

Tendo em conta o material que possuíamos fomos, sistematicamente, identificando, agregando e atribuindo um código às passagens que considerámos «significativas», isto é, aquelas que parecem contrastar, distinguir-se relativamente a outros materiais, ou ainda ser paradoxais, tendo em conta o contexto, tais como actividades, preocupações, sentimentos dos actores, etc...


Estes excertos «significativos» foram os que nos permitiram gerar as primeiras ideias, as primeiras interpretações ou conceitos que, progressivamente, fomos aperfeiçoando a fim de nomear as realidades descritas no *Focus Group*.

Estes procedimentos permitiram-nos a identificação de áreas temáticas, que sucessivamente reagrupámos por categorias. Posteriormente identificámos “novas” unidades de análise no interior destas unidades mais vastas (categorias) já identificadas. Criámos por isso um subsistema de códigos tendo designado estas unidades de análise por subcategorias.

Na codificação das categorias utilizámos termos substantivos, enquanto que, na codificação das subcategorias utilizámos códigos *In vivo*, derivados de termos usados pelos enfermeiros no seu discurso.

Desta forma, procedemos a uma identificação progressiva, gradual e cada vez mais “refinada” do conteúdo expresso nos excertos significativos. Reorganizámos e atribuímos uma nova configuração aos dados, elaboramos uma grelha de análise categorial definitiva que, e só então, passou a englobar áreas temáticas, categorias, subcategorias e declaração significativa.

Segue-se um exemplo da categorização efectuada para um dos objectivos propostos:

-  contribuir para a identificação de factores que o enfermeiro considera influentes na construção da sua imagem profissional.

**CATEGORIA – FACTORES INFLUENTES NA CONSTRUÇÃO
DA SUA IMAGEM**

TEMA	Subcategoria
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>unidade de registo</i>
Alteração do “Género”	<p><u>Profissão maioritariamente feminina</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... o facto de serem homens ou mulheres... acho que cada vez mais essa diferença está-se a esbater acho eu. (...) era uma profissão essencialmente de mulheres (...) acho que tornava a profissão mais frágil (...) Pode ter alguma influência relacionado com o sexo dos profissionais (...) talvez “teja-se” a equilibrar um bocadinho ...”(E10)</i> <p><u>Factor homem/mulher</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... factor homem/mulher, acho que não constitui barreira nenhuma.” (E5)</i> ▪ <i>“... abertura a um homem ir para um serviço, que por acaso até tinha homens e mulheres, as nossas colegas foram todas ver quem é que era o homem que estava na enfermaria. (...) é uma diferença de uma profissão de mulheres ou de homens.” (E1)</i> ▪ <i>“Se calhar tenho mais facilidade do que... do que os homens. (...) Não é que não saibam, mas se calhar a mulher sente-se muito mais à vontade... o doente mulher sente-se muito mais à vontade comigo do que se calhar com um homem. Acho que isso também favorece.” (E3)</i>
Formação Profissional	<p><u>Formação de Base</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... a formação que a escola nos dá é essencial para nós construirmos a nossa auto-imagem. (...) são eles que nos transmitem as primeiras ideias do que é ser enfermeiro.”(E10)</i> ▪ <i>“... é na escola, que a gente começa a construir a nossa imagem a nível profissional. Nas experiências que a gente tem de estágio ...” (E3)</i> ▪ <i>“... as escolas hoje ainda continuam um tanto ou quanto longe da realidade profissional e acho que os professores acabam por não serem assim tão... tão influentes na mudança da nossa auto-imagem por causa da verticalidade da relação existente.” (E5)</i> <p><u>Formação Permanente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“A minha formação escolar, de curso de base, serviu-me de “input”, a formação especializada serviu-me de diferenciação, e depois a minha formação superior, que eu quero alcançar, o tirar o mestrado, tem que ser objectivo de nós todos.” (E1)</i> ▪ <i>“... nós, enquanto cultivadores de uma imagem, só estaremos bem connosco se conseguirmos incutir nos outros essa necessidade permanente de formação ... de formação e de querer influenciar a dinâmica hospitalar ou do centro de saúde ou da comunidade ou de colegas ...” (E1)</i> ▪ <i>“... o grau académico é importante porque tira aquela ideia do enfermeiro ser o parente pobre dos profissionais da saúde.(...) o futuro enfermeiro já</i>

	<i>vai com outra pré-disposição.” (E7)</i>
Ritmo de trabalho	<p><u>Pouco tempo para estar com os doentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> “... a nossa imagem por vezes é alterada, porque se calhar não queremos perder tempo ou não temos tempo para “tar” a ouvir a pessoa ...” (E6) “... gostava de ter mais tempo para “tar” com os meus doentes ...” (E8)
Reconhecimento	<p><u>Reconhecimento por parte dos colegas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> “... a nossa auto-imagem profissional melhora quando há um determinado reconhecimento dos outros pares.” (E6) <p><u>Reconhecimento por parte dos utentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> “E quando vão às consultas hospitalares, sobem ao serviço e vão falar connosco, vão-nos contar como é que... como é que está a vida deles, perguntar se “tá” tudo bem connosco e isso para mim revela uma certa, um certo reconhecimento por aquilo que nós lhes fizemos e que demonstra que... que o enfermeiro realmente também teve... que eles consideram que o enfermeiro teve... foi uma pessoa importante no seu processo de tratamento ...” (E10)
Importância da comunicação	<p><u>Comunicação verbal entre enfermeiros e utentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> “... é fundamental, quer a comunicação entre grupo quer para os nossos clientes. A maneira como nós comunicamos com eles, a maneira como explicamos as coisas e a maneira como às vezes temos interface entre os outros grupos (...) eu acho que a comunicação é fundamental, porque é a que nos dá a imagem daquilo que nós conseguimos alcançar ou não.” (E7) “... a comunicação é por demais importante porque somos seres inteligentes (...) esta capacidade de comunicar distingue-nos um pouco dos outros seres. Nós vivemos muito dela e muito para ela. Portanto se menosprezamos esta... este aspecto tão grande das nossas vidas nas pessoas com quem lidamos, que são pessoas doentes e com necessidades especiais, é estarmos a abdicar de uma parte muito grande daquela pessoa.” (E5) “... para o doente tem importância o primeiro... o primeiro contacto ...” (E4) <p><u>Comunicação não verbal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> “... alegria, com boa disposição, tentar que... dar um sorriso a toda a gente todos os dias ...é importante!” (E6)
Factores inerentes ao enfermeiro	<p><u>Auto-estima</u></p> <ul style="list-style-type: none"> “... a auto-estima, ser uma pessoa positiva, ter auto-estima, enfim e outra coisa que eu acho fundamental é a alegria no trabalho.” (E6) <p><u>Simpatia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> “... ser simpática ... pronto, isso também já é característica individual, mas isso é muito importante que eles...” (E3) <p><u>Percurso pessoal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> “...saber estar, outro o saber ser e o saber fazer (...) O saber estar (...) É aquilo que nós aprendemos, como fomos crescendo, a nossa adolescência ... chegamos à fase adulta, aprendemos a estar, aprendemos a amadurecer, temos para com os outros uma certa distância (...) O saber ser está

	<p><i>intrinsecamente relacionado com esta coisa do saber estar, mas tem mais qualquer coisa – eu tenho que ser enfermeiro, tenho que ser homem, tenho que ser pai, tenho que ser amigo...” (E1)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... tudo começa na adolescência (...) A nossa personalidade está construída. Depois é modelada ou adaptada ao trabalho que nós vamos exercer.” (E4)</i>
<p>Situações de cuidar</p>	<p><u>É importante gostar de cuidar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... gostar do que se faz. Ir para lá porque se gosta de gente e gosta-se de se tratar de gente, cuidar de gente, porque se não se gostar vai ser um bocadinho complicado passar uma boa auto-imagem.” (E7)</i> <p><u>È importante ter objectivos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... na profissão tem que se gostar do que se faz e ter objectivos. Eu quero... se “tô” aqui quero ir para ali. É importante para a auto-imagem da pessoa, para evoluir também. Outra coisa que eu acho importante é o querer fazer e fazer bem, esforçar-se para atingir esses objectivos por melhorar ...” (E7)</i> <p><u>É importante saber fazer</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... o saber fazer também me norteia nessa construção. E isto porquê? Porque se eu vejo um dos meus enfermeiros do serviço a aplicar qualquer técnica, mesmo uma técnica nova (...) então eu tenho que saber fazer também aquilo que ele faz.” (E1)</i> ▪ <i>“... o nosso desempenho em que conseguimos mostrar que nós somos diferentes na actuação, portanto nós temos um papel ou funções bem determinadas ...” (E6)</i> ▪ <i>“... aspectos que nós... muito importantes que é a parte teórica, a parte prática com o doente.” (E4)</i>
<p>O enfermeiro sob a dominância médica</p>	<p><u>O enfermeiro ainda é visto como auxiliar do médico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... quando se falou pela primeira vez no curso do ensino superior, de enfermagem, eu nunca mais me esqueço de um grupo de outro estrato profissional, dizia assim: “Agora até os enfermeiros já querem ser doutores, quem é que me vai apertar a bata agora?”” (E6)</i>

Outros exemplos de categorização efectuada:

CATEGORIA – CARACTERIZAÇÃO DA IMAGEM DOS ACTORES E DAS SUAS RELAÇÕES

TEMA	<u>Subcategoria</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Unidade de Registo</u>
Imagem de Si	<p><u>Processo em construção</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “... sou recém formada e grande parte da minha auto-imagem está-se a construir (...) Continuo a construir a minha ... ainda está muito recente.” (E9) <p><u>Instabilidade</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “... neste momento, a esta hora a auto-imagem “tá” boa. De repente, amanhã, muda tudo (...) ou é a pessoa que faz o seu papel ou é o papel que faz a pessoa ...” (E6) ▪ “... temos que nos adaptar a todas essas pessoas e tudo isso vai alterando a nossa auto-imagem que umas vezes é mais positiva e outras vezes é menos positiva, consoante aqueles com quem nós estamos a trabalhar e com o ambiente onde estamos inseridos. Considero que é positiva mas por vezes... há dias que é mais positiva do que outros.” (E10)
Dificuldades em ser aceite pelos outros	<p><u>Imagem física</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “... o “feed-back” que eu recebi das outras pessoas, seja clínicos, seja familiares, seja principalmente colegas demorou a ser encaixada pelos outros. A minha imagem, neste caso mais física, fez com que as pessoas não vissem logo o profissional que eu sou. Eu quando comecei a trabalhar... usava “piercings”, usava sempre o cabelo em pé, ou seja, fez com que as pessoas olhassem para mim um bocado de lado, não é normal, a gente tem uma... uma certa imagem do... do enfermeiro que se calhar não se coaduna com este tipo de aspecto, e então as pessoas olhavam... faziam como que uma... uma primeira avaliação menos positiva ou até negativa.” (E5) <p><u>Insegurança no desempenho</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “... tem muita responsabilidade (...) “tou” sempre com aquele medo de poder cometer algum erro e pôr em risco a vida da pessoa, porque temos que ter muita atenção, naquilo que fazemos... verificar sempre duas vezes... e eu tento sempre isso, para não acontecer nada de mal...” (E3)
Características valorizadas na imagem de si	<p><u>Físicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “... tento ser que ter boa apresentação. Mas não ando com brincos compridos (...) nem ando maquilhada mas isso já é de mim...” (E3)

Pessoal

- *“... eu sou uma optimista ...” (E7)*
- *“... ser muito meiga para os doentes, porque estão numa situação difícil, e tento ser isso – meiga -, e simpática. Também tento ter paciência ...” (E3)*

Profissional

- *“... eu sinto que sou uma pessoa muito capaz, com uma grande capacidade de eficácia a trabalhar.” (E5)*

Relação com os outros

- *“... tenho uma... uma imagem vinda dos outros muito mais positiva, do que se calhar tinha ao princípio. Veio reforçar ainda mais a auto-imagem que eu tinha de mim mesmo.” (E5)*
- *“...a construção da minha auto-imagem vem em consequência daquilo que as pessoas com que eu trabalho vêem e no dia-a-dia me demonstram. (...) por vezes ser um bocadinho, não ser sobreponível com aquilo que eu penso.” (E8)*

Espírito de iniciativa

- *“Tento sempre dar uma resposta a cada problema que o doente... mesmo que não saiba, tento investigar e saber algo para lhe dar alguma resposta ...” (E4)*

Comunicação

- *“... se calhar a falar às vezes, não é... não fala de uma maneira tão correcta, não... não... não interpela as pessoas de uma maneira se calhar de uma maneira menos convencional, mas depois começaram-se a aperceber do outro lado, do outro lado profissional.” (E5)*

CATEGORIA – EVOLUÇÃO DA PROFISSÃO CONTADA PELOS

ENFERMEIROS

TEMA	<u>Subcategoria</u> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Declaração significativa</i>
Obstáculos encontrados na evolução da profissão	<p><u>Dificuldade em ser aceite como homem na profissão</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>“Tenho aqui colegas que trabalharam numa instituição privada, que tinha essencialmente mulheres, e nas quais era impeditivo o homem trabalhar. No primeiro dia em que um homem entrou num serviço de internamento as nossas colegas foram a esse serviço de internamento ver o “macaquinho” que estava a cuidar do doente. Eu peço-vos desculpa, mas esse “macaquinho” fui eu.” (E1)</i>▪ <i>“... esses homens começaram a trabalhar num serviço que não tinha o contacto com o corpo do outro. Os primeiros homens nessa instituição limitavam-se a picar...” (E1)</i> <p><u>Enfermeiro-Chefe (homem) era aceite</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>“Nós éramos predominantemente um grupo feminino (...) era mulheres por todo o lado, e tinhas em alguns serviços de ponta os enfermeiros chefes eram homens a quem era dada uma visão diferente. Um bom serviço ... era um homem a chefiar. Isto era fatal. E depois, havia algumas situações especiais ... havia alguma enfermeira chefe mas que tinha algum defeito, tinha assim um ar mais másculo (...) não tinham um ar feminino, isso não tinha.” (E4)</i>▪ <i>“Serviço de ponta – quem chefiava era um homem. Tinha o poder naquilo tudo. Nós sempre fomos muito viradas para a subserviência, para servir, para fazer de dama de caridade, de limpeza, de gestos delicados...” (E2)</i> <p><u>Profissão associada à religião</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>“... havia aquele sentimento das “escolinhas” de enfermagem, com as meninas que se portavam muito bem, com um cunho muito religioso ...” (E2)</i>▪ <i>“Na profissão essencialmente feminina há trezentos ou quatrocentos anos atrás era uma função das meretrizes porque tinham que mexer, como diziam os religiosos, os muros... os muros das pessoas.” (E6)</i> <p><u>Dominância do médico</u></p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>“... A enfermeira era um pouco a ajudante do médico, aquela que dava umas injeções e pouco mais...” (E2)</i>▪ <i>“...quando temos num serviço uma enfermeira chefe que tem um director de serviço ... e há muito “obrigada... , desculpe...”, mas é um pouco assim.</i>

Nós temos que nos afirmar para sermos pares, porque há sempre o poder masculino, quer queiramos quer não, do médico sobre a enfermeira. Ela fica abaixo..” (E2)

Funções pouco definidas

- *“Ninguém me “tá” a obrigar a fazer a função de outra pessoa, faço porque quero. As minhas tenho que fazer porque é o meu dever. As dos outros profissionais faço porque quero fazer ...” (E4)*
- *“... o enfermeiro faz as funções do enfermeiro, função de auxiliar, função de médico (...).” (E4)*
- *“É a mesma coisa que vai acontecer com os auxiliares se vier... eles podem executar, mas depois se a coisa corre para o torto? É preciso saber a globalidade. Eles estão-nos a fazer o mesmo a nós. Vão deixando essas funções se acham que são menores e vamos deixando e nós vamos fazendo. Vamo-nos habituando a fazer, vamos passando a informação uns para os outros, às tantas já toda a gente sabe fazer aquilo e eles já acham que é normal nós fazermos aquilo. Mas não é, não pode ser assim.” (E5)*
- *“...A mim neste momento preocupa-me é o bem cuidar do utente. E assusta-me imenso que algumas pessoas venham manusear algo que só eu é que, enquanto enfermeiro, posso ir fazer.” (E1)*

Autonomia apenas entre pares

- *“... o valor é todo dado à parte médica e não à parte de enfermagem (...) É a decisão. (...) Tem autonomia. Mas entre nós.” (E4)*
- *“A nossa autonomia é que não é visível para... O médico é que passa os medicamentos, o médico é o que... dá ordens em relação a determinadas técnicas... a executar determinadas técnicas. O enfermeiro tem muita autonomia. Nós sabemos aonde é que começa e acaba a nossa autonomia, mas se calhar para os doentes não é tão visível essa autonomia.” (E3)*
- *“... temos autonomia (...) é pouco visível (...) a autonomia tem que partir muito de nós e temos que ser nós, esta nova geração a mudar essa opinião.” (E3)*

Partilha de ideias entre enfermeiros e enfermeiras

- *“... entraram outras formas de ver, homens e mulheres têm diferentes formas de estar na vida, portanto têm diferentes ideias e penso que isso poderá estar a equilibrar a postura dos enfermeiros na prestação de cuidados e isso poderá... poderá... porque se nós convivemos só numa equipa de mulheres, é diferente de nós vivermos numa equipa em que há homens e mulheres. Geralmente as mulheres são muito mais conflituosas entre elas e quando há homens as coisas tentam amenizar-se um bocadinho ...” (E10)*
- *“A maior parte da sociedade (...) tem uma ideia de a mulher como um ser frágil e à medida que vão entrando homens na profissão, acho que as pessoas vão tendo a ideia que afinal isto não é só uma profissão de mulheres ...” (E10)*

Dignificar e lutar pela profissão

- *“... se eu quero dignificar uma profissão, se eu quero que a imagem do enfermeiro seja vista em paralelo com os outros indivíduos com uma formação superior, não posso limitar-me a estruturar uma carreira. Tenho*

que discutir, e tenho que partir para a guerra...” (E1)

- *“É este papel que o enfermeiro tem que saber... tem que saber aonde está e para onde quer ir. E eu penso que há neste momento muitos enfermeiros que já sabem muito bem fazer o seu papel e que têm ajudado a criar uma boa imagem ...” (E7)*
- *“Tamos” a lutar por uma coisa melhor. É que a nossa profissão “tava” em risco. ” (E3)*
- *“... vivemos um bocadinho uma dualidade, eu sou muito bom, eu até faço as coisas, eu até refilo, eu até tento lutar, eu até tento ajudar o doente, a família... (...) eu acho que nós na enfermagem “tamos” a perder capacidade de reflectir sobre as nossas práticas. Se pararmos um bocadinho para reflectir se calhar fica-nos algum amargo de boca.” (E8)*

Interacção entre médicos e enfermeiros

- *(...) quando eu comecei estava-se a viver um período mais, mais vivo (...) os enfermeiros e os médicos procuravam fazer. (...) queremos os dois chegar ao mesmo sítio, que era cuidar do doente, mas não havia pontos de... de... de... não se tocavam. Depois comecei a perceber que houve momentos na nossa vida profissional, como profissão em que havia interacção, os enfermeiros e os médicos começavam a discutir coisas.” (E8)*
- *“... da parte médica. Acho que embora haja aqueles pequenos atritos, normais, acho que eles têm bem a noção do valor que nós temos e sabem bem quando precisam da nossa ajuda.” (E5)*
- *“... a nível de inter pares nós acabamos sempre por ter que “tar” a comparar com outra... com outro estrato profissional... Penso que neste momento a imagem da enfermagem já tem, como é que se chama, já tem o seu papel, já tem a sua... a sua posição tanto dentro de uma instituição hospitalar como qualquer outra.” (E6)*

**CATEGORIA – COMPETÊNCIAS TÉCNICO-CIENTÍFICAS E HUMANAS DOS
ENFERMEIROS**

TEMA	<u>Subcategoria</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Declaração significativa</i>
Formação Superior	<p><u>Maior valorização da profissão</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“A formação dos enfermeiros felizmente passou para curso superior (...) a formação superior foi extraordinária. Deu um subir na valorização social grande.” (E1)</i> ▪ <i>“... nós temos muito mais... temos uma habilitação muito maior...” (E5)</i> ▪ <i>“... tem saberes próprios, que tem uma maneira de estar que é resultado de uma formação não só acadêmica como profissional. Neste aspecto eu acho que “tamos” a melhorar em determinados contextos.” (E8)</i> ▪ <i>“... este curso de licenciatura, as pessoas “tão” melhor formadas, “tão” formadas com mais consistência.” (E8)</i>
Situações de cuidar	<p><u>É importante a componente humana</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... cuida-se de pessoas, há uma componente humana muito grande que tem que continuar a ser valorizada, e que neste momento é aquilo que se tem que trabalhar.” (E2)</i> ▪ <i>“... eu tenho pessoas que... que só por dar a mão dizem que é importantíssimo e não dar uma injeção... é isso. Querem muito mais... ou um sorriso. E eles valorizam muito ...”(E3)</i> ▪ <i>“Ser enfermeiro é saber-se relacionar com, e com, com toda a gente, não é só com o doente, mas com todos aqueles que fazem, que estão ao círculo do doente e a família é um ponto fundamental.” (E10)</i> ▪ <i>“...aonde é que nós vamos melhorar? É realmente nas relações humanas.” (E2)</i> <p><u>O enfermeiro está sempre presente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... o enfermeiro faz as funções do enfermeiro, função de auxiliar, função de médico, conforme o serviço. (...) Porque somos nós que estamos presentes.” (E4)</i> <p><u>O enfermeiro é reconhecido pelos utentes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... no internamento hospitalar acabam por nos dizer muitas vezes “Ah! Mas vocês afinal trabalham muito! Ah! Mas vocês fazem coisas de muita responsabilidade!”, o que dá a ideia que têm... reconhecem outro tipo de capacidades, outro tipo de funções e muitas vezes quando saem do hospital ficam... levam a ideia de que afinal um enfermeiro é uma pessoa que merece todo o meu respeito. Quando se calhar quando chegou ali (...) sem terem grande... grande consideração ...” (E8)</i>

O enfermeiro deve distinguir o tratar do cuidar

- *“... o pessoal mais novo, está muito mais preocupado com os aspectos técnicos, passa a expressão, vê muito mais monitorizações, vê muito menos doente, doente na perspectiva da relação, portanto, dar... em termos da relação de ajuda, pessoal mais velhote (...) vê mais esta parte e... e... tanto lhe dá ir medir uma tensão arterial com o aparelho “digitálico” como lhe dá ir com o esfignomanómetro e o estetoscópio, é igual, aliás, alguns deles até aproveitam este estetoscópio e o esfignomanómetro para estarem a falar com o doente ...” (E1)*

CATEGORIA – MUDANÇAS NA PROFISSÃO

TEMA	<u>Subcategoria</u>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Declaração significativa</i>
Profissão a evoluir	<p><u>Imagem positiva</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... está a tornar-se, pronto, mais positiva (...) pelo menos o que eu ouço falar desta nova geração... muito mais atenciosos (...) temos muito mais essa preocupação.”(E3)</i> ▪ <i>“...é positiva e que tem melhorado.” (E2)</i> ▪ <i>“... sabemos bem a importância que temos, e como tal sabemos bem que é uma profissão que está a crescer em termos de imagem ...” (E5)</i> <p><u>Filosofia da profissão está a mudar para o bom caminho</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... penso que a filosofia da enfermagem está a mudar e é preciso nós conseguirmos apanhar este barco, não perdermos, porque as coisas estão a mudar. O conceito de gestão, tudo isso, conceito de gestão, cuidados de enfermagem, o próprio conceito de profissional de enfermagem está a mudar e é importante nós conseguirmos apanhar isso a nosso favor (...) acho que “tamos” no bom caminho.” (E7)</i> <p><u>Profissão com momentos oscilantes</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“Com um movimento oscilatório (...) tem tido períodos em que melhorou francamente, quando deixou... (...) quando deixaram de haver os cursos de... de... auxiliares de acção médica. Passámos todos a ter mais ou menos uniformizados os saberes (...) Eu acho que o facto das pessoas saberem... terem licenciatura para a... para as pessoas que precisam do nosso cuidado, não mudou grandemente. E devia ter mudado. Por isso é uma coisa que eu vejo com preocupação.” (E8)</i> <p><u>Promoção da imagem</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“... os enfermeiros é que têm um papel preponderante nisso. Eu dou a imagem que eu quero de mim própria. (...) Eu é que tenho que saber vender o meu produto. E acho que os enfermeiros cada vez melhor “tão” a vender melhor o seu produto.” (E7)</i>
Apreciação do público	<p><u>O doente começa a valorizar o enfermeiro</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“O doente começa a entender o enfermeiro como um profissional de saúde na mesma ordem de grandeza do que outros profissionais de saúde, para lhe prestar os melhores cuidados. Todos os cuidados de enfermagem (...) Começa a perceber a necessidade de se valer dos conhecimentos do enfermeiro.” (E1)</i> ▪ <i>“Cada vez mais temos um papel na sociedade e cada vez mais também sinto que os doentes deixam de ver o enfermeiro como auxiliar do médico mas como um profissional autónomo. Já perguntam coisas ao enfermeiro.”(E7)</i> <p><u>Opinião do público em geral é negativa</u></p>

	<ul style="list-style-type: none">▪ <i>“A começar pela do público, é a que eu gosto menos, acho que a pessoa comum do dia-a-dia que nós abordemos, tem uma imagem dos enfermeiros um bocado distinta da realidade. Acabam por achar (...) a função do enfermeiro é basicamente dar injeções, fazer pensos, isto numa pessoa que não tenha que “tar” internada, não tenha “tado” em algum momento inserida no meio.” (E5)</i>▪ <i>“.. .acima de nós os médicos, em termos de decisão (...) as pessoas nos... nos releguem para um papel secundário em algumas situações e daí também minorar a nossa imagem para o público em geral.” (E5)</i>▪ <i>“... em termos da imagem que a população tem de nós, eu acho que continuamos a piorar grandemente.” (E8)</i>
--	--