

DEOLINDA ANTUNES DA LUZ

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM PSICOLOGIA
ESPECIALIDADE PSICOLOGIA SOCIAL

DO FAZER AO SER

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO ENFERMEIRO PARA O ALUNO DE
ENFERMAGEM**

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA NATÁLIA RAMOS

UNIVERSIDADE ABERTA

LISBOA ● 2005

AGRADECIMENTOS

Quero em primeiro lugar agradecer à Professora Doutora Natália Ramos por me ter ajudado a ancorar num momento de “ deriva em águas revoltas”.

Aos professores e alunos das escolas superiores de Enfermagem D. Ana Guedes, Cidade do Porto, S. João do Porto, Dr. Ângelo da Fonseca, *Bissaya Barreto*, Francisco Gentil, *Calouste Gulbenkian* de Lisboa e de Artur Ravara, pela gentileza, disponibilidade e prontidão com que colaboraram neste estudo.

À Dr.^a Margarida Rebelo pelo tratamento estatístico e apoio nos momentos mais difíceis.

Aos meus amigos e colegas pelo apoio e o carinho, nos muitos momentos de desalento.

E por fim, e não menos importante, à Ana, impossível não contar com a sua presença, ao meu filho Filipe e ao Zé, meu marido, pelo apoio incondicional, e pela compreensão inexcelsível nas minhas longas “ausências”. E, ainda, à minha mãe pelo seu testemunho de vida.

Todos, à sua maneira, foram um sustentáculo imprescindível nesta longa *caminhada*.

Índice Geral

RESUMO	X
ABSTRACT.....	XI
INTRODUÇÃO.....	1

I PARTE - ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL

CAPÍTULO I.	ENFERMAGEM: CONCEITO E MODELOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	25
CAP I.1	Prestação de Cuidados de Enfermagem: Evolução de um Conceito	25
CAP I.2	Prestação de Cuidados de Enfermagem: Modelos e Teorias.....	30
CAPÍTULO II.	ENFERMEIRO/PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	40
CAP II.1	Identidade do Enfermeiro	40
CAP II.2	Legislação Regulamentar do Desempenho do Exercício de Enfermagem.....	44
CAPÍTULO III.	POLÍTICAS EDUCATIVAS E ENSINO / FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	47
CAP III.1	Evolução do Ensino / Formação de Enfermagem em Portugal	56
CAP III.2	Contexto Actual da Formação do Enfermeiro em Portugal.....	67
CAPÍTULO IV.	O CONCEITO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL.....	83
CAP IV.1	Representação Social e Educação e Ensino/Formação.....	88
CAP IV.2	Representação Social da Profissão de Enfermagem	93

II PARTE - METODOLOGIA E ESTUDO EMPIRICO

CAPÍTULO V.	METODOLOGIA	101
CAP V.1	Delimitação do Objecto de Estudo.....	103
CAP V.2	Estudo Longitudinal.....	107
V.2.1	Seleção da Amostra.....	108
V.2.2	Pré – Teste	109
V.2.3	Instrumento de Recolha de Dados	110
V.2.4	Recolha de Dados	117
CAP V.3	Estudo do Tipo Comparativo.....	119
V.3.1	Seleção da Amostra.....	120
V.3.2	Recolha de Dados	121
CAP V.4	Estudo qualitativo.....	122

CAPÍTULO VI.	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	125
CAP VI.1	Caracterização Sócio-Demográfica dos Sujeitos e do Agregado Familiar	125
CAP VI.2	Relação de Proximidade com a Profissão de Enfermagem	132
CAP VI.3	Caracterização da Profissão de Enfermagem	136
CAP VI.4	Acesso ao Ensino Superior	146
CAP VI.5	Diploma e Mercado de Trabalho	147
CAP VI.6	Análises Transversal e Longitudinal da Relação de Proximidade com a Profissão de Enfermagem	151
	VI.6.1 Análises Transversal e Longitudinal das Razões de Recurso aos Serviços de Enfermagem.....	151
	VI.6.2 Análises Transversal e Longitudinal das Recordações dos Serviços de Enfermagem.....	156
CAP VI.7	Análises Transversal e Longitudinal da Caracterização da Profissão de Enfermagem 158	
	VI.7.1 Análises Transversal e Longitudinal das Instituições onde o Enfermeiro pode Desempenhar a sua Função	158
	VI.7.2 Análises Transversal e Longitudinal dos Significados Associados à Profissão de Enfermagem	162
	VI.7.3 Análises Transversal e Longitudinal das Competências Necessárias ao Exercício da Profissão	167
	VI.7.4 Análises Transversal e Longitudinal das Razões de Escolha da Profissão de Enfermagem.....	172
CAP VI.8	Comparação entre bacharéis e licenciados em Enfermagem.....	186
	VI.8.1 Caracterização da amostra dos licenciados	186
	VI.8.2 Relação de Proximidade com a Profissão de Enfermagem.....	192
	VI.8.3 Caracterização da Profissão de Enfermagem	196
	VI.8.4 Acesso ao Ensino Superior	203
	VI.8.5 Diploma e Mercado de Trabalho	203
	VI.8.6 Análise Comparativa da Relação de Proximidade com a Profissão de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados	205
	VI.8.7 Análise comparativa da Caracterização da Profissão de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados.....	206
CAP VI.9	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS PROFESSORES	210

CAPÍTULO VII. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	217
CONCLUSÕES	245
BIBLIOGRAFIA	254
ANEXOS	274
Anexo 1 – QUESTIONÁRIO 1ª FASE	275
Anexo 2 – QUESTIONÁRIO 2ª FASE	282
Anexo 3 – QUESTIONÁRIO 3ª FASE	287
Anexo 4 – QUESTIONÁRIO 4ª FASE (Licenciados)	290
Anexo 5 – FICHA METODOLÓGICA DAS ANÁLISES TRANSVERSAIS E LONGITUDINAL	298
Anexo 6 – GUIÃO DE ENTREVISTA AOS PROFESSORES DO ENSINO DE ENFERMAGEM ..	301
Anexo 7 – ENTREVISTAS - Análise de conteúdo	302
Anexo 8 – ENTREVISTAS – Fundamentação Teórica	324
Anexo 9 – GLOSSÁRIO	332

Índice de Quadros

Quadro 1. Caracterização dos paradigmas da prestação de cuidados de enfermagem.....	39
Quadro 2. Evolução das escolas de enfermagem portuguesas até ao ano de 2000 (oficiais).....	54
Quadro 3. Evolução das escolas de enfermagem portuguesas até ao ano de 2000 (particulares).....	56
Quadro 4. Evolução do ensino da enfermagem em Portugal.....	66
Quadro 5. Relação entre os anos de escolaridade e os níveis de ensino nas décadas de 70, 80 e 90 do século XX no Sistema Educativo Português.....	113
Quadro 6. Recolha de dados – aplicação do questionário.....	118
Quadro 7. Distribuição da amostra, por escola e fases de administração do questionário.....	125
Quadro 8. Distribuição da amostra, por sexo e fases de administração do questionário.....	126
Quadro 9. Distribuição da amostra, por idade e fases de administração do questionário.....	126
Quadro 10. Distribuição da amostra, por local de nascimento e fases de administração do questionário.....	126
Quadro 11. Distribuição da amostra, por local de frequência do ensino secundário e fases de administração do questionário.....	127
Quadro 12. Distribuição da amostra, por local de residência dos pais e fases de administração do questionário.....	128
Quadro 13. Distribuição da amostra, por escolaridade dos pais e fases de administração do questionário.....	128
Quadro 14. Distribuição da amostra, por sector de actividade dos pais e fases de administração do questionário.....	129
Quadro 15. Estatística descritiva da idade dos pais, dimensão média do agregado familiar e número de filhos dependentes.....	130
Quadro 16. Distribuição da tipologia da família.....	130
Quadro 17. Rendimento mensal do agregado familiar.....	131
Quadro 18. Pais com profissões ligadas à área da saúde.....	132
Quadro 19. Familiares e/ou amigos que frequentam e/ou possuem o curso de enfermagem.....	132
Quadro 20. Influências na escolha do curso de enfermagem.....	133
Quadro 21. Proximidade à profissão de enfermagem.....	133
Quadro 22. Contextos de influência de familiares, amigos e outras pessoas na escolha do curso de enfermagem.....	134
Quadro 23. Recurso habitual aos serviços de enfermagem.....	134
Quadro 24. Razões porque recorrem aos serviços de enfermagem.....	135

Quadro 25. Recordação dos serviços de enfermagem	136
Quadro 26. Instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a profissão, por fase de administração do questionário	137
Quadro 27. Significação da profissão de enfermagem	138
Quadro 28. Competências genéricas no desempenho da profissão de enfermagem, por fase de administração do questionário	139
Quadro 29. Soft skills no desempenho da profissão de enfermagem, por fase de administração do questionário	140
Quadro 30. Competências de 3ª dimensão no desempenho da profissão de enfermagem, por fase de administração do questionário	141
Quadro 31. Razões apontadas para a justificação da profissão de enfermagem ser uma vocação	142
Quadro 32. Razões de escolha da profissão de enfermagem, por fase de administração do questionário	142
Quadro 33. Opção entre os cursos de enfermagem e medicina	143
Quadro 34. Razões de escolha entre os cursos de enfermagem e medicina	144
Quadro 35. Razões da aceitação do curso de enfermagem pela família	144
Quadro 36. Escolha do curso de enfermagem no acesso ao ensino superior	146
Quadro 37. Ordem da escolha das várias opções de ingresso no ensino superior	147
Quadro 38. Áreas em que gostaria de exercer a profissão de enfermagem	148
Quadro 39. Competências necessárias ao exercício da profissão nas áreas da Urgência e da Cirurgia (1ª fase)	148
Quadro 40. Competências necessárias ao exercício da profissão nas áreas da Urgência e da Oncologia (2ª fase)	149
Quadro 41. Competências necessárias ao exercício da profissão nas áreas da Urgência, da Oncologia e da Cirurgia (3ª fase)	150
Quadro 42. Análise transversal das razões de recurso aos serviços de enfermagem, por sexo do inquirido e fases do estudo longitudinal	152
Quadro 43. Análise transversal das razões de recurso aos serviços de enfermagem, por faixa etária e fases do estudo longitudinal	152
Quadro 44. Análise transversal das razões de recurso aos serviços de enfermagem, por região da escola de enfermagem e fases do estudo longitudinal	153
Quadro 45. Análise transversal das razões de recurso aos serviços de enfermagem, por região de residência dos pais e fases do estudo longitudinal	154
Quadro 46. Recordações dos serviços de enfermagem, por sexo do inquirido (2ª fase)	156
Quadro 47. Recordações dos serviços de enfermagem, por região de escola de enfermagem (1ª fase)	157

Quadro 48. Instituições de tipo preventivo, por faixa etária (3ª fase)	158
Quadro 49. Análise transversal das instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a sua função, por região da escola de enfermagem e fases do estudo longitudinal	159
Quadro 50. Instituições de apoio social, por sector de actividade profissional das mães (2ª fase)	160
Quadro 51. Análise transversal das instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a sua função, por região de residência (pais) e fases do estudo longitudinal.....	161
Quadro 52. Análise transversal dos significados associados à profissão de enfermagem, por sexo do inquirido e fases do estudo longitudinal	163
Quadro 53. Significados associados à profissão de enfermagem, por sexo do inquirido (3ª fase)	163
Quadro 54. Análises transversal dos significados associados à profissão de enfermagem, por região da escola de enfermagem e fases do estudo longitudinal	164
Quadro 55. Análise transversal dos significados associados à profissão de enfermagem, por região de residência dos pais (1ª e 2ª fases).....	166
Quadro 56. Análises transversal das competências necessárias ao exercício da profissão, por sexo dos inquiridos (1ª e 2ª fases)	168
Quadro 57. Análises transversal das competências necessárias ao exercício da profissão, por faixa etária e fases do estudo longitudinal	169
Quadro 58. Análises transversal das competências necessárias ao exercício da profissão, por região da Escola de Enfermagem e fases do estudo longitudinal	170
Quadro 59. Análise transversal das competências necessárias ao exercício da profissão, por região de residência dos pais e fases do estudo longitudinal	171
Quadro 60. Análise transversal das razões de escolha da profissão de enfermagem, por sexo dos inquiridos (1ª e 2ª fases).....	173
Quadro 61. Análise transversal das razões de escolha da profissão de enfermagem, por região da escola de enfermagem e fases do estudo longitudinal	174
Quadro 62. Razões de escolha da profissão de enfermagem, por sector de actividade profissional das mães (1ª e 3ª fases).....	175
Quadro 63. Razões de escolha da profissão de enfermagem, por região de residência dos pais (1ª fase).....	176
Quadro 64. Razões de escolha da profissão de enfermagem, por pais com profissões ligadas à área da enfermagem/saúde (2ª e 3ª fases)	177
Quadro 65. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por sexo dos inquiridos e fases do estudo longitudinal.....	178
Quadro 66. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por faixa etária dos inquiridos (1ª e 3ª fases).....	180
Quadro 67. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por região das escolas de enfermagem e fases do estudo longitudinal	181
Quadro 67. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por região das escolas de	

enfermagem e fases do estudo longitudinal (continuação).....	182
Quadro 68. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por nível de escolaridade das mães e fases do estudo longitudinal.....	183
Quadro 69. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por sector de actividade profissional das mães (1ª fase).....	183
Quadro 70. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por região de residência dos pais e fases do estudo longitudinal	184
Quadro 71. Distribuição da amostra, por escola	187
Quadro 72. Distribuição da amostra, por sexo	187
Quadro 73. Distribuição da amostra, por idade.....	187
Quadro 74. Distribuição da amostra, por local de nascimento.....	188
Quadro 75. Distribuição da amostra, por local de frequência do ensino secundário.....	188
Quadro 76. Distribuição da amostra, por local de residência dos pais.....	189
Quadro 77. Distribuição da amostra, por escolaridade dos pais.....	189
Quadro 78. Distribuição da amostra, por sector de actividade dos pais	190
Quadro 79. Estatística descritiva da idade dos pais, dimensão média do agregado familiar e número de filhos dependentes.....	190
Quadro 80. Distribuição da tipologia da família.....	191
Quadro 81. Rendimento mensal do agregado familiar.....	191
Quadro 82. Pais com profissões ligadas à área da saúde	192
Quadro 83. Familiares e/ou amigos que frequentam e/ou possuem o curso de enfermagem	193
Quadro 84. Influências na escolha do curso de enfermagem	193
Quadro 85. Proximidade à profissão de enfermagem.....	193
Quadro 86. Contextos de influência de familiares, amigos e outras pessoas na escolha do curso de enfermagem	194
Quadro 87. Recurso habitual aos serviços de enfermagem	195
Quadro 88. Razões de recurso aos serviços de enfermagem	195
Quadro 89. Recordação dos serviços de enfermagem	196
Quadro 90. Instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a profissão	197
Quadro 91. Os significados associados à profissão de enfermagem.....	197
Quadro 92. Tipo de competências no desempenho da profissão de enfermagem	198
Quadro 93. Razões apontadas para a justificação da profissão de enfermagem ser uma vocação	199
Quadro 94. Razões de escolha da profissão de enfermagem	200
Quadro 95. Opção entre os cursos de enfermagem e medicina.....	200

Quadro 96. Razões de escolha entre os cursos de enfermagem e medicina	201
Quadro 97. Razões da aceitação do curso de enfermagem pela família.....	201
Quadro 98. Posição do curso de enfermagem no acesso ao ensino superior	203
Quadro 99. Áreas em que gostaria de exercer a profissão de enfermagem	203
Quadro 100. Competências necessárias ao exercício da profissão nas áreas de Medicina, Geriatria e Outras Áreas.....	204
Quadro 101. Análise comparativa das Razões de Recurso aos Serviços de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados	205
Quadro 102. Análise comparativa das Recordações dos Serviços de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados.....	205
Quadro 103. Análise comparativa das Instituições onde o Enfermeiro pode Desempenhar a sua Função entre Bacharéis e Licenciados	206
Quadro 104. Análise comparativa dos Significados Associados à Profissão de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados	207
Quadro 105. Análise comparativa das Competências Necessárias ao Exercício da Profissão entre Bacharéis e Licenciados	207
Quadro 106. Análise comparativa das Razões de Escolha da Profissão de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados	208
Quadro 107. Comparação da escolha das áreas da saúde entre Bacharéis e Licenciados	209
Quadro 108. Distribuição dos entrevistados, por sexo.....	210
Quadro 109. Distribuição dos entrevistados, por idade.....	210
Quadro 110. Distribuição dos entrevistados por grau acadêmico	211
Quadro 111. Distribuição dos entrevistados por categoria Profissional	211
Quadro 112. Distribuição dos entrevistados, por antiguidade na profissão de Enfermagem	211
Quadro 113. Distribuição dos entrevistados, por antiguidade na docência.....	212
Quadro 114. Classificação das diferenças entre os alunos dos cursos de Licenciatura e Bacharel em Enfermagem quanto às vertentes Teórica e Prática.....	213
Quadro 115. Classificação das diferenças entre os alunos dos cursos de Licenciatura e Bacharelato em Enfermagem quanto aos vectores do Processo de Ensino - Aprendizagem.....	214
Quadro 116. Distribuição dos significados de Enfermeiro de acordo com os Paradigmas subjacentes à disciplina de Enfermagem	215
Quadro 117. Distribuição da classificação das Competências essenciais ao exercício da profissão de Enfermeiro	216

RESUMO

Consideramos ser durante o processo educativo que os alunos desenvolvem as competências conducentes a uma sólida formação profissional.

É a formação dos enfermeiros que colocamos em questão e análise quando estudamos a representação social do enfermeiro no aluno que frequenta o curso de enfermagem.

A realização do estudo assenta nas teorias que lhe estão subjacentes. Desta forma partimos da História da Enfermagem para a evolução do ensino de enfermagem em Portugal, a fim de melhor compreendermos o contexto envolvente da prestação de cuidados de enfermagem e de saúde, na actualidade.

Baseamo-nos na teoria das representações sociais por considerarmos, que esta é um instrumento da compreensão e transformação da vida social e, por consequência, dos seus significados.

Neste sentido realizamos um estudo longitudinal para o qual seleccionámos os alunos do curso de Bacharelato em Enfermagem, com início no ano lectivo 1998/1999, aos quais aplicamos um questionário em três fases diferentes: no início, no meio e no final do curso. Posteriormente, realizamos um estudo comparativo com alunos do curso de Licenciatura em Enfermagem (Finalistas no ano lectivo 2003/2004), com a finalidade de apurarmos se haveria diferenças entre os alunos do curso de Enfermagem, com níveis de formação diferentes.

A fim de aprofundarmos e aumentarmos a fiabilidade do nosso estudo, também, quisemos saber a opinião dos professores de enfermagem sobre os dois tipos de alunos de Enfermagem e, ainda, acerca da formação nesta área.

Com esta metodologia pretendemos verificar se os alunos de enfermagem alteram, efectivamente, a representação social sobre o enfermeiro com a frequência do curso.

Através da análise e tratamento dos resultados obtidos verificamos que os alunos parecem alterar a representação social do enfermeiro com a frequência do curso de enfermagem, quando conceptualizam enfermagem, valorizando mais, no final do curso, a dimensão da prestação dos cuidados de saúde ao indivíduo

no seu todo bio-psico- social, cultural e espiritual.

No entanto, observa-se quando escolhem nos serviços de saúde os locais de trabalho, que os alunos optam pelo desempenho da profissão de enfermagem em áreas dos cuidados da saúde diferenciados, ou seja direccionadas para a dimensão curativa (urgência, cirurgia, medicina), demonstrando alguma dissonância entre os seus conceitos teóricos e as suas práticas, na profissão de enfermagem.

ABSTRACT

The current study considers how students develop their professional understanding of nursing during higher education.

We analysed the training programme used during a nursing degree as well as the evolution of the concept of nursing from a student point of view.

The study hereby presented started analysing the history of nursing gradually focusing on the evolution of the teaching strategies in nursing schools in Portugal. This was done aiming to achieve a better understanding of the current context of nursing and healthcare.

Our study is based on the theory of social representations, as we consider this to be a comprehensive tool for understanding and transformation of social life, and all related to it.

We undertook a comparative study including students from a bachelor degree (starting in 1998/1999) and students from a higher degree. A questionnaire was applied in three different stages of the stages of the degrees: beginning, middle and end. The aim was to determine the level of understanding of the overall concept of nursing between the two groups of students.

In order to complete our study we also investigate the opinion of the lectures involved about the two different degrees. With the above strategy we attempted to verify the evolution of the concept of nursing during the time course of the two degrees.

Our results showed the students develop their understanding of nursing

during their training. By the end of the degree they were more aware of the complexity involved in the nursing practice, looking at a patient from different perspectives: bio-psychological, social, cultural and spiritual dimension.

However, the current study also concluded that, when choosing a career, the students select differentiated care posts (such as accident and emergency, surgery or medicine). This shows a degree of dissonance between theoretical concepts and the practical side of nursing.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos vinte e seis anos dedicados ao ensino de enfermagem, ou seja, à formação de profissionais de enfermagem, enfermeiros, muitas foram as interrogações sobre a adequação do ensino/aprendizagem de enfermagem ao desenvolvimento das competências inerentes à responsabilidade social da prestação de cuidados de saúde *ao indivíduo (ser bio-psico-social e cultural), objecto dos cuidados de enfermagem.*

O facto de nos depararmos, ao longo da nossa experiência profissional, com situações *déjà vu*, ou seja, com rotinas e modelos de intervenção não congruentes com o preconizado na Formação e no processo de cuidar em Enfermagem, levou-nos a reflectir sobre a representação social que os alunos de Enfermagem teriam sobre o Enfermeiro e se haveria alteração da mesma ao longo do curso e entre os diferentes níveis de curso.

Notamos que a integração do Ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico, em 1988, pelo Decreto-Lei 480/88 foi um marco, importante, na formação dos profissionais de enfermagem. Deste modo, o ensino de enfermagem tem acompanhado a evolução das ciências e da tecnologia, em geral, de forma a poder responder às crescentes exigências de cuidados de saúde, do indivíduo, das famílias e da comunidade.

Neste sentido a necessidade de reflectirmos sobre a profissão de enfermagem, mais concretamente sobre o "papel social" do enfermeiro, profissional de enfermagem, levou-nos a enveredar pelo "campo" das representações sociais considerando que a representação social é uma forma específica de conhecimento, o conhecimento prático, que cada um de nós constrói tendo em vista a adequação do comportamento individual/social¹.

Foi *Moscovici*, na década de 60 do século XX, que defendeu que as pessoas, quer individualmente quer em grupo, geram sobre si, sobre os objectos e sobre os acontecimentos de vida, interpretações que são facilitadoras da comunicação social e imprimem determinadas particularidades aos comportamentos sociais.

¹ Cf. *Berger/Luckman* e todos os sociólogos desde o século XIX.

Igualmente, *Moscovici* (1978), considera que a especificidade dos fenómenos representativos das sociedades contemporâneas caracteriza a intensidade, a fluidez das trocas, a comunicação, a pluralidade e a mobilidade sociais, bem como o desenvolvimento da ciência, o que indica a importância das representações sociais na orientação dos comportamentos e das relações interpessoais.

Mais, segundo refere *Vala* (1986)², a emergência das representações realiza-se na interacção social, serve a interacção social e é afectada pelos dinamismos sociais cujas lógicas regulam a focalização, a difusão da informação e as pressões para a inferência. A construção de uma representação é, ainda, conforme *Vala* (1993,p.358), *um processo que, entre outros aspectos, reenvia para as experiências da vida quotidiana e para a actividade cognitiva que os indivíduos a partir daí desenvolvem.*

Desta forma, poderemos dizer que a informação é o resultado da interacção social, de um processo de comparação e de identificação, que nos permite posicionar face aos outros. É neste contexto, que consideramos pertinente estudar a representação social do profissional de enfermagem, enfermeiro, nos alunos de enfermagem.

O carácter interdisciplinar da teoria das representações sociais reflecte-se nas pesquisas realizadas pelos investigadores das diferentes áreas, sendo um instrumento fundamental para a compreensão e transformação da vida social e dos seus significados.

Na verdade, o paradigma das representações sociais fundamenta pesquisas em diversos domínios, por exemplo Psicologia Social, Psicanálise, História, Antropologia, Economia, Semiótica, Comunicação, Sociologia. Do mesmo modo, vem fundamentando pesquisas no domínio da Educação. A necessidade da flexibilidade do processo educativo, na era pós-moderna, assenta num quadro de referência comum "o saber científico e as práticas sociais", criando novos cenários na Educação/Formação.

Assim, verificamos que no contexto educativo tradicional a representação social é um *conceito central* em pesquisas, como, por exemplo, as "expectativas

² Jorge Vala (1986) – *Sobre as representações para uma epistemologia do senso comum*, Porto, Afrontamento, Cadernos de Ciências Sociais, Nº 4 (Abril)

recíprocas dos Professores / Alunos – actores educativos alargadas aos Pais” (*Gage, 1958; Gilly, 1968; Mollo, 1979; Jubin, 1991*) e no “efeito de Pigmaleão” (*Jacobson, Rosenthal, 1971; Santos, 1991; Oliveira, 1992*).

É, também, um dado adquirido que na segunda metade do século XX, as pesquisas em Ciências da Educação não só cresceram de forma exponencial como também se diferenciaram no que toca ao objecto, aos modelos e às metodologias de pesquisa (OCDE, 1995; 1997; 1998).

No que diz respeito aos modelos, um inventário da literatura sobre educação, revela-nos que as representações sociais, no contexto educativo, vêm fundamentando diversas pesquisas desde os anos 50.

Podemos, deste modo, destacar várias gerações no recurso ao paradigma das representações sociais e agrupá-las em duas grandes categorias:

Um campo tradicional;

Um campo evolutivo.

No *campo tradicional*, até 1980, podemos integrar as pesquisas respeitantes às:

Percepções e representações dos professores perante os resultados dos alunos (*Gage, 1958; Gilly, 1968*), efeito *Pigmaleão* (*Rosenthal, Jacobson, 1971*);

Expectativas do professor e aprendizagem do aluno (*Rosenthal, 1971*);

Expectativas das famílias em relação à escola (*Tedesco, 1970; Mollo, 1974*);

Representações recíprocas do professor e do aluno (*Abraham, 1972; Gilly, 1980*).

No *campo evolutivo* a partir de 1980, destacamos:

Didáctica e representações (*Moscovici, 1983; Fazenda, 1992; Rangel, 1994*).

Educação e representações dos actores da educação (*Martins, 1989; Jamati, 1990; Jubin, 1991; Perrenoud, 1994; Rangel, 1994; Nóvoa, 1996; Cabral, 1998*).

Formação, educação e representação social (*Demarteau, Pereira, Squier, 1994*).

Currículo, conhecimentos e suas representações (*Pedra, 1997; Lautier, 1997*).

Educação, os media e representações (*Ranjard, 1990; Forquin, 1993*).

Educação, novas tecnologias e representações (*Vignaud, 1993; Daguet, 1994; Baron, Bruillard, 1996*).

Revisitação do efeito *Pigmaleão* (*Corona, Nagel, 1988; Santos, 1991; Oliveira, 1992*).

Muitos foram os estudos relacionados com o ensino primário/ensino básico com deslocação ao ensino secundário, versando os actores, o quotidiano, a cultura e a sociedade na Escola.

Concluindo, as pesquisas em educação fundamentadas nas representações sociais, centram-se, numa primeira fase / geração, na percepção do aluno, do professor e dos pais e numa segunda fase / geração nas didácticas, no currículo, no quotidiano da sala de aula e assiste-se à revisitação do "efeito *Pigmaleão*", versando, apenas, os ensinamentos primário e secundário.

Igualmente, revemos os estudos realizados em Portugal sobre a temática das representações sociais no âmbito de enfermagem, tarefa difícil dado que é notória, em Portugal, a falta de investigação (estudos, publicações) na área científica de enfermagem, principalmente, na vertente da educação, formação e representação social.

Assim, no que diz respeito à *área de enfermagem*, a literatura existente remete para os domínios da evolução histórica, do "cuidar", do exercício profissional, da ética e do campo sociológico, dos quais destacamos, a título de exemplo, os seguintes estudos:

"A formação do enfermeiro no contexto do trabalho com o cliente idoso" (*Costa, 1998*);

"A evolução do ensino de enfermagem, em Portugal, no período de 1880 – 1950" (*Soares, 1997*);

"O que é enfermagem? O que fazem os enfermeiros? Perspectiva dos alunos de enfermagem" (*Bento, 1997*);

"Representação social do enfermeiro de saúde materna e obstétrica nas puérperas" (*Santos, 1995*);

"Cuidar, tratar e desenvolvimento sócio – moral em estudantes de enfermagem" (*Fradique, 1994*);

"Saberes, ideologias e identidades de enfermagem" (*Lopes, 1994*);

“Encruzilhada de diferentes modelos de acção profissional, assentes nas competências e saberes de múltiplas profissões e universos sociais dos serviços, no contexto hospitalar” (Carapinheiro, 1993).

No âmbito internacional, salienta-se o Continente Americano (Canadá, Estados Unidos, Brasil), constatando-se um maior investimento na investigação em Enfermagem nos domínios do cuidar (“o doente oncológico”, “o doente com dor”, o doente com o síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA)”, “o idoso”,...), do *desempenho profissional* (“stress profissional”, “saúde ocupacional”, ...) e da *percepção da doença* (“representação dos doentes com cancro”, “representação da dor”, ...). (*Qualitative Health Research*, 1999; *Spink*, 1995).

Ainda, a título de exemplo referenciamos a realização de duzentos e oitenta (280) dissertações de doutoramento e mestrado realizadas no Brasil no ano 2001.

Curiosamente dos títulos referenciados, no Brasil, apenas oito (8) estudam o conceito de representação social no âmbito da enfermagem, e nenhum se aplica à formação dos profissionais de enfermagem.

É a partir da década de 90 do século XX que começam a ser divulgados os primeiros estudos de enfermagem em Portugal, verificando-se, desde então, uma crescente produção científica. Lembramos que é a partir da aplicação do decreto-lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro, e o início do primeiro curso de Bacharelato em enfermagem, regulamentado pela Portaria n.º 195/90 de 17 de Março, que assistimos a grandes mudanças no campo educativo da enfermagem. Assim, em 1991, é criado o primeiro curso de Mestrado de Ciências da Enfermagem na Universidade Católica de Lisboa. E em 1992 é a vez do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto, criar o curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem. É também no Instituto Abel Salazar que assistimos ao primeiro Doutoramento em Ciências de Enfermagem no ano 2002, marco importante na História da Enfermagem Portuguesa.

Convém, ainda, fazer referência ao ano lectivo 1999/2000, ano em que começou a ser ministrado o primeiro curso de formação inicial de Licenciatura em enfermagem, decorrente da aplicação da Lei n.º 115/97 de 19 de Setembro.

Em nossa opinião é a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo português que impulsiona o desenvolvimento dos trabalhos científicos

na profissão de enfermagem.

Ao efectuarmos a revisão dos trabalhos científicos realizados por enfermeiros, mais uma vez, através da *Internet*, no âmbito das dissertações de Doutoramento e Mestrado, em que o conceito de representação social é aplicado à profissão de enfermagem, constatamos que de sete doutoramentos defendidos por enfermeiros em Portugal, nenhum faz referência à aplicação do conceito de representação social no âmbito do ensino de enfermagem, que como curiosidade enunciamos:

“Implementing Change in Nurses’ Professional Behaviors” (Lima Basto, 1995);

“Identidade, Formação e Trabalho” (Abreu, 1998);

“Stress em Estudantes de Enfermagem e Imunidade” (Mendes, 2000);

“Formação e Práticas Geriátricas dos Enfermeiros: Estudo Etnográfico numa Unidade de Medicina” (Costa, 2001);

“Sistemas de Informação em Enfermagem – Uma Teoria Explicativa de Mudança” (Paiva e Silva, 2002);

“Contribuição e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a Definição de um perfil de Competências do Enfermeiro com o Grau de Licenciado” (Dias, 2002);

“A Vulnerabilidade do Cuidar Humano” (Silva Vieira, 2003).

Acerca das dissertações de Mestrado, realizadas por enfermeiros, que nos foi possível inventariar na Universidade Aberta, na Universidade de Lisboa, no Instituto de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), na Universidade Católica Portuguesa, na Universidade de Coimbra, na Universidade do Porto e no Instituto Abel Salazar do Porto, o conceito de representação social aplicado à enfermagem é estudado no âmbito das seguintes áreas temáticas:

“Enfermagem, identidade profissional e género” (Araújo, 1995; Simões, 1999);

“Representação social do enfermeiro especialista” (Santos, 1995);

“Representações dos discursos no exercício da profissão de enfermagem” (Rebelo, 1996);

“Representações das práticas dos enfermeiros” (Couto, 1994; Cunha, 1995);

“Representações da morte no ensino de enfermagem” (Sousa, 1996).

De uma forma geral as dissertações realizadas por enfermeiros no âmbito dos cursos de Mestrado versam a prática de cuidados de enfermagem nas diferentes vertentes das especialidades médicas, realçando a influência do modelo bio-médico no desempenho da profissão de enfermagem.

Ainda, encontramos várias dissertações no âmbito do ensino da enfermagem e da formação inicial dos enfermeiros, bem como da formação contínua dos enfermeiros e dos enfermeiros professores.

Nota-se o interesse dos enfermeiros pela formação profissional inicial bem como pela formação ao longo da vida profissional, revelando a necessidade de actualização face à evolução “dos tempos” e das novas problemáticas (social, económica, tecnológica, cultural, religiosa,...).

Salientam-se, similarmente, os estudos no âmbito da ética e da deontologia, da comunicação, da multiculturalidade, da identidade e do género, o que, de certo modo, pode evidenciar a preocupação dos profissionais de enfermagem pela aplicação dos procedimentos éticos e deontológicos, no exercício da profissão de enfermagem.

Deste modo, começa a notar-se o empenhamento dos enfermeiros no desenvolvimento de trabalhos científicos.

Por conseguinte, o ensino de enfermagem procura, hoje em dia, formar profissionais de enfermagem (Enfermeiros) com mais autonomia, por forma a serem capazes de, integrados em equipas de saúde multidisciplinares, planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem ao indivíduo, são ou doente, à família e à comunidade.

Assim, respeitando o princípio da equidade, concentrando esforços no sentido da resolução/minimização dos diferentes problemas de saúde inerentes a cada estágio da vida, o enfermeiro deve estar preparado para assegurar a manutenção da saúde, contribuindo, desta forma, para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, fazendo jus à definição de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a indica como um estado de completo bem estar físico, mental e social do indivíduo, e não somente a ausência de doença ou incapacidade³.

³ Saúde 21 (1998)- Saúde para todos no século XXI-Organização Mundial de Saúde, Bureau Regional para a Europa.

É pois, necessário, que os profissionais de enfermagem se envolvam, com outros profissionais de saúde, na procura e na melhoria da saúde dos indivíduos, famílias e das comunidades.

Assim, é finalidade do curso de enfermagem formar enfermeiros generalistas eticamente responsáveis e capazes de, com autonomia, ter criatividade e espírito de equipa⁴.

O curso de enfermagem proporciona uma formação de nível superior⁵, rege-se pelas normas do ensino superior politécnico e é ministrado em escolas superiores de enfermagem. O ensino de enfermagem é teórico e prático, sendo a relação teórica e prática uma constante, pelo que se preconiza uma metodologia de aprendizagem interactiva, cuja temática de abordagem tem como perspectiva o *continuum* de saúde, nas diferentes fases da vida do ser humano, e nos contextos biológico, psicológico, sociológico e cultural.

Na verdade, durante o processo aprendizagem, pretende-se, com o decurso do plano de estudos do curso de Enfermagem, que o aluno adquira as competências necessárias à prestação de cuidados de enfermagem, ao indivíduo e à família, na sua globalidade. Desta forma, no final do curso, o enfermeiro, recém-formado, deve ter adquirido as competências cognitivas, afectivas, relacionais, psicomotoras e técnicas, de modo a ser capaz de identificar no indivíduo a necessidade de cuidados de saúde, e a colmatá-las, quando diagnosticadas.

Todavia, coloca-se, com frequência, na prática pedagógica, a questão da influência da Educação / Formação dos alunos de Enfermagem, na Representação Social do Enfermeiro/Profissional de Enfermagem.

O desenvolvimento educativo inerente ao processo de formação, cuja responsabilidade social é atribuída à Escola, assenta na transmissão dos saberes escolares, concomitância do saber científico e das práticas sociais (conhecimento do senso comum ou *naïf*).

Nesta conformidade, Ana Benavente (1999) defende que o universo escolar, está pela sua natureza própria, impregnado de elementos sociais,

⁴ Plano de Estudos e Programas da Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara

⁵ Portaria nº195/90 de 17 de Março – Regulamenta o curso superior de enfermagem.

culturais e ideológicos, tanto nos meios como no produto do seu trabalho, *um universo vivido e sentido, estruturado por habitus e por representações*. A representação social é comumente definida como o conhecimento prático do senso comum ou *naïf*. Porém, constata-se que o seu conceito é bem mais complexo e mesmo difícil de “construir”.

Foi *Durkheim* (1998) a propor, pela primeira vez, a expressão *representação colectiva* com a qual quis distinguir o pensamento social do pensamento individual⁶. Assim, *Durkheim* (1998) considera a representação individual um fenómeno puramente psíquico, mas refere que os factos sociais só se realizam através dos homens pelo que são produto da actividade humana.

Já, na década de sessenta, *Moscovici* retoma o conceito de representação colectiva, e, em 1961, a partir do seu estudo sobre a “apropriação da teoria psicanalítica dos diferentes grupos sociais”, define representação social como uma modalidade do conhecimento particular que tem como função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos. Para *Moscovici* as representações sociais destinam-se à produção de um sentido por parte dos actores sociais⁷.

Assim sendo, o Homem, ser eminentemente social, vê o seu desenvolvimento pessoal estreitamente relacionado com a forma como se posiciona relativamente ao outro. Como actor social é através da comunicação que interage, partilhando vivências das quais resultam, sempre, aprendizagem formal e informal.

É, neste sentido, que o aluno de enfermagem, no decurso do processo de aprendizagem, deve desenvolver as aptidões conducentes à aquisição das competências inerentes à especificidade do “cuidar o ser humano”, ou seja à prestação de cuidados de saúde.

A prática de enfermagem, definida classicamente, como arte e ciência do cuidar o ser humano, exige a análise das necessidades humanas básicas, numa perspectiva holística e dinâmica, nas dimensões biofísica, psicofísica, psicossocial e interpessoal, para a compreensão da adaptação do indivíduo e dos grupos (comunidade) ao *continuum saúde (saúde - doença)*.

⁶ cf. *Durkheim*,1998

⁷ cf. *Moscovici* 1984, p.181

O *cuidar de enfermagem* é um processo interactivo que tem como meta a qualidade de vida dos cidadãos.

É, pois, durante o processo ensino – aprendizagem que o aluno de enfermagem é alertado para a singularidade de cada indivíduo, enquanto ser social, parte integrante de uma família e de uma comunidade, e não um “ser” isolado.

Consideramos, assim, que a prestação de cuidados de saúde não tem apenas um carácter individual, mas, e acima de tudo, estende-se à família e à comunidade. A prestação de cuidados de enfermagem segundo *Waldow* (2001, p. 149) é *o desenvolvimento de acções, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizadas para e com o indivíduo (são ou doente), no sentido de promover, manter e / ou recuperar a sua dignidade e totalidade humanas*. Ainda *Waldow*, refere que a dignidade e totalidade humanas englobam o sentido de integridade e da plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual, nas fases de viver e morrer, constituindo um processo de transformação para *o cuidador* e para *o cuidado*.

É neste conceito que assenta a formação inicial dos enfermeiros. Os alunos de enfermagem são orientados no sentido da visão humanística do *processo de cuidar em enfermagem*, pelo que a ênfase é colocada no *Ser Humano*. Daí considerarmos como objecto dos cuidados de enfermagem o *indivíduo (ser bio-psico-social e cultural)*, como referimos no início deste capítulo.

Deste pressuposto resultou o nosso interesse em estudar a influência do curso de enfermagem na expressão da representação social do enfermeiro, nos alunos de enfermagem.

Assim, é a reflexão sobre a dualidade ***do saber fazer ao saber ser*** que nos leva a analisar a representação social do enfermeiro nos alunos que cursam Enfermagem.

Face ao exposto parece-nos legítimo levantar a questão: será que os alunos que frequentam o curso de enfermagem modificam a sua representação social sobre o enfermeiro/profissional de enfermagem?

Neste sentido, tendo em conta o contexto da nossa pesquisa e para respondermos à nossa questão, delineamos os seguintes objectivos:

Identificar a representação social do enfermeiro, nos alunos que iniciaram o curso de enfermagem em 1998/2001;

Identificar a representação social do enfermeiro, nos alunos que frequentam o segundo ano do curso de enfermagem 1998/2001;

Identificar a representação social do enfermeiro nos alunos que terminam o curso de enfermagem 1998/2001, em Julho 2001;

Identificar a representação social do enfermeiro nos alunos que terminam o curso de enfermagem 2001/2005, em Julho 2005;

Analisar as influências demográficas, socioculturais e económicas na representação do enfermeiro;

Analisar as influências da proximidade com a profissão de enfermagem na escolha do curso de enfermagem;

Analisar as influências das dimensões individual e social na escolha do curso de enfermagem;

Analisar a influência do curso de enfermagem na evolução da representação social do enfermeiro.

Também, para realizarmos o nosso estudo e atingirmos os objectivos delineados, dividimos o trabalho em duas(2) partes, a saber:

- **A primeira parte** – Evolução do conceito da profissão de enfermagem e influência na formação do profissional de enfermagem em Portugal – a partir de uma breve abordagem da História de Enfermagem, com destaque para o papel das ordens religiosas: ordem de S. João de Deus, no século XVI; ordem de S. Vicente de Paulo, no século XVII; ordem das Diaconisas, no século XIX, e, para a importância de *Florence Nithingale*, considerada a precursora da enfermagem moderna, na segunda metade do século XIX. Desenvolvemos os conceitos de prestação de cuidados de enfermagem, de enfermeiro/profissional enfermagem⁸, bem como das políticas educativas do ensino/formação de enfermeiros em Portugal. Com base na teoria das representações sociais, começamos por fazer a revisão da literatura neste domínio, pelo que fazemos referência aos estudos

⁸ Usaremos com o mesmo significado a denominação enfermeiro e profissional de enfermagem, ao longo do texto.

baseados nas representações sociais no âmbito da formação / educação / ensino /saúde e enfermagem, de forma circunstanciada, a fim de justificarmos a pertinência do nosso estudo. Deste modo:

No primeiro capítulo – **Enfermagem: Conceito e Modelos da Prestação de Cuidados** – analisamos a evolução do conceito de prestação de cuidados de enfermagem. Assim, partimos da “prática” baseada no saber fazer, onde o enfoque é colocado na destreza manual, para uma “prática”, com o predomínio da valorização das competências nos domínios do saber e do saber ser, a “Enfermagem arte e ciência”, conceituada no paradigma da Transformação.

Muitos têm sido os enfermeiros que ao longo do século XX se têm preocupado com o estudo/procura da “essência” da profissão de enfermagem e da justificação do seu objecto - a “prestação de cuidados de saúde” (Capítulo I.2). Daí neste capítulo fazemos referência à evolução dos modelos e teorias de enfermagem durante o século XX, que apesar de incluídas nos planos de estudos do curso de enfermagem, ainda não fundamentam o exercício da profissão de enfermagem.

No segundo capítulo – **Enfermeiro/Profissional de Enfermagem** – debruçamo-nos sobre a identidade do profissional de enfermagem.

Reflectimos sobre o que é ser enfermeiro (profissional de enfermagem), pelo que partimos da prestação de cuidados de enfermagem baseada no saber fazer, isto é, nas técnicas (procedimentos) de enfermagem dirigidas para o tratamento das doenças, para a prestação de cuidados de enfermagem centrada no indivíduo, na família e na comunidade, no âmbitos da saúde e da doença.

Fazemos, ainda, referência aos modelos e teorias inerentes à prestação de cuidados de enfermagem, de uma forma retrospectiva, pelo que:

Em primeiro lugar referir-nos-emos ao modelo “biomédico” no qual a prestação de cuidados de enfermagem é dirigida ao tratamento da doença propriamente dita;

Em segundo lugar definimos o modelo das “necessidades humanas individuais” em que a prestação de cuidados de enfermagem é direccionada para a satisfação das necessidades humanas, conducente à manutenção da saúde individual;

Por último, o modelo “cuidar em enfermagem” (*Caring*), que para além de interferir na satisfação das necessidades humanas de saúde, procura

proporcionar, também, a cada indivíduo, ser singular e, concomitantemente, parte integrante de uma família e de uma comunidade, a qualidade de vida necessária ao seu bem estar.

É a prestação de cuidados de saúde, ou seja a prestação de cuidados de enfermagem, que dá a visibilidade e o reconhecimento à função social do enfermeiro.

Daí a profissão de enfermagem se reger por um código ético-deontológico, próprio, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), publicado em 1996, por Decreto – lei.

É neste contexto que fazemos referência à legislação regulamentadora do desempenho do profissional de enfermagem, em Portugal, emanada pela Ordem dos Enfermeiros e ratificada pela entidade governamental, pois é a identidade do grupo profissional de enfermagem, que dá legitimidade aos conceitos e às imagens, com que se expressa a profissão. Segundo *Dubar* (1997, p. 205), *a legitimidade dos poderes profissionais exige uma forma de conhecimento estatal, pelo que social.*

No terceiro capítulo – **Políticas Educativas, Ensino e Formação em Enfermagem em Portugal** – analisamos a criação das escolas de enfermagem em Portugal, relacionando-as com as políticas educativas, de onde destacamos, dada a importância para a evolução da profissão de enfermagem, a integração do ensino de enfermagem, no sistema educativo nacional, em 1988.

Segundo a nossa opinião as políticas educativas referentes à “promoção” / integração do ensino de enfermagem no ensino Superior Politécnico produzem, naturalmente, efeitos dignos de nota, tais como:

- a) O acesso a uma formação académica superior (grau de bacharel em 1990 e grau de licenciado em 1999) e à continuidade da “vida académica”;
- b) O desenvolvimento da investigação em enfermagem.

No quarto capítulo – **Conceito da Representação Social, Educação e Enfermagem** – começamos por abordar os conceitos teóricos estruturantes das representações sociais.

Realçamos a importância da construção social do conhecimento, para o que partimos do conceito de representação colectiva de *Durkheim* para o conceito de representação social de *Moscovici*, dada a pertinência da aplicação da

teoria da representação social, quer no âmbito da educação / formação, quer no âmbito da profissão de enfermagem. Neste sentido a formação em enfermagem tem responsabilidade acrescida na socialização do cuidado humano, fundamentalmente, no espaço da conservação da saúde da Humanidade.

Na verdade, o cuidado técnico pode ser ensinado (treinado), no entanto, o processo interactivo, inerente, à prestação de cuidados de enfermagem tem que ser vivido.

Assim, cabe à *Escola*, desenvolver metodologias activas, centradas nos alunos, por forma a estimular e a facilitar a aprendizagem do cuidar a saúde humana, partindo do conhecimento prático, do senso comum, para formas mais elaboradas do conhecimento, pois, segundo *Moscovici* (1978) a representação social significa a forma dos indivíduos entenderem e dominarem os conhecimentos do mundo que os rodeia.

- **A segunda parte** – Metodologia e Estudo Empírico – Por estarmos convictos que o conhecimento da imagem social do enfermeiro no aluno de enfermagem, pode influenciar a escolha da profissão de enfermagem, ser determinante na formação dos futuros profissionais de enfermagem, e, ainda, condicionante na sedimentação *dos saberes próprios* de Enfermagem, decidimos desenvolver um estudo neste âmbito. Nesta sequência:

No quinto capítulo –**Metodologia**– O objecto de pesquisa surgiu como resposta à nossa **pergunta de partida**:

“Será que com a frequência do curso de enfermagem os alunos alteram a sua representação social do enfermeiro,?”

A fim de darmos resposta à nossa questão, definimos as seguintes hipóteses:

- **Hipótese geral de partida** - Os alunos que cursam enfermagem alteram a representação social do enfermeiro, com a frequência do curso de enfermagem;

- **As hipóteses específicas** – A representação social do enfermeiro, nos alunos que cursam enfermagem, depende:

Das características sócio-demográficas dos alunos;

Das características sócio-culturais dos alunos;

Das condições económicas dos alunos;
Da relação de proximidade com a profissão de enfermagem;
Das razões da escolha da profissão de enfermagem;
Da finalidade da profissão de enfermagem;
Do mercado de trabalho;
Do grau académico do curso de enfermagem.

Deste modo, para comprovarmos a hipótese geral, realizamos um estudo empírico longitudinal, com início em Outubro de 1998 e final em Julho de 2001, correspondendo à duração do curso de enfermagem (grau de Bacharel), vigente na época, para o que mantivemos, sempre, a mesma amostra durante as três fases do referido estudo (Início do 1ºAno, 2ºAno e final do 3ºAno).

Neste sentido, a nossa população alvo é constituída pelos alunos que iniciaram o curso de enfermagem em Outubro de 1998 nas escolas superiores de enfermagem, públicas, em Portugal continental.

Desta forma, seleccionámos para nossa amostra 8 escolas de enfermagem, um total de 616 alunos, ou sejam, os alunos que iniciaram o curso de enfermagem nas escolas superiores de enfermagem:

D. Ana Guedes, Cidade do Porto e S. João no Porto;
Dr. Ângelo da Fonseca e *Bissaya* Barreto em Coimbra;
Francisco Gentil, *Calouste Gulbenkian* e de Artur Ravara em Lisboa.

Sendo que obtivemos representatividade estatística.

Para realizarmos a nossa pesquisa construámos um questionário com perguntas abertas, fechadas e mistas, que sujeitamos a um pré-teste a fim de verificarmos a sua aceitabilidade e a aplicabilidade, após o que, depois de rectificado, o aplicámos na versão final.

O questionário foi estruturado de forma a facilitar as respostas, mantendo uma sequência coerente, partindo por isso de perguntas mais simples para as mais complexas, respeitando a ordem cronológica dos acontecimentos da vida e abordando as seguintes temáticas:

Caracterização biográfica do aluno;

Habilitações dos pais (pai e mãe);
Caracterização sócio-demográfica do aluno e dos pais;
Relação de proximidade com a profissão de Enfermagem;
Razão de escolha de profissão de Enfermeiro;
Acesso ao Ensino Superior;
Diploma e Mercado de Trabalho;
Caracterização do Enfermeiro.

Aplicamos o questionário aos alunos referenciados, no início, no meio e no final do curso de Enfermagem (à data com a duração de três anos lectivos), fases de desenvolvimento do estudo longitudinal, pelo que contamos com a preciosa colaboração dos professores das escolas de proveniência da nossa amostra.

Para a recolha de dados pedimos, oficialmente, autorização às Direcções das respectivas escolas Superiores de Enfermagem, cujos alunos integram a nossa amostra.

No final, consideramos ter mantido uma amostra representativa com 447 respondentes, ou seja, 72,4% dos efectivos da amostra inicial, a qual foi mantida ao longo do estudo longitudinal.

Ainda, a fim de averiguarmos se a frequência do curso de licenciatura em Enfermagem interferia na representação social do enfermeiro/profissional de enfermagem, realizamos um estudo do tipo comparativo, para o qual seleccionámos alunos do referido curso, aos quais aplicamos o mesmo questionário, após o que comparamos a representação social do enfermeiro entre os alunos finalistas do curso de bacharelato e os alunos finalistas do curso de licenciatura.

Para a realização deste estudo, seleccionamos os alunos finalistas do curso de Enfermagem das cinco escolas superiores de enfermagem, já anteriormente citadas, tais como:

- S. João e Cidade do Porto, no Porto;
- *Bissaya Barreto*, em Coimbra;
- Francisco Gentil e *Calouste Gulbenkian*, em Lisboa.

Desta forma, obtivemos uma amostra que consideramos representativa relativamente à amostra do primeiro estudo – o estudo longitudinal – com 297 alunos, à qual aplicámos o mesmo questionário.

Mais, para melhor aferirmos os resultados obtidos, efectuamos um estudo qualitativo para o qual contamos com os professores de Enfermagem oriundos das referidas Escolas de Enfermagem. Assim, conforme guião no anexo 6, entrevistamos dezanove (19) docentes, dezasseis (16) professores e três (3) Assistentes.

No sexto capítulo – **Apresentação de Resultados** – apresentamos os resultados obtidos após análise (qualitativa e quantitativa) dos dados recolhidos, nos protocolos dos questionários e entrevistas.

Fazemos a caracterização sócio-demográfica dos sujeitos e do agregado familiar.

Verificamos ainda a relação de proximidade com a profissão de enfermagem com:

As “influências” na escolha do curso/profissão de enfermagem;

O recurso aos serviços de enfermagem;

As recordações deixadas pelos mesmos.

Caracterizamos a *profissão de enfermagem* através:

Das instituições indicadas para o desempenho da profissão;

Dos significados associados à profissão de enfermagem;

Das competências necessárias ao desempenho da profissão de enfermagem;

Da “vocação” como orientação na escolha da profissão;

Das razões de escolha da profissão de enfermagem;

Da opção pelo curso de medicina e/ou enfermagem;

Da aceitação da escolha do curso/profissão pela família.

Para a variável *acesso ao ensino superior* estudamos:

A posição na escolha do curso de enfermagem;

A opção por outros cursos no acesso ao ensino superior.

Para a variável *diploma e mercado de trabalho* verificamos:

A intenção na escolha da área de saúde para o desempenho da profissão de enfermagem;

As competências inerentes ao bom desempenho da mesma.

Procedemos, ainda, ao cruzamento das variáveis nas análises transversal e longitudinal.

Analisamos, ainda, através de um estudo do tipo comparativo as diferenças quanto à representação social do enfermeiro entre os alunos dos cursos de bacharelato e de licenciatura, no final do curso de enfermagem. Mais, verificamos na análise de conteúdo das informações obtidas através das entrevistas realizadas, a opinião dos professores de enfermagem sobre as diferenças entre os alunos dos cursos de bacharelato e licenciatura em Enfermagem.

Nos sétimo e oitavo capítulos – **Discussão dos Resultados e Conclusões** – apresentamos as conclusões do estudo, pelo que relacionamos os principais resultados e levantamos algumas questões deles decorrentes, mais, especificamente, no que diz respeito ao conteúdo funcional da profissão de enfermagem. Analisamos e discutimos, por fim, se os alunos alteram a representação social do profissional de enfermagem / enfermeiro, com a frequência do curso de enfermagem, e, ainda, se há diferença entre a representação social do enfermeiro nos alunos dos cursos de bacharelato e de licenciatura em enfermagem.

I PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO/CONCEPTUAL

A enfermagem, segundo Silva (1995), enquanto saber organizado, teve início na Inglaterra, no final do século XIX, com *Florence Nithingale*.

Ao analisarmos, ao longo dos tempos, o exercício da profissão de enfermagem, verificamos ter tido um percurso conturbado, reflexo dos diferentes contextos da História.

Conforme *Donahue* (1985) o exercício de enfermagem começou por se basear no empirismo e na superstição, estando restrita aos feiticeiros e aos sacerdotes, durante um longo período que se estendeu até ao século I dc. Posteriormente, até ao século XVI, os cuidados aos doentes eram realizados por ordens religiosas e/ou praticados com cariz religioso por outras pessoas.

As referências à “profissão” da enfermagem remontam à época romana e relacionam-se com o início da Era Cristã. Segundo *Jamieson et al* (1968), e *Donahue* (1985) foi com o estabelecimento dos movimentos religiosos da Era Cristã (século I-VI d.c.) que as ordens cristãs femininas se organizaram.

Assim, é a partir da conversão ao cristianismo das senhoras da alta sociedade romana, entre as quais se salientam *Marcela, Paula e Fabíola*, cuja preocupação era a de cuidarem dos doentes, dos pobres, dos órfãos, das viúvas, dos idosos, dos escravos e dos prisioneiros, em nome da caridade e do amor, ou seja, prestarem cuidados aos indivíduos doentes, fundamentalmente, com poucos recursos socio-económicos.

Durante esta época, pouca diferenciação existia entre a medicina e a enfermagem pelo que os cuidados a prestar aos doentes eram, predominantemente, influenciados pelos conhecimentos da medicina, ainda que rudimentares.

A prestação de cuidados aos doentes, hoje em dia, denominada cuidados de enfermagem, ficou sob o domínio das ordens religiosas até ao século XIX, tendo sido criadas ordens religiosas femininas com o fim específico de cuidarem dos doentes, daí o desenvolvimento da enfermagem como profissão se dever, fundamentalmente, às ordens religiosas das quais destacamos neste percurso:

A ordem de S. João de Deus no século XVI com o desenvolvimento de cuidados aos doentes do foro psiquiátrico (A ordem dos Irmãos de S. João de Deus foi

fundada em Espanha mas a sua influência estendeu-se a outros países da Europa entre os quais Portugal);

A ordem de S. Vicente de Paula fundada no século XVII, em França, segundo *Dohanue* (1985) (ordem secular de enfermeiras, irmãs de caridade, para as quais foi estabelecido um programa educacional que incluía a experiência em hospital bem como a visita a doentes no domicílio).

No início do século XIX, conforme *Jamieson et al* (1968), foi fundada na Alemanha, em *Kaiserwerth*, uma nova a ordem pelo pastor da igreja luterana, *Theodor Fliedner*, a Ordem das Diaconisas.

A “nova” ordem das Diaconisas tinha a cargo a educação, a assistência aos pobres e os cuidados de enfermagem. Ainda segundo *Jamieson et al* (1968), a preparação das Diaconisas para a prestação de cuidados de enfermagem já obedecia a critérios tais como:

- Idade mínima de dezoito anos;
- Frequência de um curso de três anos;
- Certificado de saúde passado pelo médico.

O curso de formação para a prestação de cuidados de enfermagem estava organizado por anos, e o ensino era constituído por uma componente teórica e uma componente prática.

O ensino teórico incluía o desenvolvimento de conhecimentos relacionados com os cuidados aos doentes, ética na prestação dos cuidados, doutrina religiosa e farmácia.

O ensino prático decorria em instituições hospitalares.

Às Diaconisas era exigido o cumprimento das ordens do médico, o qual assumia a responsabilidade dos resultados obtidos com os cuidados prestados aos doentes.

O curso de formação em enfermagem instituído pelo pastor *Theodore Fliedner* foi frequentado por muitas jovens oriundas de famílias nobres, de onde se salientou *Florence Nithingale*, mais tarde, considerada a grande perscrora da Enfermagem Moderna.

Segundo nos relata *Ellis e Hartley* (1998), o pastor *Theodore Fliedner* viajou para os Estados Unidos onde fundou a primeira casa das Diaconisas de *Kaiserwerth* em *Pittsburgh*, na Pensilvânia, influenciando o desenvolvimento da

profissão de Enfermagem no continente Americano.

Dado que às Diaconisas era exigida obediência ao médico, visto que os cuidados prestados aos doentes eram da responsabilidade do clínico, a formação das enfermeiras foi acompanhando a evolução dos saberes da Medicina, donde *Donahue* (1985) destaca como marcos:

No século XVI: a descrição da anatomia e fisiologia humana;

Nos séculos XVII e XVIII: a descoberta das bactérias e protozoários e a utilização do microscópio;

No século XIX: A descoberta das bactérias anaeróbias e do processo de pasteurização; O desenvolvimento da técnica asséptica; As descobertas do estetoscópio, termómetro de mercúrio, raio X e rádio; A introdução do éter e do clorofórmio na prática cirúrgica.

A reputação das Diaconisas e da Escola do pastor *Theodore Fliedner* estendeu-se à Inglaterra, influenciando *Florence Nithingale*, aristocrata inglesa, culta e viajada, que dominava vários idiomas, era conhecedora de matemática e se interessava por assuntos de saúde, quer no domínio da saúde pública quer da saúde hospitalar, pelo que frequentou o curso de enfermagem, em *Kaiserweth*.

Foi *Florence Nithingale* quem projectou a profissão de enfermagem e remodelou o seu ensino, tendo influenciado, igualmente, as reformas na saúde e publicado *escritos* sobre os hospitais, a saúde e estatísticas da saúde.

Em 1860, inaugurou, segundo *Donahue* (1985), a *Nithingale Training School of Nurses*, uma escola feminina para o ensino da profissão de enfermagem, instituição educativa independente, financiada pela Fundação *Nithingale*, junto ao *St Thomas' Hospital*.

A Escola *Nithingale* tinha como objectivo preparar mulheres para serem enfermeiras hospitalares, enfermeiras comunitárias e enfermeiras formadoras.

O curso de Enfermagem assentava nos registos da experiência de *Florence Nithingale* na prestação de cuidados de enfermagem bem como nos relatos de pesquisas em cuidados de enfermagem, por ela realizadas. O programa do curso de Enfermagem elaborado por *Florence Nithingale* tinha a duração de dois anos: um ano teórico, completado por um ano de prática hospitalar.

Dado o seu empenho no desenvolvimento da profissão de enfermagem,

Florence Nithingale foi considerada a primeira enfermeira pesquisadora, tendo sido eleita membro da Sociedade Real de Estatística de Inglaterra, em 1858, e, membro honorário da Sociedade Americana de Estatística, em 1874.

O curso da Escola *Nithingale*, apesar de conceituado, encontrou algumas barreiras na sua implementação, uma vez que o ensino de enfermagem era dominado pelos médicos, e os cursos de enfermagem eram criados apenas para satisfazerem as necessidades dos doentes em internamento hospitalar.

Apesar das adversidades as enfermeiras diplomadas pela Escola *Nithingale* influenciaram a imagem da enfermagem noutros países, além de Inglaterra, tornando-a uma profissão respeitada.

Realçamos, como facto histórico, o funcionamento da primeira Escola de Enfermagem em ambiente universitário, em 1909, na Universidade de Minnesota, nos Estados Unidos da América.

Dada a necessidade de promoverem o ensino de enfermagem, as enfermeiras começaram a organizar-se em associações profissionais, tendo surgido a primeira em 1886, Associação Americana de Enfermeiros Graduados, que viria a publicar pela primeira vez, em 1900, segundo *Ellis e Hartley* (1998), o *American Journal of Nursing* – com o objectivo de compilar e divulgar pesquisas de enfermagem.

No entanto, só na década de 50 do século XX, emergem novos estudos sobre os enfermeiros e a enfermagem nas diferentes vertentes do desempenho da profissão, verificando-se uma *décalage* de 50 anos.

Assim, segundo *Ellis e Hartley* (1998), em 1948, surgiu um estudo intitulado *Nursing for the Future*, financiado pela *Carnegie Foundation*, conhecido como o *Brown Report*, realizado para determinar as necessidades de cuidados de enfermagem na população dos Estados Unidos, que avançava com a ideia de uma educação superior no domínio da Enfermagem, recomendando aos investigadores a integração das escolas básicas de Enfermagem nas Universidades.

Já na década de 60 do século XX, foram numerosos os estudos realizados dos quais destacamos o relatório da *National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education* intitulado *An Abstract for Action* que enumerava como prioridades:

- O aumento das pesquisas sobre a prática e o ensino de enfermagem;
- A melhoria dos sistemas educacionais;
- *Os Curricula* baseados na pesquisa em enfermagem.

Estes pressupostos também tiveram “eco” no desenvolvimento da profissão de Enfermagem em Portugal.

Nos capítulos seguintes abordamos a evolução do conceito e dos modelos de prestação dos cuidados de enfermagem, relacionando-os com paradigmas de referência, a saber:

Paradigma da categorização no qual se incluem os modelos e as teorias de enfermagem baseados no modelo biomédico dos cuidados de saúde;

Paradigma da integração que inclui os modelos e teorias de enfermagem baseados nas necessidades em cuidados de saúde ao indivíduo, ser bio-psico-social;

Paradigma da transformação que integra os modelos e teorias de enfermagem direccionados para os cuidados de saúde individuais e individualizados à pessoa (ser bio-psico-social e cultural), no contexto familiar e comunitário.

Fazemos, ainda; uma breve abordagem sobre a identidade do profissional de enfermagem/enfermeiro e a legislação regulamentar do desempenho do exercício da enfermagem.

E, por fim, desenvolvemos as políticas educativas e a da formação do profissional de enfermagem em Portugal.

CAPÍTULO I. ENFERMAGEM: CONCEITO E MODELOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A prestação de cuidados de enfermagem tem acompanhado a evolução das tecnologias, recorrendo conforme nos descreve *Kérouac* (1994), às várias disciplinas como: a física, a psicologia, a sociologia, a antropologia, a medicina e a estatística., constatamos, no entanto, nem sempre existir congruência entre o ensino/formação e o exercício da profissão de enfermagem.

É sobre a prestação de cuidados de enfermagem que nos vamos debruçar neste capítulo.

Começamos por abordar a evolução da prestação de cuidados de enfermagem e os significados que lhes estão subjacentes. De seguida, fazemos referência aos modelos orientadores da prestação dos cuidados de enfermagem, realçando a sua influência no exercício da profissão, partindo da premissa de que um modelo para a prestação de cuidados de enfermagem não é mais do que uma tentativa de clarificar a finalidade da profissão de enfermagem, bem como os conceitos e os valores que lhe estão inerentes.

CAP I.1 Prestação de Cuidados de Enfermagem: Evolução de um Conceito

Nesta secção, abordar-se-á a evolução dos cuidados de enfermagem que conforme *Collière*, (1989) têm como primeiro fim participar em tudo o que pode promover e desenvolver o que faz viver as pessoas e os grupos, também designado noutros épocas por cuidados a doentes e cuidados técnicos. Também, *Abdel-Ai-Hende* (1991) refere que os cuidados de enfermagem têm como objectivo prestar atenção (cuidar) à pessoa ou grupo de pessoas que se encontrem numa situação de perturbação real ou potencial de saúde, ou seja, a “arte” de adequar à prática profissional um corpo estruturado de conhecimentos. Na verdade podemos evidenciar nesta temática os seguintes aspectos:

O aperfeiçoamento dos cuidados de enfermagem com base nas técnicas médicas (habilidade no fazer), como forma de actuar na doença – o enfermeiro artesão;

O desenvolvimento dos cuidados de enfermagem baseados nos conhecimentos adquiridos através da observação e da prática dos cuidados – o enfermeiro que

presta cuidados ao indivíduo, são ou doente, tendo em conta a satisfação das necessidades humanas básicas e/ou fundamentais;

A prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo/pessoa saudável ou doente, indivisível da família e da comunidade às quais pertence por inerência da sua sociabilidade, tendo em conta a singularidade, a diversidade e a multiculturalidade que lhe são subjacentes.

Com este capítulo queremos realçar a evolução dos cuidados de enfermagem, bem como a progressiva responsabilidade e implicação dos enfermeiros na *praxis*.

Evolução do Conceito de Cuidados de Enfermagem

Na verdade, até meados do século XX a prestação dos cuidados de enfermagem tinha um carácter tecnicista, isto é, era dirigida para as manifestações da doença, independentemente dos factores desencadeantes da mesma.

Os enfermeiros actuavam na doença, executando cuidados basicamente manuais para os quais necessitavam de destreza manual – habilidades, que ao longo do tempo se foram aperfeiçoando, sendo o domínio das técnicas de enfermagem um requisito básico da formação, que conforme definiram Almeida e Rocha (1989, p.29-30) *representam habilidades especializadas e tipicamente manuais orientadas para o tratamento da doença (como por exemplo cuidados de higiene; cuidados no parto e puerpério; tratar feridas; administrar injecções e outros medicamento; entre outras muitas acções)*.

Deste modo, consideram-se as técnicas de enfermagem como verdadeiros ritos que normalizam a execução de cada cuidado na doença e/ou na saúde, independentemente do contexto em que este é realizado. Este cuidado técnico obedece a um ritual, na forma e no objecto, tendo como finalidade a economia de tempo e de recursos materiais e humanos, salvaguardando, no entanto, o conforto e a segurança do doente.

A propósito dos cuidados de enfermagem de índole tecnicista Almeida e Rocha (1989) referem que aqueles tiveram origem nas práticas cristãs, nas práticas femininas e na medicina, e justificam-no alegando:

- O carácter religioso dos cuidados aos doentes, cuidados de enfermagem até ao século XIX;

- A responsabilidade das mulheres nos cuidados às crianças e aos idosos;
- A responsabilidade dos médicos pelos cuidados prestados aos doentes.

A este propósito, parece-nos adequado recordar as palavras de *Florence Nithingale*, século XIX, no prefácio da publicação, *Notas de Enfermagem*, editado pela primeira vez em 1856:

*Todas as mulheres ou pelo menos quase todas,
na Inglaterra, assumem em algum período da vida,
a responsabilidade da saúde de alguém..., o que
significa que todas exercem enfermagem...*

Foi a evolução da medicina que exigiu aos enfermeiros o aperfeiçoamento dos cuidados técnicos, para o que desenvolveram novas formas de actuar perante a doença, sendo dada tal importância à destreza manual, que esta era considerada como requisito básico para os alunos que cursavam enfermagem.

Segundo Almeida e Rocha (1989) os alunos de enfermagem desenvolviam a destreza manual, e qualidades como o respeito, a obediência, a delicadeza, a submissão, a lealdade e a moral, descorando, no entanto, as concepções teóricas de enfermagem, como o ser humano, o meio ambiente, a saúde, e a enfermagem, elementos essenciais à prestação dos cuidados de enfermagem, já defendidos por *Florence Nithingale*, no final do século XIX.

Assim sendo, *Florence Nithingale* definiu a enfermagem como uma arte e uma ciência que requer uma educação formal, organizada e científica, exigindo do profissional, além deste conhecimento, vocação e elevado padrão moral e de sentimentos, bem como o desenvolvimento do potencial intuitivo e criativo. Emerge, ainda, deste conceito a noção de acções de enfermagem, entendidas, como *cuidar – educar – pesquisar, numa perspectiva predominantemente preventiva*.

Além disso, para *Florence Nithingale* a enfermagem passou a ser vista como uma actividade, essencial à saúde e bem-estar das pessoas, quer tenham sido diagnosticadas como doentes quer não, pelo médico. Deste modo, os cuidados de enfermagem passaram a considera-se indispensáveis aos doentes, de forma a ajudar a natureza a recompor os desvios causados pela doença ou acidente.

Por conseguinte, o profissional de enfermagem passa a ocupar-se da pessoa, vendo-a como um todo, no seu ambiente, nas situações de crise, e não actuando apenas como um mero executor de técnicas.

No entanto, constatamos, que só a partir de meados do século XX, os profissionais de enfermagem começam a preocupar-se de facto, com essência da prestação dos cuidados de enfermagem. Esta transformação dá-se com *Virgínia Hendersen*⁹ quando, nos anos sessenta, define a prestação de cuidados de enfermagem como a assistência ao indivíduo doente ou são, ajudando-o no desempenho das actividades que contribuam para manter ou recuperar a sua saúde ou, ainda, lhe proporcionar uma morte serena.

Verificamos, assim, que pela primeira vez os aspectos espirituais são contemplados na prestação de cuidados de enfermagem, e que o centro dos cuidados de enfermagem passa a ser o indivíduo são ou doente, e não a doença ou apenas o indivíduo doente.

Portanto, a prestação de cuidados de enfermagem deixa de estar limitada, exclusivamente, à habilidade na execução.

Já no final dos anos setenta, e segundo Watson (2002), enfermagem é a *arte*, que tem como condição a vida humana, em que a actividade de *cuidar* surge da interacção humana na prestação de cuidados de enfermagem.

Assim, esta autora, considera que existe *arte* quando para além do cuidado o enfermeiro experimenta ou percebe os sentimentos dos outros, e é capaz de os identificar e de os expressar. Pois, não se trata de procurar dar sentido ao cuidado de enfermagem, mas que cada cuidado tenha sentido para o indivíduo.

É neste contexto que *a prestação de cuidados de enfermagem* passa a ter significado, na medida em que contribui para a saúde e bem-estar dos indivíduos, ou seja, proporcionando qualidade de vida (bem estar) às populações

Podemos, portanto, considerar que a complexidade da prestação dos cuidados de enfermagem está no ajustamento a cada situação em particular, isto é, a cada indivíduo, ser humano, com características únicas.

É por isso que a verdadeira *arte de enfermagem* supõe não apenas a

⁹ Referido por Almeida e Rocha (1989, p. 60).

aplicação de conhecimentos inerentes à disciplina de enfermagem, mas, de acordo com *Hesbeen* (2000), à apropriação de um processo singular e artesanal de conhecimentos e aptidões, para que estes sejam portadores do sentido de ajuda.

Deste modo, a questão fundamental na prestação de cuidados de enfermagem é que o profissional seja capaz de partir da complexidade do conhecimento do ser humano, para a particularidade da unicidade individual, ajudando cada indivíduo a encontrar o seu equilíbrio bio-psico-social, cultural e espiritual.

Sendo assim, a prestação de cuidados de enfermagem inscreve-se no encontro entre o indivíduo cuidado e o indivíduo que cuida. Esta proximidade segundo *Hesbeen*, (2000, p.103-104), baseia-se numa relação de confiança mútua construída a partir:

- Da simpatia que permite ao utente (beneficiário dos cuidados) entender o enfermeiro como um ser caloroso, não hostil, que tem uma palavra, um sorriso e um olhar adequados;
- Da escuta, que permite ouvir as preocupações daquele que necessita de ajuda;
- Da disponibilidade demonstrada pela presença e atenção;
- Da simplicidade caracterizada por uma linguagem acessível;
- Da humildade revelada pela consciência dos limites profissionais;
- Da autenticidade que se manifesta na verdade no exercício da profissão;
- Do humor que permite aliviar, relativizar as situações mais dramáticas e difíceis;
- Da compaixão¹⁰, o exercício de com o outro partilhar a dor;
- Do conhecimento que permite compreender e investigar os fenómenos humanos.

É por isso, que a acção do profissional de enfermagem não se reduz a um mero *acto* de tratar, mas à intervenção nas manifestações da doença, e, acima de tudo, à *capacidade* que tem para responder de forma única e inequívoca, às necessidades de cuidados de enfermagem de cada indivíduo, respeitando-o como ser singular, na sua heterogeneidade bio-psico-social, cultural e espiritual.

Resumindo, a profissão de enfermagem não se reduz apenas à prestação de cuidados nas manifestações da doença, isto é, à mera habilidade de realizar

¹⁰ A compaixão nem sempre aceite pelos profissionais de saúde dada a conotação religiosa, significa pois a partilha do sofrimento do outro. Para *Hesbeen* (idem, p. 105), a compaixão deve ser percebida como profundamente humana.

actos conducentes a tratamentos.

Mais do que isso, a prestação de cuidados de enfermagem é a responsabilidade de manter a saúde, e, por consequência, a qualidade de vida, ou seja, o bem-estar dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Daí ser necessário ao profissional de enfermagem/ enfermeiro, desenvolver / afinar, as competências de índole afectiva ou relacional, cognitiva e psicomotora, e os conhecimentos que lhe são próprios, para estar apto a prestar cuidados de enfermagem, e poder atender aos problemas de saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades.

Assim, a *praxis* de enfermagem exige a definição de princípios orientadores, pelo que, por esta razão, *Watson* (idem, p.35) considera a enfermagem uma *ciência humana que combina e integra a ciência com a beleza, a arte, a ética e a estética no processo de cuidar o homem pelo homem*.

CAP I.2 Prestação de Cuidados de Enfermagem: Modelos e Teorias

Neste capítulo pretendemos dar a conhecer a evolução científica da enfermagem, evidenciada pela definição de modelos e teorias, que explicam a natureza dos cuidados de enfermagem.

Assim, é a necessidade de definir a natureza dos cuidados de enfermagem que leva os enfermeiros a debruçarem-se sobre os conhecimentos que lhe são essenciais. É neste contexto que se desenvolveram e desenvolvem as chamadas teorias de enfermagem, que de seguida abordaremos.

Modelos e Teorias / Conceitos

Segundo *Wesley* (1997) os modelos e teorias de enfermagem derivam de conceitos. Neste sentido este autor define modelo como um conjunto de ideias que descrevem simbolicamente a realidade. Deste modo para *Wesley*, as teorias englobam conceitos relacionados entre si, que proporcionam uma perspectiva sistemática dos fenómenos, preditiva e explicativa. Considera, ainda, que os modelos conceptuais diferem das teorias por serem mais abstractos e menos específicos, podendo, no entanto, orientar a prática. E neste sentido considera que o modelo de enfermagem deve:

Dar consistência ao tipo de cuidados recebidos pelos doentes, dando-lhe continuidade;

Facilitar a compreensão da lógica dos cuidados de enfermagem;

Servir de guia na tomada de decisão;

Facilitar a comunicação entre os profissionais de enfermagem, estimulando a uniformidade da prática, a formação, a gestão e a pesquisa.

Também, conforme nos refere Bastos (1998) os modelos teóricos de enfermagem revelam um esforço de teorização sobre a prática, constituindo-se como um sistema de conceitos básicos, relacionados entre si por forma a explicar a interacção enfermeiro e o indivíduo, alvo dos cuidados de saúde. Deste modo, ainda segundo Bastos (1998), os modelos teóricos pretendem ser um guia para a prestação de cuidados de enfermagem.

Assim, como guia orientador da prática de enfermagem, o modelo deve espelhar as ideias / saberes subjacentes à prática dos cuidados de enfermagem, daí os modelos teóricos serem formados por conceitos e pressupostos, oriundos de teorias já desenvolvidas (conhecimento empírico), valores e princípios (conhecimento ético).

Do mesmo modo, *Pearson e Vaughan* (1992), com as quais partilhamos a opinião, referem que os modelos de cuidados de enfermagem assentam em teorias, mas, contudo, são concebidos com base numa prática reflectida da prestação de cuidados de enfermagem.

A fim de melhor explicarmos o acima referido, passamos a descrever duas situações nas quais é evidente a presença de uma intervenção reflectida:

- Ao observarem pessoas vítimas de doença oncológica, os enfermeiros tipificam e agrupam as diversas reacções dos doentes e família face à evolução da doença;
- A observação de doentes de internamento prolongado, sem visitas de familiares ou amigos e sofrendo um síndrome de rejeição, propicia o conhecimento de que eles deverão ser estimulados em termos comunicacionais e participativos para não criarem situações depressivas com reflexos psicossomáticos.

Na abordagem dos modelos teóricos de enfermagem, baseamo-nos em *Kérouac* (1994), por ser a orientação para a prestação dos cuidados de enfermagem emergente no ensino / formação de enfermagem.

Assim, *Kérouac* (1994) agrupa os modelos teóricos em paradigmas conforme os conceitos que lhes estão inerentes.

De acordo com o definido no glossário terminológico, *paradigma* é segundo o definido por *Khun* (2001), uma determinada forma de “ver” a realidade, um compromisso grupal de matriz disciplinar constituído por valores.

Nesta conformidade, *Kérouac* (1994) engloba os modelos teóricos da prestação de cuidados de enfermagem em três paradigmas que passamos a descrever e a analisar.

Assim, tendo em conta a ordem cronológica do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, começamos pelo ***paradigma da categorização*** que engloba os modelos teóricos que orientam a prestação de cuidados de enfermagem para a doença, ou seja, as manifestações da doença são o objecto dos cuidados de enfermagem. Neste paradigma o indivíduo é visto apenas como o portador de doença pelo que não é o alvo dos cuidados de saúde.

Deste modo os cuidados de enfermagem são dependentes do diagnóstico e da orientação do médico.

Sendo assim, o paradigma da categorização engloba os seguintes modelos teóricos para a prestação de cuidados de enfermagem:

a) O modelo de *Florence Nithingale* no qual, conforme *Kérouac*, (1994), os cuidados de enfermagem são baseados na observação, na experiência, na prática dos cuidados, nos dados estatísticos da saúde, no conhecimento da higiene pública e na nutrição. No entanto, a actividade do enfermeiro é dirigida para a doença e tem como finalidade proporcionar ao organismo as condições ambientais para a manutenção da saúde. Não obstante *Florence Nithingale* considera o indivíduo como um ser físico, intelectual, emocional e espiritual, pelo que responsável por actuar sobre os factores do meio ambiente, como o ar puro, a luz, o calor, a água, a calma e a dieta adequada, de forma a mobilizar as suas energias e recuperar a saúde.

Neste sentido, ainda *Florence Nithingale*, define que a saúde não é só ausência da doença mas igualmente a vontade de actuar segundo cada uma das nossas capacidades.

Ainda que considerada evoluída para a época, *Florence Nithingale* defendia que os enfermeiros deviam não só colaborar com os médicos, mas também obedecer-lhes, facto que podemos constatar no Juramento de *Florence*

*Nithingale*¹¹:

- Solenemente, perante Deus e na presença desta assembleia, eu juro:
- Passar a minha vida em pureza e praticar a minha profissão cheia de fé;
- Abster-me do que quer que seja deletério e nocivo e não tomar ou administrar qualquer droga perigosa.
- Fazer tudo o que estiver ao meu alcance para manter e elevar o padrão da minha profissão e manter em segredo quaisquer assuntos pessoais entregues aos meus cuidados e todos os assuntos de família que chegarem ao meu conhecimento na prática do meu chamado;
- Com lealdade, auxiliarei o Médico em seu trabalho, e devotarei minha pessoa ao bem-estar daqueles que forem entregues aos meus cuidados.

Resumindo, no modelo de *Florence Nithingale* o homem é o indivíduo doente, a saúde é a ausência da doença, o ambiente é por um lado causa da doença e por outro lado um potenciador de saúde, o enfermeiro o auxiliar do médico e o profissional que actuando sobre a doença, ajuda a recuperar a saúde, devendo obediência ao médico.

O realce é dado à doença e ao tratamento.

b) O *modelo biomédico* no qual é evidente o predomínio da dependência do médico na prestação de cuidados de enfermagem. Desta forma, segundo *Kérouac*, (1994), acentua-se a orientação dos cuidados de enfermagem para a doença com a expansão das doenças infecto-contagiosas, no final do século XIX, pois torna-se prioritário controlar a doença.

Deste modo, assistimos à prestação de cuidados de enfermagem dirigida para o tratamento da doença. Daí ser, essencialmente, valorizada no exercício da profissão de enfermagem a competência técnica, com vista à resolução das manifestações da doença no ser humano.

É notória a influência do *modelo biomédico* na prestação de cuidados de enfermagem no exercício e na orientação do ensino / formação da profissão de enfermagem.

Neste sentido o alvo da função do profissional de enfermagem é ainda o indivíduo doente, ou seja o ser físico portador de doença (corpo doente).

Assim, a prestação de cuidados de enfermagem faz-se por “partes” isoladas, o indivíduo perde a sua identidade, sendo rotulado por um diagnóstico

¹¹ In Ellis e Hartley, (1998, p. 59).

e os cuidados são dirigidos para as manifestações da doença.

Resumindo, o *paradigma da categorização* tem como preocupação actuar sobre a doença, colocando ênfase na homeostase biológica, sendo, apenas valorizada a componente física do indivíduo. Este paradigma caracterizou, praticamente, toda a formação e a *praxis* de enfermagem até final da década de sessenta.

É a partir dos anos sessenta do século XX que os profissionais de enfermagem questionam a dependência médica do exercício da profissão, pondo em causa a prestação de cuidados de enfermagem e o modelo biomédico. Deste modo, perante a evolução tecnológica e social, que conforme *Collière* (1989) influenciam a saúde e valorizam a dimensão humana, os profissionais de enfermagem demarcam-se do ascendente médico, empenhando-se na clarificação da função específica da profissão de enfermagem.

É na tentativa de se tornarem mais autónomos que os profissionais de enfermagem orientam a prestação de cuidados de saúde para a satisfação das necessidades do indivíduo, baseando-se para isso nas teorias das ciências sociais e humanas, donde emerge – **o paradigma da integração**.

Desta forma, segundo *Kérouac* (1994) os cuidados de enfermagem são orientados não para a doença mas para o indivíduo portador de doença, numa perspectiva tridimensional (física, mental e social).

De acordo com *Kérouac* (1994) o *paradigma da integração* engloba os seguintes modelos teóricos:

a) *Modelo das necessidades humanas básicas / fundamentais* que se baseia na hierarquia das necessidades humanas de *Maslow* (1954), desde as necessidades fisiológicas e de segurança, até às mais complexas como as necessidades de pertença e de auto-estima e auto-realização.

Estão subjacentes a este modelo os conceitos definidos por *Virgínia Henderson*¹² e *Dorothea Orém*¹³, que, segundo *Pearson e Vaughan* (1992), definem a prestação de cuidados de enfermagem como a realização das *actividades* que contribuem para a saúde, recuperação da saúde ou morte

¹² Divulgado na década de 50 do século XX.

¹³ Divulgado na década de 60 do século XX.

pacífica, e que o indivíduo executaria sem ajuda, se para isso tivesse a força necessária, a vontade ou o conhecimento. Devendo fazê-lo de modo a ajudar o indivíduo a tornar-se *independente*, o mais cedo possível.

b) *Modelo da interação* foi desenvolvido, na década de 60 do século XX, por *Peplau*. A autora define os cuidados de enfermagem como um processo terapêutico interpessoal. Segundo refere *Kérouac* (1994) para *Peplau* o profissional de enfermagem/enfermeiro é o técnico de saúde que estabelece uma relação de ajuda com o indivíduo doente ou com o indivíduo que necessita de ajuda na manutenção da saúde. Uma vez identificada a necessidade de ajuda cabe ao enfermeiro ajustar a resposta mais adequada.

c) *Modelo dos efeitos esperados* que é fundamentado na teoria dos sistemas, conforme refere *Pearson e Vaughan* (1992).

No modelo dos efeitos esperados, defendido por *Callista Roy e Betty Newman*, a essência dos cuidados de enfermagem está no restabelecimento do equilíbrio, da estabilidade, da homeostasia e da energia no indivíduo.

Assim, a prestação dos cuidados de enfermagem tem como finalidade ajudar os indivíduos a adaptarem-se aos estímulos na saúde e na doença, promovendo a autoconfiança, a satisfação das necessidades fisiológicas, a assunção dos papéis sociais e de pertença, ou seja, o equilíbrio na dependência relativamente aos outros.

Desde modo, a prestação dos cuidados de enfermagem deve estender-se também à promoção da saúde, à prevenção da doença e à *inserção social* do indivíduo doente.

d) *Modelo da promoção de saúde* no qual, segundo *Kérouac* (1994), os cuidados de enfermagem são centrados na promoção de comportamentos de saúde. Nele se integram os conceitos da promoção de saúde da família de *Moyra Allen* (década de 60, século XX), que se inspirava na teoria dos sistemas para construir a teoria de promoção de saúde da *família*. Neste contexto a profissão de enfermagem é considerada como um recurso primário de saúde para o indivíduo, a família e a comunidade, e os cuidados de enfermagem primordiais para a manutenção, o reforço e o desenvolvimento da saúde.

Resumindo, no *paradigma da integração* a prestação de cuidados de enfermagem é dirigida ao indivíduo, sendo este considerado um ser bio-psico-

social.

Assim, os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o indivíduo/família/comunidade, nas actividades que contribuem para a satisfação das necessidades de saúde, quer na promoção da saúde quer na prevenção da doença.

Este paradigma norteou o ensino de enfermagem e a prática dos cuidados de enfermagem nas décadas de sessenta a setenta, com base na legislação que veio a introduzir as reformas conducentes a estas mudanças (reformas do ensino de enfermagem de 1965 e 1976).

Por último e de acordo com *Kérouac*, (1994), **o paradigma da transformação** que se desenvolve na década de 70 do século XX e se mantém até à actualidade. É de notar a influência do fenómeno da globalização na prestação dos cuidados de enfermagem. Segundo *Giddens* (2000) a globalização é política, tecnológica e cultural além de económica, e acima de tudo, tem sido influenciada pelo progresso nos sistemas de comunicação, registado a partir do final da década de 60.

Desde modo vivemos num mundo de evoluções e transformações, que afectam tudo o que fazemos. A globalização é um fenómeno “interior” que influencia os aspectos mais íntimos e pessoais das nossas vidas.

Ainda, conforme *Giddens* (2000) a globalização é a razão que leva ao reaparecimento das identidades culturais em diversas partes do mundo, isto é, um mundo cada vez mais diversificado e multicultural.

O paradigma da transformação representa a inovação na prestação de cuidados de enfermagem, visa o bem-estar do indivíduo, em qualquer contexto físico, psíquico, social e cultural. O indivíduo é um ser único e indissociável, e em constante interacção com o meio ambiente, sendo este o princípio orientador dos cuidados de enfermagem, na sociedade actual.

A saúde é uma experiência pessoal e a interacção com o meio ambiente vai produzindo mudanças no indivíduo.

É neste quadro que se desenvolvem os conceitos humanísticos da prestação dos cuidados de enfermagem – o *cuidar (caring)* em enfermagem.

Desde modo, no paradigma da transformação a prestação dos cuidados de enfermagem, mais do que satisfazer as necessidades humanas do indivíduo, ser

bio-psico-social, tem como finalidade o *bem-estar do indivíduo e das famílias*. Neste sentido é reconhecido ao indivíduo o direito de participar activamente nas decisões dos cuidados de saúde que lhe dizem respeito, cabendo ao profissional de enfermagem apoiá-lo na tomada de decisão mais adequada.

No paradigma da transformação estão integrados:

a) *O modelo do ser humano unitário* assenta na filosofia, na psicologia e na teoria dos sistemas, e inclui os conceitos de *Martha Rogers* e *Rosemarie Rizzo Parse*, que, segundo *Ellis e Hartley* (1998), consideram a prestação de cuidados de enfermagem como uma *ciência* humanitária, direccionada para o indivíduo. O indivíduo é visto como uma unidade viva pelo que cabe ao profissional de enfermagem promover a sua saúde e bem-estar, em qualquer contexto pessoal e/ou social.

b) *O modelo do caring* ou seja do *cuidar* em enfermagem que segundo *Kérouac* se baseia nos conceitos do cuidado humano de *Jean Watson* e de *Madeleine Leininger*, desenvolvidos no final da década de 70 do século XX, inspiradas nos trabalhos de *Carl Rogers*.

De acordo com as autoras os cuidados de enfermagem são definidos como um processo humano, intersubjectivo que pressupõe um ideal moral e um corpo próprio de conhecimentos. Neste sentido realçam a importância da relação interpessoal alicerçada na coerência, na empatia e no calor humano.

É evidente o domínio das competências de índole afectiva (3ª dimensão) no domínio da prestação dos cuidados de enfermagem nos modelos teóricos que integram o paradigma da transformação.

Resumindo, o *paradigma da transformação* realça a orientação da prestação de cuidados de enfermagem para a singularidade do ser humano na sua diversidade física, biológica, psíquica, social e cultural, evidenciando a importância das relações inter-pessoais. Neste sentido, as escolas de enfermagem e as instituições de saúde têm vindo a apostar na operacionalização deste paradigma, fazendo jus às últimas reformas do ensino de enfermagem (Legislação de 1988 e 1997). No entanto, temo-nos deparado com algumas dificuldades decorrentes da estrutura do sistema nacional de saúde.

Concluindo, verificamos ao longo desta secção que a prestação de cuidados de enfermagem se rege por modelos (modelos da prestação de

cuidados de enfermagem), que surgem como forma de nortear e clarificar o exercício da profissão. Assim, ao longo do século XX, registamos alterações nos conceitos que estão subjacentes à prestação de cuidados de enfermagem fruto da evolução, transformação dos *tempos*, nesta aldeia global que nos acolhe e nos deparamos com evidentes assimetrias.

Recordamos que até meados do século XX os cuidados de enfermagem se centravam na doença, pelo que eram orientados pelos modelos: *Florence Nithingale* e biomédico, que integravam o *paradigma da categorização*.

Até à década de 70 a prestação de cuidados de enfermagem tem como finalidade a satisfação das necessidades humanas do indivíduo, ser bio-psico-social, seguindo os modelos: das necessidades humanas, interacção humana, promoção da saúde e efeitos esperados, que integram o *paradigma da integração*.

Por último, após a década de 70 o indivíduo, ser unitário integrado numa sociedade diversificada e multicultural, passou a ser o centro dos cuidados de enfermagem, segundo os modelos: do ser humano unitário e do *caring, cuidar* em enfermagem do *paradigma da transformação*.

Assim, de forma resumida, apresentamos o Quadro 4 que caracteriza a evolução dos modelos e dos paradigmas, da prestação de cuidados de enfermagem ao longo do século XX.

Quadro 1. Caracterização dos paradigmas da prestação de cuidados de enfermagem

CARACTERIZAÇÃO	PERÍODO	MODELO	AUTORES	IDEIAS BÁSICAS	CIÊNCIAS INFLUENTES
Paradigmas de enfermagem					
Categorização	Final do século XIX	Florence Nithingale	-	Centrado na doença	Medicina
	Meados do século XX	Biomédico	-	Centrado na doença / meio como causa da doença	
Integração	Final da década de 50 do século XX	Necessidades humanas	- Virgínia Henderson - Dorothea Orem	Satisfação das necessidades humanas básicas (Maslow)	Medicina Psicologia Teoria dos Sistemas Sociologia
		Interação humana	- Peplau	Satisfação das necessidades humanas básicas na situação de doença	
	Início da década de 70 do século XX	Promoção da saúde	- Moyra Allen	Satisfação das necessidades humanas básicas	
Transformação	Década de 70 do século XX até à actualidade	Ser humano unitário	- Martha Rogers - Rosemarie Rizzo Parse	Bem-estar do indivíduo em qualquer contexto social	Medicina Filosofia Psicologia Antropologia
		Cuidar de enfermagem / caring	- Jean Watson - Madeleine Leininger	O cuidado de enfermagem na singularidade humana	

CAPÍTULO II. ENFERMEIRO/PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Interrogamo-nos porque será frequente em conversas formais e / ou informais, com enfermeiros e / ou alunos de enfermagem, surgirem manifestações de “desencanto”, angústia e até falta de motivação face ao desempenho profissional, que justificam alegando indefinição do “papel” do enfermeiro na equipa de saúde, levantando questões como:

Qual a função do profissional de enfermagem?

Qual o objecto da prestação de cuidados em enfermagem?

Apesar da grande evolução da profissão de enfermagem na última metade do século XX, o exercício da profissão está, ainda, limitado por grande indefinição.

Neste capítulo vamos fazer uma abordagem da identidade do profissional de enfermagem partindo do princípio de que a socialização, segundo *Dubar* (1997), é a incorporação duradoura de formas de sentir, de pensar e de agir, do grupo de origem.

Por fim, referenciamos a legislação regulamentadora do exercício da profissão de enfermagem.

CAP II.1 Identidade do Enfermeiro

Na verdade, empiricamente, podemos considerar que a representação do profissional de enfermagem está, na maioria dos casos, confinada ao papel de mero executante de prescrições médicas.

Deste modo, atrevemo-nos a dizer que os profissionais de enfermagem procuram prestigiar a imagem, valorizando os cuidados de saúde delegados pelos médicos, em detrimento dos cuidados que lhes são próprios.

É a indefinição do papel social do profissional de enfermagem e das suas competências, que nos leva a questionar a verdadeira identidade deste profissional de saúde.

Neste sentido, *Dubar* (1997) define identidade profissional partindo do

conceito de *habitus* de *Pierre Bourdieu*, salientando que não é apenas um produto, fruto da condição social de origem, mas também um produto resultante da trajetória social do indivíduo. Assim, considera que o *habitus*, produto da socialização dos indivíduos, deve exprimir uma posição e uma trajetória que se traduzem por uma mesma visão do mundo económico e social, que define o grupo de pertença.

Ainda *Dubar* (1997) refere, citando *Bourdieu*, que a socialização assegura a incorporação do *habitus* de classe, produz a pertença de classe dos indivíduos, e, simultaneamente, reproduz a classe enquanto grupo de partilha do mesmo *habitus*.

Deste modo, e continuando a citar *Bourdieu*, *Dubar* (1997, p.74) faz alusão ao *campo escolar* como particularmente estratégico no conjunto de instrumentos de reprodução social para a incorporação do *habitus*, e explica o *habitus* como produto de uma história, ou seja, como produto de uma sequência necessariamente heterogénea de condições objectivas, sequência que define a trajetória dos indivíduos, como movimento único, através dos campos sociais, tais como a família de origem, o sistema escolar e o universo profissional.

A Construção da Identidade Profissional

A construção da identidade profissional adquire uma particular importância no trabalho, no emprego e na formação, imprimindo forte legitimidade, no reconhecimento social e na atribuição do estatuto social.

É neste sentido que a profissão obtém, hoje em dia, uma dimensão estruturante no sistema social.

Deste modo, cada profissão forma uma comunidade reunida pelos mesmos valores e a mesma ética.

No entanto, o conceito de profissional só é válido se for alicerçado num saber científico e não num saber prático. De tal modo, *Dubar* (1997) considera que a ética e o saber científico constituem as duas características principais de uma profissão. Ainda, segundo este autor, o diploma (autorização legal para o exercício) e o mandato (obrigação legal de assegurar a função específica) são atributos essenciais duma profissão.

Contudo, nem sempre, a profissão funciona como identificação social. Na verdade, acontece que os indivíduos ficam frustrados quando não se identificam

com o “grupo de pertença”, isto é, aquele a que gostariam de pertencer e que goza de estatuto social mais elevado.

O Enfermeiro e a “Crise” de Identidade

De certo modo, o grupo profissional dos enfermeiros revela falta de interiorização na identidade profissional – crise de identificação, ou identitária, uma vez que, numa tentativa de melhorar o prestígio profissional, optam, com frequência, por “copiar” o modelo médico no exercício da profissão.

Segundo Lopes (1998), a crise da identidade profissional do enfermeiro está associada à dificuldade que a profissão de enfermagem tem em afirmar o saber que lhe é próprio e o *espaço do exercício*. Considera, ainda, que a crise de identidade profissional do enfermeiro está associada à falta de interiorização dos modelos de referência.

Sendo assim, é necessário que os enfermeiros desenvolvam uma identidade profissional própria, através da identificação dos princípios básicos da profissão de enfermagem, tais como os valores éticos, morais e deontológicos, pois, enquanto não interiorizarem os modelos de referência profissional, isto é, não valorizarem os cuidados de enfermagem, os enfermeiros vão continuar à procura da sua identidade profissional.

Conforme *Hesbeen* (2000) o valor da profissão de enfermagem baseia-se na valorização da função e do seu contributo específico, sendo insubstituível, na manutenção da saúde das populações.

É a valorização da função profissional que dá valor e mais reconhecimento aos seus actores.

Deste modo, o reconhecimento dos enfermeiros é-lhe conferido pela valorização dos cuidados de enfermagem que prestam.

Assim, a orientação da prestação de cuidados de enfermagem para as manifestações da doença e meramente técnica, como por exemplo: a “realização dos pensos”, a “administração da terapêutica”, a “execução de tratamentos”, é pouco gratificante, e em nada contribui para a construção da identidade do enfermeiro, pois não se enquadra na especificidade da função da profissão de enfermagem.

No entanto, verificamos que os enfermeiros continuam a centrar a função

na execução dos cuidados de saúde prescritos pelos médicos e direccionados para as manifestações das doenças, apesar do incremento dos modelos teóricos da prestação de cuidados de enfermagem, nos últimos tempos, como referimos em capítulo anterior.

Sendo assim, é necessário que os profissionais de enfermagem tenham consciência de que a identidade profissional depende do enfoque nos cuidados de saúde que prestam às pessoas.

Desta forma, é necessário “pensar” a enfermagem a partir da prestação de cuidados, acabando com o divórcio entre os enfermeiros que pensam os modelos teóricos e os que exercem a profissão. A este propósito, *Hesbeen* (idem, p.83), faz alusão ao divórcio da profissão de enfermagem e à falta de interiorização na identidade profissional – crise de identificação, ou identitária, da seguinte forma:

Quantos belos trabalhos, quantas conferências brilhantes e quanta investigação por vezes sofisticada! Quanto azedume no terreno onde nem sempre os enfermeiros encontram a realidade da sua prática, nem uma melhoria concreta das condições de trabalho.

Usualmente ajuizamos a riqueza de uma profissão pelas contrapartidas que reflectem a sua prática.

Deste modo, torna-se imperioso que os enfermeiros interiorizem a sua função, mais concretamente a prestação dos cuidados de enfermagem, para que possam, finalmente, encontrar a identidade profissional.

É neste sentido que *Hesbeen* (2000) faz referência às bases de construção duma identidade profissional para o que se fundamentou em *Doroteia Hall*, enfermeira canadiana que trabalhou na Organização Mundial de Saúde, enunciando quatro razões que põem em causa a identidade profissionais de enfermagem:

- O facto da maior parte dos enfermeiros terem sido e serem mulheres; na maior parte das sociedades as mulheres são relegadas para um papel subalterno;
- A persistência e o sucesso com que as enfermeiras, os médicos e outras pessoas interessadas têm lutado para manter as escolas de enfermagem fora dos estabelecimentos do ensino superior;
- O facto das enfermeiras terem consentido em se tornarem servidoras dos médicos;
- O facto das enfermeiras não terem sabido utilizar o imenso potencial que lhes ofereciam as colectividades nacionais e internacionais para influenciarem o desenvolvimento dos serviços de saúde em que os cuidados de enfermagem tivessem podido ser praticados e desenvolvidos como uma disciplina autónoma.

É necessário reflectir estes pressupostos, combatendo-os, criando um espírito de classe conducente à assunção da identidade da profissão de enfermagem, ou seja, à identificação da função cujo contributo é indispensável para a prestação de cuidados de saúde à população.

CAP II.2 Legislação Regulamentar do Desempenho do Exercício de Enfermagem

Apesar da dificuldade em definir a profissão de enfermagem, os enfermeiros procuram incessantemente construir o saber próprio da profissão, a fim de obterem o reconhecimento / formalização na prestação de cuidados de enfermagem.

Na tentativa de clarificar e regulamentar o exercício da profissão de enfermagem foi publicado, em 1996, o Decreto-Lei n.º 161, de 4 de Setembro, que aprovou o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Este diploma:

- Clarifica conceitos;
- Caracteriza os cuidados de enfermagem;
- Especifica a competência dos profissionais de enfermagem;
- Define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos profissionais de enfermagem.
- A fim de melhor compreendermos como se define em termos legais a profissão e o profissional de enfermagem fazemos, de seguida, referência ao regulamento do exercício profissional dos enfermeiros da Ordem dos Enfermeiros. Esta foi criada, aprovada e publicada em forma de decreto-lei em 1998, já no final do século XX, mais de cem (100) anos após a *revolução Florence Nightingale*.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

No Decreto-Lei que regulamenta a profissão de enfermagem, esta é definida como uma profissão adstrita à área dos cuidados de saúde, que tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo (ser humano) são ou doente, ao longo do ciclo vital, bem como aos grupos sociais em que ele está integrado, com a finalidade de manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Constatamos neste parágrafo a influência dos modelos teóricos subjacentes ao paradigma da Transformação referenciado no antepenúltimo capítulo.

Assim, o enfermeiro é considerado como o profissional de saúde habilitado

com o curso de enfermagem legalmente reconhecido, ao qual foi atribuído um título profissional que lhe reconhece as competências científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem, gerais, ao indivíduo, à família e aos grupos da comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária. Daí se considerarem, os cuidados de enfermagem, como intervenções autónomas ou interdependentes, relativamente aos outros técnicos de saúde.

Também no mesmo Decreto-Lei¹⁴ são, ainda, caracterizados os cuidados de enfermagem (Artigo 5º), definidas as intervenções dos enfermeiros (Artigo 9º), a delegação de tarefas (Artigo 10º) e os direitos, deveres e incompatibilidades (Artigos 11º, 12º, 13º).

Para garantir a representação, a liderança e o controlo do exercício da profissão de enfermagem foi criada, em 1998, a Ordem dos Enfermeiros, com o Decreto-Lei n.º 104, de 21 de Abril, que integra nos seus estatutos o Código Deontológico para a Profissão de Enfermagem (Artigos 78º - 92º).

O Código Deontológico dos Enfermeiros inclui, além dos princípios gerais de actuação e dos deveres dos enfermeiros, os valores humanos, os direitos à vida e à qualidade de vida e os direitos aos cuidados na saúde.

Os profissionais de enfermagem são, ainda, obrigados ao dever de informar o indivíduo *cuidado(utente)/família/pessoa de referência* e ao sigilo profissional, bem como ao respeito pela intimidade e pelo indivíduo doente e em final de vida.

Assim considera-se, fundamental, para a excelência do exercício da profissão de enfermagem, a humanização dos cuidados e a objecção de consciência entre outras directrizes incluídas no Regulamento do comportamento dos enfermeiros no exercício da profissão de enfermagem (REPE).

O REPE e a criação da Ordem dos Enfermeiros identificam a profissão de enfermagem como um grupo profissional, impondo-lhe um conjunto de deveres de natureza moral e ética inerentes ao seu *objecto*, o *cuidar* da saúde do indivíduo, da família e das comunidades.

Pressupõe-se, deste modo, estarem criadas as condições para que a

¹⁴ Decreto-Lei n.º 166 de 4 de Setembro de 1996

profissão de enfermagem tenha identidade própria, confins de uma profissão que tem como alvo a pessoa, o “grupo”, na sua relação com a vida, com a doença, com a morte, cooptando nela a sua própria experiência e produtividade.

CAPÍTULO III. POLÍTICAS EDUCATIVAS E ENSINO / FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

O percurso histórico da profissão de enfermagem em Portugal parece-nos ter sido semelhante ao observado na restante Europa. É, no entanto, difícil de conhecer a história da profissão de enfermagem em Portugal, por falta de registos documentais.

Assim, para conhecermos a evolução da profissão de enfermagem em Portugal, recorreremos à legislação específica de enfermagem, à documentação fornecida pelas escolas superiores de enfermagem, aos estudos realizados por Nogueira (1990), Soares (1997) e Corrêa (2003) e outros documentos que passamos a enunciar:

Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Ministério da Saúde¹⁵, sobre o Curso de Enfermagem (1976);

Artigo de Ribeiro de Almeida datado de 1988, e intitulado "Início, Evolução e Perspectivas Futuras da Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo"¹⁶.

Segundo os estudos de Nogueira (1990), e Soares (1997), o registo da profissão de enfermagem surge, pela primeira vez, no censo das profissões de Lisboa de 1620 e 1640.

No início do século XIX o pessoal admitido nos hospitais, que prestava cuidados aos doentes era maioritariamente analfabeto e dum nível socio-económico baixo. A deficiente falta de preparação deste pessoal, levou a tomadas de decisão das instituições hospitalares no sentido de definir linhas de actuação para formar um corpo de profissionais capazes de realizarem cuidados de enfermagem. Surgiram assim, integrados nos hospitais, os primeiros cursos para enfermeiros.

Primeiras Escolas de Enfermagem

Neste sentido, foram feitas diligências para a criação dos primeiros cursos organizados para enfermeiros.

¹⁵ Revista de Enfermagem, Ano IV, Nº 1, Janeiro – Março 1988, p. 22-24.

¹⁶ Revista Servir, vol. 36, nº 2, Março – Abril, 1988, p. 92 – 103.

Assim, em 1886, foi criado oficialmente o primeiro curso de enfermagem, no Hospital Real de S. José, por proposta de Vaz de Carvalho, Enfermeiro-Mor do referido hospital¹⁷.

Também nos Hospitais da Universidade de Coimbra existem registos fazendo referência a um curso de enfermagem criado em 1881, pelo Professor António Augusto da Costa Simões¹⁸.

Do *currículum* do referido curso faziam parte quatro disciplinas: serviços de enfermagem, instrução primária, português e francês. As respectivas disciplinas destinavam-se a colmatar a falta de escolarização, justificando-se o ensino da língua francesa pelo facto dos manuais de enfermagem, conhecidos, serem escritos em francês.

Igualmente, no Hospital de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto, conforme no descreve Nogueira (1990), o Administrador propôs, em 1896, a criação de uma Escola de Enfermagem, por considerar não haver vantagem na existência de congregações religiosas para a prestação de cuidados aos doentes internados no hospital.

Constata-se, no entanto, que o curso dos Hospitais da Universidade de Coimbra nunca viria a funcionar por falta de apoios; o curso para enfermeiros do Hospital Real de S. José não obteve o êxito desejado, devido à dificuldade que os alunos tinham em, simultaneamente, assistirem às aulas e prestarem cuidados aos doentes¹⁹; e do curso do Hospital de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto não se conhece a evolução.

Mais tarde, em 1901, num relatório dirigido ao Ministro do Reino, o Enfermeiro-Mor José Curry Cabral propôs a criação de uma nova Escola de Enfermagem, a *Escola Profissional de Enfermeiros*, que foi oficializada por Diário do Governo, n.º 204 de 10 de Setembro de 1901.

Na *Escola Profissional de Enfermeiros*, eram ministrados o Curso Ordinário

¹⁷ Portaria do Reino de 28 de Janeiro de 1886. Era designado Enfermeiro – Mor, médico de formação quem exercia as funções de administrador hospitalar. Este cargo de nomeação régia foi instituído em 1851.

¹⁸ Colectânea de textos da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, sd.

¹⁹ Escola Superior de Enfermagem Artur Ravara (1986). Breves referências para a sua História.

e o Curso Completo de Enfermeiros. Aos candidatos era exigido, como requisitos, saber ler, escrever e contar. O Curso Ordinário tinha a duração de um ano e estava dividido em duas componentes:

A componente teórica cujo programa incluía: noções gerais sobre microrganismos, higiene, conhecimentos dos instrumentos mais usados em cirurgia, noções gerais sobre medicamentos de uso externo e interno, cuidados e técnicas de enfermagem;

A componente prática que consistia na prestação de cuidados directos aos doentes.

O Curso Completo de Enfermeiro tinha como exigência de ingresso a frequência do Curso Ordinário, tendo, igualmente, a duração de um ano.

No programa do Curso Completo eram ministrados conhecimentos relacionados com a doutrina e a prática de economia hospitalar, escrituração de enfermaria, regulamento dos serviços e regulamento dos doentes hospitalizados.

Por se considerar não estarem colmatadas as necessidades de formação em Enfermagem, em 1918²⁰ a Escola Profissional de Enfermeiros passou a denominar-se Escola Profissional de Enfermagem, tendo sido preconizado segundo o Dec. Lei. N.º 4563: *A completa remodelação dos serviços de enfermagem, e a fixação do critério, de idoneidade moral e aptidão para tal modo de vida, no recrutamento do pessoal.*

Também nos Hospitais da Universidade de Coimbra, foi criada em 1919 uma Escola Profissional de Enfermagem. Assim, procurava-se que os Hospitais da Universidade de Coimbra tivessem um funcionamento idêntico aos Hospitais Cíveis de Lisboa.

O curso da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra dividia-se em Curso Geral, com a duração de dois anos, e Curso Complementar, com a duração de um ano.

O Curso Complementar era exigido para a função de Enfermeiro Chefe²¹.

As duas escolas referidas, de Lisboa e Coimbra, tinham programas muito

²⁰ Decreto-Lei N.º 4563 de 9 de Julho.

²¹ Decreto-lei N.º 5736 de 10 de Maio.

idênticos, à excepção da disciplina de História da Enfermagem incluída apenas no elenco curricular da Escola de Enfermagem dos Hospitais Cíveis de Lisboa. A disciplina de Enfermagem, comum às duas escolas, estava dividida em Enfermagem Médica (incluía noções de patologia) e Enfermagem Cirúrgica (incluía meios de observação do doente e cuidados de higiene e conforto).

Em 1922 foi reestruturado o curso de enfermagem da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Cíveis de Lisboa, o Curso Ordinário passou a denominar-se Curso Geral, aumentando a duração para dois anos, mantendo-se o Curso Complementar com a duração de um ano²².

Nesta sequência, o exame de Instrução Primária do 2º grau passou a ser exigido para a frequência do Curso Geral, e continuou a ser necessária a aprovação no Curso Geral para a frequência do Curso Complementar. Também o elenco curricular do Curso Complementar foi alterado passando a incluir conhecimentos de Enfermagem Médico-Cirúrgica e de Socorros de Urgência, de Serviços Operatórios, de Organização dos Serviços Hospitalares e de Legislação.

O funcionamento das escolas de enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra e dos Hospitais Cíveis de Lisboa foi regulamentado por Decreto²³. As regras estabelecidas nestes regulamentos definiam:

- Os órgãos da direcção;
- A composição do conselho escolar;
- As normas de funcionamento;
- As condições de admissão aos cursos e o vínculo dos alunos ao hospital;
- A duração dos cursos;
- O elenco curricular;
- A organização da aprendizagem da prática;
- A avaliação e o valor dos diplomas para a admissão e a promoção no quadro dos hospitais.

É notória a dependência hospitalar quer no ensino de enfermagem, quer na perspectiva puramente hospitalar dos cuidados de enfermagem.

O curso de enfermagem dependia da administração do hospital, e cada

²² Decreto-lei N.º 8505 de 22 de Novembro.

²³ Decreto-Lei N.º 6943 de 16/9/1920, para a Escola Profissional de Enfermeiros de Coimbra. Decreto N.º 505 de 25 de Novembro de 1922 para a Escola Profissional de Enfermeiros de Lisboa.

instituição de acordo com as suas necessidades, realizava a formação do pessoal de enfermagem. Esta era da responsabilidade dos médicos e ministrada pelos mesmos. A aprendizagem era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas sem qualquer orientação e relação com os conteúdos teóricos, conforme os relatos da época.

“Explosão” das Escolas de Enfermagem

Até ao final da década de 30 do século XX o ensino de enfermagem não sofreu alterações consideráveis. Foi a partir da década de 40 do século XX que começaram a ser criadas outras escolas de Enfermagem, tornando-se então necessário o controlo de criação das escolas, pelo que em 1942 é publicado um Decreto-Lei²⁴ que estabelece os princípios orientadores quanto:

- À duração do curso de enfermagem;
- À constituição dos júris de exames finais;
- Às condições de admissão dos candidatos e aos locais de estágio;
- O presidente do júri de exames finais era, obrigatoriamente, designado pelo Ministro do Interior.

O Estado assumia-se como defensor público, podendo aferir a competência do pessoal de enfermagem, inspeccionar a competência dos docentes, o valor dos programas e dos resultados obtidos, bem como assegurar a idoneidade moral dos candidatos.

A partir dos finais da década de 30 até à década de 70 do século XX, assistiu-se à criação das várias escolas de enfermagem que enumeramos:

Escola de Enfermagem da Imaculada Conceição, em 1938, no Porto - escola particular e religiosa;

Escola Técnica de Enfermeiras²⁵ em 1940, em Lisboa - escola oficial;

Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, em 1940, em Lisboa - escola particular e religiosa;

Escola de Enfermagem de S. José de *Cluny*, em 1948, no Funchal - escola particular e religiosa;

²⁴ Decreto-Lei N.º 32612 de 31 de Dezembro de 1942.

²⁵ Actualmente chamada Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil

Escola de Enfermagem das Franciscanas Missionárias de Maria²⁶, em 1952, em Lisboa - escola particular e religiosa;

Escola de Enfermagem de Santa Maria, em 1953, no Porto - escola particular e religiosa;

Escola de Enfermagem de S. João, em 1954, no Porto - escola oficial;

Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa, em 1955, em Lisboa - escola particular;

Escola de Enfermagem de S. João de Deus, em 1955, em Évora - escola oficial;

Escola de Enfermagem de *Calouste Gulbenkian* de Braga, em 1956 - escola particular e religiosa²⁷;

Escola de Enfermagem da Guarda, em 1965 - escola oficial.

Foi, contudo, na década de 70 do século XX que se deu uma explosão de novas escolas, existindo, no final da década, ao todo trinta e uma escolas, vinte e cinco oficiais e seis particulares. Das seis escolas particulares de enfermagem, cinco eram religiosas.

Notava-se, ainda, a influência das ordens religiosas no ensino de enfermagem em Portugal, situação que não se verificava em outras áreas da formação profissional.

O facto das ordens religiosas terem sido determinantes na evolução da profissão e no ensino da enfermagem pode justificar a existência das escolas enfermagem religiosas até à actualidade.

A influência do Ministério da Educação no Ensino de Enfermagem

A Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) criada em 1940²⁸ tinha como objectivo preparar profissionais de Enfermagem qualificados para um funcionamento adequado do Instituto Português de Oncologia, de Lisboa. Esta

²⁶ Actualmente chamada Escola Superior de Enfermagem de S. Francisco das Misericórdias.

²⁷ Actualmente é uma escola oficial.

²⁸ Decreto-lei N° 30447 de 17 de Maio de 1940.

iniciativa ficou a dever-se ao Professor Doutor Francisco Gentil²⁹ e tinha como base os seguintes considerandos, publicados em Decreto³⁰:

- Considerando que a assistência dos cancerosos, carece hoje, não só de bom pessoal médico, mas também de pessoal de Enfermagem devidamente especializado;
- Considerando que pessoal de Enfermagem, para eficazmente trabalhar nas Instituições de combate ao cancro, precisa de ter uma cultura superior, não apenas no que diz respeito às ciências naturais e à saúde pública em geral, mas sobretudo no campo da física das radiações, que não cabe no âmbito limitado dos cursos de Enfermagem actualmente existentes em Portugal;
- Considerando igualmente que, tendo o Instituto Português de Oncologia a seu cargo a organização da luta contra o cancro em Portugal, nos seus vários aspectos de educação, assistência e investigação, cabe na sua missão educativa a preparação de pessoal de Enfermagem.

A Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) inaugurou, em Portugal, um modelo de formação de enfermeiras, influenciado pelo modelo americano, que, por sua vez, se inspirava no Modelo de *Florence Nithingale*.

Com o apoio da Fundação *Rockfeller*, foram atribuídas bolsas de estudo para as alunas diplomadas³¹ pela ETE se prepararem para a docência na profissão de enfermagem e administração dos serviços de saúde. Uma enfermeira americana deslocou-se, durante algum tempo, para Lisboa com o intuito de exercer funções da Direcção da Escola.

Foi, assim, a primeira escola de enfermagem em Portugal a ser dirigida por uma enfermeira e a ter autonomia pedagógica / científica, conforme Boletim do Instituto Português de Oncologia³².

O regulamento e programas do curso ETE foram aprovados pelo Ministério da Educação e tinham por finalidade o desenvolvimento de competências que habilitassem as enfermeiras para o desempenho profissional nos hospitais, em saúde pública e saúde comunitária, assim como na prática do exercício e das funções pedagógicas e de administração inerentes à profissão de enfermagem. O

²⁹ O professor Doutor Francisco Gentil foi professor de medicina operatória, patologia, cirurgia e clínica cirúrgica da Faculdade de Medicina de Lisboa e Presidente da Comissão Directora do Instituto Português de Oncologia.

³⁰ Decreto-lei N° 30447 idem.

³¹ Alunas diplomadas eram as alunas que terminavam o curso.

³² Vol. XII N° 6 e 7, de Junho/Julho de 1945 e vol. XIV, N° 5 de Maio de 1947.

ingresso no curso estava dependente da obtenção do 3º ciclo do Liceu, independentemente da alínea ou área de formação do curso liceal.

Como síntese apresentamos os quadros 2 e 3, com a evolução das escolas de enfermagem portuguesas.

Quadro 2. Evolução das escolas de enfermagem portuguesas até ao ano de 2000 (oficiais)

NOME	DATA DE CRIAÇÃO	MINISTÉRIO TUTELA	REGIME	LOC. IMPLANTAÇÃO	OBSERVAÇÕES ³³
ES de Enf. de Artur Ravara	09/07/1918	Saúde e Educação	Oficial	Lisboa	Dec. nº 4: 563; revogado pelo Dec. nº 19.060, de 12-11-1930.
ES de Enf. de Dr. Ângelo da Fonseca	16/09/1920	Saúde e Educação	Oficial	Coimbra	Dec. nº 6: 943 de 1920.
ES de Enf. de Francisco Gentil	17/05/1940	Saúde e Educação	Oficial	Lisboa	Dec. Nº 30: 447 de 17/05/1940.
ES de Enf. de S. João	23/01/1954	Saúde e Educação	Oficial	Porto	Port. nº 14.719 de 1954; revogado pelo Dec. Lei nº 40303, de 03/09/1955, alterado pela Port. nº 350 / 72 de 22 de Junho.
ES de Enf. de S. João de Deus	02/11/1955	Saúde e Educação	Oficial	Évora	Port. nº 15590 de 02/11/1955.
ES de Enf. da Cruz Vermelha Portuguesa	17/10/1955	Defesa	Oficial	Lisboa	Dec. Lei nº 40337 de 17/10/1955. Convertida a Escola Superior pela Port. nº 557 / 93 de 31 de Maio.
ES de Enf. de Calouste Gulbenkian de Lisboa	10/09/1956	Saúde e Educação	Oficial	Lisboa	Port. nº 15965 de 10-09-56; revogada pela Port. nº 22539 de 27-02-67; revogada pela Port. nº 326 / 72 de 06-06.

³³ Convertida em Escola Superior, regime Politécnico, pela Portaria n.º 821 / 89 de 15 de Setembro

Quadro 2. Evolução das escolas de enfermagem portuguesas até ao ano de 2000 (oficiais) (Cont.)

ES de Enf. de Ponta Delgada	24/10/1958	Saúde e Educação	Oficial	Ponta Delgada	Portaria nº 16904 de 24/10/1958.
ES de Enf. da Guarda	07/07/1965	Saúde e Educação	Oficial	Guarda	Despacho Ministerial de 07/07/1965.
ES de Enf. de Bissau Barreto	03/05/1971	Saúde e Educação	Oficial	Coimbra	Port. nº 232 / 71 de 03-05
ES de Enf. de Bragança	30/04/1971	Saúde e Educação	Oficial	Bragança	Port. nº 222 / 71 de 30-04
ES de Enf. de Faro	26/06/1971	Saúde e Educação	Oficial	Faro	Port. nº 343 / 71 de 26 de Junho
ES de Enf. de Portalegre	03/05/1971	Saúde e Educação	Oficial	Portalegre	Port- nº 232/71 de 03 de Maio.
ES de Enf. de Viseu	01/05/1971	Saúde e Educação	Oficial	Viseu	Port. nº 228 / 71 de 01 de Maio
ES de Enf. de Beja	30/10/1973	Saúde e Educação	Oficial	Beja	Dec. nº 569 / 73 de 30-10
ES de Enf. de Dr. Lopes Dias	04/08/1973	Saúde e Educação	Oficial	Castelo Branco	Dec. Lei nº 393 / 73 de 04 de Agosto.
ES de Enf. de Leiria	16/05/1973	Saúde e Educação	Oficial	Leiria	Dec. nº 243 / 73 de 16 de Maio.
ES de Enf. de Angra do Heroísmo	30/10/1973	Saúde e Educação	Oficial	Angra do Heroísmo	Dec. nº 569 / 73 de 30 de Outubro.
ES de Enf. de Santarém	16/05/1973	Saúde e Educação	Oficial	Santarém	Dec. nº 243 / 73 de 16 de Maio.
ES de Enf. de Viana do Castelo	16/05/1973	Saúde e Educação	Oficial	Viana do Castelo	Dec. nº 243 / 73 de 16 de Maio.
ES de Enf. de Vila Real	30/10/1973	Saúde e Educação	Oficial	Vila Real	Dec. nº 569 / 73 de 30 de Outubro.
ES de Enf. de Calouste Gulbenkian	16/11/1977	Saúde e Educação	Oficial	Braga	Dec. Lei nº 483 / 77 de 19-11.
ES de Enf. de D. Ana Guedes	16/11/1977	Saúde e Educação	Oficial	Porto	Dec. Lei nº 482 / 77 de 16-11.
ES de Enf. do Serviço de Saúde Militar	02/08/1979	Defesa	Oficial	Lisboa	Dec. Lei nº 266 / 79 de 02 de Agosto. Convertida a Escola Superior pela Port. nº 945 / 93 de 28 de Setembro.

Quadro 3. Evolução das escolas de enfermagem portuguesas até ao ano de 2000 (particulares)

NOME	DATA DE CRIAÇÃO	MINISTÉRIO TUTELA	REGIME	LOC. IMPLANTAÇÃO	OBSERVAÇÕES
ES de Enf. Imaculada Conceição	30/10/1937	Saúde e Educação	Particular	Porto	Despacho Ministerial de 30/10/1937. Convertida a Escola Superior pela Port. nº 579 /90 de 21 de Julho.
ES de Enf. S. Vicente de Paulo	12/1940	Saúde e Educação	Particular	Lisboa	Alvará 454 de Dezembro de 1940. Convertida a Escola Superior pela Port. nº 572 /90 de 20 de Julho.
ES de Enf. S. José de Cluny	13/10/1948	Saúde e Educação	Particular	Funchal	Despacho do Subsecretário da Assistência Social de 13/10/1948. Convertida a Escola Superior pela Port. nº 795 /91 de 09 de Agosto.
ES de Enf. Francisc. Missionárias de Maria	22/07/1952	Saúde e Educação	Particular	Lisboa	Despacho Ministerial nº 369 de 22 /07/1952. Convertida a Escola Superior pela Port. nº 185 / 91 de 04 de Março.
ES de Enf. Santa Maria	17/01/1953	Educação	Particular	Porto	Despacho Ministerial de 17/01/1953. Convertida a Escola Superior pela Port. nº 362 / 91 de 24 de Abril.
ES de Enf. , Saúde Pública e Reabilitação Jean Piaget-Nordeste	24/06/1993	Saúde e Educação	Particular	Macedo de Cavaleiros	Port. nº 602 / 93 de 24 de Junho.

CAP III.1 Evolução do Ensino / Formação de Enfermagem em Portugal

Nesta secção temos como intenção dar a conhecer a evolução do ensino/formação de enfermagem em Portugal.

Verificamos que após a publicação do Decreto – Lei nº362190 de 10 de Abril de 1947, o ensino de enfermagem, até então dependente dos hospitais e da responsabilidade médica, passa a depender directamente do Estado. Desta forma, cabe ao Estado, a responsabilidade de zelar pela formação dos profissionais de enfermagem, bem como pelo nível profissional e social da profissão.

Neste contexto, o ensino de enfermagem passa a ser ministrado nas escolas de enfermagem, públicas (oficiais) e/ou privadas, devidamente autorizadas. Com estas medidas surgem então sucessivas reformas no ensino de enfermagem, reflexo da necessidade de cuidados de saúde adequados às mudanças sociais, científicas e tecnológicas que caracterizaram o século XX.

Constatamos, ser em meados do século XX, em 1952, que o ensino de enfermagem é, significativamente, valorizado com a exigência de formação pedagógica, específica, para os enfermeiros, professores de enfermagem, entre outros requisitos. (Dec. Lei n.º 38:884 de 27 de Agosto de 1952)

Consideramos, também, o ano de 1965 um marco no ensino de enfermagem, na medida em que, nesta data, passam a ser exigidas maiores habilitações literárias para o ingresso no curso de enfermagem, ou seja, o segundo ciclo do Liceu (nono ano de escolaridade).

Pretendemos, ainda, salientar no ano de 1976, a intenção da integração do Ensino de Enfermagem no Ensino Superior Politécnico com as alterações constantes do Plano de Estudos do Curso de Enfermagem.

E, finalmente, em 1988, a integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico, atribuindo aos diplomados com o curso de enfermagem, o grau de bacharel.

Só em 1997, com a publicação da Lei nº 115 de 19 de Setembro, o curso de enfermagem passa a ter a duração de quatro (4) anos lectivos, 4600 horas curriculares e o grau académico de licenciatura. O primeiro curso de licenciatura em enfermagem viria a funcionar no Ano Lectivo 1999/2000.

Por nos parecer pertinente, passamos, de seguida, a fazer referência às reformas enunciadas, evidenciando em cada uma delas as alterações mais mediáticas. Começamos, assim, pela reforma de 1952, após o que abordaremos as alterações constantes das reformas de 1965, 1976, 1988 e, por fim, de 1997.

Reforma de 1952

Em 1952³⁴, foram introduzidas as seguintes reformas no ensino de enfermagem e no Curso Geral de Enfermagem, assim:

³⁴ Decreto-Lei N.º 38884 e N.º 38885 de 28 de Agosto.

a) Para a admissão ao Curso Geral de Enfermagem os candidatos deviam:

- Ter completado dezoito anos;
- Ter boa saúde física e irrepreensível comportamento moral;
- Possuir o primeiro ciclo dos liceus (sexto ano de escolaridade).

b) A duração do curso passou para três anos;

c) A formação passou a ter as componentes teórica, prática e estágio com frequência obrigatória;

d) Aos enfermeiros, professores de enfermagem, passou a ser exigida formação pedagógica específica, para o que deviam frequentar um Curso Complementar, sem o qual não lhe era reconhecida competência para o ensino da enfermagem.

No final do Curso Geral de Enfermagem era obrigatório, para obtenção do diploma, os alunos submeterem-se a um exame que abrangia todas as matérias ministradas durante o curso. O exame final do curso era chamado Exame de Estado e tinha de se realizar numa escola de enfermagem pública.

Foram criados os cursos de Enfermagem Especializada e de Enfermagem Complementar, sendo exigido para no seu ingresso o Curso Geral de Enfermagem e o segundo ciclo do Curso do Liceu (nono ano de escolaridade).

Os planos de estudos previam aulas teóricas, práticas e ensino clínico/estágio, com frequência obrigatória, mas na aprendizagem não se valorizava a relação dos aspectos teórico – práticos. O ensino de enfermagem centra-se no doente em internamento hospitalar, dando ênfase às doenças, sendo a prática também orientada para a doença.

A formação visa preparar o enfermeiro para auxiliar o médico, e os conhecimentos transmitidos promovem um profissional rápido e preciso, privilegiando uma actuação direccionada para as manifestações da doença.

A evolução científica relacionada com o aparecimento das novas tecnologias e as mudanças sociais da era moderna, visam o desenvolvimento dos serviços de saúde, começando a dar lugar à prevenção primária e terciária (promoção da saúde e integração do indivíduo na sociedade de acordo com as suas capacidades).

Assim, passa a ser exigido uma formação diferente ao profissional de enfermagem, e nesta sequência é reformulado o ensino de enfermagem,

surgindo então a reforma de 1965.

Reforma de 1965

Em 1965, foi reformulado o Curso Geral de Enfermagem, criado em 1952, por se continuar a verificar a predominância de cuidados de enfermagem curativos, em detrimento dos cuidados direccionados para a prevenção da doença e a promoção da saúde.

Desta forma, a reforma de 1965³⁵ caracterizou-se por:

a) Alteração dos requisitos de candidatura ao Curso Geral de Enfermagem tendo sido dada maior relevância às habilitações literárias, sendo exigência de admissão possuir o segundo ciclo do Curso do Liceu ou equivalente legal (nono ano de escolaridade). Verificamos que, relativamente à reforma de 1952, a escolaridade obrigatória passou de seis (6) anos para nove (9) anos;

b) Mantêm-se os três anos de duração do curso;

c) No *curriculum* escolar do Curso de Enfermagem Geral foram incluídos, pela primeira vez, os conceitos de Saúde Pública / Saúde Comunitária;

d) Mantêm-se as exigências pedagógicas para os professores da disciplina de Enfermagem.

O novo plano de estudos, a ser instituído nas escolas dependentes do Ministério da Saúde, teve a particularidade de ser apreciado, para aprovação, por uma Consultora da Organização Mundial de Saúde (OMS), nomeada exclusivamente para esse efeito.

A finalidade do curso era proporcionar, aos alunos de enfermagem, uma formação humana e técnica que lhes permitisse serem considerados profissionais aptos e eficientes em qualquer área de enfermagem e aos níveis: preventivo, curativo e de reabilitação.

Verifica-se maior relevância na disciplina de Enfermagem e empenho na preparação dos alunos para a prestação de cuidados de enfermagem, tanto em serviços hospitalares (cuidados curativos) como em saúde pública (cuidados preventivos e promoção da saúde).

³⁵ Decreto-lei N.º 46448 de 20 de Julho.

É, no entanto, a década de 70 que marca a história e o ensino de enfermagem, em consequência das mudanças políticas e sociais, decorrentes da revolução de Abril de 1974, e cuja influência se estende a todos os sectores da sociedade portuguesa.

A consciencialização da opinião pública sobre os direitos sociais em matéria de saúde impôs aos profissionais de enfermagem/enfermeiros, a necessidade de novas respostas no âmbito da saúde do indivíduo, das famílias e da comunidade.

Também na formação de enfermagem se fizeram sentir as alterações resultantes do contexto social da época.

Assim, em 1974, foi nomeado pelo Secretário de Estado da Saúde um grupo de trabalho responsável por elaborar um plano de estudos para o Curso Geral de Enfermagem, passando a conferir aos profissionais de enfermagem / enfermeiros, a capacidade para novas respostas às necessidades no âmbito da saúde do indivíduo, das famílias e da comunidade.

Surge, assim, a reforma do ensino de enfermagem de 1976.

Reforma de 1976

O Curso Geral de Enfermagem³⁶ foi reformulado em 1976, tendo como objectivos:

- Promover uma formação básica polivalente para tornar o profissional de enfermagem / enfermeiro, capaz de actuar junto do indivíduo ou na comunidade, aos três níveis de prevenção;
- Preparar profissionais de enfermagem / enfermeiros, para se tornarem agentes de mudança e da renovação da realidade;
- Preparar profissionais de enfermagem / enfermeiros, para serem capazes de estudarem e solucionarem os problemas de saúde de uma comunidade;
- Preparar profissionais de enfermagem / enfermeiros, para o enquadramento na planificação global de saúde do país.

Constata-se, relativamente à reforma de 1965, que se mantêm os requisitos de admissão ao curso geral de enfermagem, bem como a duração do curso e que o ensino de enfermagem se mantêm na tutela do Ministério da

³⁶ Plano de Estudos do Curso de Enfermagem aprovado por Despacho de 9 de Agosto de 1976 por Sua Excelência o Secretário de Estado da Saúde.

Saúde.

Verificam-se, no entanto, as seguintes alterações:

a) O programa do curso de enfermagem de 1976 passou a dar maior ênfase à promoção da saúde, preconizando também a integração ao longo do curso, das áreas de pedagogia, gestão, saúde comunitária e saúde mental.

b) A organização do curso obedecia aos seguintes requisitos:

Frequência do curso obrigatória;

Carácter teórico – prático;

c) Foram extintos os exames de Estado;

d) A formação de enfermagem passa a ser inovadora, centrada na saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Pretende-se assim formar profissionais de enfermagem / enfermeiros, generalistas, capazes de desempenharem funções em instituições de saúde da comunidade, no âmbito dos cuidados de saúde primários e nos hospitais (cuidados de saúde diferenciados).

Daí a necessidade de uma formação técnica, científica e humana cada vez mais aprofundada e integrada, incluindo, no elenco curricular, as disciplinas de psicologia, sociologia, antropologia e ética.

Em 1979, passou a ser exigida, como condição para o ingresso no Curso Geral de Enfermagem, a conclusão do Curso Complementar do ensino secundário (Décimo primeiro ano de escolaridade).

A partir de 1988, para o ingresso no Curso Geral de Enfermagem, passaram a ser exigidos os mesmos requisitos que para o ensino superior, em geral.

A Integração no Ensino Superior em 1988

Em 1988, o Curso Geral de Enfermagem e de Especialização em Enfermagem, foram finalmente integrados no Ensino Superior Politécnico³⁷, com:

A integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional;

³⁷ Decreto-lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro.

O reconhecimento académico do grau de bacharel para o Curso Geral de Enfermagem, e o grau de licenciatura para o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem;

A conversão das escolas de Enfermagem em escolas Superiores de Enfermagem sob a dupla tutela dos Ministérios de Educação e da Saúde³⁸.

A regulamentação do curso de bacharelato em enfermagem, em 1990³⁹.

Nesta sequência, foi determinado que o curso de bacharelato em enfermagem:

a) Tivesse a duração de três anos lectivos, seis semestres e uma carga lectiva que pode variar entre 3.300 e 3.600 horas.

b) Conferisse capacidade para intervir ao nível:

- Da prestação dos cuidados de enfermagem;
- Do ensino ao indivíduo, à família, à comunidade e ao pessoal de saúde;
- Da gestão dos cuidados de saúde como membro da equipa de saúde;
- Do desenvolvimento da prática da enfermagem através do pensamento crítico e da investigação em enfermagem.

Deste modo, o plano de estudos do curso de enfermagem mantém as vertentes teórico-prática e ensino clínico/estágio, preconiza um desenvolvimento harmonioso e adequado ao estágio de aprendizagem e enfatiza a globalidade dos cuidados de enfermagem⁴⁰.

Esta reforma foi pouco duradoura, pois para dar resposta às recomendações da Comissão da União Europeia⁴¹ que exigiam uma reestruturação no Ensino de Enfermagem, em 1997⁴², o curso passou a ter a duração de quatro anos lectivos, uma carga horária de 4.600 horas, passando a conferir o grau académico de licenciatura.

³⁸ Portaria N.º 821/89 de 15 de Setembro.

³⁹ Portaria N.º 195/90 de 17 de Março.

⁴⁰ Directiva N.º 77/453.

⁴¹ Directivas 77/453/CEE, comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de Enfermagem, XV/9432/7/96-PT de 17 de Outubro de 1998, XV/E/8481/97-PT, de 20 de Outubro de 1997.

⁴² Lei N.º 115/97 de 19 de Setembro.

Verificamos que numa década o curso de Enfermagem deixou de ser conotado como um curso profissional (curso médio) para passar a curso de nível superior, ministrado no ramo do Ensino Superior Politécnico, com a atribuição do grau de licenciatura.

Reforma de 1997 - Curso de Licenciatura em Enfermagem

O curso de licenciatura em enfermagem garante a formação para a prestação de cuidados globais de enfermagem, ao longo do ciclo vital, a indivíduos, às famílias e à comunidade, respeitando a individualidade, a diversidade e a multiculturalidade.

O primeiro Curso de Licenciatura em Enfermagem começou a ser ministrado no ano lectivo 1999-2000 e a integração efectiva do Ensino de Enfermagem no Ministério da Educação concretizou-se no ano civil de 2001⁴³.

É de notar, como marcante para a profissão de enfermagem, a integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, no Ensino Superior Politécnico, que conduziu à abertura do Mestrado de Ciências de Enfermagem na Universidade Católica de Lisboa, em 1991, e, em 1992, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto.

Sendo de ressaltar, como consequência destas medidas, a possibilidade dos enfermeiros frequentarem mestrados e doutoramentos, também, outras áreas científicas.

O início deste 3º Milénio distingue-se pela crise económica, social e política, de cariz mundial que, como não podia deixar de ser, também afecta Portugal. Esta conjuntura estende-se à área dos cuidados de saúde, repercutindo-se na carência de profissionais, designadamente, enfermeiros, sendo este acontecimento assaz divulgado e enfatizado pelos *media* portugueses.

Fruto estas circunstâncias, observamos a proliferação de cursos de enfermagem nas instituições particulares de ensino superior (Institutos e Universidades) que contornando o efeito dos números *clausulo*, tentam colmatar a falta de profissionais de enfermagem, fazendo face à sua própria crise económica.

⁴³ Decreto-Lei N.º 353/99 de 3 de Setembro.

Paralelamente, o Estado assume a responsabilidade do ensino de enfermagem, e são criados cursos de enfermagem nas Escolas de Saúde da Universidade de Aveiro e Instituto Superior Politécnico de Setúbal, únicas capitais de distrito onde até então o curso não era leccionado.

Parece-nos estar perante um fenómeno cíclico, caracterizado pela imperiosidade da formação de enfermeiros tendo apenas como fim a satisfação das necessidades de cuidados de saúde da população Portuguesa, e quiçá da população Europeia, pelo que nos atrevemos a observar alguma falta de critério na criação dos ditos cursos.

Neste sentido, em Julho de 2004⁴⁴, é feita a reestruturação do ensino de enfermagem, com o objectivo de rentabilizar os recursos humanos e materiais, com vista a um ensino mais diversificado e de melhor qualidade, a um maior número de alunos.

Neste contexto, procede-se à fusão das escolas de enfermagem públicas de Lisboa, Porto e Coimbra, dando origem às escolas superiores de enfermagem de Lisboa, Porto e Coimbra, que funcionarão como escolas superiores não integradas.

Esta reestruturação, ainda faz referência às escolas superiores de enfermagem que, mantendo a natureza do ensino superior politécnico, são integradas nas Universidades tais como:

Escola Superior de Enfermagem *Calouste Gulbenkian* de Braga, na Universidade do Minho;

Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus de Évora, na Universidade de Évora;

Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro;

Escolas Superiores de Enfermagem de Angra do Heroísmo, e de Ponta Delgada, na Universidade dos Açores;

Escola Superior de Enfermagem da Madeira, na Universidade da Madeira.

Desta forma, a rede pública do ensino de enfermagem passa de 22 para

⁴⁴ Decreto-Lei nº 175/2004

15 escolas de enfermagem. Com esta racionalização, pretende-se, com atrás foi dito, melhorar a qualidade do ensino de enfermagem, isto é, formar mais e melhor, o que significa dizer, formar profissionais de enfermagem capazes de satisfazerem as necessidades de cuidados de saúde do indivíduo, família e comunidades, fazendo jus ao reconhecimento dado ao curso de enfermagem, com a atribuição de curso de nível superior.

É neste âmbito que registamos a criação do doutoramento em Enfermagem na Universidade de Lisboa⁴⁵, com base no protocolo de cooperação desta universidade com as Escolas Superiores de Enfermagem públicas de Lisboa, hoje denominadas, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Na mesma Universidade, na Faculdade de Medicina, é, também, criado o ramo de conhecimento da Ciências da Saúde, para atribuição do grau de doutor, com a especialidade "Estudos Avançados em Enfermagem"⁴⁶.

Constatamos o início de um novo ciclo de Formação de Enfermeiros, sem precedentes na História do Ensino de Enfermagem, em Portugal.

Assim, o actual ensino de enfermagem tem como finalidade a prestação de cuidados de enfermagem baseada, conforme o recomendado pela Organização Mundial de Saúde e pelo Conselho Internacional de Enfermeiros⁴⁷, nos seguintes princípios:

- Cuidado centrado nas necessidades de cada utente;
- A implicação do indivíduo, família, grupos e comunidade nos cuidados de Enfermagem, integrando um processo educativo que promova a curto prazo o auto – cuidado;
- O conceito de família como unidade de cuidados;
- A articulação entre diferentes níveis de cuidados de saúde, salvaguardando um *continuum* de saúde;
- A realização de estudos no âmbito do cuidar em Enfermagem e na melhoria dos cuidados de Enfermagem;
- A colaboração na formação na área da saúde e suas envolventes, bem como na gestão de unidades de Saúde.

⁴⁵ Deliberação nº 1040/2004, da Reitoria, publicada em Diário da República, II série, de 12 de Agosto.

⁴⁶ Deliberação nº 973/2004, da Reitoria, publicada em Diário da República, II série, de 19 de Julho

⁴⁷ Enfermagem e *Midwife*; Health 21 – Saúde 21 (s.d.); 2ª Conferência da OMS, Munique, Alemanha, 15 – 17 de Junho 2000.

Quadro 4. Evolução do ensino da enfermagem em Portugal

VERTENTES Reformas	CONDIÇÕES DE ACESSO	CURSOS	DURAÇÃO	CURRÍCULUM
Reforma de 1952	18 Anos Atestado de robustez física Certidão de aptidão moral 1º Ciclo do liceu	Curso Geral de Enfermagem	3 Anos	Introdução dos conceitos: Prevenção da doença e Promoção da saúde. Exame de Estado no final do curso
Reforma de 1965	18 Anos 2º Ciclo do liceu ou equivalente Certificado de robustez física	Curso Geral de Enfermagem	3 Anos	Introdução Conceitos de Saúde Pública Estágio em serviços de Saúde Pública
Reforma de 1976	18 Anos Curso do Ensino Secundário Certificado de robustez física	Curso Geral de Enfermagem	3 Anos	Introdução de conceitos: Pedagógicos, Gestão, Saúde Comunitária, Saúde Mental Frequência obrigatória do curso Extinção do Exame de Estado
Após a Reforma de 1976	Condições de ingresso iguais ao Ensino superior	Curso Geral de Enfermagem	3 Anos	Introduzidas as disciplinas: Psicologia Antropologia Sociologia Ética
Integração no Ensino Superior 1988	a)	Curso de Bacharelato em Enfermagem	3 Anos	Maior ênfase: Gestão dos Serviços de Saúde Pedagogia Investigação
1997	a)	Curso de Licenciatura em Enfermagem	4 Anos	Mantêm-se as disciplinas acima discriminadas Maior ênfase: Investigação em Enfermagem e Estatística.

Legenda: a) Mantém-se as condições de ingresso

Em resumo, e segundo Quintão Pereira⁴⁸ (1998, p. 20), necessitamos que os alunos de enfermagem conclua o curso com uma maior formação de base na prestação de cuidados de Enfermagem, e que *adquiram as competências internacionalmente recomendadas para o exercício de profissão de Enfermeiro*. Neste sentido, parece-nos fundamental que o enfermeiro seja capaz de desenvolver a flexibilidade e a capacidade de adaptação necessárias à prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, numa sociedade

⁴⁸ Parecer Técnico.

globalizante e globalizada, onde a perspicácia e o sentido ético são, cada vez mais, necessários ao acompanhamento dos avanços imprevisíveis da bioengenharia e biomedicina. Como conclusão apresenta-mos o Quadro 4 (resumo), com a evolução das reformas do ensino de enfermagem em Portugal.

CAP III.2 Contexto Actual da Formação do Enfermeiro em Portugal

Nesta secção, o nosso objectivo é a visão diacrónica da Formação do Profissional de Enfermagem/Enfermeiro no contexto português que, como constatamos no capítulo precedente, sofreu alterações significativas durante a segunda metade do século XX.

Como atrás já referimos o ensino de enfermagem é integrado no Ensino Superior Politécnico, passando a formação a ser de três (3) anos para a obtenção do grau de bacharel, em 1988, e de quatro (4) anos para a obtenção do grau de licenciatura, em 1997.

Apesar de se considerar que os alunos do curso de bacharelato em enfermagem adquiriam as capacidades de pensamento crítico, de decisão e de iniciativa, constata-se que desenvolvem menos a destreza manual, o que de algum modo prejudica o desempenho profissional, conforme informação dos orientadores de estágio e responsáveis pela prestação de cuidados de saúde. Também os professores, nos momentos de avaliação formativa, partilham essa mesma opinião.

Por este motivo, e para dar resposta às recomendações do *Comité Consultivo no Domínio dos Cuidados de Enfermagem* e de acordo com o parecer técnico de Quintão Pereira (1998)⁴⁹, foi considerado necessário aumentar a experiência clínica (estágio) dos alunos de enfermagem, pelo que foi criado o curso de licenciatura em enfermagem⁵⁰, conforme referimos no início do capítulo.

Neste sentido, para permitir que os alunos de enfermagem adquiram os

⁴⁹ QUINTÃO PEREIRA, T. (1998) - As exigências do exercício da profissão de enfermagem e a organização da educação em enfermagem, em articulação com as alterações ao sistema de ensino superior politécnico (Parecer técnico). Lisboa, Direcção Geral dos Recursos Humanos da Saúde, Ministério da Saúde.

⁵⁰ Lei 115/97 de 19 de Setembro.

conhecimentos, as capacidades e as atitudes que o profissional de enfermagem/enfermeiro deve possuir ao iniciar a actividade profissional, o curso de enfermagem passa a ter a carga horária de cerca de 4600 horas⁵¹,

Em primeiro lugar e de forma pormenorizada, por serem os alunos do Curso Bacharelato em Enfermagem o alvo do nosso estudo, referimo-nos ao Plano de Estudos deste curso tendo em consideração os princípios pedagógicos subjacentes, os objectivos e as disciplinas curriculares.

Depois, aludimos ao Plano de Estudos da Licenciatura em Enfermagem, privilegiando também os princípios da pedagogia subjacentes ao processo ensino/aprendizagem, aos objectivos e às disciplinas curriculares.

Faremos, ainda, uma abordagem sobre as competências necessárias ao desempenho profissional do enfermeiro, integradas nos objectivos, e adquiridas e desenvolvidas durante o curso de enfermagem.

Por fim, teremos em conta as críticas dos alunos e dos orientadores do ensino clínico/estágio sobre o “fosso” entre o Ensino (teoria) e as Práticas.

Formação do Profissional de Enfermagem

A integração do ensino de enfermagem no ensino superior visa o desenvolvimento da capacidade de inovação e de análise crítica e, ainda, a aquisição de conhecimentos científicos de índole teórica e prática com vista ao exercício profissional de enfermagem, a este propósito *Collière*, (1989, p. 197) afirma que:

Penetrar na Universidade permite às Enfermeiras, sair do espaço unidimensional do Hospital – Escola, e libertar-se da uniformização dos modelos sociais que produz, para descobrir a plurivalência das correntes do pensamento, à sua diversidade, à sua contradição, à sua oposição, bem como, as diferentes opções sociais, económicas e políticas que lhe estão subjacentes. (...) a formação Universitária alarga a percepção do campo social, permitindo o encontro com pessoas de cultura, idade e experiências diferentes, tanto a estudantes como professores.

A sociedade actual, caracterizada pela constante evolução social,

⁵¹ De acordo com as recomendações do Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem ao nível da União Européia- *Rapports Techniques- La pratique Infirmière. Genève, 1996.*

tecnológica e científica, a rápida construção e divulgação do conhecimento através dos meios de comunicação social, influencia o rumo das profissões, incluindo a profissão de enfermagem. Também os progressos registados nas ciências médicas, terapêutica e tecnológicas, colocam os profissionais de enfermagem perante problemas éticos (reanimação, manipulação genética, eutanásia, etc.) e perante o assumir das suas responsabilidades em decisões conjuntas.

Deste modo, é necessário formar profissionais de enfermagem capazes de intervir qualquer que seja o contexto das políticas sociais, culturais, económicas e científicas da sociedade.

Por conseguinte, de acordo com as recomendações do *Comité Consultivo para a Formação no Domínio dos Cuidados de Enfermagem*⁵², os cuidados de saúde, prestados pelos profissionais de enfermagem, devem ser orientados para a assistência, o ensino, o aconselhamento e a coordenação dos serviços de saúde, assegurando a continuidade dos cuidados de saúde.

A integração do ensino de enfermagem no Ensino Superior Politécnico resulta, pois, da exigência de profissionais de enfermagem cada vez mais competentes, isto é, mais capazes de darem respostas às necessidades de cuidados de saúde, na actual sociedade.

Entende-se por competências (Pires, 1995, p.57) o conhecimento, a atitude e o comportamento desejáveis à acção a desenvolver, *que podem ser decomponíveis em saberes, saber-fazer e saberes-ser ou estar*.

Nesta sequência, o "papel" dos enfermeiros consiste em ajudar as pessoas, as famílias e os grupos a determinarem e a utilizarem o potencial de saúde física, mental e social, independentemente do contexto em que estão inseridos.

Os cuidados de enfermagem, conforme o Conselho da Europa⁵³ representam, simultaneamente, uma técnica e uma ciência que exigem o domínio e a aplicação dos conhecimentos específicos desta disciplina.

⁵² Comissão Europeia XV/9432/7/96-PT.

⁵³ Projecto de revisão do Acordo Europeu relativo à formação e educação dos enfermeiros, CDSP(94)35 de 11 e 12 de Outubro.

Assim, para além dos conhecimentos e das técnicas próprios da enfermagem, esta socorre-se, também, das ciências humanas, fisiológicas, biológicas e médicas, como referimos no capítulo anterior.

Neste sentido, a formação dos enfermeiros deve fornecer as bases adequadas ao exercício da profissão de enfermagem no meio hospitalar ou extra-hospitalar (cuidados de saúde diferenciados ou primários).

Considera-se, pois, que os profissionais de enfermagem/enfermeiros devem receber uma formação multifacetada que lhes possibilite a reflexão crítica, a tomada de decisão e a capacidade de actuação de forma competente e autónoma. Daí o plano de estudos do curso de bacharelato em enfermagem incluir para além da componente de ensino teórico-prático, leccionado na escola, em sala de aula, a componente de ensino clínico (estágio), durante o qual os alunos desenvolvem os conhecimentos teóricos, praticando nos serviços de saúde.

Deste modo, os alunos de enfermagem “aprendem”, de forma gradual, o desempenho da profissão de enfermagem com a integração das componentes teórico-prática e ensino clínico, em cada ano lectivo do curso de enfermagem.

Assim, o plano de estudos do **curso de Bacharelato em Enfermagem** contem, de forma articulada, as componentes de ensino teórico-prático e ensino clínico (estágio), que passamos a caracterizar:

a) A componente teórico-prática do curso de enfermagem⁵⁴ tem como objectivo a aquisição de conhecimentos, compreensão, aptidões e atitudes profissionais necessárias para planear, prestar e avaliar cuidados globais de enfermagem, ao indivíduo, à família e à comunidade, constando do *curriculum* as seguintes disciplinas:

1) Enfermagem onde são abordados os seguintes conteúdos:

- Orientação e ética da profissão de enfermagem;
- Princípios gerais de saúde e cuidados de enfermagem;
- Princípios de cuidados de enfermagem em: Medicina Geral, Cirurgia Geral, Saúde Materna e Obstetrícia, Saúde Infantil e Pediatria, Saúde Mental e Psiquiatria, Gerontologia e Geriatria, Saúde comunitária;
- Investigação em enfermagem.

⁵⁴ Portaria 195/90 de 17 de Março.

2) Ciências biomédicas, tais como::

- Anatomia e Fisiologia;
- Patologia;
- Bacteriologia, Virulogia e Parasitologia;
- Biofísica, Bioquímica e Radiologia;
- Nutrição;
- Farmacologia.

3) Ciências Sociais e Humanas, tais como:

- História de Enfermagem
- Sociologia;
- Psicologia;
- Gestão;
- Pedagogia.

b) A componente de ensino clínico do curso de enfermagem tem como objectivo dar continuidade à aprendizagem dos conhecimentos teórico-práticos, articulando os conhecimentos e aptidões adquiridos na teoria com a *praxis*, a fim de proporcionar aos alunos a iniciação na prática da profissão de enfermagem, pelo que:

1) Os alunos de enfermagem contactam, directamente, com o indivíduo são ou doente e/ou com a família e a comunidade em situação real, nos serviços de saúde, como: Hospitais, Centros de saúde, Creches, Lar de Idosos, Serviços de Saúde Ocupacional, entre outros;

2) Para manter a uniformidade da formação, em cada ano lectivo, os alunos, de acordo com as áreas temáticas abordadas no ensino teórico-prático, desenvolvem, de forma progressiva, as práticas no ensino clínico (estágio).

Assim, no primeiro ano do curso de bacharelato em enfermagem procura-se que o aluno conheça o indivíduo saudável, em todos os estádios de desenvolvimento, nos diferentes contextos de vida, privilegiando-se a metodologia reflexiva com base na técnica de resolução de problemas.

No segundo ano evidencia-se o papel do enfermeiro como técnico de saúde, pelo que a aprendizagem é orientada para o *cuidar* do indivíduo em situações de saúde e / ou doença do foro médico ou cirúrgico. Tem como finalidade aperfeiçoar os saberes, os comportamentos e as competências no âmbito dos cuidados aos doentes submetidos a tratamentos médicos e / ou

cirúrgicos.

Já no terceiro ano, tendo em conta as experiências de aprendizagem dos dois primeiros anos do curso, pretende-se que o aluno desenvolva as competências necessárias à prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo em situações de saúde, mais específicas, tais como os cuidados de saúde: na maternidade e no puerpério, na criança e no adolescente, e, ainda, no indivíduo com alterações do comportamento;

3) Na aprendizagem da prestação de cuidados de enfermagem, os alunos realizam ensino clínico (estágio) nas áreas de prestação de cuidados de saúde, relacionadas com:

- Saúde Comunitária;
- Saúde Materna e Obstetrícia;
- Saúde Infantil e Pediatria
- Saúde do Adulto e do Idoso;
- Saúde Mental e Psiquiatria,
- Gerontologia e Geriatria.

O aluno de enfermagem tem como prioridade actuar na educação para a saúde, salvaguardando o princípio de que quem educa para a saúde deve promover a dignidade da pessoa humana e a sua singularidade.

À semelhança do curso Bacharelato o **curso de Licenciatura em Enfermagem** tem como objectivo formar profissionais de enfermagem capazes de exercer de forma autónoma e em parceria, cuidados de saúde, assumindo-se como competentes para a prestação de cuidados de enfermagem e contribuindo para uma abordagem interdisciplinar dos problemas de saúde. Nesta contextualidade devem estar habilitados a conseguir a mobilização das capacidades das pessoas e dos grupos, com vista à promoção da saúde e à compensação das limitações ocasionadas pela doença e/ou outros acontecimentos de vida, substituindo os indivíduos (pessoas) quando necessário e ajudando-as na morte, quando esta é inevitável.

Assim, o plano de estudos da licenciatura em enfermagem, inclui as componentes de ensino teórico-prático e de ensino clínico (estágio), que passamos a descrever:

a) No que diz respeito à **componente de ensino teórico-prático** inclui as seguintes disciplinas:

- Enfermagem, nas vertentes: Fundamentos de Enfermagem, Saúde Comunitária, Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Infantil e Pediátrica, Saúde do Adulto e do Idoso, Saúde Mental e Psiquiátrica;
- Ciências Sociais e Humanas, tais como: Psicologia, Sociologia, Antropologia e Pedagogia;
- Ciências Biomédicas, tais como: Nutrição, Farmacologia, Microbiologia, Parasitologia, Epidemiologia, Bioética e Bio Estatística;
- Gestão e Economia da Saúde;
- Investigação e Estatística.

No início do curso de enfermagem o ensino teórico-prático ocupa dois terços das horas curriculares para um terço de horas da componente ensino clínico, invertendo-se a situação no final do curso;

b) A **componente de ensino clínico** (estágio) realiza-se, tal como no curso de bacharelato em enfermagem, nas áreas da prestação de cuidados de saúde, relacionadas com:

- Saúde Comunitária;
- Saúde Materna e Obstetrícia;
- Saúde Infantil e Pediatria
- Saúde do Adulto e do Idoso;
- Saúde Mental e Psiquiatria;
- Gerontologia e Geriatria.

Deste modo o ensino clínico/estágio efectua-se em instituições de saúde, como por exemplo, os centros de saúde, hospitais/clínicas, creches, jardins-de-infância, lares de idosos, fábricas, empresas, entre outras.

Mantém-se, assim, a tónica numa formação facilitadora do transfere dos conhecimentos, tais como a reflexão crítica, a tomada de decisão e a capacidade de agir, de maneira competente e autónoma, mesmo quando em equipa multidisciplinar.

Constatamos, no entanto, que o curso de licenciatura difere do curso de bacharelato em enfermagem, basicamente, no que diz respeito ao tempo destinado ao ensino clínico (estágio), desenvolvido, mais, durante o quarto ano e numa perspectiva de integração à vida profissional. Neste sentido, os alunos são integrados nas equipas multidisciplinares das instituições (serviços) de saúde, já que segundo *Perrenoud* (1997) é a formação profissional que contribui para a construção duma identidade profissional, um espírito de corpo, uma cultura comum quanto a valores, mas também, e sobretudo, pelos modos de falar,

raciocinar, colocar e resolver problemas.

É no estágio (ensino clínico), que os alunos de enfermagem, futuros enfermeiros, interiorizam os saberes teóricos e desenvolvem as competências relacionais (saber ser e/ou estar) e psicomotoras (saber fazer – aprender a aprender), fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem globais ao indivíduo, à família e à comunidade, no continuum de vida, e no processo de saúde – doença.

Daí ser necessário que os alunos, comecem por se relacionar com indivíduos saudáveis, na comunidade, direccionando a prestação de cuidados de enfermagem para a promoção e manutenção da saúde individual e colectiva. Deste modo, gradualmente, vão contactando com instituições de cuidados de saúde diferenciados, hospitais e/ou clínicas, onde se iniciam na prestação de cuidados de enfermagem aos indivíduos portadores de doença, actuando na satisfação das necessidades humanas básicas⁵⁵, por forma a torná-los independentes, o mais rapidamente possível.

Partindo do princípio que se aprende fazendo, e que os saberes se constróem na acção e na interacção, pensamos que a formação do enfermeiro, só é eficaz se for incorporada no *habitus* profissional.

Assim sendo, é necessário que o processo de aprendizagem se alicerce nos contextos de vida, na vida vivida, e na que projectamos viver, pressuposto que consideramos suporte na formação profissional dos enfermeiros e na aquisição da competência para o agir na *praxis*.

É através da experiência na prática dos cuidados de saúde que se adquirem as competências para a prestação de cuidados de enfermagem, que segundo Galperim e Pereira (Waldow, 1995) propiciam o contacto com o mundo real da profissão. O conhecimento gerado pela situação vivida é incorporado no conhecimento teórico.

Deste modo é fundamental desenvolver o espírito crítico, pois é, segundo Waldow (2002), a acção reflexiva ou o pensamento crítico que propicia uma actuação mais independente, assertiva e responsável. O espírito crítico e o respeito pelo indivíduo são inerentes à prestação de cuidados de enfermagem,

⁵⁵ Têm como referência a pirâmide das necessidades humanas básicas de Maslow.

reflectem-se no desenvolvimento das acções, atitudes, comportamentos e dos saberes que lhe são próprios, ou seja, no desempenho profissional assente numa prática autónoma e responsável.

Este princípio está subjacente à prestação de cuidados de enfermagem e ao ensino de enfermagem, que segundo Waldow (2001, p.179-191) é *um ensino de pessoas para pessoas que cuidam de pessoas*, devendo ser caracterizado por um modelo, de formação humanística, tendo como enfoque o *cuidado humano*.

Também, consideramos que o processo de aprendizagem deve ser construído em função das necessidades individuais de aprendizagem, pois segundo Freire (1999) a aprendizagem deve estar imbuída de afectividade, alegria, capacidade científica e domínio técnico ao serviço da mudança. Daí Ferreira e Santos (1994) definirem aluno como actor social, sujeito activo, com vontade própria, desejo e estratégias personalizadas de intervenção.

Ao centrarmos no aluno o processo de aprendizagem, estamos a contribuir, também, para o seu desenvolvimento individual e social, nas dimensões afectiva, cognitiva e psicomotora, numa perspectiva de bem-estar pessoal e profissional. No entanto, conforme refere Perrenoud (1997) o modelo clínico de formação obriga o formador/professor a estar disponível, permitindo uma maior reflexão e compreensão dos fenómenos.

É, pois, necessário que exista ajustamento entre a formação dos profissionais de enfermagem e o exercício da profissão, na medida em que é através desta complementaridade que se constrói o saber profissional, nomeadamente no campo da saúde e, especificamente, na profissão de enfermagem. Segundo Dubar (1997) são os saberes práticos, adquiridos directamente no exercício da profissão, que tornam válida a formação profissional.

Assim, é indispensável que os professores de enfermagem dominem a prática da prestação de cuidados de enfermagem para que os alunos a experimentem e a interiorizem, dando continuidade ao processo ensino – aprendizagem.

Neste sentido, conforme Benner (2001) o saber prático/saber fazer em enfermagem, desenvolve-se na aprendizagem da prestação dos cuidados de enfermagem e do testemunho dessa aprendizagem nos contextos de trabalho. Deste modo, o saber desenvolvido pelos professores de enfermagem e pelos

enfermeiros do exercício deve estar em consonância, para que possa ser questionado, reflectido e, por consequência, compreendido e interiorizado.

Igualmente *Malgaive* (1995) refere que pela acção, os saberes teóricos / saberes processuais e os saberes práticos/saber fazer, substituem-se uns aos outros, interpenetram-se, combinam-se, misturando-se. De igual modo, em alguns casos, os saberes práticos/saber fazer, servem de pontos de ancoragem em volta dos quais se organizam os saberes teóricos/saberes processuais.

Daí aludirmos que os saberes são socialmente construídos, estão subjacentes à história pessoal e social, sendo que a aquisição das competências é feita ao longo do tempo. Logo, a competência é forjada pelo tempo, ao longo do percurso de vida, transformando-se e evoluindo numa trajectória de experiências, de práticas, de estudos e de actividades, através dos aspectos operativos, afectivos e intelectuais.

Portanto, preconiza-se que o aluno de enfermagem adquira as competências inerentes ao desempenho da profissão, tendo por base o modelo das competências definido por Pires (1995), que face à sua diversidade, agrupamo-las nas seguintes tipologias, de acordo com esta autora, ou sejam:

Competências genéricas ou transversais;

Soft skills;

Competências de 3ª dimensão.

As **competências genéricas ou transversais**, de acordo com Pires (idem), confrontando *Mac Ber* (1987), são definidas como sendo as características do indivíduo que acentuam o seu funcionamento eficaz durante a vida. Os comportamentos são reveladores das características pessoais que o sujeito desenvolve na sua vida, através de experiências vividas, em oposição à aquisição tradicional de conhecimentos por aprendizagem escolar.

Identificam-se onze (11) competências genéricas principais, a saber:

Espírito de iniciativa que consiste na capacidade do indivíduo em realizar ou propor as acções necessárias, sem ser forçado pelos acontecimentos ou antes de ser solicitado por alguém;

Perseverança que consiste em tentar realizar acções mais do que uma vez ou de diferentes maneiras, ultrapassar os obstáculos que se interpõem à consecução dos objectivos;

Criatividade que consiste em criar um produto original, imaginativo ou expressivo, também aplicável às ideias;

Sentido de organização que consiste na habilidade para desenvolver planos lógicos, detalhados, a fim de orientar as acções em relação a um objectivo;

Espírito crítico que consiste na habilidade para pensar de forma analítica e sistemática; aplicar princípios ou conceitos de análise de problemas a fim de descrever um conjunto de conhecimentos;

Auto-controlo que consiste em manter-se calmo em situações emotivas ou stressantes;

Atitude de liderança que consiste na habilidade de se responsabilizar por um grupo, ou por uma actividade, e de organizar os esforços colectivos de forma eficaz;

Persuasão que consiste na habilidade em convencer os outros ou de obter o seu apoio com o fim de reabilitar a sua vontade;

Autoconfiança que consiste em sentir segurança ou certeza nas suas próprias capacidades, habilidades e julgamentos; uma vontade em defender o seu próprio julgamento de valores face à oposição;

Percepção e inter-percepção nas relações pessoais que consiste na habilidade em "ler" as preocupações, os interesses e os estados emotivos dos outros, reconhecendo e interpretando os indícios subtis;

Preocupação e solicitude em relação aos outros que consiste na preocupação pelos outros, pela satisfação das necessidades e bem-estar, e na disponibilidade para escutar os problemas, encorajando-os e dando-lhes segurança.

Parte-se do pressuposto de que as competências acima referidas se desenvolvem a partir de experiências-chave do itinerário pessoal e profissional do indivíduo.

Considera-se, ainda, que estas competências genéricas ou transversais correspondem a um conjunto de qualidades pessoais que se enunciam em termos do saber ser, de atitudes e de comportamentos, estando relacionadas

com a personalidade, e não necessariamente ligadas com o exercício duma função. Deste modo, estas competências são transferíveis, podem desenvolver-se através das actividades de trabalho, de formação, mas também podem estar ligadas à vida familiar, aos tempos livres, às actividades sociais, ou a qualquer situação de vida que faça apelo aos recursos pessoais do indivíduo.

Logo os alunos de enfermagem são estimulados, desde o início do percurso escolar, a desenvolver este tipo de competências.

As soft skills são as competências chave da formação contínua, ou seja, como foram designados por *Barry Nyhan* (1989)⁵⁶, são um *conjunto de competências fundamentais à atitude da autoformação*.

Assim, compreende-se como atitude de autoformação a capacidade que um trabalhador tem para realizar um exame crítico, de forma a compreender tudo o que se passa no local de trabalho. Esta capacidade é indispensável ao exercício da profissão de enfermagem pela constante evolução da envolvência do *continuum* saúde- doença.

Estas competências manifestam-se pelas seguintes capacidades:

Flexibilidade;

Adaptabilidade;

Autonomia;

Responsabilidade;

Abertura a novas ideias;

Motivação;

Trabalho em grupo;

Comunicação;

Análise;

Aprendizagem.

A aquisição e o desenvolvimento destas competências/capacidades são uma exigência colocada aos alunos de enfermagem durante todo o percurso

⁵⁶ Cf. Pires(1995, p65).

formativo (Ensino Teórico-Prático e Ensino Clínico /estágio).

As competências de 3ª dimensão segundo Pires (1995), citando *Roselyne Orofiamma* e *Simone Aubrun* (1990), são aquelas que não fazem estritamente apelo nem às capacidades intelectuais do indivíduo, nem às capacidades psicomotoras, mas à terceira dimensão do comportamento da pessoa, muitas vezes denominado de saber ser, ou atitudes sócio-afectivas, ou ainda características pessoais. Neste contexto, sendo a profissão de enfermagem de raiz eminentemente social, é fundamental, para a excelência dos cuidados de enfermagem, a aquisição e o incremento destas competências.

Estas competências podem ser agrupadas em 4 categorias distintas, que passamos a descrever:

a) Os comportamentos profissionais e sociais, que estão ligados a tarefas concretas de um determinado contexto social ou profissional, estabelecidos a partir de formas diferentes de:

- Análise do trabalho;
- Decomposição da acção;
- Abordagem das funções na perspectiva duma organização qualificante.

b) As atitudes relacionais e de comunicação (as capacidades relativas à auto-imagem; as capacidades de adaptação e de mudança);

c) As capacidades criativas que, face ao imprevisto, fazem face recurso à intuição, à imaginação, mobilizando capacidades intelectuais, emocionais, sensoriais, etc.;

d) As atitudes existenciais ou da ética, as atitudes que enquadram a *referência a valores e a perspectiva existencial do sujeito* e que se podem traduzir por:

- Capacidade de se situar como actor social, de se apropriar do seu próprio vivido, atribuindo-lhe uma carga social e cultural;
- Capacidade de análise crítica para transformar as situações vividas e constituir o seu próprio projecto pessoal;
- Capacidade de autoformação e de pesquisa.

As referidas competências são essenciais para um desempenho responsável, efectivo e autónomo da profissão de enfermagem pelo que os alunos são orientados no sentido da sua aquisição e desenvolvimento, de forma progressiva, não só durante o percurso formativo mas também na trajectória da

sua experiência de vida.

Percebendo que a formação profissional passa obrigatoriamente pelo desenvolvimento pessoal, pretendemos que o processo de ensino - aprendizagem assente num modelo de competência profissional considerado a partir das já referidas dimensões dos saberes.

Curiosamente, os alunos de enfermagem evidenciam que é no ensino teórico-prático, na escola, que aprendem *o que é ser* enfermeiro, mas é no estágio que aprendem a fazer, *a ser* enfermeiros, dizendo ser difícil integrar a teoria na prática.

Também, se verifica que existe, por vezes, alguma discrepância entre a formação dos alunos de enfermagem e o desempenho dos profissionais de enfermagem, é neste sentido que Abreu (2001)⁵⁷ alerta para o fosso existente entre os modelos da prestação dos cuidados de enfermagem, transmitidos pelo ensino de enfermagem e os praticados nos contextos de trabalho. Destaca-se, ainda, a sobrevalorização dos saberes teóricos em detrimento dos saberes oriundos da prática, o que contribui para a dicotomia entre o ensino e o exercício da prática profissional.

Mais, com alguma frequência, conferimos que os alunos de enfermagem facilmente copiam os modelos da prestação de cuidados de enfermagem, adoptados pelo exercício profissional. Esta constatação converge no que temos vindo a defender, ou seja, serem os contextos de trabalho que dão significado à prestação de cuidados de enfermagem. Daí, ser frequente, questionarmo-nos sobre o papel do ensino da enfermagem na formação dos prestadores de cuidados de enfermagem.

A este propósito, Bento (1997) refere que no discurso dos alunos é clara a dicotomia relativamente à forma como os alunos *pensam* e *fazem* enfermagem. Os alunos vivenciam a teoria e a *praxis* como coisas diferentes. A referida autora salienta, ainda, que os alunos quando transmitem as vivências da prestação de cuidados de enfermagem dizem que é na prática que aprendem, e que não há articulação, efectiva, entre as duas componentes, teórico - prática e ensino clínico/estágio.

⁵⁷ Estudo realizado no âmbito da dissertação do doutoramento e publicado em 2001.

Igualmente realçamos a necessidade do ensino de enfermagem estar a “par” do exercício da profissão de enfermagem, dado que reconhecemos a influência da prática profissional na construção do conhecimento próprio da Enfermagem, e da importância dum corpo de conhecimentos na definição da identidade profissional. Sendo assim, as competências (três tipologias) que referimos estão na base das exigências do curso de enfermagem, fundamentam a avaliação dos alunos e a prestação de cuidados de enfermagem.

Neste contexto, analisámos os Planos de Estudos dos cursos de Enfermagem, Bacharelato e Licenciatura, das Escolas Superiores de Enfermagem, alvo do nosso estudo, donde concluímos que, de uma forma geral, assentam num princípio comum “o nível de saúde de uma comunidade como um bom indicador do desenvolvimento social”. Igualmente, evidenciam o interesse da disciplina de enfermagem pela saúde do indivíduo e da família, pelas alterações de saúde durante o ciclo de vida, assumindo-se como um serviço essencial à comunidade, uma vez que a sua prática deve reflectir as diferentes necessidades e exigências da sociedade, de hoje, no que se refere à saúde e aos cuidados de enfermagem.

De igual forma, está patente que os cuidados de enfermagem assentam no Paradigma da Integração e no Modelo da Satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais, isto é, na visão humanista da enfermagem. Também a intervenção de enfermagem é determinada pela análise do ambiente psico-social e cultural do indivíduo e dos grupos.

Mais se constata que a estrutura dos Planos de Estudos está orientada do sentido geral para o particular, e do indivíduo para a comunidade, tendo sempre presente o binómio saúde/doença e a pessoa na sua globalidade e ao longo do seu ciclo de vida.

Ainda se preconiza que os alunos desenvolvam a capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Nota-se, no entanto, o predomínio do ensino prático/ensino clínico/estágio em cuidados de saúde diferenciados relativamente aos cuidados de saúde primários, não sendo dado o enfoque à prestação de cuidados de saúde, de forma directa, na comunidade. Também se verifica que é atribuída maior ponderação à avaliação do desenvolvimento da aprendizagem na prestação de cuidados de enfermagem em cuidados de saúde diferenciados (hospitais).

A este propósito, conforme Ramos (2004, p.307) é necessário que os profissionais de saúde tenham acesso a uma formação sólida sobre a complexidade de factores explicativos e intervenientes nos comportamentos de saúde e no recurso aos cuidados, os quais não unicamente de ordem individual, mas relevam de um conjunto indissociável de factores culturais, sociais, educativos, psicológicos, ambientais e políticos.

Face ao exposto, e como perspectiva de futuro, salientamos a construção dum novo Plano de Estudos para o curso de Enfermagem como consequência da criação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, resultado da fusão das quatro escolas públicas, sediadas em Lisboa (Escolas Superiores de Enfermagem: Artur Ravara; *Calouste Gulbenkian*, Francisco Gentil; Maria Fernanda Resende), conforme o Decreto-Lei nº175/2004 de 21 de Julho.

Assim, para a elaboração do Plano de Estudos da nova Escola de Enfermagem de Lisboa foi constituído um grupo de trabalho com oito professores dos quatro estabelecimentos de ensino referidos, sendo dois de cada um deles.

Deste modo, dada a actualidade do assunto em questão, pareceu-nos pertinente averiguar a opinião dos professores responsáveis pela construção do novo Plano de Estudos, relativamente à inclusão de novas temáticas no *curriculum* escolar do Curso de Enfermagem. Neste sentido, entrevistamos, de acordo com a disponibilidade, seis (6) dos referidos professores (descrição das entrevistas no anexo 8), donde podemos aludir que, segundo a opinião dos mesmos, é comum a falta de articulação dos conteúdos do ensino teórico com o ensino clínico (aprendizagem da prática), nos vigentes cursos de enfermagem. Mais, parece-nos, ainda, poder concluir que os conteúdos programáticos teóricos dos planos de estudos, dos actuais cursos de enfermagem, estão adequados às problemáticas de saúde da sociedade de hoje.

Cabe-nos, por fim, realçar a necessidade de harmonia entre a formação dos técnicos de saúde e, mais especificamente, dos enfermeiros face ao que ora é “reclamado” pelo Homem e pela Ciência, pois segundo *Bevis e Watson* (2005, p.45) *o processo de descoberta da aprendizagem científica parece estar mais orientado para a descoberta da ordem, harmonia e, numa palavra, a beleza.*

CAPÍTULO IV. O CONCEITO DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Ao pretendermos estudar a representação social do enfermeiro nos alunos que frequentam o curso de Enfermagem, torna-se imperioso desenvolver um quadro conceptual que sirva de base / enquadramento teórico à nossa pesquisa empírica.

Consideramos um marco importante no estudo das representações sociais *Moscovici* quando, em 1961, divulga o estudo sobre a apropriação da psicanálise por parte dos diferentes grupos sociais, na imprensa escrita. É, no seguimento, do conceito de “representações colectivas” de *Durkeim* (1898) que *Moscovici* desenvolve o conceito de “representação social”.

Foi com base nos trabalhos de *Moscovici* que a partir da década de 70 do século XX, se verifica o desenvolvimento do conceito de representação social (epistemológico e metodológico), aplicado em domínios tão diversos como os das ciências humanas e sociais, como por exemplo a saúde, a economia, a educação, entre outras.

Deste modo, definimos as representações sociais como uma forma de conhecimento individual que socializa à medida que partilhamos o nosso *mundo* com os outros, nos quais nos apoiamos para compreender, gerir e enfrentar a sociedade.

Nesta secção vamos proceder ao enquadramento teórico em que nos baseamos para dar resposta à nossa pesquisa.

Em primeiro lugar, fazemos uma revisão da literatura sobre o conceito de representação social e das diversas reformulações desde 1961. Analisamos seguidamente a aplicação do conceito de representação social no ensino / educação.

Por último, debruçamo-nos sobre o conceito da representação social no âmbito da profissão de enfermagem, com base nas dissertações (para o grau de mestre e doutor), e no âmbito dos artigos publicados em revistas e outras obras escritas de produção portuguesa.

Consideramos que o desenvolvimento pessoal e profissional é influenciado

pelo *habitus* bem como pela forma como cada um de nós experimenta a vida. Daí que a produção dos saberes tenha origem científica e no senso comum.

Ao estudar a representação social da psicanálise, na imprensa escrita *Moscovici* (1978), procura estabelecer a relação entre o conhecimento da vida quotidiana e o conhecimento científico. *Moscovici* considera, que o indivíduo comum se interessa pelo conhecimento científico porque é solicitado pelos cientistas ou porque o seu meio e os seus hábitos foram por ele afectados, daí a importância do conhecimento da vida quotidiana ou do senso comum, para o desenvolvimento da ciência.

Assim, cada indivíduo, à sua maneira, manipula e interioriza o saber científico, manifestando-o através de atitudes e comportamentos face a um determinado objecto social.

Segundo *Moscovici* (1978), foi *Durkeim*⁵⁸ a propor o conceito de “representação colectiva”, em oposição à representação individual. Ainda, segundo *Moscovici* (1978), a representação individual é um fenómeno puramente psíquico, irreduzível à actividade cerebral que o permite, não se reduzindo a uma representação colectiva.

Para *Moscovici*, nesta mesma obra, toda a representação é composta de figuras e de expressões socializadas, considerando que uma representação social é a *organização de imagens e linguagem, porque simboliza actos e situações que nos são comuns*. Ao fazer a analogia com uma fotografia captada pelo cérebro, diz ser, fascinante, a delicadeza de uma representação comparada ao grau de definição da nitidez óptica de uma imagem.

Considerando que a representação social produz e determina comportamentos, *Moscovici* (1978) define-a como uma modalidade particular do conhecimento, que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos, sendo alternadamente o sinal e a reprodução de um objecto socialmente valorizado.

Sobre a génese das representações sociais, *Moscovici* (1978), sublinha a intervenção de dois processos – a objectivação e a ancoragem –, que não sendo

⁵⁸ No Estudo Sociológico do Suicídio (1898), Émile Durkeim coloca questões que dizem respeito ao carácter social, e não individual, do suicídio.

sucessivos estão interrelacionados.

A fim de explicar como se forma uma representação social, *Moscovici* faz referência à vinculação dos saberes, ao sistema de valores, de noções e práticas que conferem aos indivíduos a orientação e o domínio do meio social, permitindo as trocas entre os elementos duma comunidade.

Assim, ao equacionar o “real”, o “pensado”, o “científico” e o “não científico”, *Moscovici* (1978, p.28), conclui que a representação social é *um corpus organizado de conhecimentos e uma das actividades científicas, graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, e se inserem num grupo ou numa ligação quotidiana de trocas.*

Também, segundo *Jodelet* (1994), a necessidade de entendermos o mundo que nos rodeia é, a justificação para a construção das representações sociais.

Ainda para *Jodelet* (1994), a representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, que visa a prática, e contribui para a construção da realidade comum a um conjunto social⁵⁹. São, assim, as representações sociais que regem as nossas relações com o mundo e com os outros, orientando-nos para a compreensão e comunicação humanas.

Neste sentido, segundo *Jodelet* (1994), as representações sociais devem ser estudadas nas vertentes afectiva, cognitiva e social⁶⁰. Daí as representações sociais emergirem como construções com carácter expressivo, ou como elaborações de sujeitos sociais sobre os objectos socialmente valorizados.

De novo, referenciando *Jodelet*, (1994) as representações sociais, enquanto formas de conhecimento, são estruturas cognitivo – afectivas que se caracterizam por:

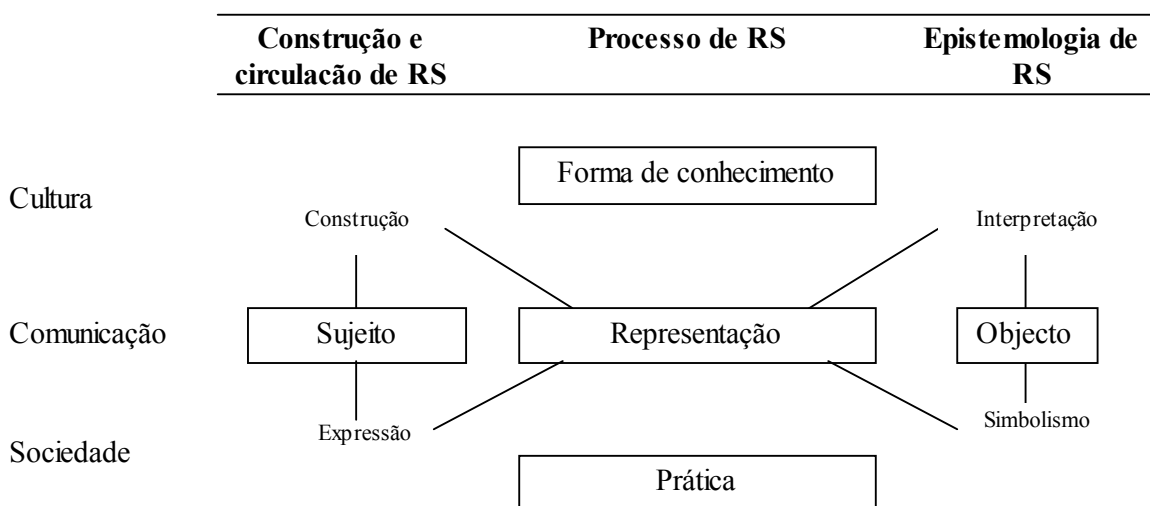
- Serem sempre a representação de algo (objecto) ou alguém (sujeito);

⁵⁹ La représentation sociale... c'est une forme de connaissance, socialment élaborée et partagée, avant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble sociale” (*Jodelet*, 1994, p. 36).

⁶⁰ *Jodelet*, (1994, p. 41), les représentations sociales doivent être étudiées en articulant éléments affectifs, mentaux et sociaux et en intégrant à côté de la cognition, du langage et de la communication, la prise en compte des rapports sociaux qui affectent les représentations et la réalité matérielle, sociale et idéale sur laquelle elles ont à intervenir.

- Terem com o seu objecto uma relação de símbolo (ocupa o seu lugar) e de interpretação (confere-lhe significado);
- Serem uma forma de conhecimento.

Assim, conforme Jodelet (1984), o campo dos estudos das representações sociais pode ser representado com o seguinte esquema:



Como se pode observar a partir do esquema acima apresentado, a representação mental identifica o objecto, torna-o presente quando está longe ou ausente e, assim, sujeito e objecto são sempre distintos e diferenciados apesar da sua interdependência.

Com efeito, as representações sociais possuem uma componente cognitiva e uma componente social, pelo que, segundo *Abric* (1994), podem ser definidas como construções sócio-cognitivas com regras próprias.

Ainda, conforme *Abric* (1994)⁶¹, a representação social é o produto e o processo de uma actividade mental através da qual o indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com que se confronta, e à qual atribui uma significação específica. Acrescenta, ainda, que a representação social para além de funcionar como um sistema de interpretação da realidade, que regula as relações dos indivíduos com o seu ambiente físico e social, determina, também, os seus

⁶¹ ... Le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique (*Abric*, 1994, p. 13).

comportamentos e as suas práticas.

Deste modo, as representações sociais orientam as acções e as relações sociais, pelo que, têm um papel fundamental na dinâmica das relações e das práticas sociais. Neste sentido, *Abric* (1984, p.15-17), reconhece a existência de quatro funções essenciais no conceito das representações sociais:

- A cognitiva, que permite compreender e explicar a realidade, condição necessária à comunicação social;
- A identitária, ao definir que a identidade permite a salvaguarda da especificidade dos grupos; condição primordial à identificação dos grupos de pertença e controlo social;
- A orientadora, que guia os comportamentos e as práticas, enquanto descodificadora das realidades sociais que orientam a acção;
- A justificativa, que permite *a priori* justificar as tomadas de posição e comportamentos.

Também Vala (1986, p. 364-367) atribui quatro funções às representações sociais:

- A organização significativa do real em que se atribui sentido aos objectos e acontecimentos sociais. O meio envolvente deixa de ser estranho, ganha coerência através da incorporação e da objectivação na própria estrutura social;
- A comunicação, ao comunicarmos descrevemos, avaliamos e explicamos;
- O comportamento, as representações sociais são determinantes do comportamento;
- A diferenciação social relacionada com a identidade social. A especificidade de cada grupo contribui para a formação das suas representações sociais, e estas, por sua vez, determinam as diferenças entre os grupos.

Ao analisarmos as funções das representações sociais definidas quer por *Abric*, quer por Vala, podemos concluir que são indispensáveis à compreensão da dinâmica social. E, ainda, segundo *Abric*, (1994), informam e explicam a natureza das ligações sociais, intra e inter-grupos, daí o valor e o carácter funcional emergente das representações sociais.

Retomando os conceitos de objectivação e ancoragem, Vala (1986) define o processo de ancoragem como a integração do objecto no sistema de pensamento preexistente, e as transformações que daí decorrem quer no objecto, quer no sistema em que é integrado, sendo, no fundo, um processo de atribuição de sentido.

Relativamente ao processo de objectivação, ainda conforme Vala (1986, p.360-363), consiste na materialização de abstracção que se desenrola em dois

momentos:

- A construção selectiva e esquematização estruturante, ou seja, pela reorganização dos aspectos retidos num modelo figurativo e simplificado do objecto (do objecto à imagem);
- A naturalização do objecto, onde o que era abstracto torna-se real (da imagem à naturalização do objecto).

Para Vala (1986), as representações constituem-se como construções que obedecem a um certo número de mecanismos cognitivos e afectivos básicos, e a mecanismos sócio-cognitivos e sócio-afectivos, que evidenciam a especificidade de diferentes grupos ou de diferentes sociedades. As representações realizam uma organização significativa do real, reflectem as relações sociais, ao mesmo tempo que contribuem para a sua formação. Também, segundo *Herzlich* (1972, p.308), na linha de *Moscovici*, a representação social é mediada através da linguagem.

Como conclusão, e citando *Moscovici* (1984):

*As representações sociais compreendem um sistema de valores, de noções práticas relativas a objectos sociais, permitindo a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, constituindo um instrumento de orientação e percepção e de elaboração de respostas, e contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou uma comunidade.*⁶²

A representação social significa uma forma de entender e partilhar o “mundo” que nos rodeia, perceber e interpretar o conhecimento científico, tornando-o mais familiar.

CAP IV.1 Representação Social e Educação e Ensino/Formação

Acabámos de nos referir ao conceito de representação social, pelo que, consideramos que a representação social não pode somente ser entendida como um processo de reprodução, mas como uma construção decorrente das percepções, do conhecimento, e dos juízos de valor sobre o objecto da representação.

A escola como instituição de ensino/formação desempenha um papel

⁶² Moscovici (1984) cit. in Prefácio, Herzlich, Claudine (1984) - Santé et Maladie, analyse d'une representation sociale, Paris, Editions de l'école des Hautes Études en sciences sociales.

privilegiado no processo de socialização.

Representação Social e Educação e Ensino / Formação

Sendo o processo de aprendizagem, segundo Caraça (1998), o vector essencial para sustentar a capacidade de assimilar o conhecimento, e de o reinterpretar, transformando-o de acordo com as realidades, é neste espaço que se insere o ensino/formação.

O conhecimento não pode ser fragmentado, daí que, de acordo com Caraça (1998) as actividades inerentes ao processo de aprendizagem devem articular a educação com a formação, isto é, proporcionar a diversidade de visões, de opiniões, de possíveis caminhos a percorrer, partindo da sociedade do saber para a definição de novos saberes.

Neste sentido, conforme Figueiredo (1998) a aprendizagem não resulta da transmissão de saberes, mas sim dos processos de interiorização das diferentes interacções sociais.

É por este facto que nos debruçamos sobre a definição das representações sociais na educação.

Recorremos aos conceitos de representação social na educação no ensino básico e secundário, por serem inexistentes os trabalhos divulgados no âmbito da representação social do ensino / formação, e especificamente, no que diz respeito à formação inicial/profissional.

A aplicação do conceito de representação social em educação possibilita, segundo Benavente (1999), a compreensão dos factos sociais, determinantes na construção dos saberes, e intervenientes no processo educativo. Esta autora defende ainda, que o universo escolar está, pela sua própria natureza, impregnado de elementos sociais, culturais e ideológicos, tanto nos meios como no produto do seu trabalho.

Deste modo, o estudo da representação social no campo educativo contribui para a compreensão da formação social de conceitos, das suas implicações e reflexos nas relações entre professores, alunos, conteúdos, métodos, avaliação e contextos do ensino. Assim, segundo *Moscovici* (1978), os conceitos e imagens formados pelos alunos, nas vivências diárias, auxiliam a aquisição de novos conhecimentos, por muito diferentes que sejam do mundo que os rodeia. Razão pela qual, muitos são os estudos desenvolvidos no campo

educativo, no âmbito das representações sociais, como podemos constatar através de pesquisa na *Internet*⁶³.

Conforme *Perrenoud* (1995), a construção do sentido de um saber, de uma tarefa, de um projecto, de um exercício, de um problema para resolver, fundamenta-se na cultura do actor social. Nenhum aluno consegue reinventar continuamente o conjunto de valores e de esquemas, graças aos quais dá sentido às situações escolares e aos esforços que lhe são pedidos. Ainda referenciando *Perrenoud*, o aluno, o actor social das práticas pedagógicas, vai “beber” a uma herança, ou seja, a um *habitus*, um capital cultural que o ajuda a imaginar o esforço, a finalidade e as recompensas que pode esperar do seu investimento. Os alunos vão “beber”, também, à própria cultura familiar.

Estas heranças são tão diversificadas como as famílias. Este facto poderá ocasionar que os alunos, filhos de famílias de nível sócio-cultural favorecido, tenham uma capacidade de construir um sentido do saber diferente dos alunos, filhos de famílias mais desfavorecidas socioculturalmente. Neste sentido, *Gilly* (1989), refere-se ao insucesso escolar e às desigualdades sociais face à escola, como factos reveladores da centralidade das representações nos diferentes discursos sobre a escola.

Assim, cada pessoa constrói o próprio conhecimento sobre o mundo que o rodeia, o *habitus*, que exterioriza através das suas representações sobre a realidade. Desta forma, segundo *Chappaz* (1993)⁶⁴, cada pessoa interpreta a realidade à luz dos seus próprios conhecimentos (cognições).

Neste sentido, para *Moscovici* (1978), a transformação de um conhecimento indirecto num conhecimento directo constitui o único meio de nos apropriarmos do universo exterior.

⁶³ Pesquisa avançada por Descritor = Representação Social; Descritor = Enfermagem; Descritor = Representação Social + Educação; Representação Social + Enfermagem; Representação Social + Educação + Enfermagem, em 21-02-2003 e 11-07-2003 – [http://www.biblioteca.eseaf.pt/PacWebBin/wwwi32.exe/\[in=doprint.in\]](http://www.biblioteca.eseaf.pt/PacWebBin/wwwi32.exe/[in=doprint.in]); [http://www.biblioteca.iscte.pt/bbsoft2/bbcgi/bbwww.exe/\[in=pesqger.in\]](http://www.biblioteca.iscte.pt/bbsoft2/bbcgi/bbwww.exe/[in=pesqger.in]); [http://www.bib.uevora.pt/bbsoft2/bbcgi/bbwww.exe/\[in=pesqger.in\]](http://www.bib.uevora.pt/bbsoft2/bbcgi/bbwww.exe/[in=pesqger.in])

⁶⁴ ... Chaque individu interprète le réel à la lumière de ses anticipations... Chappaz, Georges, (1993). Les représentations du Monde comme trampoline pédagogique. *Sciences Humaines*, Avril, (27), p. 30-31.

Daí o campo educativo ser ainda, segundo *Gilly* (1989), um meio privilegiado para a construção, evolução e transformação das representações sociais nos grupos, partindo, conforme *Rangel*⁶⁵, das representações sociais dos alunos, e rompê-las, estimulando e facilitando a compreensão mais elaborada do conhecimento.

Supera-se, assim, o conhecimento prático do senso comum, no interesse de avançar para formas mais críticas e disciplinadas do conhecimento.

Podemos, então, inferir que os conceitos formados na vida quotidiana fornecem ao processo educativo elementos fundamentais para a compreensão dos conhecimentos / saberes científicos.

Além disso, a escola, segundo *Perrenoud* (1995), depende, apesar de não o reconhecer, da herança cultural dos alunos, ou seja das vivências familiares e sociais dos alunos, e fundamentalmente dos grupos de pertença, como por exemplo os outros alunos com quem partilham o espaço escolar.

Ainda conforme *Perrenoud* (1995), qualquer indivíduo é, em última instância, singular e único. Isto não implica que não pertença a uma determinada geração, a uma determinada família e a uma comunidade geradora do *habitus*.

O aluno envolve-se no seu processo de aprender a aprender não só de acordo com a singularidade, que lhe é peculiar, mas também, em função do processo de socialização a que está sujeito. Assim, o aluno sofre três tipos de influências:

- A família e grupo social donde provém;
- O percurso escolar;
- O grupo de pertença.

São estas as influências que determinam no aluno a apropriação das representações sociais do ofício de aluno ou seja, o percurso da aprendizagem.

Neste contexto, *Mollo* (1978) refere que a dinâmica e o impacto da relação educativa derivam, tanto da relação escola – sociedade, como dos laços afectivos criados entre os actores sociais.

Daí esta autora salientar, que o estudo do desenvolvimento das imagens

⁶⁵ Mary Rangel, as representações dos alunos, como forma de conhecimento prático e a aprendizagem do saber científico na escola. (Artigo não referenciado).

na pessoa passa pelo estudo da génese dos valores e remete, por vezes através do jogo de espelhos, para a descoberta da representação própria.

Ao descrever os efeitos que o comportamento dos professores tinha sobre os alunos, Brederode (1995, p.37) salienta que os alunos referem consequências a curto prazo nos seguintes vectores do processo ensino - aprendizagem:

- No “clima” da aula, tanto ao nível da participação dos alunos, como nas relações entre professores e alunos;
- Nas aprendizagens e no gosto pelos temas abordados;
- Nos alunos como pessoas.

Sendo o processo ensino – aprendizagem determinante na orientação profissional, e tendo como modelo não só a imagem do professor, mas também a influência da formação humana, moral e cultural dos alunos, existem, pois, dois factores determinantes das representações sociais: o individual e o social.

Esta complexidade do sistema de representações envia-nos, segundo *Gilly* (1989, p.369), para a diversidade de imagens dos alunos, da escola, do sistema educativo, das relações pedagógicas e tipo de ensino.

Neste sentido na relação pedagógica é indispensável:

- Respeitar a singularidade do aluno;
- Estabelecer a comunicação horizontal entre professor e aluno;
- Implementar métodos pedagógicos activos;
- Estimular as relações interpessoais nos grupos escolares.

Para *Gilly* (1989), o professor é o orientador e o guia dos processos individuais de aprendizagem, ou seja, o condutor no processo ensino – aprendizagem.

Cabe, por isso, aos professores instituírem práticas pedagógicas conducentes ao desenvolvimento das capacidades do aluno, respeitando-o como ser humano único, promovendo, assim, o sucesso da aprendizagem.

Nesta perspectiva, os alunos ao debruçarem-se sobre o objecto da aprendizagem, relacionam-no com os conceitos e imagens formados através das suas experiências de vida (conhecimento do senso comum ou *naïf*), incorporando-o.

Daí *Gilly* (1989), se referir à pertinência das representações sociais nas práticas pedagógicas, relacionando a “classe” (os alunos) como um sistema

social interactivo, cujo funcionamento tem como referência um grupo social mais alargado, orientado para estudos que relacionam o conhecimento do quotidiano, com o saber científico da escola, a fim de o tornar mais perceptível.

Assim, segundo *Vignaud* (1992, p.12) ao analisarmos as funções das representações sociais definidas por *Moscovici*, verificamos que o processo de objectivação desenvolve-se em três etapas, a saber:

- A selecção da informação;
- A formação do esquema figurativo (a assimilação do novo conhecimento, preservando o anterior);
- A naturalização dos elementos figurativos, categorizando-os, permitindo deste modo, posteriormente, a sua mobilização.

Também o processo de ancoragem funciona como um sistema de interpretação, tendo como função a integração (incorporação) do conhecimento, através da relação entre as representações já formadas e a assimilação do novo conhecimento.

É este contexto que determina a importância da noção de representação no campo educativo, pois segundo *Moscovici*, (1978), a representação social significa uma forma dos indivíduos entenderem e dominarem os conhecimentos referentes ao mundo que os rodeia. Deste modo, as representações são um modo de tornar o conhecimento científico mais familiar. É neste sentido que se recomenda que o processo ensino – aprendizagem se desenvolva com base na reflexão do conhecimento adquirido nas vivências da vida quotidiana dos alunos.

Como conclusão salientamos que o processo ensino – aprendizagem deve basear-se em metodologias activas, centradas nos alunos, ou seja, deve estimular e facilitar a aprendizagem, partindo do conhecimento prático / do senso comum para formas mais elaboradas do conhecimento, isto é, a construção dos saberes escolares ou do saber científico.

CAP IV.2 Representação Social da Profissão de Enfermagem

A abordagem da representação social do enfermeiro relaciona-se com a necessidade de conhecermos melhor a percepção que o público tem sobre o profissional de enfermagem.

Baseámo-nos na definição de representação social quando realizamos o levantamento das pesquisas, artigos científicos e revistas versando a

representação social do enfermeiro.

Assim, encontramos alguns artigos científicos e revistas elaborados em Portugal, maioritariamente, na década de 90 do século XX, abordando a imagem social do enfermeiro, sendo constante a sua relação com o contexto hospitalar.

Constatámos, ainda, que o enfermeiro é caracterizado como o profissional de saúde que:

Exerce funções auxiliares do médico (Batalha, 1995; Silva, 1998 entre outros);

Trata de doentes;

Tem uma prática rotineira (Pimentel *et al*, 1991; Lopes, 1994);

Desenvolve actividades relacionadas com o trabalho doméstico feminino;

Veste uniforme branco, usa touca e sapatos brancos (Lopes, 1994; Lima Basto, 1998).

Representação Social da Profissão de Enfermagem

As referências a uma imagem social positiva do enfermeiro são escassas. No entanto, convém salientar que num dos artigos científicos, o enfermeiro é considerado como o profissional de saúde que ocupa o lugar de maior destaque na equipa de saúde (Teixeira, 1990). É curioso verificarmos que esta imagem resultou dum estudo de opinião realizado no Hospital Conde Ferreira, no Porto, em que a população alvo foram os médicos, por serem o grupo profissional com contacto mais directo com os enfermeiros, conforme Teixeira (1990).

Segundo *Collière*, (1989, p.93), o enfermeiro contribui para a cura da doença pelo que os médicos não deixam de se *felicitar pela boa consciência das suas enfermeiras, pela sua habilidade e bem entendido pela sua dedicação*. Com a sua actuação, o enfermeiro contribui também para o bom desempenho médico.

Ainda, conforme *Collière* (1989), os enfermeiros procuram demarcar-se da imagem desvalorizada do enfermeiro, direccionando os cuidados de enfermagem para o tratamento e cura da doença à semelhança dos cuidados médicos, na tentativa de se aproximarem da imagem valorizada do médico. Daí, com frequência, o estatuto comum “das enfermeiras” ser o de mão-de-obra feminina subordinada ao poder “dos homens – médicos”.

De facto, não tendo conteúdo profissional bem delimitado, o enfermeiro

desenvolve um conjunto de actividades conducentes à satisfação das necessidades humanas básicas dos doentes, garantindo, desta forma, a cura da doença, e, por consequência, o sucesso do tratamento do médico, segundo *Collière* (1989) *o brilho social dos médicos*.

Também *Goffman* (1993), refere que a diferença entre a *fachada* de uma enfermeira e a *fachada* de um médico é grande. Os médicos consideram que a enfermeira está numa categoria abaixo da sua.

Ainda, segundo este autor, a superioridade natural do sexo masculino é afirmada pelo papel subalterno do sexo feminino.

É neste domínio que surgem várias referências em livros e revistas versando a imagem social do enfermeiro, das quais salientamos *Salvage* (1993), *Mendes* (1996) e *André* (1996).

É notório o interesse pela imagem social do enfermeiro, daí *Carapinheiro*, (1993), e *Lopes*, (1994), desenvolverem estudos sociológicos, no âmbito hospitalar, a primeira na vertente dos saberes e poderes no Hospital, e a segunda na identidade de Enfermagem, onde salientam o predomínio da profissão médica em relação à profissão de enfermagem. Neste sentido fazem referência aos vários aspectos que caracterizam médicos e enfermeiros, diferenciando-os.

Deste modo *Carapinheiro*, (1993, p. 105), descreve os médicos e os enfermeiros da seguinte forma:

O uso de uniformes e distintivos assegura o reconhecimento das hierarquias e das respectivas funções. A bata branca não permite a imediata identificação dos Médicos, estando-lhe associado o uso do estetoscópio pendurado no pescoço, que se usa apenas com o doente, mas que se transporta para todos os sítios do hospital. É de facto um objecto de inestimável valor social, representando poder e suscitando uma plethora de atitudes de deferência e respeito. O pessoal de Enfermagem também usa bata branca, mas junta-lhe outros acessórios, como a touca, (no caso das mulheres), e os sapatos brancos, (em ambos os sexos), para se distinguirem tanto dos Médicos, como do pessoal administrativo...

Mantém-se o princípio dominante da divisão do trabalho e a oposição entre o comando e a execução, exprimindo-se em relações de dominação / subordinação entre médicos e enfermeiros.

Neste sentido *Lopes* (1994) faz referência à vertente *taylorista* do

desempenho profissional dos enfermeiros considerando que estes têm uma orientação profissional *ritualista* que se manifesta no desvelo que colocam no “fazer bem a cama”, ou no fazer um penso “que ficasse bonito”.... Os imperativos do cumprimento das rotinas.

Em síntese, é notória a relação do poder com a demonstração do saber, assim, os médicos diagnosticam e prescrevem os tratamentos, enquanto os enfermeiros executam, fundamentalmente, as prescrições médicas, ou seja, a valorização de tarefas em detrimento do conteúdo profissional.

Este contexto profissional tem preocupado os enfermeiros, sendo alvo de algumas reflexões. Neste sentido, Batalha (1995) estudou a imagem social do enfermeiro num grupo de adolescentes⁶⁶, tendo concluído que para setenta e cinco por cento (75%) dos jovens, a enfermagem é uma profissão dependente, constituída por um conjunto de técnicas médicas auxiliares no tratamento das pessoas doentes e no atendimento na comunidade. O enfermeiro é por consequência *um auxiliar do médico*.

Ao estudarem a imagem do enfermeiro através da análise de artigos de jornais, revistas ou filmes, André (1996) e Lima Basto (1998)⁶⁷, concluíram que a imagem do enfermeiro se caracteriza por:

Ser extensão do **trabalho doméstico**, isto é, por ter como finalidade a manutenção das actividades da vida diária (satisfação das necessidades humanas básicas);

Feminilidade, isto é, a capacidade para cuidar, dar e servir;

Ser **facilmente substituível**, isto é, o enfermeiro é sempre enfermeiro pelo que é versátil, podendo desempenhar funções em qualquer tipo de serviço;

Ser considerado **anjo da guarda**, isto é, a vocação, auto-sacrifício e filantropia. Adjectivos que provavelmente remontam ao tempo em que a enfermagem estava confinada às ordens religiosas.

Também *Ellis* e *Hartley* (1998, p.37-39) analisaram a imagem do enfermeiro transmitida pela comunicação social (rádio, televisão, jornais, revistas e novelas), nos Estados Unidos, concluindo que a imagem do enfermeiro

⁶⁶ Alunos do 11º Ano, com média de idades de 17 anos, sendo 68% do sexo feminino.

⁶⁷ Estudo realizado através de análise de conteúdo dos artigos de jornal do ano de 1991.

era predominantemente negativa. O enfermeiro era retratado como um profissional egocêntrico, obediente, permissivo, “braço direito do médico” e, ainda, como a *mulher* que tinha como objectivo conquistar um homem, de preferência, médico.

No entanto nos filmes relacionados com a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais a *enfermeira* aparece como uma profissional inteligente, flexível, serena, perspicaz, confidente, sofisticada, corajosa e assertiva.

Reportamo-nos a Lopes (1996), ao seu estudo sobre o sexo e a profissão de enfermagem, no qual a profissão de enfermagem é referenciada como uma profissão concebida no feminino, resultando das qualidades naturais da mulher. Os enfermeiros são considerados como um produto das relações sociais entre os sexos, das desigualdades entre os homens e as mulheres.

Daí a profissão de enfermagem ser por excelência no feminino, veiculando conotações como doença, debilidade e dependência pouco valorizadoras da identidade social do homem. Assim, a prestação de cuidados no hospital funciona, conforme Lopes (1996), como a continuidade de um “papel” para o qual a mulher foi preparada durante o processo de socialização.

Neste contexto, Valeriano (1993) e Rebelo (1996) chegaram a conclusões bem diferentes quando analisaram as representações do exercício da prestação de cuidados de enfermagem, nos enfermeiros. Deste modo, constataram que a prestação de cuidados de enfermagem era direccionada para o indivíduo global, não se evidenciando a vertente do saber fazer, ou seja, o trabalho por tarefas, a tecnicidade.

No entanto Rebelo (1996) salienta que:

Na maioria dos serviços *não há espaço* para reflectir sobre os cuidados de enfermagem;

Os enfermeiros *valorizam pouco* a relação de ajuda;

A profissão de enfermagem tem uma *cultura oral* rica;

Na escolha da profissão predomina na sociedade a ideia de que o enfermeiro é o *braço direito do médico*, numa perspectiva de ajuda na resolução de problemas.

Consideramos, ainda, interessante o estudo realizado por Teixeira, em 1995, sobre a representação social do enfermeiro nos médicos do Hospital Conde

Ferreira, no Porto. Assim, como referimos no início do capítulo, os médicos consideram que:

O enfermeiro ocupa um lugar relevante na equipa de saúde;

O enfermeiro está preparado para trabalhar em equipa multidisciplinar;

A criação da Ordem dos Enfermeiros poderá contribuir para o prestígio social da profissão de enfermagem.

Conhecendo a imagem social do enfermeiro e os factores que lhe estão subjacentes, é necessário que os enfermeiros valorizem os conhecimentos que lhe são próprios, isto é, subjacentes à disciplina de enfermagem, a fim de promoverem a profissão, e por consequência a imagem social do enfermeiro.

Segundo Abreu, (2002, p. 291), a mudança do sentido da profissionalidade em Enfermagem é concomitante à mudança social global; as próprias representações construídas do interior ou do exterior sobre as dinâmicas profissionais radicam em constatações de ideias ou de ideologias cuja inteligibilidade não pode ser avaliada de forma apriorística, uma vez que é condicionada pelas experiências, pelos afectos e pelas estruturas sócio-cognitivas dos contextos sociais.

Podemos concluir que o profissional de enfermagem é habitualmente definido como profissional de saúde que trata dos doentes, de acordo com as orientações dos médicos. E, ainda, tem como estereotipo o uso de símbolos tais como o uso de vestuário branco.

Neste contexto, pensamos ser necessário que o profissional de enfermagem assuma o processo de cuidar a saúde do indivíduo tendo em conta as influências ambientais, sociais, culturais e morais, entre outros factores tais como a diversidade metodológica do cuidado ao ser humano. Assim, torna-se imprescindível incluir o indivíduo/família como parceiro na prestação de cuidados de saúde e não como finalidade dos mesmos, ou seja, criar uma nova perspectiva de visualização global, o ser cuidado é olhado, ouvido e sentido. É, neste sentido, que *Waldow (2004, p38 refere que o cuidado humano consiste numa postura ética e estética frente ao mundo.*

Daí que o exercício da profissão de enfermagem não se restrinja ao hospital (cuidados de saúde diferenciados) mas, deva ser dirigido, principalmente, à comunidade, na manutenção e na promoção da saúde (cuidados de saúde primários), isto é, o enfermeiro ser, primordialmente, o

zelador da saúde conducente ao bem estar individual e colectivo, e por consequência, proporcionando uma melhor qualidade de vida, conforme o preconizado pelo REPE.

Não nos podemos esquecer que a imagem é aquilo que o espelho nos devolve e por consequência a percepção que os indivíduos alvo dos cuidados de saúde, têm dos enfermeiros.

II PARTE

METODOLOGIA E ESTUDO EMPIRICO

CAPÍTULO V. METODOLOGIA

Nesta secção vamos apresentar a pesquisa empírica que realizámos para dar resposta à pergunta de partida “Qual a representação social do Enfermeiro nos alunos de Enfermagem?”.

Desenvolvemos um estudo correlacional-causal, quantitativo e descritivo que de acordo com vários autores das metodologias de pesquisa (*Fortin et al.*, 1988; *Richardson*, 1989; *Demo*, 1990; *Doise et al.*, 1992; *Ghiglione e Matalon*, 1993; *Azevedo e Moreira*, 1994; *Gil*, 1995; *Fortin*, 1999; *Guareschi*, 2000) consiste em descrever um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de forma a estabelecer as características dessa população. Consideram, também, que o estudo descritivo engloba vários tipos de abordagens, servindo para a descrição de conceitos ou variáveis, conduzindo a uma interpretação da significação teórica dos resultados do estudo, bem como à descoberta das relações entre conceitos.

Ainda, segundo os referidos autores, a matéria-prima dos estudos das representações sociais é constituída pela recolha de opiniões, atitudes e conceitos populares, o saber popular habitualmente denominado por conhecimento do senso comum.

Começámos por formular o problema, o objecto de estudo, a construção das hipóteses e indicação das variáveis, definimos a metodologia, tendo em conta:

População / Amostra;

Método de recolha de dados – entrevista e questionário;

Construção do questionário e guião de entrevista;

Pré-teste

Aplicação do questionário (instrumento de recolha de dados);

Realização das entrevistas;

Análise dos dados das questões abertas (não estruturadas) segundo a análise de conteúdo seguindo o critério da análise categorial conforme *Bardin* (1995,p 117-132) *a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos*

de um conjunto... As categorias, são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns desses elementos;

Análise dos dados e tratamento estatístico para o que utilizamos o programa Informático – SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Sendo nosso objectivo conhecer a evolução da opinião dos alunos do Curso de Enfermagem sobre o ser Enfermeiro, desenvolvemos um tipo de pesquisa que abrangesse uma Amostra Populacional significativa, que nos permitisse conhecer, com a menor margem de erro, possível, a representação social do Enfermeiro.

Assim:

- Desenvolvemos um estudo *longitudinal*, com início em Outubro de 1998 e final em Julho de 2001, para o que utilizamos como instrumento de recolha de dados o inquérito por questionário, que aplicamos, sempre, à mesma Amostra (alunos do curso de bacharelato em Enfermagem)⁶⁸, em três fases diferentes do curso (início do 1ºAno, 2ºAno e no final do 3ºAno);

- Posteriormente, em Julho de 2004, realizamos um estudo do *tipo comparativo* para o que seleccionamos uma segunda Amostra com os alunos finalistas do curso de licenciatura em Enfermagem de escolas incluídas na nossa primeira Amostra;

- Por fim, quisemos saber a opinião dos professores de Enfermagem para o que realizámos um estudo qualitativo exploratório, no qual entrevistámos professores das Escolas Superiores de Enfermagem de proveniência das nossas amostras.

Para uma melhor compreensão dos passos dados ao longo desta pesquisa de seguida apresentamos uma figura esquemática esclarecedora dos mesmos.

⁶⁸ Curso de Enfermagem vigente à data do início do estudo.

2 Fases	
Estudo longitudinal	Estudo do tipo comparativo
Bacharelato (3 anos)	Licenciatura (4 anos)
Mesma amostra avaliada em 3 tempos (N=447)	Amostra diferente avaliada num só momento (N=297)
Início;	-----
Meio;	-----
Fim	Final do curso (4º ano)
Comparar as representações destes dois grupos	

CAP V.1 Delimitação do Objecto de Estudo

Formulação do Problema

Ao estudarmos a ligação educação / formação e a representação social dos alunos de enfermagem sobre o enfermeiro, tentamos *confrontar* o ensino e a formação profissional do enfermeiro desenvolvido em Portugal Continental, nas Escolas Superiores de Enfermagem, com a opinião dos alunos que frequentam o Curso de Enfermagem.

A visibilidade da *praxis* de enfermagem relaciona-se, quase exclusivamente com o *acto de tratar* (prática do exercício da medicina), e não com o *acto de cuidar* (prestação de cuidados de enfermagem). O conceito de tratar manteve-se no ensino de enfermagem, praticamente até à década de 60 do século XX, o que contribui, segundo Carapinheiro (1993), Lopes (1994), Waldow (1996, 2002), para a dificuldade da assunção da profissão de enfermagem.

É nas décadas de 60 e 70 que se regista a expansão da enfermagem com o desenvolvimento dos modelos da prestação de cuidados de enfermagem.

Assim surge o embrião de um saber próprio de enfermagem dirigido para o *acto de cuidar* em enfermagem.

Estamos perante um novo ciclo da enfermagem no qual a função do enfermeiro deixa de ser direccionada para colmatar, apenas, a necessidade de

tratamento dos indivíduos, passando a ser direccionada para a satisfação das necessidades humanas básicas do indivíduo, no seu todo bio-psico-social e cultural. Isto é, *cuidar* o ser humano ser único, integrado numa família e numa sociedade multifacetada, e em constante evolução (CAPITULO I).

A integração do Ensino de Enfermagem no Ensino Superior, com o grau académico de Bacharel, em 1988, e em 1997, com o de Licenciatura, pode ser considerada fundamental para a construção dum saber específico da profissão de Enfermagem e, conforme Rodrigues (1997), um pressuposto para a afirmação de uma profissão. É um dado aceite que, sobretudo a partir da década de 80 do século XX, a relação entre Educação / Formação e o mundo do trabalho sofreram alterações substantivas, resultantes da Era Pós-moderna.

Assim, exige-se uma formação profissional de qualidade adequada às exigências de novos modelos sociais e associada à necessidade de excelência do processo de ensino – aprendizagem. *No nosso caso particular, ensino/formação em enfermagem a necessidade da excelência do processo de aprendizagem, visa o formar para a excelência do cuidar.*

Daí, o colocarmos a questão:

- A frequência do Curso de Enfermagem influencia a transformação da representação social do Enfermeiro nos alunos de Enfermagem?

A nossa pesquisa tem como objectivo analisar e/ou caracterizar a representação social do Enfermeiro nos alunos que frequentam o Curso de Enfermagem, iniciado em Outubro de 1998 e terminado em Julho de 2001, através da dinâmica das representações sociais do enfermeiro/profissional de enfermagem, nos alunos de Enfermagem.

Para a realização da nossa pesquisa, definimos como objectivos:

Identificar as representações sociais do Enfermeiro nos alunos que iniciaram o Curso de Enfermagem em Outubro de 1998;

Identificar as representações sociais do Enfermeiro nos alunos que concluíram o Curso de Enfermagem em Julho de 2001;

Analisar as influências demográficas, socioculturais e económicas na definição de Enfermagem;

Analisar as influências da proximidade com a profissão de Enfermagem na escolha do Curso de Enfermagem.

Hipóteses e Variáveis

Segundo *Lakatos e Marconi* (1988) e *Gil* (1995), entre outros, a hipótese é uma suposição que antecede a constatação dos factos, tendo como função propor explicações para certos factos e simultaneamente orientar para a pesquisa de outras informações. Ainda segundo os mesmos autores, a hipótese é uma correlação entre variáveis, considerando a variável um conceito operacional que contém ou apresenta valores, e tem como objectivo conferir maior precisão aos enunciados científicos.

Para verificarmos o problema alvo da nossa pesquisa, formulámos como hipótese de partida, ou geral:

- Os alunos que cursam Enfermagem mudam a sua representação social sobre o Enfermeiro no decurso da sua formação em Enfermagem.

Segundo *Garnier e Rouquette* (2001), as representações socioprofissionais evoluem no decurso da formação inicial.

Sequencialmente, como hipóteses secundárias ou específicas, formulamos:

- a) A representação social do enfermeiro, nos alunos que cursam Enfermagem depende das características socio-demográficas
- b) A representação social do enfermeiro, nos alunos que cursam Enfermagem depende das condições socio-culturais;
- c) A representação social do enfermeiro, nos alunos que cursam Enfermagem depende das condições económicas;
- d) A representação social do enfermeiro, nos alunos que cursam Enfermagem depende da relação de proximidade com a profissão de enfermagem;
- e) A representação social do enfermeiro, nos alunos que cursam Enfermagem depende das razões de escolha da profissão de enfermagem;
- f) A representação social do enfermeiro, nos alunos que cursam Enfermagem depende, da finalidade da profissão de enfermagem;
- g) A representação social do enfermeiro, nos alunos que cursam Enfermagem depende do mercado de trabalho;

h) A representação social do enfermeiro, nos alunos que cursam Enfermagem depende do grau académico do curso;

i) A representação social do enfermeiro, nos alunos que cursam Enfermagem é influenciada pela opinião dos professores enfermeiros.

A fim de testarmos as nossas hipóteses definimos as variáveis que consideramos interferirem no nosso estudo:

a) Considerámos como variáveis independentes:

As características biográficas;

As condições socioculturais e económicas.

Constatámos nos diversos estudos consultados, entre os quais Grácio (1997), que condições como o sexo e a condição social e económica influenciam a orientação dos estudantes para o ensino e orientação profissional.

b) Considerámos como variáveis dependentes:

A relação de proximidade com a profissão de enfermeiro;

A opinião sobre o profissional de enfermagem, Enfermeiro;

A escolha da profissão de Enfermagem;

As áreas da saúde e locais de trabalho do Enfermeiro.

Wenner (1988), ao estudar as histórias da vida de um grupo de alunos de Enfermagem, concluiu existir uma recondução e reprodução familiar da profissão, com prevalência no meio hospitalar.

Para operacionalizar as variáveis, definimos como indicadores os seguintes:

a) Das variáveis independentes:

Sexo, Idade, Estado Civil, Naturalidade e Localidade de residência do aluno e dos pais, indicadores da variável *Características biográficas*;

Categoria socioprofissional dos pais, escolaridade dos pais, tipo de agregado familiar, rendimento do agregado familiar, indicadores da variável *Condições sócio-culturais e económicas*;

b) Das variáveis dependentes:

A frequência do Curso de Enfermagem por algum familiar ou amigo, o conhecimento da profissão de Enfermagem, são indicadores da variável *Relação de proximidade com a profissão de Enfermagem*;

Instituição onde o Enfermeiro pode desempenhar a profissão, qualidades do Enfermeiro, vocação para Enfermeiro, indicadores da variável *Opinião sobre o profissional de enfermagem*;

Razões de escolha da profissão de Enfermagem, acesso ao Ensino Superior, indicadores da variável *Escolha da profissão de enfermagem*;

Serviços onde o Enfermeiro pode trabalhar e qualidades necessárias ao Enfermeiro, são indicadores da variável *Áreas da saúde e locais de trabalho do enfermeiro*.

Para testarmos a hipótese “A representação social do enfermeiro, nos alunos que cursam Enfermagem depende do grau acadêmico do curso” realizamos um estudo do tipo comparativo com um grupo de alunos do curso de licenciatura em enfermagem no qual respeitamos as variáveis enunciadas. Tratou-se, assim, de comparar resultados, de forma a se identificarem possíveis diferenças entre os alunos que terminaram o bacharelato e os que estão no último ano do curso de licenciatura.

Quisemos ainda saber qual a representação social do enfermeiro nos professores de enfermagem e em que medida estes consideram ter influência nos seus alunos, pelo que procuramos saber como aqueles definem enfermeiro e quais as competências que consideram ser necessárias para o bom desempenho profissional.

CAP V.2 Estudo Longitudinal

Segundo a literatura sobre as metodologias de pesquisa, os estudos descritivos longitudinais por inquérito permitem observar como os fenómenos evoluem através do tempo na mesma população (cf. *Lakatos e Marconi, 1988; Richardson, 1989; Fernandes, 1993; Ghiglione e Matalon, 1993; Gil, 1995; Berthier, 1998; Fortin, 1999*).

De acordo com *Fortin (1999, p.171)*, os estudos longitudinais permitem classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação, bem como descrever fenómenos e determinar relações entre variáveis, definindo, ainda,

inquérito como *toda a actividade de investigação no decurso da qual são colhidos dados junto de uma população ou porção desta, a fim de examinar as atitudes, opiniões, crenças ou comportamentos*

V.2.1 Selecção da Amostra

A população alvo é constituída por todos os alunos que ingressaram no Curso de Enfermagem em Outubro de 1998, (Ano lectivo 1998 / 1999), nas Escolas Superiores de Enfermagem Públicas do Continente, que conferem o Grau de Bacharel e sob tutela do Ministério da Educação.

De acordo com os dados oficiais fornecidos pelo Gabinete Coordenador de Ingresso ao Ensino Superior – Ministério da Educação, foram colocados 1055 alunos no curso superior de Enfermagem.

Tendo em conta o objectivo da presente pesquisa, e para obtermos uma amostra representativa do número de alunos que iniciaram o curso de Enfermagem (1055 alunos), no ano lectivo 1998/99, seleccionamos, de forma não probabilística cerca de 56,4% da população alvo.

Conforme *Fortin*, (1999), entre outros, os estudos longitudinais exigem grandes amostras, uma vez que se desenrolam no tempo e existe o risco de perda de participantes. Ainda, *Fortin* considera como uma amostra representativa aquela que é constituída por 30% da população alvo.

Assim, constituem a nossa amostra os alunos que iniciaram o Curso de Enfermagem em Outubro de 1998, (Ano lectivo de 1998-1999), e finalizaram em Julho de 2001, nas Escolas Superiores de Enfermagem:

D. Ana Guedes, Cidade do Porto e S. João, no Porto;

Dr. Ângelo da Fonseca e *Bissaya Barreto*, em Coimbra;

Artur Ravara, *Calouste Gulbenkian*, e Francisco Gentil, em Lisboa.

Verificamos quando da 1ª aplicação do questionário, que a amostra inicial foi de 616 alunos. No entanto, a amostra constante do estudo longitudinal é de 447 alunos.

Na selecção da nossa amostra, tivemos em conta os seguintes critérios:

Manter as características da população alvo, visto que segundo Fortin (1999, p. 202) as características da população alvo devem estar presentes na amostra;

Abranger áreas geográficas, com características culturais e socio-económicas distintas;

Não ser dispersa para facilitar a continuidade do estudo, o controlo das respostas aos questionários e, por consequência, obter resultados mais fiáveis. Segundo Fortin, (idem, p.211), o investigador deve ter como objectivo obter uma Amostra suficientemente grande para detectar as diferenças estatísticas, tendo igualmente em consideração as questões de tempo e economia.

V.2.2 Pré – Teste

Na realização do pré – teste, seleccionámos os alunos que iniciaram o Curso de Enfermagem em Abril de 1998, (Ano Lectivo 1997-1998), na Escola Superior de Enfermagem *Calouste Gulbenkian* de Lisboa, por reunirem as características semelhantes às da População Alvo.

Segundo *Ghiglione e Matalon* (1993), *Richardson* (1998), e *Fortin* (1999), o instrumento de recolha de dados deve ser testado em sujeitos com as mesmas características da população alvo, podendo o número de sujeitos variar entre 10 e 50, de forma a verificar a compreensão das questões colocadas.

Para aplicação do pré – teste dirigimos, por escrito, um pedido de autorização à Direcção da Escola Superior de Enfermagem *Calouste Gulbenkian* de Lisboa⁶⁹.

Posteriormente, contactámos telefonicamente a Professora Coordenadora do primeiro ano da referida Instituição, com a qual combinámos a data, a hora e o tempo a disponibilizar para a administração dos questionários.

Quando da aplicação do pré – teste, contámos com a presença na aula da Professora Coordenadora, que nos apresentou aos 43 alunos do primeiro ano, que previamente tinham sido informados dos objectivos da nossa investigação e da colaboração necessária.

Fizemos uma explicação pormenorizada sobre a finalidade do questionário,

⁶⁹ Única Escola de Enfermagem a abrir a segunda turma do 1º ano em Abril do ano lectivo 1997/1998.

o preenchimento do questionário e o direito de recusar responder.

Os questionários começaram a ser distribuídos cerca das 10 horas, tendo os primeiros alunos terminado o preenchimento trinta minutos depois.

A maioria dos alunos, no entanto, ocupou os cinquenta minutos do tempo lectivo, correspondente a uma aula teórica, no preenchimento dos questionários.

As dúvidas assinaladas, durante o preenchimento do questionário, foram relacionadas com:

A profissão dos pais, quando reformados ou pensionistas, por não estar contemplada na categorização profissional do questionário;

A frequência da utilização dos Serviços de Enfermagem pela dificuldade de contabilizar o número de vezes que utilizaram os respectivos serviços;

A candidatura de Ingresso ao Ensino Superior por não estar expressa a posição na opção de escolha do curso.

Depois da aplicação dos questionários, efectuamos a análise dos protocolos de respostas para o que utilizamos a estatística descritiva (a frequência, a percentagem, a média e a moda).

O pré – teste permitiu-nos verificar a aceitabilidade e aplicabilidade do instrumento de recolha de dados, questionário, tendo em conta a reformulação das referidas questões.

V.2.3 Instrumento de Recolha de Dados

Como instrumento de recolha de dados utilizamos o inquérito por questionário, que segundo *Richardson* (1989), *Berthier* (1998), entre outros, permite:

Obter informações de um grande número de pessoas, simultaneamente (economia);

Abranger uma ampla área geográfica (extensão);

Maior liberdade para expressar as opiniões (contudo limitada, por vezes, pelo denominado "efeito do investigador").

No entanto, há sempre o risco de não obter a quantidade de informação necessária e válida, quando se trata de informações relacionadas com salários,

crenças, problemas de saúde, entre outros.

O questionário foi estruturado de forma a manter uma sequência coerente e facilitar o preenchimento, partindo de perguntas mais simples para mais as complexas e respeitando a ordem cronológica dos acontecimentos da vida.

Na construção das perguntas tivemos em conta a semântica e a sintaxe conducente à descodificação/compreensão das questões e respeitando o princípio da economia de tempo, a extensão do questionário.

O desenho da nossa investigação levou-nos a proceder à categorização dos temas do questionário. Os temas do nosso questionário são os seguintes:

Caracterização biográfica do aluno;

Habilitações dos pais (pai e mãe);

Caracterização sócio-demográfica do aluno e dos pais;

Relação de proximidade com a profissão de Enfermagem;

Razão de escolha de profissão de Enfermeiro;

Acesso ao Ensino Superior;

Diploma e Mercado de Trabalho;

Caracterização do Enfermeiro.

Tendo como objecto analisar a opinião dos alunos que cursam Enfermagem sobre o Enfermeiro/ profissional de enfermagem, construímos um questionário com perguntas fechadas, abertas e mistas.

As perguntas abertas, sendo mais difíceis de codificar, permitem maior amplitude nas respostas, e, segundo *Bardin* (1995), são mais adequadas às características da pesquisa a realizar, para que o inquirido as compreenda mais facilmente e a elas responda mais livremente. As perguntas abertas são, no entanto, mais difíceis de responder por exigirem respostas mais elaboradas (*Lambin*, 1990). Daí, o colocarmos também perguntas cuja resposta fosse facilitada, sem descurar o valor informativo do instrumento de recolha de dados, por exemplo *Ser enfermeiro é*.

Na configuração do questionário tivemos em consideração o tratamento estatístico das informações recolhidas, tendo em vista a codificação.

Na apresentação do questionário começamos por um preâmbulo onde

informamos os inquiridos sobre os objectivos da nossa pesquisa, sobre a confidencialidade das informações obtidas, as orientações para o preenchimento, a importância da contribuição e, por fim, agradecemos a colaboração dada.

Como já referimos (Cap.V.2) em cada uma das três fases aplicamos o mesmo questionário, onde incluímos um guião orientador para o preenchimento, onde explicamos que:

A identificação é necessária e é solicitada devido à continuidade do estudo, em virtude do questionário ser aplicado no início, no meio e no fim do curso;

As profissões correspondentes aos grupos profissionais apresentadas no primeiro questionário (Anexo 1) estão discriminadas na página onze (11). A alínea m, inserida nos grupos profissionais inclui a população não activa;

Podem fazer a opção por uma ou mais respostas, quando se trata de perguntas fechadas e mistas, com mais do que uma alternativa de resposta.

O questionário foi organizado por temas correspondentes às variáveis de acordo com as hipóteses formuladas (Cap.V.I), que passamos a descrever:

a) No primeiro tema *Identificação*, pretendemos caracterizar a nossa amostra pelo que formulámos perguntas que nos indicam:

Nome da Escola de Enfermagem que frequentam;

Nome do aluno;

Data de nascimento;

Naturalidade (local de nascimento);

Local de frequência do Ensino Secundário e residência dos pais.

A variável *caracterização biográfica* da amostra permite-nos, no dizer de Moscovici (1978), uma melhor compreensão dos fenómenos sociais relacionando-os com os diferentes contextos sociais.

São vários os estudos sociológicos que demonstram que Portugal é um país geograficamente pequeno, onde coabitam pessoas de diferentes etnias e culturas, existindo grandes assimetrias tanto no sector da actividade económica, como no desenvolvimento sócio-cultural, que se reflectem na diferença da densidade populacional entre a orla marítima e o interior e o Norte e Sul do país.

b) No segundo tema *habilitações literárias dos Pais (pai e mãe)*, damos a

conhecer o nível de escolaridade do pai e da mãe. Para o que usámos a terminologia referente aos diferentes níveis de Escolaridade do Sistema Educativo Português, desde os meados do século XX até à década de 90, de acordo com o Quadro 5.

Quadro 5. Relação entre os anos de escolaridade e os níveis de ensino nas décadas de 70, 80 e 90 do século XX no Sistema Educativo Português

A) B)	4	6	9	11/12
Sec. XX	4	2	3	2/3
Anos 70	Instrução Primária	1º Ciclo do Liceu/Ciclo Preparatório*	2º Ciclo do Liceu (5º Ano) / Cursos Industrial, Comercial e Formação Feminina	3º Ciclo do Liceu (7º Ano/Curso Complementar)
Anos 80	2ª Fase do Ensino Básico	Ciclo Preparatório	9º Ano de Escolaridade	12º Ano
Anos 90	1º Ciclo do Ensino Básico	2º Ciclo do Ensino Básico	3º Ciclo do Ensino Básico	Ensino Secundário

Legenda: A) Duração total de escolaridade; B) Duração dos ciclos de escolaridade; * No início da década de 70 existiam dois níveis de Ensino ministrados no Liceu e na Escola Comercial e Industrial

Para determinarmos a *categoria profissional* dos pais, utilizamos a terminologia socioprofissional usada em estudos sociológicos do *Centre d'Études e Recherches sur Qualification Professionnelles*⁷⁰, por nos parecer mais adequada ao objectivo do estudo, e que passamos a apresentar:

Quadros dirigentes ou profissão liberal, (exemplos: Médico, Advogado, Gestores...);

Técnicos superiores ou quadros administrativos, (exemplos: Enfermeiros, Professores, Administrativos com cargos de Gestão...);

Quadros Técnicos, (exemplos: Administrativos, Técnico de Vendas...);

Exército e Polícia – Oficiais e não oficiais;

Operários Qualificados, (exemplo: Trabalhadores Especializados);

Operários não Qualificados;

⁷⁰ Classificação Internacional de Profissões usada pela Organização Internacional do Trabalho.

Empregados, (exemplo: Trabalhadores sem função específica);

Industriais e grandes Comerciantes;

Médios e pequenos Industriais e Comerciantes;

Agricultores;

Doméstica;

População não activa, (exemplos: Reformados, Pensionistas...).

No segundo questionário fizemos algumas alterações por necessidade de melhor operacionalizar a *variável socio-económica*, pois segundo *Berthier*, (1998), numerosos estudos têm demonstrado que valores, opiniões, hábitos e estilos de vida têm relação com a origem social. Assim:

Acrescentámos a idade dos pais, o tipo de agregado familiar, o rendimento familiar;

Modificámos a classificação profissional e relacionámo-la com a área de Saúde.

Para a classificação profissional recorreremos ao modelo seguido pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), por o considerarmos mais adequado para o efeito pretendido, e que passamos a descrever:

Quadro Técnico Superior;

Quadro Técnico Médio;

Pessoal Técnico Qualificado;

Empregado de Comércio;

Pessoal Administrativo;

Serviços de Apoio;

Operário de Indústria, não Qualificado;

Operário do Sector Agro-Pecuária;

Outra.

c) No terceiro tema, *Relação de proximidade com a profissão de Enfermagem*, pretendemos conhecer o contacto do inquirido com a profissão de Enfermagem, efeito *hallo*, e a relação com a opção profissional.

Procurámos saber se têm amigos ou familiares a trabalharem na área da

saúde (Enfermeiros, Médicos, outros Técnicos de Saúde) e a influência do contacto na escolha do Curso de Enfermagem.

Inquirimos igualmente o recurso aos Serviços de Saúde, concretamente aos cuidados de Enfermagem, bem como a memória que guardam dos serviços prestados.

As experiências vividas determinam o sentido de vida, no dizer de Fernandes, (1999), A quotidianidade permite ao homem, através das representações vividas, descobrir-se como ser com os outros no mundo, isto é, enquanto ser ao mesmo tempo individual e social e unificar os seus anseios pessoais em projectos colectivos.

d) No quarto tema, *Caracterização do Enfermeiro*, pretendemos que os inquiridos definam o Enfermeiro, tendo em conta:

As instituições onde o profissional de enfermagem/enfermeiro pode exercer a sua função, (1ª fase, pergunta 18; 2ª fase, pergunta 14; 3ª fase, pergunta 4);

As qualidades inerentes ao desempenho da profissão de Enfermagem, (1ª fase, pergunta 20, 29; 2ª fase, pergunta 16, 19; 3ª fase, pergunta 6, 9);

A escolha da profissão de Enfermagem e o carácter vocacional que lhe é atribuído, (1ª fase, pergunta 21);

A função da profissão de Enfermagem para o que construímos uma pergunta mista na qual utilizámos conceitos de algumas teóricas de Enfermagem (*Adam*, 1994; *Kérouac*, 1994), bem como terminologia vulgarmente utilizada ou do senso comum, (1ª fase, pergunta 19; 2ª fase, pergunta 15; 3ª fase, pergunta 5).

e) No quinto tema, *Razão da Escolha da Profissão de Enfermagem*, quisemos conhecer a intenção dos inquiridos, ao escolherem o curso e a profissão de Enfermagem. E, ainda, pretendemos saber se em alternativa escolhiam ou o Curso de Enfermagem ou o Curso de Medicina, e a razão de tal escolha. Também, quisemos saber a aceitação dos familiares quanto à escolha do Curso de Enfermagem.

Quanto às razões que os levaram a optar pelo Curso de Enfermagem/Profissão de enfermagem, construímos uma pergunta mista (1ª fase, pergunta 22; 2ª fase, pergunta 17; 3ª fase, pergunta 7), onde enunciámos justificações para a opção de escolha. Esta questão foi construída com base nos

dados recolhidos através das respostas à pergunta *Porque escolheu o Curso de Enfermagem*, feita aos alunos (trinta) do 1º Ano do Curso de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Leiria, no Ano Lectivo 1997/1998⁷¹.

As alternativas de escolha do curso foram associadas segundo interesses humanitários / filantrópicos, económicos, sociais e individuais, a saber:

Humanitário / filantrópico: Gostar de ajudar os outros, considerar uma profissão útil, preocupar-se com a saúde do cidadão;

Económico: Residir na área de implementação da Escola, facilitar a entrada no mundo do trabalho, ter uma remuneração acima da média;

Social: Facilitar o controlo da doença, influência de familiares e amigos;

Individual: Sentir-se atraído pela profissão, observar a imagem do Enfermeiro transmitido pelos *media*, não conseguir ingressar no Curso de Medicina.

Ainda, o *Acesso ao Ensino Superior*, destina-se a analisar a verdadeira intenção da escolha do curso. Procurámos para isso saber, quando da candidatura ao Ingresso no Ensino Superior, em que posição colocaram o Curso de Enfermagem. Pedimos ainda que nos indicassem os outros cursos pelos quais optaram, bem como, a ordem na opção de escolha. Esta questão permite-nos ainda verificar a veracidade das respostas ao tema anterior.

f) No sexto tema, *Diploma e Mercado de Trabalho*, a especificidade do exercício da profissão Enfermagem, construímos:

Uma pergunta mista (1ª fase, pergunta 18; 2ª fase, pergunta 14; 3ª fase, pergunta 4), com as áreas de Saúde Pública, Saúde Comunitária, Saúde no Trabalho, Maternidade, Pediatria, Idosos, Medicina, Cirurgia, Ortopedia, Psiquiatria, Urgência e Cuidados Intensivos. Assim, temos como finalidade

⁷¹ Pediu-se aos alunos que se reunissem na sala de aula após o que se explicou que nos levaram a solicitar a reunião. Colocámos oralmente a pergunta “Porque escolheram o curso de enfermagem?”. A resposta de “livre expressão” foi apresentada por escrito. As respostas foram tratadas por análise de conteúdo, segundo *Bardin* (1995, p. 28), sendo esta a técnica de análise mais adequada às diferentes formas de comunicação nas ciências sociais e humanas. Após a selecção do “corpus” os dados “brutos” foram agrupados em unidades de registo que nos permitiram uma descrição pertinente do conteúdo. A nossa unidade de registo é a palavra, a ideia, cujo registo teve como base a interpretação semântica.

analisar as tendências profissionais, pelo que pedimos que assinalassem a área ou áreas de interesse, hierarquizando a escolha. Quisemos saber as razões que levaram os inquiridos a escolherem as diferentes áreas da saúde, no âmbito da profissão de enfermagem, bem como as competências necessárias ao desempenho da profissão nas áreas por eles escolhidas.

V.2.4 Recolha de Dados

Para dar início à *recolha de dados*, contactámos pelo telefone os Presidentes dos Conselhos Directivos das Escolas Superiores de Enfermagem que integram a nossa amostra, para:

Informar sobre a pesquisa a realizar (finalidade, objectivos, tipo de pesquisa);

Pedir autorização para proceder à recolha de dados;

Conhecer o calendário lectivo (data de início do ano lectivo) do Primeiro Ano do Curso de Enfermagem do Ano lectivo 1998 / 1999;

Saber como proceder para a obtenção da autorização e da colaboração na nossa pesquisa.

Após a oficialização do pedido para a aplicação do nosso questionário, contactámos com os Professores coordenadores do primeiro ano do Curso de Enfermagem, com os quais marcámos uma entrevista com a finalidade de definirmos a metodologia de aplicação dos questionários. Durante a entrevista, informámos sobre:

A pesquisa que pretendíamos realizar;

O tipo de colaboração pretendida;

A calendarização da aplicação do questionário.

Interessava-nos que a primeira aplicação do questionário fosse no início do primeiro ano do curso, para as opiniões expressas pelos alunos serem tanto quanto possível as do senso comum.

O processo de recolha de dados realizou-se conforme o Quadro 6 que passamos apresentar:

Quadro 6. Recolha de dados – aplicação do questionário

FASES	CARACTERIZAÇÃO	PERÍODOS DE APLICAÇÃO	N	%	OBSERVAÇÕES
	MOMENTOS DE APLICAÇÃO	DATAS DE APLICAÇÃO	NÚMERO DE ALUNOS	AMOSTRA	ALTERAÇÕES EFECTUADAS
1ª fase		Outubro 1998 (Início do 1º Ano)	617	100%	-----
2ª fase		Abril 2000 (Início do 2º Semestre do 2º Ano)	453	73,6%	Excluimos: - Identificação - Habilitações dos pais - Influências na escolha do Curso de Enfermagem - Razões de escolha do Curso de Enfermagem - Aferimos a vertente socioeconómica - Mantivemos a caracterização do Enfermeiro
3ª fase		Julho 2001 (Final do Curso de Enfermagem) ⁷²	447	72,4%	- Mantivemos a caracterização do Enfermeiro

Aplicação dos Instrumentos de Recolha de Dados

Os questionários foram aplicados em três momentos diferentes: no início do primeiro ano do curso (Outubro de 1998), a meio do curso (Abril de 2000) e no final do curso (Julho de 2001).

Lembramos de que se trata de uma pesquisa do tipo longitudinal, pelo que mantivemos a Amostra com os mesmos 447 respondentes, nos três momentos de aplicação do questionário, de forma a nos permitir analisar a evolução da caracterização do Enfermeiro, ao longo dos três anos de duração do curso⁷³.

Em cada momento entregamos, pessoalmente, os questionários aos professores que colaboraram na nossa pesquisa, com os quais definimos a

⁷² O curso de Enfermagem com início em Outubro de 1998 tinha a duração de 3 Anos Lectivos e o Grau Académico de Bacharel.

⁷³ *Albarelló et al. (1997, p. 60)*, denomina técnica do painel definido “painel consiste em interrogar em diferentes ocasiões, uma Amostra constituída pelos mesmos indivíduos.

metodologia a utilizar no preenchimento dos mesmos. O preenchimento do questionário foi realizado durante o tempo disponível para as aulas.

Em cada questionário incluímos um guião para orientação do preenchimento onde explicávamos que:

A identificação só seria usada para dar continuidade ao estudo e por conseguinte para futuros contactos com os alunos;

A interpretação dos grupos profissionais vem em anexo ao questionário;

Nas perguntas “Ser Enfermeiro é” e “Escolheu o Curso de Enfermagem” podiam optar por mais que uma alternativa de resposta.

Efectivos da Amostra

No 1ºAno, ou seja, na primeira aplicação do questionário obtivemos 616 respostas.

No 2ºAno, ou seja, na segunda aplicação do questionário responderam 453 dos alunos, menos 26,4 % da amostra inicial.

No 3ºAno, ou seja, na terceira aplicação do questionário obtivemos 447 respostas, observando-se em relação ao primeiro questionário um decréscimo de 27,6% e em relação ao segundo 1,1%. Resultado que podemos considerar pouco notório.

Apontamos como possíveis causas de “quebra” (atrito) da nossa amostra:

O insucesso escolar (reprovações);

A frequência facultativa às aulas teóricas (faltas);

A transferência de alunos ao Abrigo do Regime Geral de Transferências no Ensino Superior.

CAP V.3 Estudo do Tipo Comparativo

A fim de constatar as diferenças na representação social do enfermeiro entre os alunos finalistas dos cursos de licenciatura e de bacharelato em Enfermagem, realizámos um estudo do tipo comparativo que segundo *Fortin et al* (1988, p.207) é o tipo de estudo que estabelece as diferenças entre dois ou mais grupos diferentes. Ainda, conforme *Lakatos* (1988, p.103) *o método comparativo é usado tanto para comparações de grupos no presente, no passado, ou entre os*

existentes e os do passado, quanto entre sociedades de iguais ou de diferentes estágios de desenvolvimento.

Assim, para *Fortin* (idem) o método comparativo contribui para uma melhor compreensão do comportamento humano tendo como finalidade verificar as similitudes e/ou as diferenças entre diversos tipos de grupos, sociedades ou populações. Neste sentido, ainda *Fortin* (1999, p.168) considera que o inquérito também pode ser comparativo se a mesma informação é colhida junto de uma amostra representativa constituída por dois grupos de sujeitos, procurando, assim, estabelecer as diferenças entre eles.

V.3.1 Selecção da Amostra

Consideramos que a nossa população alvo é constituída pelos alunos que frequentavam o curso de Enfermagem⁷⁴ nas escolas superiores de Enfermagem de:

- D. Ana Guedes, S. João e Cidade do Porto, no Porto;
- Dr. Ângelo da Fonseca e *Bissaya* Barreto, em Coimbra;
- Artur Ravara, *Calouste Gulbenkian* de Lisboa e Francisco Gentil, em Lisboa.

Assim sendo, seleccionámos de forma não probabilística a amostra para este segundo estudo entre a população acima referenciada.

Desta forma tendo em conta a acessibilidade dos sujeitos, escolhemos para os alunos finalistas das seguintes escolas de Enfermagem:

- S. João e Cidade do Porto, no Porto;
- *Bissaya* Barreto, em Coimbra;
- *Calouste Gulbenkian* de Lisboa e Francisco Gentil, em Lisboa.

Sendo a amostra final constituída por 297 sujeitos.

Considerando que a amostra seleccionada para o estudo longitudinal foi 447 sujeitos, dos quais 303 são oriundos das escolas seleccionadas para o estudo do tipo comparativo, pensamos, desta forma, que o número de sujeitos para esta Amostra é representativa da população visada, tendo em conta o tipo de estudo a desenvolver, ou seja, conforme *Lakatos* (1988, p.103), o estudo das diferenças e/ou semelhanças entre diversos tipos de grupos.

⁷⁴ À data licenciatura em Enfermagem.

V.3.2 Recolha de Dados

Para a recolha de dados utilizamos o mesmo instrumento de recolha de informação, ou seja, o Questionário que tínhamos aplicado no estudo longitudinal (*Fortin et al, 1988; Lakatos, 1988; Fortin, 1999*).

Começamos por contactar via telefone os Presidentes dos Conselhos Directivos das escolas que integram a nossa 2ª Amostra, após o que por escrito pedimos autorização para a aplicação dos questionários. Desta forma, informámos sobre a continuidade do estudo iniciado em Outubro de 1998 com o curso de bacharelato em Enfermagem, no sentido de proceder à realização de um estudo comparativo entre os alunos dos cursos de bacharelato e de licenciatura em Enfermagem. Assim:

Informámos sobre a finalidade, os objectivos e o tipo de estudo;

Pedimos autorização para proceder à recolha de dados nos meses de Junho e Julho de 2004 aos alunos do 4º ano do curso de Enfermagem (finalistas);

Pedimos, ainda, informação sobre o número de alunos do 4º Ano bem como proceder para a obtenção da autorização e o tipo de colaboração que poderiam dispensar ao nosso estudo.

Após a oficialização do pedido para a aplicação do nosso questionário, contactámos com os Professores responsáveis pelo 4º ano do curso de Enfermagem, com os quais marcámos uma entrevista com a finalidade de aferirmos a metodologia de aplicação dos questionários. Durante a referida entrevista, esclarecemos sobre:

O estudo a desenvolver;

O tipo de colaboração pretendida;

A calendarização da aplicação do questionário.

Interessava-nos que o questionário fosse aplicado no final do curso (4º ano), à semelhança do que tínhamos feito com o curso de bacharelato, para que a comparação entre as opiniões dos alunos fosse a mais fidedigna, possível.

Aplicação dos Instrumentos de Recolha de Dados

Os questionários foram entregues, pessoalmente, aos professores que colaboraram no nosso estudo, com os quais definimos a metodologia a utilizar no preenchimento dos mesmos. O preenchimento do questionário foi realizado durante o tempo disponível para as aulas. Em cada questionário incluímos um guião para orientação do preenchimento onde explicávamos que nas perguntas de resposta múltipla podiam optar por mais que uma alternativa de resposta e que o anonimato das respostas seria preservado.

CAP V.4 Estudo qualitativo

Quisemos, também, saber se haveria coerência sobre o conceito de profissional de enfermagem/enfermeiro entre os professores de Enfermagem, enfermeiros de formação, e os alunos que cursam Enfermagem para o que escolhemos como método de recolha de dados a entrevista.

A entrevista segundo Fortin (1999) é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre os entrevistadores e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formulada. Segundo o mesmo autor, este é um método bastante utilizado, servindo como complemento de outros métodos bem como para validar os resultados obtidos por outros métodos ou, ainda, para ir mais em profundidade.

Neste contexto, e a fim de darmos continuidade ao nosso estudo elegemos como nossa população os professores (enfermeiros) das escolas superiores de Enfermagem donde são originárias as nossas 1ª e 2ª Amostras.

A fim de seleccionarmos os referidos professores contactámos com as Direcções das Escolas Superiores de Enfermagem de São João e Cidade do Porto, no Porto, *Bissaya Barreto*, em Coimbra e *Calouste Gulbenkian* e Francisco Gentil, em Lisboa⁷⁵, a quem pedimos autorização para a realização das entrevistas esclarecendo sobre os nossos objectivos.

Após o primeiro contacto solicitamos às Direcções das Escolas de Enfermagem a divulgação das referidas entrevistas, bem como, apuramento da

⁷⁵ Escolas superiores de Enfermagem comuns às duas Amostras

disponibilidade dos professores para colaborarem connosco.

Assim, informamos que para a selecção dos professores haveria que respeitar um único requisito, o terem tido contacto com alunos de Enfermagem do curso de bacharelato e de licenciatura.

Pretendíamos, ainda, que estivessem representados professores das duas categorias (Professor Coordenador e Professor Adjunto) no mínimo três docentes por cada escola e, se possível, também Assistentes. Deste modo, tentámos obter uma terceira amostra, constituída por um conjunto de professores capazes de nos darem a informação desejável, isto é, pelo menos dez por cento do número de professores⁷⁶ pertencentes ao Quadro de Pessoal das referidas escolas.

Nesta sequência, os sujeitos demonstraram disponibilidade para a entrevista dezasseis professores, num total de cento e cinquenta e sete, e ainda três assistentes, dos quais sete eram professores adjuntos e nove eram professores coordenadores.

Na verdade os Professores Coordenadores são aqueles que maior contacto tiveram com os alunos do curso de Bacharelato em Enfermagem, dada a sua antiguidade na carreira docente, e pela mesma razão, podem ter maior responsabilidade no domínio conceptual do curso que leccionam.

Assim, entrevistámos os dezasseis (16) professores bem como os três (3) Assistentes das escolas de Enfermagem donde são originárias as nossas 1ª e 2ª Amostras.

Com a realização das entrevistas quisemos saber:

Qual o conceito de Enfermeiro para os professores de Enfermagem;

Quais as competências que os professores de Enfermagem consideram essenciais, para um desempenho de qualidade na profissão de Enfermeiro.

Se o aumento de 1600 horas no curso de Enfermagem se repercutiu na formação dos enfermeiros, pelo que questionamos os professores sobre as diferenças por eles observadas nos alunos finalistas dos cursos de Bacharelato e de Licenciatura em Enfermagem.

Tivemos como intenção realizar a entrevista não estruturada pois segundo

⁷⁶ Carmo e Ferreira (1998, p.196)

Fortin (1999) é aquela em as questões e a sequência das mesmas é, de algum modo, deixada à livre disposição do entrevistador. Neste sentido, *Fortin* (idem) refere que a entrevista não estruturada é utilizada principalmente nos estudos exploratórios, quando o entrevistador quer compreender um dado acontecimento/fenómeno.

Deste modo, construímos um guião com três perguntas abertas de forma a dar resposta aos nossos objectivos, e que colocamos como anexo.

Na preparação da entrevista contactamos previamente os entrevistados para:

Os informarmos sobre os objectivos da entrevista;

O esclarecermos sobre o tipo de questões a colocar;

Os informarmos sobre a duração prevista para a entrevista;

Combinarmos o local, a data e a hora da realização da entrevista.

Para a realização da entrevista deslocamo-nos a cada uma das escolas de Enfermagem, atrás enunciadas, onde nos foi cedida pela Direcção uma sala para aquele efeito.

Assim, depois de nos apresentarmos, pedimos, sempre, autorização para gravação magnética da entrevista, sendo que em nenhuma ocasião nos foi negada essa possibilidade. Após a entrevista transcrevemos os dados registados para posterior análise⁷⁷.

⁷⁷ Descrição das entrevistas em anexo.

CAPÍTULO VI. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

CAP VI.1 Caracterização Sócio-Demográfica dos Sujeitos e do Agregado Familiar

A caracterização da amostra foi feita segundo catorze parâmetros, designadamente, a distribuição por escolas de enfermagem onde foram inquiridos, sexo dos sujeitos, idade, região de nascimento, estado civil, região de frequência do ensino secundário, local de residência dos pais, escolaridade dos pais, sector de actividade profissional dos pais, tipologia de família, idade dos pais, número de filhos dependentes, dimensão e rendimento mensal do agregado familiar.

A pertinência desta caracterização prende-se com o argumento de que os parâmetros acima referidos poderem vir a constituir uma fonte de variação no tema central deste estudo, poderem vir a influenciar a representação social dos alunos de enfermagem, nos vários tópicos em análise.

Quadro 7. Distribuição da amostra, por escola e fases de administração do questionário

Escolas de inquirição		1ª fase		2ª fase		3ª fase	
		N	%	N	%	N	%
Escolas de Coimbra	Esc. Enf. Ângelo Fonseca	136	22.1	107	23.7	93	20.5
	Esc. Enf. Bissaya Barreto	130	21.1	112	24.8	74	16.3
Escolas de Lisboa	Esc. Enf. Calouste Gulbenkian	51	8.3	41	9.1	34	7.5
	Esc. Enf. Francisco Gentil	55	8.9	35	7.7	42	9.3
	Esc. Enf. Artur Ravara	38	6.2	26	5.8	30	6.6
Escolas do Porto	Esc. Enf. Ana Guedes	34	5.5	26	5.8	29	6.4
	Esc. Enf. Cidade do Porto	43	7.0	40	8.8	43	9.5
	Esc. Enf. S. João	129	20.9	65	14.4	110	24.2
Total		616	100.0	452	100.0	455	100.0

A amostra foi recolhida em oito escolas de enfermagem distribuídas por três pontos geográficos do país e os resultados apresentados em função do agrupamento geográfico (Lisboa, Coimbra e Porto) a que foram sujeitos. A proporção de inquiridos em cada uma das escolas e em cada momento de avaliação é a que se apresenta no Quadro 7. Como podemos observar as escolas Dr. Ângelo Fonseca, Bissaya Barreto e São João são aquelas onde se contou com maior percentagem de sujeitos, em todos os momentos de avaliação, ou seja, na

zona Norte e Centro do País.

Quadro 8. Distribuição da amostra, por sexo e fases de administração do questionário

Sexo dos inquiridos	1ª fase		2ª fase		3ª fase	
	N	%	N	%	N	%
Masculino	144	23.4	98	21,7	104	22.9
Feminino	471	76.6	354	78,3	350	77.1
Total	615	100.0	452	100.0	454	100.0

Relativamente à distribuição da amostra por sexo, e como os valores do Quadro 8 indicam, esta é sobretudo feminina (76,6%) contrastando com apenas 23,4% de sujeitos do sexo masculino (1º fase de administração do questionário). Esta proporção de superioridade feminina mantém-se ao longo dos restantes momentos de inquirição.

Quadro 9. Distribuição da amostra, por idade e fases de administração do questionário

Idade dos inquiridos	N	Id. mínima	Id. máxima	Média	Desvio-Padrão
1ª fase	606	17	33	18.93	1.81
2ª fase	446	17	33	18.92	1,78
3ª fase	447	17	33	18.93	1,85

Relativamente à distribuição por idade dos inquiridos, verificamos que estes têm em média, 18.9 anos, a idade mínima é de 17 anos e a máxima de 33 anos (cf. Quadro 9).

Quadro 10. Distribuição da amostra, por local de nascimento e fases de administração do questionário

Local de nascimento		1ª fase		2ª fase		3ª fase	
		N	%	N	%	N	%
Região Norte	Interior Norte	14	2.3	0	0.0	11	2.4
	Litoral Norte	237	38.6	162	35.9	197	43.4
Região Centro	Interior Centro	28	4.6	0	0.0	18	4.0
	Litoral Centro	133	21.7	115	25.5	83	18.3
Região Sul	Interior Sul	5	0.8	0	0.0	3	0.7
	Litoral Sul	117	19.1	83	18.4	86	18.9
Outras regiões	Palops	12	2.0	0	0.0	7	1.5
	Ilhas	16	2.6	46	10.2	12	2.6
	Fora de Portugal	52	8.5	45	10.0	37	8.1
Total		614	100.0	451	100.0	454	100.0

Como podemos observar através dos valores do Quadro 10 a maior parte da amostra inquirida provém da região Litoral Norte (38.6%), seguida da região Litoral Centro (21.7%) e do Litoral Sul (19.1%). Este resultado mantém-se nos restantes momentos de inquirição.

No que se refere ao estado civil a grande maioria dos sujeitos inquiridos é solteira (N=611; 99.5%), havendo apenas um percentual residual de casados (N=3; 0.5%), em todos os momentos de inquirição. Considerando a pouca variabilidade desta característica sócio-demográfica não se apresenta informação detalhada.

Quadro 11. Distribuição da amostra, por local de frequência do ensino secundário e fases de administração do questionário

Local de frequência do ensino secundário		1ª fase		2ª fase		3ª fase	
		N	%	N	%	N	%
Região Norte	Interior Norte	10	1.6	8	1.8	7	1.5
	Litoral Norte	260	42.3	178	39.5	215	47.5
Região Centro	Interior Centro	33	5.4	25	5.5	21	4.6
	Litoral Centro	145	23.6	122	27.1	88	19.4
Região Sul	Interior Sul	7	1.1	6	1.3	4	0.9
	Litoral Sul	133	21.7	96	21.3	97	21.4
Outras regiões	Palops	2	0.3	1	0.2	2	0.4
	Ilhas	18	2.9	10	2.2	14	3.1
	Fora de Portugal	6	1.0	5	1.1	5	1.1
Total		614	100.0	451	100.0	453	100.0

No que se refere à região onde frequentaram o ensino secundário (cf. Quadro 11), a maior percentagem recai sobre a região Litoral Norte (42.3%), seguida da região Litoral Centro (23.6%) e da região Litoral Sul (21.7%), sendo este resultado equivalente em todos os momentos de inquirição.

Quadro 12. Distribuição da amostra, por local de residência dos pais e fases de administração do questionário

Residência dos pais		1ª fase		2ª fase		3ª fase	
		N	%	N	%	N	%
Região Norte	Interior Norte	14	2.3	11	2.4	8	1.8
	Litoral Norte	259	42.2	178	39.5	214	47.2
Região Centro	Interior Centro	36	5.9	29	6.4	23	5.1
	Litoral Centro	141	23.0	119	26.4	87	19.2
Região Sul	Interior Sul	7	1.1	6	1.3	4	0.9
	Litoral Sul	130	21.2	93	20.6	96	21.2
Outras regiões	Palops	5	0.8	2	0.4	4	0.9
	Ilhas	18	2.9	10	2.2	14	3.1
	Fora de Portugal	4	0.7	3	0.7	3	0.7
Total		614	100.0	451	100.0	453	100.0

Tal como acontecia em relação à variável anterior, o local de residência dos pais recai sobre a região Litoral Norte (42.2%), seguida da região Litoral Centro (23.0%) e da região Litoral Sul (21.2%), mantendo-se esta proporção nos restantes momentos de avaliação (cf. Quadro 12).

Quadro 13. Distribuição da amostra, por escolaridade dos pais e fases de administração do questionário

Escolaridade dos pais		1ª fase				2ª fase				3ª fase			
		Mãe		Pai		Mãe		Pai		Mãe		Pai	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem escolaridade formal	S/ escolaridade	8	1.3	3	0.5	3	.7	1	0.2	3	0.7	1	.2
	Freq. 1º ciclo	98	13.1	85	14.0	74	16.6	64	14.4	74	16.4	66	14.7
1º ciclo	1º ciclo	220	36.1	220	36.2	162	36.2	156	35.1	167	36.9	161	35.9
2º/3º ciclos	2º ciclo	46	7.5	56	9.2	33	7.4	44	9.9	36	8.0	45	10.0
	3º ciclo	112	18.4	108	17.8	81	18.1	80	18.0	82	18.1	77	17.2
Secundário	Ens. Secundário	60	9.8	76	12.5	45	10.1	60	13.5	42	9.3	54	12.1
Universitário/pré-universitário	Bacharelato	31	5.1	24	4.0	25	5.6	16	3.6	24	5.3	18	4.0
	Licenciatura	34	5.6	30	4.9	23	5.1	21	4.7	24	5.3	22	4.9
	Mestrado	1	0.2	5	0.8	1	0.2	3	0.7	0	0.0	4	0.9
Total		610	100.0	607	100.0	447	100.0	445	100.0	452	100.0	448	100.0

No que toca à escolaridade da mãe os dados indicam que a grande maioria possui o 1º ciclo de escolaridade (36.1%), seguida do 3º ciclo (18.4%) e do 1º ciclo incompleto (16.1%) (cf. Quadro 13).

No que se refere aos pais verificamos uma distribuição semelhante, ou seja, o nível de escolaridade que possuem na grande maioria é o 1º ciclo

(36.2%), seguido do 3º ciclo (17.8%), do 1º ciclo incompleto (14.0%) e, finalmente, do ensino secundário (12.5%). Este último nível de escolaridade produz a diferença entre a escolaridade dos dois progenitores, indicando que os pais são mais escolarizados do que as mães. As proporções assinaladas, quer para o pai, quer para a mãe, mantêm-se ao longo dos restantes de avaliação (cf. Quadro 13).

Para além do anteriormente referido verificamos, a partir dos dados atrás, que a *baixa escolaridade* é um elemento socio-demográfico importante na caracterização da amostra recolhida neste estudo.

Quadro 14. Distribuição da amostra, por sector de actividade dos pais e fases de administração do questionário

Sector de actividade	1ª fase				2ª fase				3ª fase			
	Mãe		Pai		Mãe		Pai		Mãe		Pai	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sector primário	13	2.1	18	3.0	10	2.2	11	2.4	7	1.5	9	2.0
Sector secundário	200	32.6	326	53.9	145	32.1	243	53.8	140	30.8	234	51.4
Sector terciário	164	26.8	215	35.5	125	27.7	160	35.4	119	26.2	167	36.7
Sem actividade	236	38.5	46	7.6	172	38.1	38	8.4	189	41.5	45	9.9
Total	613	100.0	605	100.0	452	100.0	452	100.0	455	100.0	455	100.0

Relativamente aos sectores de actividade profissional dos progenitores, e segundo os dados do Quadro 14, verificamos que as mães são maioritariamente domésticas/sem actividade profissional (38.5%) e das que trabalham 32.6% fá-lo no sector secundário e 26.8% no sector terciário. No que se refere aos pais, mais de metade deles trabalham no sector secundário (53.9%), existindo também uma percentagem significativa de trabalhadores do sector terciário (35.5%). No caso dos pais, e ao contrário do que acontecia com as mães, apenas 7.6% não referem actividade profissional. Estas proporções mantêm-se ao longo dos três momentos de avaliação, quer no caso dos pais, quer no caso das mães.

As questões que se seguem, designadamente, a idade dos pais, a dimensão média do agregado familiar, o número de filhos dependentes, a tipologia de família e o rendimento familiar, foram incluídas no instrumento utilizado na 2ª fase do estudo longitudinal (cf. Anexo 2).

A amostra neste 2º momento de avaliação é de 448 sujeitos, tendo havido um decréscimo de 168 indivíduos relativamente à dimensão da amostra inicial.

Por este motivo, os totais apresentados nas perguntas seguintes referem-se apenas ao total da amostra recolhida na 2ª fase (N=448).

Quadro 15. Estatística descritiva da idade dos pais, dimensão média do agregado familiar e número de filhos dependentes

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade do pai	428	38	79	49.87	5.98
Idade da mãe	443	34	64	46.87	5.47
Dimensão do agregado familiar	448	1	9	3.89	1.01
Número de filhos a cargo	447	0	6	1.80	0.81

Relativamente à idade média dos pais (cf. Quadro 15), verificamos que as mães possuem uma idade média de 46.87 anos, enquanto que os pais são, em média, três anos mais velhos. A dimensão média do agregado familiar é de 3.89, ou seja, cerca de 4 pessoas por agregado, enquanto que o número médio de filhos a cargo é de 1.80.

Quadro 16. Distribuição da tipologia da família

Tipologia da família		N	%
Nucleares	Casal sem filhos	5	1.1
	Casal com filhos solteiros	292	65.2
Monoparentais	Pai ou mãe com filhos solteiros	65	14.5
	Pai ou mãe com filhos solteiros e outras pessoas	13	2.9
Outra tipologia	Casal sem filhos e outras pessoas	1	0.2
	Casal com filhos solteiros e outras pessoas	54	12.1
	Pessoa isolada	3	0.7
	Outra	15	3.3
Total		448	100.0

Segundo os dados apresentados no Quadro 16, o tipo de família mais frequente é “casal com filhos solteiros”, ou seja, famílias nucleares com filhos (65.2%), seguido das famílias monoparentais com filhos solteiros (14.5%) e das famílias nucleares com filhos e outras pessoas (famílias alargadas) (12.1%).

A última variável de caracterização socio-demográfica da amostra diz respeito ao rendimento mensal do agregado (cf. Quadro 17). Como podemos observar, 24.9% das famílias auferem um rendimento mensal entre os 130.000\$00 (648.44 €) e os 189.000\$00 (943.73 €) (médio rendimento), seguidas do escalão que se situa entre os 65.000\$00 (324.22 €) e os 129.000\$00 (643.45 €)(24.0%). É ainda de registar que 18.1% dos sujeitos refere que o seu agregado doméstico auferem de um rendimento mensal que se

situa entre os 250.000\$00 (1246.99 €) e os 369.000\$00 (1840.56 €), sendo os valores mais baixos os que se situam nos escalões menos de 65.000\$00 (324.22 €) e mais de 590.000\$00 (2942.91 €), respectivamente. Face aos dados expostos, verificamos que a maioria das famílias auferem de um baixo rendimento mensal, o que vem ao encontro do grau de escolaridade que apresentámos para os pais dos inquiridos.

Quadro 17. Rendimento mensal do agregado familiar

Rendimento mensal do agregado		N	%
Baixo rendimento	Menos de 65 contos	17	4.0
	65 – 129 contos	101	24.0
Médio rendimento	130 – 189 contos	105	24.9
	190 – 249 contos	65	15.4
	250 – 369 contos	76	18.1
Elevado rendimento	370 – 589 contos	45	10.7
	Mais de 590 contos	12	2.9
Total		421	100.0

Síntese

Caracterização socio-demográfica:

- Amostra predominantemente feminina
- Idade média de 18.9 anos
- Origem Litoral (Centro, Norte e Sul) quer em relação à residência dos pais, ao local/região de nascimento e ao local/região de frequência do ensino secundário
- Escolaridade baixa (pai e mãe)
- Predomínio da não actividade profissional (mãe) e sector secundário (pai)
- Pais significativamente mais velhos 3 anos do que as mães
- Tipologias de família predominantes: monoparental e nuclear (com filhos solteiros e/ou alargada)
- Dimensão média do agregado familiar de 4 elementos com 2 filhos, em média
- Rendimento familiar baixo ou médio baixo

CAP VI.2 Relação de Proximidade com a Profissão de Enfermagem

Pais, familiares e amigos com profissões ligadas à área da saúde/enfermagem

Os resultados referentes à existência de pais (pai e/ou mãe) com profissões ligadas à área da saúde indicam que a grande maioria destes (85%) não desenvolvem a sua actividade profissional neste ramo de actividade (cf. Quadro 18).

Quadro 18. Pais com profissões ligadas à área da saúde

Pais com profissões ligadas à área da saúde	N	%
Sim	79	15.0
Não	537	85.0
Total	616	100.0

Os resultados respeitantes a uma questão semelhante à anterior – familiares e amigos que frequentam ou frequentaram o curso de enfermagem – indicam que 31.5% dos inquiridos afirma ter familiares que frequentam ou frequentaram o curso de enfermagem, enquanto que esta percentagem sobe consideravelmente quando se trata dos amigos (68.2%) (cf. Quadro 19).

Quadro 19. Familiares e/ou amigos que frequentam e/ou possuem o curso de enfermagem

Familiares e/ou amigos frequentam/possuem curso de enfermagem	N	%
Familiares	194	31.5
Amigos	420	68.2
Sem familiares e/ou amigos	2	0.3
Total	616	100.0

Relativamente à influência de terceiros na escolha do curso de enfermagem, e como podemos observar através dos dados que constam do Quadro 20, a grande maioria dos inquiridos reconhece a existência dessa influência, sendo esta de 75.6% no que se refere à influência de familiares e amigos e de 81.8% para a influência de outras pessoas.

Quadro 20. Influências na escolha do curso de enfermagem

Influências na escolha do curso de enfermagem	N	%
Influência de familiares e/ou amigos na escolha do curso	466	75.6
Outras influências na escolha do curso	453	81.8
Sem influências de familiares, amigos e outros	150	24.4
Total	616	100.0

A partir das variáveis que acabámos de descrever foi criada uma variável síntese com dois níveis: 1. com proximidade profissão de enfermagem e, 2. sem proximidade à profissão de enfermagem. O primeiro deste nível foi conseguido a partir das respostas afirmativas às questões - Pais com profissões ligadas à área da saúde – e - Familiares e/ou amigos que frequentam e/ou possuem o curso de enfermagem e o segundo a partir de respostas negativas às questões consideradas. O Quadro 21 apresenta a configuração desta nova variável, que integrará as análises posteriores.

Quadro 21. Proximidade à profissão de enfermagem

Proximidade à profissão de enfermagem	N	%
Com proximidade à profissão de enfermagem	460	75,4
Sem proximidade à profissão de enfermagem	150	24,6
Total	610	100,0

Como se pode observar cerca de 75.4% dos sujeitos apresenta proximidade com o curso/área da enfermagem, contrastando com apenas 24.6% que não refere essa mesma proximidade.

Formas de influência de pais, amigos, familiares e outras pessoas

Relativamente às formas de influência, ou seja, aos conteúdos inerentes a essa influência, verificamos que, no caso dos familiares e amigos, a informação e esclarecimento reúne 49.2% das respostas, seguida da “saída profissional”, ou seja, assegurar a inserção rápida no mercado de trabalho, com 11.5% e os exemplos e experiências com 9.2% do total de respostas (cf. Quadro 22).

Quadro 22. Contextos de influência de familiares, amigos e outras pessoas na escolha do curso de enfermagem

Contextos de influência de familiares e amigos	N	%	Contextos de influência de outras pessoas	N	%
Aconselhamento	19	7.3	Aconselhamento	17	2.9
Características do curso	14	5.4	Ajuda ao próximo/útil à sociedade	147	25.3
Contactos com a área da saúde	11	4.2	Alternativa à medicina	29	5.0
Espírito de ajuda	15	5.8	Aptidão	74	2.7
Exemplos e experiências	24	9.2	Área da saúde	111	19.1
Gosto pela área	19	7.3	Boa remuneração	104	17.9
Saída profissional	30	11.5	Características do curso	25	4.3
Informação e esclarecimento	128	49.2	Conhecimento da profissão e da área	24	4.1
Total de respostas	260	100.0	Dignificação da profissão	8	1.4
Total de respondentes	238		Experiência directa ou indirecta	15	2.6
			Familiar na área da saúde	27	4.6
			Total de respostas	581	100.0
			Total de respondentes	464	

Ainda sobre este tema, mas agora no caso dos contextos de influência de outras pessoas, verificamos que a informação, mais uma vez, sobre a área da saúde (19.1%) é a principal influência na escolha, seguida da “boa remuneração” (17.9%) (cf. Quadro 22).

Recurso aos serviços de enfermagem

Segundo os dados do Quadro 23, que se referem ao actual recurso, por parte dos inquiridos, aos serviços de enfermagem, verificamos que mais de metade destes não referem recorrer a esses serviços. Esta proporção aumenta à medida que avançamos no tempo de inquirição, ou seja, nos momentos 2 e 3 da fase de recolha de informação.

Quadro 23. Recurso habitual aos serviços de enfermagem

Recurso aos serviços de enfermagem	1ª fase		2ª fase		3ª fase	
	N	%	N	%	N	%
Sim	245	39.9	104	23.3	97	21.4
Não	369	60.1	343	76.7	356	78.6
Total	614	100.0	447	100.0	453	100.0

No entanto, e agora centrando-nos nos que afirmam ter recorrido aos serviços de enfermagem, verificamos que mais de metade afirma ter recorrido a estes serviços na lógica preventiva e curativa em contexto de actos específicos de enfermagem, ou seja, 62.4% para vacinação (dimensão preventiva) e 25.8%

para curativos, 25.2% para tratamentos e 16.9% para receber injeções e por doença/problemas de saúde (dimensão curativa). Um outro dado interessante é a evolução, ao longo do tempo, do recurso aos serviços de enfermagem. Sobre esta questão podemos afirmar que a dimensão preventiva predomina sobre a curativa, na medida em que aumenta o recurso à rubrica de vacinação, mas diminui, na curativa, os próprios curativos, os pequenos tratamentos, as injeções e o recurso na doença/problemas de saúde (cf. Quadro 24).

Quadro 24. Razões porque recorrem aos serviços de enfermagem

Razões porque recorrem aos serviços de enfermagem		1ª fase		2ª fase		3ª fase	
		N	%	N	%	N	%
Dimensão Preventiva	Aconselhamento/orientação	13	2,53	26	6,27	36	8,89
	Análises/exames médicos	9	1,75	28	6,75	32	7,90
	Vacinação	322	62,65	265	63,86	288	71,11
	Vigilância/prevenção	27	5,25	43	10,36	29	7,16
	Consultas/consultas de rotina	91	17,70	18	4,34	18	4,44
Dimensão Curativa	Curativos	133	25,88	59	14,22	45	11,11
	Urgência/emergência	24	4,67	11	2,65	23	5,68
	Doença/problemas de saúde	87	16,93	54	13,01	39	9,63
	Tratamentos/injeções	130	25,29	62	14,94	73	18,02
	Acidentes/pequenos acidentes	12	2,33	13	3,13	3	0,74
	Outro	10	1,95	43	10,36	13	3,21
	Total	514		415		405	

Recordação dos serviços de enfermagem

Sobre as recordações que os sujeitos têm dos serviços de enfermagem, os resultados indicam que 67.2% dos sujeitos possuem uma recordação agradável e razoável, ou seja, positiva destes serviços, seguida de 23.0% sem recordação específica/neutra e por fim 9.8% de recordações negativas (cf. Quadro 25). É interessante verificar que, ao longo dos momentos de avaliação, há um decréscimo das recordações positivas (59.7% no 2º momento e 51.9% no 3º momento) e uma subida das recordações negativas (13.9% no 2º momento e 20.0% no 3º momento).

Quadro 25. Recordação dos serviços de enfermagem

Recordação dos serviços de enfermagem	1ª fase		2ª fase		3ª fase	
	N	%	N	%	N	%
Negativa	53	9,8	51	13,9	72	20,0
Neutra	124	23,0	97	26,4	101	28,1
Positiva	362	67,2	219	59,7	187	51,9
Total	539	100,0	367	100,0	360	100,0

Síntese

Relação de proximidade com a profissão de enfermagem:

- Reconhecemos ter havido influência na escolha do curso
- Predominância da influência dos amigos e/ou familiares nessa escolha
- Carácter informativo como a forma de influência mais marcada
- Outros conteúdos de influência: estatuto económico e a inserção no mundo do trabalho
- A maioria dos inquiridos não recorre aos serviços de enfermagem
- No recurso aos serviços de enfermagem predomina a prevenção preventiva que se torna mais evidente no 3º momento de avaliação
- As recordações positivas dos serviços de enfermagem são as que predominam no 1º momento, no entanto, estas diminuem ao longo do tempo, aumentando as recordações negativas

CAP VI.3 Caracterização da Profissão de Enfermagem

Instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a sua função

Relativamente às instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a sua função as mais referidas dentro da dimensão *curativa* são o hospital (99.3%) e a clínica (71.2%). Na dimensão *preventiva* predomina o centro de saúde (88.9%) seguido das escolas (34.5%) e, finalmente, na dimensão de *apoio social* predominam as IPSS's (52.1%) (cf. Quadro 26).

Quadro 26. Instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a profissão, por fase de administração do questionário

Instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a profissão		1ª fase		2ª fase		3ª fase	
		N	%	N	%	N	%
Curativas	Hospital	604	99.3	423	95.0	415	99.5
	Clínica	433	71.2	230	51.6	259	62.1
Preventivas	Laboratórios	13	2.1	5	1.1	27	6.4
	INEM	0	0.0	16	3.6	0	0.0
	Centro de saúde	541	88.9	424	95.2	409	98.0
	Desporto e reabilitação	24	3.9	42	9.4	80	19.1
	Empresas	81	13.3	171	38.4	251	60.1
	Escola	210	34.5	198	44.4	211	50.6
	ONG's	6	0.9	39	8.7	62	14.8
Apoio social	IPSS	317	52.1	241	54.1	0	0.0
	Cruz Vermelha	14	2.3	7	1.5	7	1.6
	Comunitária	7	1.1	106	23.8	50	11.9
	Total	608		445		417	

Em termos de análise longitudinal verificamos que: 1. na dimensão curativa, os hospitais mantêm a sua relevância relativamente aos outros itens; 2. na dimensão preventiva os centros de saúde aumentam de importância (98.0%), bem como as empresas que sobem de 13.3% para 60.1%, as escolas de 34.5% para 50.6% e o desporto e a reabilitação que passam de 3.9% para 19.1%; 3. na dimensão de apoio social salientamos a descida das IPSS's de 52.1% para 0% e a subida das ONG's de 0.9% para 14.8% e da comunitária de 1.1% para 11.9%. Podemos concluir sobre o predomínio da dimensão preventiva sobre as restantes dimensões (cf. Quadro 26).

Significados associados à profissão de enfermagem

Os significados associados à profissão de enfermagem foram agrupados em torno de três dimensões conforme se apresenta no Quadro 27. Como podemos observar as dimensões mais relevantes, no 1º momento de avaliação, são a do indivíduo-global e a das necessidades individuais, que além de serem percentualmente mais referidas são também as mantêm ou aumentam o número de respostas nos restantes momentos de avaliação.

A análise longitudinal destes significados revela que:

1. os itens da dimensão *indivíduo global – ajudar as pessoas a cuidarem*

de si próprias – aumenta de 40.9% para 80.2% no 3º momento de avaliação e o item – *contribuir para a melhoria da qualidade de vida* – aumenta de 57.6% para 92.2%;

2. na dimensão das necessidades individuais, o item – ajudar os indivíduos de qualquer idade – passa de 51.3% para 87.8%, o item – prestar cuidados ao indivíduo são ou doente – aumenta de 50.9% para 88.0% e ainda, o item – assistir o indivíduo são ou doente na realização das actividades – aumenta de 68.3% para 82.5%;

3. em relação à dimensão *biomédica* há uma clara descida de todos os itens que a compõem passando o item – *assistir o médico* – de 32.3% para 7.5%, o item – *executar os cuidados prescritos pelos médicos* – de 36.2% para 15.6% e – *trabalhar no hospital* – de 10.5% para 4.5%.

Quadro 27. Significação da profissão de enfermagem

Ser enfermeiro é....		1ª fase		2ª fase		3ª fase	
		N	%	N	%	N	%
Actuação no indivíduo global	Ajudar os indivíduos a cuidarem de si próprios	252	40.9	267	59.7	350	80.2
	Cuidar do doente como um todo bio-psico-social	561	91.0	390	87.2	404	92.6
	Contribuir para a melhoria da qualidade de vida	355	57.6	338	75.6	402	92.2
Bio-médico	Assistir o médico	199	32.3	43	9.6	33	7.5
	Trabalhar no hospital	65	10.5	24	5.3	20	4.5
	Executar os cuidados prescritos pelos médicos	223	36.2	73	16.3	68	15.6
Actuação nas necessidades individuais	Ajudar os indivíduos de qualquer idade	316	51.3	342	76.5	383	87.8
	Ajudar o indivíduo a alcançar, manter e restabelecer a saúde	499	81.0	329	73.6	390	89.4
	Prestar cuidados ao indivíduo são ou doente	368	59.7	337	75.3	384	88.0
	Assistir o indivíduo são ou doente na realização de actividades	421	68.3	297	66.4	360	82.5
	Outro	22	3.5	19	4.2	10	2.2
	Total	616		447		436	

Face a estes resultados assistimos à diminuição da importância da dimensão biomédico na significação da profissão de enfermagem e a um aumento significativo da actuação nas necessidades individuais e na actuação no indivíduo global (cf. Quadro 27).

Competências necessárias ao desempenho da profissão

Conforme os dados resultantes da análise de conteúdo (cf. Quadro 28) e agrupados em três dimensões, segundo a classificação das competências (cf. pág. 44), a saber: competências genéricas, *soft skills* e competências de 3ª dimensão, verificámos que na 1ª fase de administração do questionário os inquiridos destacam como necessárias ao desempenho de enfermagem, na dimensão das competências genéricas, a humanidade (52%) e a coragem (15%).

Quadro 28. Competências genéricas no desempenho da profissão de enfermagem, por fase de administração do questionário

Competências genéricas	1ª fase		2ª fase		3ª fase	
	N	%	N	%	N	%
Imparcialidade	9	1,3	6	1,4	13	2,5
Perseverança	67	9,8	10	2,3	17	3,3
Integridade	2	0,3	4	0,9	6	1,2
Honestidade	16	2,3	32	7,5	64	12,4
Compaixão	12	1,7	4	0,9	2	0,4
Caridade	11	1,6	8	1,9	8	1,5
Dar valor à vida	1	0,1	1	0,2	2	0,4
Altruísmo	16	2,3	77	18,1	87	16,8
Humanidade	357	52,0	103	24,2	89	17,2
Humildade	16	2,3	14	3,3	27	5,2
Capacidade de entrega	1	0,1	54	12,7	39	7,5
Solidário	0	0,0	36	8,5	26	5,0
Aptidão	21	3,1	7	1,6	0	0,0
Cuidado	11	1,6	6	1,4	6	1,2
Dinamismo	16	2,3	7	1,6	59	11,4
Força de vontade	6	0,9	12	2,8	8	1,5
Ser trabalhador	4	0,6	3	0,7	22	4,2
Robustez	17	2,5	0	0,0	4	0,8
Coragem	104	15,1	23	5,4	15	2,9
Firmeza	0	0,0	0	0,0	4	0,8
Confiança	0	0,0	19	4,5	20	3,9
Total de respostas	687	100,0	426	100,0	518	100,0

Na 2ª e 3ª fases da administração do questionário destacam a humanidade com 24,2% e 17,2%, respectivamente. Salientamos o altruísmo como a 2ª competência genérica mais referida na 2ª e na 3ª fases.

Consideramos como digno de nota a honestidade passar de 2.3% das respostas obtidas na 1ª fase para 12.4% na 3ª fase e, do mesmo modo, o dinamismo ter evoluído de 2.3% para 11.4% (cf. Quadro 28).

Quanto às *soft skills*, os inquiridos destacam na 1ª fase a paciência (33.8%), a responsabilidade (18.6%) e a compreensão (16.8%). Na 2ª e 3ª fases de administração do questionário mantém-se o destaque na paciência (14.8% e 11.4%), compreensão (14.6% e 12.4%) e responsabilidade (16.3% e 18.9%). Verificamos, através dos resultados obtidos, ser a responsabilidade a competência com maior equilíbrio no percentual de respostas nas 3 fases de administração do questionário (cf. Quadro 29).

Quadro 29. Soft skills no desempenho da profissão de enfermagem, por fase de administração do questionário

Soft skills	1ª fase		2ª fase		3ª fase	
	N	%	N	%	N	%
Vocação	78	12,7	11	1,9	18	3,0
Paciência	207	33,8	86	14,8	69	11,4
Compreensão	103	16,8	85	14,6	75	12,4
Comunicação	69	11,3	85	14,6	79	13,1
Espírito de equipa	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Educação	7	1,1	5	0,9	11	1,8
Interesse	12	2,0	63	10,8	59	9,8
Responsabilidade	114	18,6	95	16,3	114	18,9
Empenho	0	0,0	28	4,8	20	3,3
Autonomia	0	0,0	14	2,4	12	2,0
Destreza	0	0,0	69	11,8	59	9,8
Ser observador	6	1,0	20	3,4	34	5,6
Versatilidade	16	2,6	21	3,6	0	0,0
Espírito crítico	0	0,0	1	0,2	31	5,1
Curiosidade	0	0,0	0	0,0	22	3,6
Total de respostas	613	100,0	583	100,0	603	100,0

Nas competências de 3ª dimensão salientam-se, na 1ª fase de administração do questionário, o profissionalismo com 44.9% de indicações, seguido da simpatia com 28.6%. Na 2ª fase verificamos que a simpatia mantém o destaque com 24.7%, o profissionalismo passa a 13.5% de respostas e a sabedoria é realçada com 12.9%. Já na 3ª fase mantêm-se o quadro de competências evidenciado na 2ª fase, destacando-se ainda o respeito de 0% da 1ª fase para 11.9% na 3ª fase (cf. Quadro 30).

Quadro 30. Competências de 3ª dimensão no desempenho da profissão de enfermagem, por fase de administração do questionário

Competências de 3ª dimensão	1ª fase		2ª fase		3ª fase	
	N	%	N	%	N	%
Ética	6	1,0	15	2,1	53	6,6
Alegria	33	5,4	6	0,8	7	0,9
Frieza	2	0,3	2	0,3	1	0,1
Paixão	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Ser amigo	27	4,4	46	6,3	12	1,5
Ser atencioso	57	9,3	70	9,6	59	7,4
Simpatia	176	28,6	180	24,7	197	24,7
Disponibilidade	0	0,0	67	9,2	71	8,9
Respeito	0	0,0	64	8,8	95	11,9
Sensibilidade	0	0,0	0	0,0	34	4,3
Maturidade	0	0,0	0	0,0	2	0,3
Boa formação	1	0,2	23	3,2	0	0,0
Pontualidade	3	0,5	8	1,1	6	0,8
Profissionalismo	276	44,9	98	13,5	89	11,2
Sabedoria	30	4,9	94	12,9	96	12,0
Saber, saber ser, saber fazer	0	0,0	13	1,8	31	3,9
Coerência	2	0,3	41	5,6	43	5,4
Ser realista	1	0,2	1	0,1	0	0,0
Capacidade de adaptação	0	0,0	0	0,0	2	0,3
Total de respostas	615	100,0	728	100,0	798	100,0

Enfermagem como vocação

Quando inquirimos os sujeitos sobre se consideravam a enfermagem uma vocação, a grande maioria deles responde afirmativamente (N=515; 84.7%), enquanto que apenas 11.0% (N=71) afirma que a enfermagem não constitui uma vocação e 3.6% está indeciso sobre a resposta a dar a esta questão (N=22). As respostas que se seguem dizem respeito às razões que os sujeitos referem para justificarem a resposta a opção de considerarem a enfermagem como uma vocação (cf. Quadro 31).

Quadro 31. Razões apontadas para a justificação da profissão de enfermagem ser uma vocação

Razões inerentes à vocação	N	%
Ajudar	169	33.3
Conhecimento da profissão/características da profissão	254	50.1
Perspectivas profissionais	6	1.2
Área saúde	40	7.9
Aprendizagem e adaptação	6	1.2
Outro	32	6.3
Total	507	100.0

As razões apresentadas para justificar a concepção da enfermagem como uma vocação remetem para cinco categorias de resposta e uma residual. Entre estas, a categoria mais pontuada é o conhecimento que a profissão implica/características da profissão (50.1%), seguida da categoria *ajuda* (33.3%) e da categoria *área da saúde* (7.9%).

Razões de escolha da profissão de enfermagem

Quadro32. Razões de escolha da profissão de enfermagem, por fase de administração do questionário

Razões de escolha da profissão de enfermagem		1ª fase		2ª fase		3ª fase	
		N	%	N	%	N	%
Altruísta/Filantropia	Gostar de ajudar os outros	524	85.0	315	70.4	329	75.8
	Considerar uma profissão útil	399	64.7	250	55.9	251	57.8
	Preocupar-se com a saúde do cidadão	305	49.5	156	34.9	174	40.0
Influência Social	Facilitar o controlo da doença	121	19.6	46	10.2	53	12.2
	Influência de familiares ou amigos	87	14.1	60	13.4	81	18.6
	Observar a imagem do enfermeiro transmitida pelos media	40	6.4	16	3.5	8	1.8
Individual	Sentir-se atraído pela profissão	413	67.0	251	56.1	276	63.5
	Não conseguir entrar no curso de medicina	204	33.1	81	18.1	91	20.9
	Não conseguir entrar em outros cursos	45	7.3	27	6.0	24	5.5
Económica	Facilitar a entrada no mundo do trabalho	293	47.5	157	35.1	170	39.1
	Residir na área de implantação da escola de enfermagem	15	2.4	8	1.7	14	3.2
	Ter remuneração mensal acima da média	49	7.9	29	6.4	34	7.8
	Outras razões	41	6.6	21	4.7	4	0.9
	Total	616		447		434	

As razões de escolha da profissão de enfermagem foram reagrupadas em

torno de 4 dimensões, designadamente, a dimensão *altruísta/filantropia*, a dimensão *social*, a dimensão *individual* e a dimensão *económica* (cf. Quadro 32).

A análise intra-dimensão indica que relativamente à dimensão *altruísta*, o item *gostar de ajudar os outros* é o mais referenciado (85.0%). Já na dimensão *social* o item *facilitar o controlo da doença* adquire maior expressão, no 1º momento de avaliação (19.6%), enquanto que o item *influência de familiares ou amigos* é mais referenciado no 3º momento (18.6%). No que se refere à dimensão *individual* é o item *sentir-se atraído pela profissão* que adquire maior expressão (60.7%), seguido do item *não conseguir entrar no curso de medicina* com 33.1%. Na dimensão *económica* salienta-se o item *facilitar a entrada no mundo do trabalho* (47.5%) (cf. Quadro 32).

Segundo a análise longitudinal podemos afirmar que a generalidade das respostas se mantém nos três momentos de avaliação (apenas com ligeiras descidas e/ou subidas percentuais).

Opção entre os cursos de enfermagem e medicina

Quando confrontados com a opção entre o curso de Enfermagem e o curso de Medicina, os sujeitos referem, na maioria dos casos, a sua clara preferência/opção pelo curso de Medicina (52.9%) (cf. Quadro 33).

Quadro 33. Opção entre os cursos de enfermagem e medicina

Opção entre enfermagem e medicina	N	%
Enfermagem	286	47.1
Medicina	321	52.9
Total	607	100.0

Sobre as razões subjacentes à escolha de um curso ou outro apresentamos informação detalhada no Quadro 34. Assim, verificamos que entre as razões subjacentes à opção por Medicina se salientam os itens *vocação* (28.1%), não sendo de desprezar os valores obtidos nos itens *mais interesse/participação* (14.0) e *mais poder* (15.3%).

Já em relação à escolha do curso de Enfermagem é evidente a opção pelo item o *contacto humano* (50.5%) como o que mais contribuiu para a decisão da escolha do curso, neste caso o item *vocação* com 14.8% fica muito aquém.

Quadro 34. Razões de escolha entre os cursos de enfermagem e medicina

Razões de escolha de medicina	N	%	Razões de escolha de enfermagem	N	%
Melhor imagem/prestígio	29	9.2	Apesar de ter uma pior imagem	2	0.6
Mais interesse/participação	44	14.0	Mais interesse; mais útil	19	6.5
Vocação	88	28.1	Vocação	43	14.8
Ajuda	11	3.5	Ajuda	9	3.1
Conhecimento da profissão/curso	32	10.2	Conhecimento da profissão/curso	36	12.4
Perspectivas profissionais	29	9.2	Perspectivas profissionais	2	0.6
Mais poder	48	15.3	Menos responsabilidade	22	7.6
Contacto humano	7	2.2	Contacto humano	146	50.5
A enfermagem não tem prestígio	3	0.9	Outra razão	10	3.4
Melhor imagem	14	4.4	Total	289	100.0
Outro	8	2.5			
Total	313	100.0			

Quanto à questão da escolha do curso ter sido do agrado da família verificamos que 87.5% responde afirmativamente, existindo apenas 7.8% de respostas negativas e 4.7 de ambivalência sobre esta matéria. Estes dados atestam cabalmente a não existência de dúvidas sobre esta matéria.

Quadro 35. Razões da aceitação do curso de enfermagem pela família

Razões do agrado da família na escolha do curso	N	%
Admiração pela profissão	17	5.3
Alternativa à medicina	8	2.5
Aptidão	18	5.6
Área da saúde	27	8.4
Ter boa remuneração	27	8.4
Características da profissão	54	16.9
Características do curso	40	12.5
Componente humana, relacional e emocional	12	3.8
Familiar na área da saúde	26	8.1
Nem todos concordam	22	6.9
Saída profissional	69	21.6
Total de respostas	320	100.0
Total de respondentes	294	

As razões inerentes à escolha do curso ter sido do agrado da família, podemos verificar segundo os dados apresentados no Quadro 35 que a saída

profissional, com 21.6%, é a razão predominante, seguida das características da profissão (16.9%).

Síntese

Características da profissão de enfermagem:

- Sobre as instituições onde podem desempenhar a profissão evidenciam-se as de natureza curativa e preventiva, predominando a segunda destas no último momento de avaliação;
- Em relação à significação da profissão de enfermagem predominam a actuação da dimensão do indivíduo global e das necessidades individuais em relação à dimensão biomédica;
- Nas qualidades necessárias para o desempenho da profissão predominam os atributos relacionados com a dimensão afectivo-relacional (simpatia), seguida da dimensão competência (profissionalismo, responsabilidade e sabedoria), a dimensão moral (honestidade e ética) e, por fim, a dimensão cognitivo-comportamental (observador, realista e espírito crítico);
- A enfermagem é considerada uma profissão de vocação. O conhecimento/características da profissão e a relação de ajuda são as componentes principais da escolha desta profissão;
- As principais razões de escolha do curso de enfermagem, apesar de este ser preterido em relação ao de Medicina, provêm da dimensão de filantropia/altruísmo (gostar de ajudar os outros) e da dimensão individual (sentir-se atraído pela profissão e não ter conseguido entrar no curso de Medicina); é de salientar – na dimensão económica – a facilitação na entrada no mercado de trabalho como mais uma das razões inerentes à escolha do curso;
- Está subjacente à escolha do curso de Medicina razões como a vocação e mais poder. Relativamente à escolha do curso de enfermagem é o contacto humano a razão de escolha;
- A escolha do curso de enfermagem é maioritariamente do agrado familiar devido às características da profissão e à facilidade de inserção no mundo do trabalho.

CAP VI.4 Acesso ao Ensino Superior**Escolha do curso de enfermagem no acesso ao ensino superior**

A posição do curso de Enfermagem no acesso ao ensino superior encontra-se apresentada no Quadro 36.

Quadro 36. Escolha do curso de enfermagem no acesso ao ensino superior

Posição em que colocou o curso de enfermagem	N	%
1ª escolha	379	62.7
2ª escolha	50	8.3
3ª escolha	64	10.6
4ª escolha	40	6.6
5ª escolha	32	5.3
6ª escolha	36	6.0
Outra	3	0.5
Total	604	100.0

Como podemos observar, 62.7% dos inquiridos colocaram este curso no topo da sua escolha.

Ordem da escolha das várias opções de ingresso no ensino superior

Relativamente ao ordenamento das várias opções de cursos quando do concurso de ingresso ao ensino superior verificamos, segundo o Quadro 37, que a Medicina seria o curso de eleição entre os inquiridos (31.0%), seguido do de Enfermagem (17.1%) e de Cursos alternativos à enfermagem/medicina (14.4). Face a estes resultados, mais uma vez é clara a preferência pelo curso de Medicina.

Quadro 37. Ordem da escolha das várias opções de ingresso no ensino superior

Ordem de escolha dos várias opções de ingresso ao ensino superior	1ª escolha		2ª escolha		3ª escolha		4ª escolha		5ª escolha	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Enfermagem	101	17.1	236	39.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Medicina	183	31.0	68	11.4	14	6.6	1	1.4	0	0.0
Fisioterapia	54	9.2	18	3.0	10	4.7	3	4.1	1	10.0
Farmácia	40	6.8	45	7.6	21	9.9	5	6.9	0	0.0
Biologia	46	7.8	35	5.9	27	12.8	5	6.9	1	10.0
Cursos alternativos à enfermagem/medicina	85	14.4	109	18.4	61	28.9	25	34.3	0	0.0
Ciências sociais e humanas	31	5.3	19	3.2	16	7.6	4	5.5	2	20.0
Engenharia, arquitectura e matemáticas	38	6.4	48	8.1	47	22.3	23	31.5	4	40.0
Outros	12	2.0	15	2.5	15	7.1	7	9.6	2	20.0
Total	590	100.0	593	100.0	211	100.0	73	100.0	10	100.0

Síntese

Acesso ao ensino superior:

- Em relação ao curso de 1ª preferência é evidente a opção de escolha pelo curso de Medicina;
- No entanto, o curso de Enfermagem nas opções de escolha com elevada percentagem como 1ª opção (cerca de 63%);
- Nota-se alguma ambivalência entre a escolha do curso de Medicina e o de Enfermagem.

CAP VI.5 Diploma e Mercado de Trabalho

Áreas em que gostaria de exercer a profissão de enfermagem

Relativamente às áreas em que os sujeitos gostariam de exercer a profissão de enfermagem (cf. Quadro 38), verificamos que na 1ª fase de inquirição, a área materno-infantil é a mais referenciada (75.3%), seguida da Cirurgia (62.7%), da Urgência (50.5%) e, ainda, da Medicina (35.4%). Apesar de globalmente as preferências se manterem com ordenação semelhante ao longo dos três momentos de avaliação, surge, no 2º momento da análise longitudinal, a Oncologia, a qual recebe 17.7% das preferências.

Quadro 38. Áreas em que gostaria de exercer a profissão de enfermagem

Áreas preferenciais para o exercício da profissão	1ª fase		2ª fase		3ª fase	
	N	%	N	%	N	%
Urgência	311	50.5	308	50.0	72	11.7
Saúde comunitária	137	22.2	149	24.2	47	7.6
Materno-infantil	464	75.3	311	50.5	124	20.1
Saúde pública	127	20.6	74	12.0	10	1.6
Medicina	218	35.4	163	26.5	60	9.7
Oncologia	0	0.0	109	17.7	26	4.2
Psiquiatria	144	23.4	70	11.4	17	2.8
Cirurgia	386	62.7	218	35.4	76	12.3
Outras áreas	17	2.8	26	4.2	2	0.3

Qualidades importantes para o exercício da profissão (por área)

Segundo os dados da Quadro 39 podemos afirmar que os alunos que escolhem as urgências como área em que gostariam de exercer a profissão de enfermagem reclamam mais competências genéricas do que quem não escolhe esta área. Também no que se refere à escolha da área de Cirurgia os resultados foram estatisticamente significativos, revelando que quem escolhe esta área valoriza menos as competências da 3ª dimensão em detrimento de quem não escolhe.

Quadro 39. Competências necessárias ao exercício da profissão nas áreas da Urgência e da Cirurgia (1ª fase)

1ª fase	Urgências	N	Média	DP	t	gl	P
Competências genéricas	sim	311	.94	.79	3.012	614	.003
	não	305	.75	.74			
Soft skills	sim	311	.90	.85	.268	614	Ns
	não	305	.88	.84			
Competências 3ª dimensão	sim	311	.83	.81	.861	614	Ns
	não	305	.77	.88			
1ª fase	Cirurgia	N	Média	DP	t	gl	P
Competências genéricas	sim	386	.87	.76	.85	614	Ns
	não	230	.81	.79			
Soft skills	sim	386	.93	.84	1.56	614	Ns
	não	230	.82	.85			
Competências 3ª dimensão	sim	386	.72	.80	2.78	434,05	.006
	não	230	.93	.91			

Não existiram mais diferenças significativas nas outras áreas de competência e nem nas restantes áreas da saúde (1ª fase de aplicação dos questionários).

Quadro 40. Competências necessárias ao exercício da profissão nas áreas da Urgência e da Oncologia (2ª fase)

2ª fase	Urgências	N	Média	DP	t	gl	P
Competências genéricas	sim	308	.73	.90	2.491	450	.013
	não	144	.51	.79			
Soft skills	sim	308	1.10	1.03	.832	450	Ns
	não	144	1.01	1.01			
Competências 3ª dimensão	sim	308	1.19	1.10	.971	450	Ns
	não	144	1.31	1.29			
2ª fase	Oncologia	N	Média	DP	t	gl	P
Competências genéricas	sim	109	.87	1.06	2.47	149,10	.014
	não	343	.59	.80			
Soft skills	sim	109	.98	1.06	-1.06	450	Ns
	não	343	1.10	1.02			
Competências 3ª dimensão	sim	109	1.34	1.18	1.17	450	Ns
	não	343	1.19	1.16			

Segundo os dados da Quadro 40 podemos afirmar que os alunos que escolhem as urgências como área em que gostariam de exercer a profissão de enfermagem reclamam mais competências genéricas do que quem não escolhe esta área. Também no que se refere à escolha da área de Oncologia os resultados revelam que quem escolhe esta área valoriza mais as competências genéricas do que quem não a escolhe. Não existiram mais diferenças significativas nas outras áreas de competência e nem nas restantes áreas da saúde (2ª fase de aplicação dos questionários).

Quadro 41. Competências necessárias ao exercício da profissão nas áreas da Urgência, da Oncologia e da Cirurgia (3ª fase)

3ª fase	Urgências	N	Média	DP	t	p
Competências genéricas	sim	64	.87	1.01	.98	ns
	não	391	.74	1.00		
Soft skills	sim	64	1.14	.97	2.15	.031
	não	391	.83	1.05		
Competências 3ª dimensão	sim	64	1.12	1.07	2.23	.026
	não	391	.81	1.04		
3ª fase	Oncologia	N	Média	DP	t	p
Competências genéricas	sim	24	1.37	1.40	2.22	.035
	não	431	.72	.97		
Soft skills	sim	24	1.04	.99	.77	ns
	não	431	.87	1.05		
Competências 3ª dimensão	sim	24	1.25	1.29	1.552	ns
	não	431	.83	1.03		
3ª fase	Cirurgia	N	Média	DP	t	p
Competências genéricas	sim	68	.97	1.09	1.87	ns
	não	387	.72	.98		
Soft skills	sim	68	1.23	1.13	3.06	.002
	não	387	.81	1.02		
Competências 3ª dimensão	sim	68	.97	.99	.98	ns
	não	387	.83	1.05		

Segundo os dados da Quadro 41 podemos afirmar que os alunos que escolhem as urgências como área em que gostariam de exercer a profissão de enfermagem valorizam mais as *soft skills* e 3ª dimensão comparativamente aos que não optam por esta área.

No que se refere à escolha da área de Oncologia os resultados revelam que quem escolhe esta área valoriza mais as competências genéricas do que quem não a escolhe. Finalmente, e no que se refere à escolha da área de Cirurgia os resultados indicam que quem escolhe esta área valoriza mais as *soft skills* do que quem não escolhe. Não se verificaram mais diferenças significativas nas outras áreas de competência e nem nas restantes áreas da saúde (3ª fase de aplicação dos questionários).

Síntese

Diploma e Mercado de Trabalho:

- Salienta-se a clara preferência pelas áreas de trabalho em Materno-Infantil, Cirurgia, Urgência e Medicina, as quais se mantêm ao longo do estudo longitudinal;
- Na 1ª fase, os sujeitos que escolhem a Urgência como área em que gostariam de exercer a profissão de enfermagem reclamam mais competências genéricas do que quem não escolhe esta área; os que escolhem Cirurgia valorizam menos as competências da 3ª dimensão;
- Na 2ª fase, quem escolhe Oncologia valoriza mais as competências genéricas comparativamente a quem não escolhe, resultado que se mantém na 3ª fase;
- Na 3ª fase, os sujeitos que escolhem Cirurgia valorizam mais as *soft skills* do que quem não escolhe esta área.

CAP VI.6 Análises Transversal e Longitudinal da Relação de Proximidade com a Profissão de Enfermagem

As análises transversais e longitudinais a que procederemos de seguida contemplam o cruzamento entre todas as variáveis comuns às três fases de aplicação do questionário e as variáveis de caracterização socio-demográfica seleccionadas para este efeito, designadamente, sexo, idade e região da escola de enfermagem (inquiridos) e escolaridade, sector de actividade profissional dos pais, região de residência dos pais e pais com profissões ligadas à enfermagem e/ou área da saúde (agregado familiar).

VI.6.1 Análises Transversal e Longitudinal das Razões de Recurso aos Serviços de Enfermagem

Sexo

Como podemos observar através dos dados que constam do Quadro 42, e no que se refere à *1ª fase da aplicação dos questionários*, não existem diferenças estatisticamente significativas entre os sexos no que se refere às razões de natureza curativa no recurso aos serviços de enfermagem, o mesmo já não se passando em relação às razões de natureza preventiva.

Quadro 42. Análise transversal das razões de recurso aos serviços de enfermagem, por sexo do inquirido e fases do estudo longitudinal

Razões de recurso aos serviços de enfermagem		Sexo	N	Média	DP	t	p
1ª fase	Dimensão curativa	Masculino	144	.61	.62	.282	.778
		Feminino	471	.62	.65		
	Dimensão preventiva	Masculino	144	.62	.66	2.648	.009
		Feminino	471	.78	.60		
2ª fase	Dimensão curativa	Masculino	98	.42	.57	.211	ns
		Feminino	354	.44	.63		
	Dimensão preventiva	Masculino	98	.53	.55	5.417	.000
		Feminino	354	.92	.66		
3ª fase	Dimensão curativa	Masculino	104	.34	.51	.635	ns
		Feminino	350	.38	.56		
	Dimensão preventiva	Masculino	104	.85	.65	1.182	ns
		Feminino	350	.77	.63		

Assim, as mulheres referem recorrer mais aos serviços de enfermagem, nesta perspectiva, do que os homens. Este último resultado repete-se na 2ª fase de aplicação, onde as mulheres referem recorrer mais aos serviços de enfermagem em contexto preventivo do que os homens. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas por sexos na 3ª fase do estudo.

Idade

Quadro 43. Análise transversal das razões de recurso aos serviços de enfermagem, por faixa etária e fases do estudo longitudinal

Razões de recurso aos serviços de enfermagem		Faixa etária	N	Média	DP	t	p
1ª fase	Dimensão curativa	< 18 anos	344	.72	.67	3.90	.000
		> 19 anos	262	.51	.59		
	Dimensão preventiva	< 18 anos	344	.75	.61	.18	ns
		> 19 anos	262	.74	.63		
2ª fase	Dimensão curativa	< 18 anos	252	.53	.68	3.901	.000
		> 19 anos	194	.31	.50		
	Dimensão preventiva	< 18 anos	252	.77	.65	2.311	.021
		> 19 anos	194	.92	.65		
3ª fase	Dimensão curativa	< 18 anos	264	.35	.56	.727	ns
		> 19 anos	183	.39	.54		
	Dimensão preventiva	< 18 anos	264	.78	.63	.072	ns
		> 19 anos	183	.79	.65		

Na 1ª avaliação a idade dos inquiridos apenas produziu resultados estatisticamente significativos na dimensão preventiva no recurso aos serviços

de enfermagem, significando que os inquiridos mais novos (≤ 18 anos) referem recorrer mais a estes serviços para acções do tipo preventivo do que os inquiridos mais velhos (19 ou mais anos) (cf. Quadro 43). Na 2ª fase do estudo e como podemos observar através dos valores do Quadro 43, os sujeitos mais novos recorrem mais aos serviços de enfermagem em contexto curativo, enquanto que os mais velhos recorrem mais a estes serviços para acções de enfermagem do tipo preventivo. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os sexos na 3ª fase do estudo.

Região da escola de enfermagem

Quadro 44. Análise transversal das razões de recurso aos serviços de enfermagem, por região da escola de enfermagem e fases do estudo longitudinal

Razões de recurso aos serviços de enfermagem		Região da escola de enfermagem	N	Média	DP	F	gl	p
1ª fase	Dim. Curativa	Coimbra	266	.48	.56	17.87	2,615	.000
		Lisboa	144	.60	.68			
		Porto	206	.83	.67			
	Dim. Preventiva	Coimbra	266	.85	.61	7.15	2,615	.001
		Lisboa	144	.68	.61			
		Porto	206	.65	.61			
2ª fase	Dim. Curativa	Coimbra	219	.39	.56	6.849	2,451	.001
		Lisboa	102	.33	.56			
		Porto	131	.60	.70			
	Dim. Preventiva	Coimbra	219	.95	.72	11.382	2,451	.000
		Lisboa	102	.88	.56			
		Porto	131	.61	.56			
3ª fase	Dim. Curativa	Coimbra	167	.28	.49	3.625	2,454	.027
		Lisboa	106	.39	.61			
		Porto	182	.44	.57			
	Dim. Preventiva	Coimbra	167	.70	.67	3.017	2,454	.050
		Lisboa	106	.78	.63			
		Porto	182	.87	.60			

Na 1ª fase do estudo, os alunos das escolas do Porto recorrem mais aos serviços de enfermagem em contexto de acções do tipo curativo do que os alunos das escolas de Lisboa e de Coimbra, enquanto que os alunos das escolas de Coimbra recorrem mais aos serviços de enfermagem para acções de tipo preventivo do que os alunos das escolas do Porto e de Lisboa. No que se refere à 2ª fase do estudo, os alunos das escolas do Porto recorrem mais aos serviços de

enfermagem em contexto de acções do tipo curativo do que os alunos das escolas de Lisboa e de Coimbra, enquanto que estes recorrem mais aos serviços de enfermagem para acções de tipo preventivo do que os alunos das escolas do Porto. Na 3ª fase do estudo, as diferenças encontradas revelam que os alunos das escolas do Porto recorrem mais aos serviços de enfermagem para curativos e em situações preventivas do que os alunos das escolas de Coimbra (cf. Quadro 44).

Escolaridade e sector de actividade profissional dos pais

No que se refere à eventual relação entre a escolaridade, o sector de actividade profissional dos pais e as razões de recurso aos serviços de enfermagem, os resultados obtidos não se revelaram estatisticamente significativos, podendo-se, então, concluir sobre a independência entre estas variáveis nas três fases da avaliação.

Região de residência dos pais

Os resultados indicam que os alunos oriundos da região Norte recorrem mais aos serviços de enfermagem em situação curativa do que os alunos da região Centro (todas as fases) e, ainda, que os alunos do Centro recorrem mais aos serviços de enfermagem numa perspectiva preventiva do que os alunos do Norte (1ª e 2ª fases) (cf. Quadro 45).

Quadro 45. Análise transversal das razões de recurso aos serviços de enfermagem, por região de residência dos pais e fases do estudo longitudinal

Razões de recurso aos serviços de enfermagem		N	Média	DP	F	gl	p	
1ª fase	Dimensão curativa	Norte	272	.75	.65	7.15	3,613	.000
		Centro	177	.47	.59			
		Sul	137	.58	.68			
		Outros	28	.60	.56			
	Dimensão preventiva	Norte	272	.68	.58	4.18	3,613	.006
		Centro	177	.88	.67			
		Sul	137	.69	.60			
		Outros	28	.75	.70			

Quadro 45. Análise transversal das razões de recurso aos serviços de enfermagem, por região de residência dos pais e fases do estudo longitudinal (cont)

2ª fase	Dimensão curativa	Norte	188	.58	.68	6.86	3,450	.000
		Centro	148	.31	.47			
		Sul	99	.40	.65			
		Outros	16	.18	.40			
	Dimensão preventiva	Norte	188	.71	.65	5.18	3,450	.002
		Centro	148	.93	.68			
		Sul	99	.89	.58			
		Outros	16	1.18	.65			
3ª fase	Dimensão curativa	Norte	222	.40	.54	4.469	3,452	.004
		Centro	110	.26	.48			
		Sul	100	.36	.59			
		Outros	21	.71	.71			
	Dimensão preventiva	Norte	222	.81	.63	.195	3,452	ns
		Centro	110	.75	.67			
		Sul	100	.79	.64			
		Outros	21	.80	.51			

Pais com profissões ligadas à enfermagem/área da saúde

Não se verificaram resultados estatisticamente significativos entre esta variável e as razões de recurso aos serviços de enfermagem em todas as fases do estudo.

Análise longitudinal dos contextos de recurso aos serviços de enfermagem

A análise longitudinal entre as duas razões principais inerentes ao recurso aos serviços de enfermagem ao longo das 3 fases do estudo não produziu resultados estatisticamente significativos. Assim, e considerando estes resultados, podemos concluir sobre a independência destes contextos num dado momento no tempo e também sobre a não relação entre os diferentes momentos de inquirição.

VI.6.2 Análises Transversal e Longitudinal das Recordações dos Serviços de Enfermagem

Sexo

A exploração de associações entre a valência das recordações dos serviços de enfermagem e o sexo, na 1ª fase, não produziu resultados significativos. Na 2ª fase, esta mesma exploração já produziu resultados significativos. Assim, e como podemos observar através dos valores que constam do Quadro 46, os homens referem possuir recordações maioritariamente positivas, enquanto que as das mulheres se distribuem entre negativas e neutras ($\chi^2=6,430$; $gl=2$; $p=.040$). A exploração destes dados para a 3ª fase não produziu resultados estatisticamente significativos.

Quadro 46. Recordações dos serviços de enfermagem, por sexo do inquirido (2ª fase)

Recordação dos serviços de enfermagem		Sexo		Total
		Masculino	Feminino	
Negativa	N	7	44	51
	Res.ajustados	-1.3	1.3	
Neutra	N	14	83	97
	Res.ajustados	-1.8	1.8	
Positiva	N	55	164	219
	Res.ajustados	2.5	-2.5	
Total	N	76	291	367

Idade

Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre a idade dos sujeitos e a avaliação das recordações sobre os serviços de enfermagem em todas as fases de desenvolvimento do estudo.

Região da escola de enfermagem

Como podemos observar através dos valores que constam do Quadro 47, os alunos das escolas de enfermagem de Coimbra possuem recordações positivas dos serviços de enfermagem, enquanto que os alunos das escolas do Porto possuem recordações negativas destes serviços ($\chi^2=15,314$; $gl=4$; $p=.004$). Não se encontraram resultados estatisticamente significativos nas 2ª e 3ª fases.

Quadro 47. Recordações dos serviços de enfermagem, por região de escola de enfermagem (1ª fase)

Recordação dos serviços de enfermagem		Região da escola de enfermagem			Total
		Coimbra	Lisboa	Porto	
Negativa	N	12	12	29	53
	Res. Ajustados	-3.3	.0	3.4	
Neutra	N	51	30	43	124
	Res. Ajustados	-.7	.5	.2	
Positiva	N	173	79	110	362
	Res. Ajustados	2.7	-.5	-2.4	
Total	N	236	121	182	539

Escolaridade e sector de actividade profissional dos pais

Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre o nível de escolaridade dos pais e o sector de actividades dos mesmos e a avaliação das recordações sobre os serviços de enfermagem em todas as fases de desenvolvimento do estudo.

Região de residência dos pais

Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre a região de residência dos pais e a avaliação das recordações sobre os serviços de enfermagem em todas as fases de desenvolvimento do estudo.

Pais com profissões ligadas à enfermagem/área da saúde

Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre a proximidade às áreas da enfermagem/saúde e a avaliação das recordações sobre os serviços de enfermagem em todas as fases de desenvolvimento do estudo.

Análise longitudinal das recordações dos serviços de enfermagem

A análise longitudinal das recordações dos serviços de enfermagem apenas revelou um resultado estatisticamente significativo no cruzamento entre estas variáveis nas 1ª e 2ª fases ($r=.264$; $N=244$; $p=.000$). Este resultado indica que quanto que os sujeitos tendem a manter a sua avaliação entre estes dois momentos do estudo, significando que quando avaliam estes serviços como positivas na 1ª fase a resposta será semelhante na 2ª e assim sucessivamente no que se refere às outras duas formas de avaliação (neutra e negativa).

CAP VI.7 Análises Transversal e Longitudinal da Caracterização da Profissão de Enfermagem

VI.7.1 Análises Transversal e Longitudinal das Instituições onde o Enfermeiro pode Desempenhar a sua Função

Sexo e Idade

Os resultados obtidos entre o sexo e a escolha das instituições para o desempenho da profissão de enfermagem não se revelaram estatisticamente significativos em todas as fases de desenvolvimento do estudo.

No que se refere à idade, e apenas na 3ª fase, verificamos que os homens escolhem menos as instituições de tipo preventivo do que as mulheres (cf. Quadro 48).

Quadro 48. Instituições de tipo preventivo, por faixa etária (3ª fase)

Instituições onde podem desempenhar a função de enfermagem		Faixa etária	N	Média	DP	t	p
3ª fase	Instituições preventivas	< 18 anos	264	204	1.15	3.22	.001
		> 19 anos	183	167	1.21		

Região das Escolas de Enfermagem

Os resultados encontrados na 1ª fase do estudo revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as várias regiões das escolas de enfermagem e as instituições dos tipos curativo e preventivo. Assim, os alunos das escolas de Lisboa e do Porto escolhem mais as instituições do tipo curativo do que os alunos das escolas de Coimbra e os alunos das escolas de Coimbra e do Porto escolhem mais instituições de tipo preventivo do que os alunos das escolas de Lisboa. Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas para as instituições do tipo de apoio social.

Na 2ª fase do estudo, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas para a escolha das instituições de tipo preventivo quando comparadas com a região da escola de enfermagem. Desta forma, e conforme se pode observar através dos valores que constam do Quadro 49, os alunos das escolas de Lisboa escolhem mais este tipo de instituições para o desempenho da

profissão de enfermagem do que os alunos das escolas da região de Coimbra e Porto. Para a última fase do estudo, tornamos a encontrar diferenças estatisticamente significativas em todos os tipos de instituição escolhida. Os alunos das escolas de enfermagem do Porto escolhem mais as instituições de tipo curativo do que os alunos de Lisboa e Coimbra; os alunos de Lisboa e do Porto escolhem mais instituições do tipo preventivo do que os alunos da Coimbra e os alunos de Lisboa escolhem mais as instituições de apoio social do que os alunos de Coimbra.

Quadro 49. Análise transversal das instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a sua função, por região da escola de enfermagem e fases do estudo longitudinal

Instituições onde podem desempenhar a função de enfermagem		Região da escola de enfermagem	N	Média	DP	F	gl	P
1ª fase	Instituições curativas	Coimbra	266	1.60	.55	7.97	2,615	.000
		Lisboa	144	1.76	.51			
		Porto	206	1.78	.47			
	Instituições preventivas	Coimbra	266	1.44	.68	4.99	2,615	.007
		Lisboa	144	1.22	.77			
		Porto	206	1.43	.73			
	Instituições apoio social	Coimbra	266	.55	.54	.02	2,615	Ns
		Lisboa	144	.56	.49			
		Porto	206	.56	.57			
2ª fase	Instituições curativas	Coimbra	219	1.52	.63	1.49	2,451	Ns
		Lisboa	102	1.39	.70			
		Porto	131	1.51	.66			
	Instituições preventivas	Coimbra	219	1.70	.86	8.66	2,451	.000
		Lisboa	102	2.15	1.00			
		Porto	131	1.82	.91			
	Instituições apoio social	Coimbra	219	.83	.63	.588	2,451	Ns
		Lisboa	102	.88	.67			
		Porto	131	.91	.76			
3ª fase	Instituições curativas	Coimbra	167	1.19	.95	16.60	2,454	.000
		Lisboa	106	1.35	.70			
		Porto	182	1.69	.75			
	Instituições preventivas	Coimbra	167	1.41	1.18	25.19	2,454	.000
		Lisboa	106	2.32	1.14			
		Porto	182	2.08	1.06			
	Instituições apoio social	Coimbra	167	.59	.67	7.52	2,454	.001
		Lisboa	106	.94	.72			
		Porto	182	.78	.77			

Escolaridade dos pais

Não se encontraram resultados estatisticamente significativos para estas variáveis em todas as fases de desenvolvimento do estudo longitudinal.

Sector de actividade profissional dos pais

Relativamente ao sector de actividade profissional das mães, e apenas na 2ª fase do estudo, verificamos que os sujeitos com mães a desempenharem as suas funções profissionais no sector terciário escolhem menos as instituições de apoio social do que os sujeitos que possuem mães sem actividade profissional (cf. Quadro 50). Não se verificaram diferenças para o sector de actividade profissional dos pais em todas as fases de desenvolvimento do estudo longitudinal.

Quadro 50. Instituições de apoio social, por sector de actividade profissional das mães (2ª fase)

Instituições onde podem desempenhar a função de enfermagem		Sector de actividade profissional (mãe)	N	Média	DP	F	gl	P
2ª fase	Instituições de apoio social	Sem actividade	172	.95	.68	3.41	3,451	.018
		Sector primário	10	1.00	.94			
		Sector secundário	145	.88	.68			
		Sector terciário	125	.71	.63			

Região de residência dos pais

Como podemos observar através do Quadro 51, na 1ª fase do estudo encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes regiões de residência dos pais no que respeita às instituições de curativo e preventivo. Assim, os alunos provenientes da região Sul escolhem mais as instituições de tipo curativo do que os residentes na região Centro e ainda os alunos da região Norte escolhem mais instituições do tipo preventivo do que os alunos de outras regiões do país.

Na 2ª fase do estudo encontramos resultados estatisticamente significativos os quais indicam que os alunos da região Norte, do Centro e de outras regiões do país escolhem menos as instituições de tipo preventivo do que os alunos que originam da região Sul (cf. Quadro 51).

Quadro 51. Análise transversal das instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a sua função, por região de residência (país) e fases do estudo longitudinal

Instituições onde podem desempenhar função de enfermagem		Região de residência dos pais	N	Média	DP	F	gl	p
1ª fase	Instituições curativas	Norte	272	1.73	.50	3.83	3,613	.010
		Centro	177	1.59	.56			
		Sul	137	1.78	.49			
		Outras	28	1.71	.53			
	Instituições preventivas	Norte	272	1.45	.72	4.21	3,613	.006
		Centro	177	1.43	.71			
		Sul	137	1.27	.76			
		Outras	28	1.03	.57			
	Instituições apoio social	Norte	272	.53	.56	.898	3,613	Ns
		Centro	177	.54	.53			
		Sul	137	.59	.49			
		Outras	28	.67	.61			
2ª fase	Instituições curativas	Norte	188	1.47	.66	.877	3,450	Ns
		Centro	148	1.52	.62			
		Sul	99	1.49	.67			
		Outras	16	1.25	.85			
	Instituições preventivas	Norte	188	1.76	.89	7.03	3,450	.000
		Centro	148	1.74	.89			
		Sul	99	2.20	.94			
		Outras	16	1.50	.89			
	Instituições apoio social	Norte	188	.94	.76	1.39	3,450	Ns
		Centro	148	.79	.58			
		Sul	99	.85	.67			
		Outras	16	.81	.54			
3ª fase	Instituições curativas	Norte	222	1.53	.84	3.88	3,452	.009
		Centro	110	1.21	.94			
		Sul	100	1.40	.75			
		Outras	21	1.61	.58			
	Instituições preventivas	Norte	222	1.87	1.14	8.97	3,452	.000
		Centro	110	1.50	1.22			
		Sul	100	2.30	1.17			
		Outras	21	2.23	.83			
	Instituições apoio social	Norte	222	.72	.78	4.09	3,452	.007
		Centro	110	.61	.67			
		Sul	100	.95	.71			
		Outras	21	.90	.53			

Finalmente, na 3ª fase do estudo, encontramos diferenças estatisticamente significativas entre a região de residência dos pais e as instituições escolhidas. Assim, e no que toca às instituições curativas, verificamos que os alunos residentes na região Norte escolhem mais este tipo de instituições do que os alunos da região Centro; os alunos da região Sul escolhem mais instituições do tipo preventivo do que os alunos das regiões Norte e Centro; os alunos da região Sul escolhem mais instituições de apoio social do que os alunos da região Centro (cf. Quadro 51).

Pais com profissões ligadas à enfermagem/área da saúde

Os cruzamentos efectuados com a variável proximidade à profissão de enfermagem/área da saúde não produziram resultados estatisticamente significativos em todas as fases de desenvolvimento do estudo longitudinal.

Análise longitudinal das instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a sua função

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre os três tipos de instituição (curativas, preventivas e de apoio social) nas três fases do estudo longitudinal.

VI.7.2 Análises Transversal e Longitudinal dos Significados Associados à Profissão de Enfermagem

Sexo

Os resultados obtidos com a variável sexo e a análise transversal dos significados associados à profissão de enfermagem revelaram-se estatisticamente significativos na 2ª fase em relação à dimensão – actuação nas necessidades e, na 3ª fase, no que se refere à dimensão biomédica (cf. Quadro 52).

Assim, verificamos que as mulheres atribuem mais importância à actuação nas necessidades do que os homens (2ª fase) e que os homens atribuem mais importância ao modelo biomédico do que as mulheres (3ª fase), apesar das baixas referências a esta última dimensão nesta fase de desenvolvimento do estudo longitudinal (cf. Quadro 52).

Quadro 52. Análise transversal dos significados associados à profissão de enfermagem, por sexo do inquirido e fases do estudo longitudinal

Significados associados à profissão de enfermagem		Sexo	N	Média	DP	T	p
2ª fase	bio-médico	Masculino	98	.38	.74	1.20	ns
		Feminino	354	.28	.66		
	act necessidades	Masculino	98	2.52	1.62	2.61	.010
		Feminino	354	2.98	1.33		
	ind global	Masculino	98	2.05	1.12	1.53	ns
		Feminino	354	2.24	.97		
3ª fase	bio-médico	Masculino	104	.39	.67	2.65	.009
		Feminino	350	.20	.53		
	act necessidades	Masculino	104	3.05	1.46	.54	ns
		Feminino	350	2.96	1.48		
	ind global	Masculino	104	2.33	1.08	.48	ns
		Feminino	350	2.27	1.11		

Idade

Quadro 53. Significados associados à profissão de enfermagem, por sexo do inquirido (3ª fase)

Significados associados à profissão de enfermagem		Faixa etária	N	Média	DP	T	p
3ª fase	act necessidades	< 18 anos	264	3.12	1.38	2.42	.016
		> 19 anos	183	2.77	1.59		

Os resultados com a variável idade apenas se revelaram estatisticamente significativos na 3ª fase e em relação à dimensão actuação nas necessidades, donde se pode afirmar que os inquiridos mais novos atribuem maior importância a este tipo de significações do que os sujeitos mais velhos (cf. Quadro 53).

Região da Escola de Enfermagem

Os resultados obtidos com a região da escola de enfermagem na 1ª fase do estudo apenas se mostraram estatisticamente significativos para a dimensão actuação nas necessidades, donde se pode afirmar que os alunos das escolas de Coimbra atribuem mais importância a esta dimensão do que os alunos das escolas de Lisboa (cf. Quadro 54).

Na 2ª fase do estudo verificamos diferenças estatisticamente significativas entre a importância dada pelos alunos das escolas de Coimbra e de Lisboa em relação à dimensão indivíduo global. Assim, são os alunos das escolas de Lisboa que atribuem mais importância a esta dimensão por comparação aos alunos de

Coimbra (cf. Quadro 54).

Finalmente, e na 3ª fase, verificamos diferenças de opinião entre os inquiridos para as dimensões actuação nas necessidades e indivíduo global. Estes resultados indicam que os alunos de Coimbra atribuem mais importância aos significados associados a estas duas dimensões do que os alunos de Lisboa e do Porto (cf. Quadro 54).

Quadro 54. Análises transversal dos significados associados à profissão de enfermagem, por região da escola de enfermagem e fases do estudo longitudinal

Sgnificados associados à profissão de enfermagem		Região da escola de enfermagem	N	Média	DP	F	gl	P
1ª fase	biomédico	Coimbra	266	.84	1.00	2.02	2,615	Ns
		Lisboa	144	.65	.77			
		Porto	206	.81	.87			
	act necessidades	Coimbra	266	2.74	1.12	3.97	2,615	.019
		Lisboa	144	2.43	1.10			
		Porto	206	2.53	1.20			
	ind global	Coimbra	266	1.92	.78	.46	2,615	Ns
		Lisboa	144	1.84	.85			
		Porto	206	1.90	.83			
2ª fase	biomédico	Coimbra	219	.24	.60	2.13	2,451	Ns
		Lisboa	102	.38	.80			
		Porto	131	.36	.68			
	act necessidades	Coimbra	219	2.81	1.40	1.34	2,451	Ns
		Lisboa	102	3.08	1.37			
		Porto	131	2.84	1.46			
	ind global	Coimbra	219	2.08	1.00	3.55	2,451	.029
		Lisboa	102	2.40	.96			
		Porto	131	2.23	1.02			
3ª fase	biomédico	Coimbra	167	.20	.58	.70	2,454	Ns
		Lisboa	106	.29	.61			
		Porto	182	.25	.52			
	act necessidades	Coimbra	167	2.59	1.75	10.04	2,454	.000
		Lisboa	106	3.21	1.23			
		Porto	182	3.22	1.23			
	ind global	Coimbra	167	1.95	1.31	13.22	2,454	.000
		Lisboa	106	2.43	.92			
		Porto	182	2.51	.90			

Escolaridade dos pais

Não se encontraram resultados estatisticamente significativos nos cruzamentos efectuados entre a escolaridade dos pais e os significados associados à profissão de enfermagem em todas as fases de desenvolvimento do estudo.

Sector de actividade profissional dos pais

Não se encontraram resultados estatisticamente significativos nos cruzamentos efectuados entre o sector de actividade profissional dos pais e os significados associados à profissão de enfermagem em todas as fases de desenvolvimento do estudo.

Região de residência dos pais

Os resultados obtidos para o cruzamento entre os significados associados à profissão de enfermagem e a região de residência dos pais (1ª fase) apenas se mostraram estatisticamente significativos para a dimensão actuação nas necessidades. Desta forma, os alunos provenientes da região Centro atribuem mais importância aos significados que se ligam a esta dimensão do que os alunos que provêm das regiões Norte e Sul (cf. Quadro 55).

Na 2ª fase os resultados revelaram-se estatisticamente significativos para a dimensão indivíduo global demonstrando que os alunos da região Sul valorizam mais os significados associados a esta dimensão do que os inquiridos das regiões Centro e Norte (cf. Quadro 55). Não se encontraram resultados estatisticamente significativos para a 3ª fase do estudo.

Quadro 55. Análise transversal dos significados associados à profissão de enfermagem, por região de residência dos pais (1ª e 2ª fases)

Significados associados à profissão de enfermagem		Região de residência dos pais	N	Média	DP	F	Gl	p
1ª fase	Biomédico	Norte	272	.76	.87	2.72	3,613	ns
		Centro	177	.92	1.05			
		Sul	137	.64	.77			
		Outros	28	.89	.91			
	act necessidades	Norte	272	2.49	1.18	4.79	3,613	.003
		Centro	177	2.87	1.09			
		Sul	137	2.49	1.12			
		Outros	28	2.42	1.23			
	ind global	Norte	272	1.88	.80	1.00	3,613	ns
		Centro	177	1.95	.81			
		Sul	137	1.87	.82			
		Outros	28	1.67	.90			
2ª fase	Biomédico	Norte	188	.33	.66	.930	3,450	ns
		Centro	148	.25	.62			
		Sul	99	.37	.80			
		Outros	16	.18	.54			
	act necessidades	Norte	188	2.84	1.43	1.93	3,450	ns
		Centro	148	2.82	1.39			
		Sul	99	3.14	1.34			
		Outros	16	2.37	1.66			
	ind global	Norte	188	2.13	1.03	4.22	3,450	.006
		Centro	148	2.12	1.04			
		Sul	99	2.49	.82			
		Outros	16	1.81	1.10			

Pais com profissões ligadas à enfermagem/área da saúde

Não se encontraram resultados estatisticamente significativos nos cruzamentos efectuados entre a variável – pais com profissões ligadas à enfermagem/área da saúde – e os significados associados à profissão de enfermagem em todas as fases de desenvolvimento do estudo.

Análise longitudinal dos significados associados à profissão de enfermagem

Não se encontraram correlações estatisticamente significativas entre os significados associados ao modelo biomédico nas três fases de desenvolvimento do estudo longitudinal. Já para os significados que se prendem com a actuação nas necessidades verificamos uma correlação estatisticamente significativa ($r=.19$; $N=336$; $p=.000$) entre as 1ª e 2ª fase do estudo, significando que quanto mais referência os sujeitos fazem a este tipo de significados na 1ª fase mais fazem essa referência na 2ª fase do estudo.

Também se encontrou uma correlação estatisticamente significativa entre os significados associados ao indivíduo global para as 1ª e 2ª fases do estudo ($r=.23$; $N=336$; $p=.000$). Assim, quanto mais referência os inquiridos fazem a este tipo de conteúdo associado ao significado da profissão da enfermagem na 1ª fase do estudo, mais referência também fazem a estes mesmos significados na 2ª fase.

VI.7.3 Análises Transversal e Longitudinal das Competências Necessárias ao Exercício da Profissão

Sexo

Como se pode observar através dos valores que constam do Quadro 56, e no que toca à 1ª fase de aplicação do questionário, as mulheres referem mais competências genéricas e de 3ª dimensão do que os homens, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para as *soft skills*.

Na 2ª fase do estudo verificamos diferenças entre sexos no que toca à importância dada às competências de 3ª dimensão, as quais indicam que as mulheres as valorizam mais do que os homens (cf. Quadro 56). Não se verificaram diferenças entre os sexos na 3ª fase de desenvolvimento do estudo longitudinal.

Quadro 56. Análises transversal das competências necessárias ao exercício da profissão, por sexo dos inquiridos (1ª e 2ª fases)

Cmpetências necessárias ao exercício da profissão		Sexo	N	Média	DP	t	p
1ª fase	Genéricas	Masculino	144	.99	.78	2.105	.036
		Feminino	471	1.15	.78		
	Soft skills	Masculino	144	.95	.75	.594	ns
		Feminino	471	1.00	.87		
	3ª dimensão	Masculino	144	.78	.74	3.480	.001
		Feminino	471	1.06	.87		
2ª fase	Genéricas	Masculino	98	.85	.87	1.071	ns
		Feminino	354	.96	.89		
	Soft skills	Masculino	98	1.17	1.00	1.291	ns
		Feminino	354	1.32	1.00		
	3ª dimensão	Masculino	98	1.30	1.08	2.879	.004
		Feminino	354	1.69	1.20		

Idade

Relativamente às diferenças produzidas pelos grupos etários verificamos que na 1ª fase de aplicação do questionário e nas competências de 3ª dimensão os sujeitos mais novos atribuem maior número de referências a esta dimensão do que os inquiridos mais velhos. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nas restantes dimensões nesta 1ª fase. Os resultados para a 2ª fase não se mostraram estatisticamente significativos. Finalmente, e para a 3ª fase do estudo e no que se refere às competências voltamos a encontrar resultados significativos. Desta forma, verificamos que os alunos mais novos referem mais competências genéricas do que os alunos mais velhos (cf. Quadro 57).

Quadro 57. Análises transversal das competências necessárias ao exercício da profissão, por faixa etária e fases do estudo longitudinal

Competências necessárias ao exercício da profissão		Faixa etária	N	Média	DP	t	p
1ª fase	Genéricas	< 18 anos	344	1.15	.80	1.15	ns
		> 19 anos	262	1.07	.76		
	Soft skills	< 18 anos	344	1.00	.85	.63	ns
		> 19 anos	262	.96	.83		
	3ª dimensão	< 18 anos	344	1.07	.88	2.63	.000
		> 19 anos	262	.89	.79		
3ª fase	Genéricas	< 18 anos	264	1.07	1.03	2.72	.007
		> 19 anos	183	.81	.88		
	Soft skills	< 18 anos	264	1.23	1.16	.49	ns
		> 19 anos	183	1.17	1.18		
	3ª dimensão	< 18 anos	264	1.62	1.25	1.18	ns
		> 19 anos	183	1.47	1.30		

Região das Escolas de Enfermagem

Os resultados apresentados no Quadro 58 indicam que a região da Escola de Enfermagem apenas produz variações significativas em duas das dimensões das competências, designadamente, as competências genéricas e as *soft skills*. Assim, os alunos das escolas do Porto referem mais as competências genéricas do que os alunos das escolas de Lisboa e Coimbra. No que se refere às *soft skills* são os alunos de Lisboa que referem mais do que os de Coimbra este tipo de competências (1ª fase).

Para os resultados obtidos na 2ª fase apenas verificámos diferenças estatisticamente significativas entre as regiões das escolas de enfermagem nas competências genéricas e de 3ª dimensão. Assim, os alunos das escolas de Lisboa revêem-se mais nas competências genéricas do que os alunos das escolas de Coimbra e estes valorizam mais as competências de 3ª dimensão do que os alunos das escolas do Porto (cf. Quadro 58).

Na última fase do estudo verificamos diferenças nas competências genéricas e nas *soft skills*. Desta forma, os alunos de Coimbra valorizam menos as competências genéricas do que os alunos das escolas de Lisboa e do Porto e os alunos de Lisboa valorizam mais estas competências do que os alunos do Porto. Quanto às *soft skills* verificamos que os alunos das escolas de Coimbra valorizam menos estas competências do que os alunos de Lisboa e do Porto (cf.

Quadro 58).

Quadro 58. Análises transversal das competências necessárias ao exercício da profissão, por região da Escola de Enfermagem e fases do estudo longitudinal

Competências necessárias ao exercício da profissão		Região da escola de enfermagem	N	Média	DP	F	gl	P
1ª fase	Genéricas	Coimbra	266	.95	.73	16.654	2,615	.000
		Lisboa	144	1.06	.73			
		Porto	206	1.35	.83			
	Soft skills	Coimbra	266	.89	.82	3.485	2,615	.031
		Lisboa	144	1.10	.78			
		Porto	206	1.04	.90			
	3ª dimensão	Coimbra	266	.96	.85	.509	2,615	Ns
		Lisboa	144	1.04	.85			
		Porto	206	1.00	.84			
2ª fase	Genéricas	Coimbra	219	.84	.82	4.21	2,451	.015
		Lisboa	102	1.15	1.00			
		Porto	131	.93	.88			
	Soft skills	Coimbra	219	1.18	.96	2.39	2,451	Ns
		Lisboa	102	1.43	1.06			
		Porto	131	1.35	1.02			
	3ª dimensão	Coimbra	219	1.78	1.19	6.82	2,451	.001
		Lisboa	102	1.62	1.33			
		Porto	131	1.30	1.01			
3ª fase	Genéricas	Coimbra	167	.64	.83	19.27	2,454	.000
		Lisboa	106	1.36	1.11			
		Porto	182	1.03	.95			
	Soft skills	Coimbra	167	.82	1.08	16.46	2,454	.000
		Lisboa	106	1.34	1.01			
		Porto	182	1.49	1.23			
	3ª dimensão	Coimbra	167	1.47	1.42	2.72	2,454	Ns
		Lisboa	106	1.81	1.25			
		Porto	182	1.49	1.10			

Escolaridade e sector de actividade dos pais

A escolaridade e o sector de actividade profissional dos pais não se relacionam significativamente com as dimensões das competências necessárias ao desempenho da profissão de enfermagem em todas as fases de desenvolvimento do estudo longitudinal.

Região de residência dos pais

Quadro 59. Análise transversal das competências necessárias ao exercício da profissão, por região de residência dos pais e fases do estudo longitudinal

Competências necessárias ao exercício da profissão		Região de residência dos pais	N	Média	DP	F	gl	P
1ª fase	Genéricas	Norte	272	1.24	.81	6.21	3,613	.000
		Centro	177	.94	.74			
		Sul	137	1.13	.77			
		Outros	28	.89	.62			
	Soft skills	Norte	272	1.03	.88	2.15	3,613	Ns
		Centro	177	.85	.78			
		Sul	137	1.07	.79			
		Outros	28	1.03	1.07			
	3ª dimensão	Norte	272	.98	.83	.66	3,613	Ns
		Centro	177	.97	.87			
		Sul	137	1.07	.85			
		Outros	28	.85	.80			
2ª fase	Genéricas	Norte	188	.92	.86	3.67	3,450	.012
		Centro	148	.85	.84			
		Sul	99	1.18	1.00			
		Outros	16	.62	.61			
	Soft skills	Norte	188	1.28	1.00	1.98	3,450	Ns
		Centro	148	1.16	.93			
		Sul	99	1.42	1.06			
		Outros	16	1.62	1.25			
	3ª dimensão	Norte	188	1.37	1.02	4.73	3,450	.003
		Centro	148	1.85	1.21			
		Sul	99	1.68	1.33			
		Outros	16	1.75	1.43			
3ª fase	Genéricas	Norte	222	.93	.92	9.96	3,452	.000
		Centro	110	.63	.79			
		Sul	100	1.35	1.14			
		Outros	21	1.09	.99			
	Soft skills	Norte	222	1.33	1.26	4.29	3,452	.005
		Centro	110	.87	1.05			
		Sul	100	1.28	.96			
		Outros	21	1.38	1.24			
	3ª dimensão	Norte	222	1.43	1.15	1.86	3,452	Ns
		Centro	110	1.62	1.45			
		Sul	100	1.78	1.28			
		Outros	21	1.52	1.24			

Pelo que podemos observar através do Quadro 59, os alunos cujos pais residem no Norte referem mais competências genéricas como importantes para o desempenho da profissão de enfermagem do que os alunos cujos pais residem no Centro do País (1ª fase de aplicação do questionário).

No que se refere à 2ª fase, os alunos da região Centro valorizam menos as competências genéricas do que os alunos do Sul e os alunos do Norte valorizam menos as competências de 3ª dimensão do que os alunos do Centro (cf. Quadro 59). Na 3ª fase, os alunos provenientes da região Sul valorizam mais as competências genéricas do que os alunos das regiões Norte e Centro do país e, ainda, os alunos do Norte valorizam mais as competências de 3ª dimensão do que os alunos originários da região Centro (cf. Quadro 59).

Pais com profissões ligadas à enfermagem/área da saúde

A variável - Pais com profissões ligadas à enfermagem/área da saúde – não apresentou resultados estatisticamente significativos, pelo que se pode concluir que a proximidade com a profissão não faz variar a importância que se atribui às competências necessárias ao desempenho da enfermagem em todas as fases de desenvolvimento do estudo longitudinal.

Análises transversal das competências necessárias para o exercício da profissão de enfermagem

Não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre os três tipos de competências (genéricas, *soft skills* e de 3ª dimensão) nas três fases de desenvolvimento do estudo.

VI.7.4 Análises Transversal e Longitudinal das Razões de Escolha da Profissão de Enfermagem

Sexo

Como podemos observar através dos dados do Quadro 60, apenas nas *dimensões económica e altruísta* se detectaram diferenças por sexos, no que se refere às razões de escolha da profissão (1ª fase). Assim, enquanto que as *mulheres* referem mais razões do *tipo altruísta* do que os *homens* na escolha da profissão, os homens referem mais razões de *tipo económico* do que as mulheres nesta temática. Resultados equivalentes encontramos na 2ª fase de

desenvolvimento do estudo, não se tendo obtido resultados significativos na 3ª fase.

Quadro 60. Análise transversal das razões de escolha da profissão de enfermagem, por sexo dos inquiridos (1ª e 2ª fases)

Razões de escolha da profissão de enfermagem		Sexo	N	Média	DP	T	p
1ª fase	Dimensão económica	Masculino	144	.78	.72	4.33	.000
		Feminino	471	.51	.62		
	Dimensão altruísta	Masculino	144	1.85	.85	2.291	.023
		Feminino	471	2.03	.81		
	Dimensão influência social	Masculino	144	.43	.61	.63	ns
		Feminino	471	.39	.58		
	Dimensão individual	Masculino	144	1.13	.70	1.13	ns
		Feminino	471	1.05	.64		
2ª fase	Dimensão económica	Masculino	98	.85	.75	4.78	.000
		Feminino	354	.50	.60		
	Dimensão altruísta	Masculino	98	1.87	.85	2.21	.027
		Feminino	354	2.07	.78		
	Dimensão influência social	Masculino	98	.48	.66	1.16	ns
		Feminino	354	.40	.59		
	Dimensão individual	Masculino	98	1.13	.68	.95	ns
		Feminino	354	1.06	.63		

Idade

A idade dos inquiridos, agrupada em duas faixas etárias, não produziu quaisquer resultados estatisticamente significativos nas razões de escolha da profissão de enfermagem em todas as fases de desenvolvimento do estudo longitudinal.

Região das Escolas de Enfermagem

Os resultados obtidos em relação razões de escolha da profissão quando cruzadas com a região da escola de enfermagem revelaram-se, na 1ª fase, estatisticamente significativos para as dimensões económica e altruísta. Assim, e como podemos observar através do Quadro 61, os alunos das escolas de Coimbra e do Porto apresentam mais razões de tipo económico que os alunos das escolas de Lisboa e os alunos das escolas de Coimbra apresentam mais razões de tipo altruísta do que os alunos das escolas do Porto. Não se verificaram resultados significativos para a 2ª fase do estudo.

Na 3ª fase, são, uma vez mais, as razões de tipo económico e altruísta a produzirem resultados significativos. Assim, os alunos das escolas de Coimbra apresentam menos razões económicas e altruístas na escolha da profissão do que os alunos das escolas de Lisboa e do Porto (cf. Quadro 61).

Quadro 61. Análise transversal das razões de escolha da profissão de enfermagem, por região da escola de enfermagem e fases do estudo longitudinal

Razões de escolha da profissão de enfermagem		Região da escola de enfermagem	N	Média	DP	F	gl	P
1ª fase	Dimensão Económica	Coimbra	266	.59	.64	12.27	2,615	.000
		Lisboa	144	.36	.56			
		Porto	206	.71	.69			
	Dimensão Altruísta	Coimbra	266	2.10	.80	4.03	2,615	.018
		Lisboa	144	1.90	.87			
		Porto	206	1.91	.80			
	Dimensão Influência social	Coimbra	266	.44	.64	1.34	2,615	ns
		Lisboa	144	.36	.52			
		Porto	206	.36	.54			
	Dimensão individual	Coimbra	266	1.04	.62	.38	2,615	ns
		Lisboa	144	1.10	.67			
		Porto	206	1.08	.68			
3ª fase	Dimensão Económica	Coimbra	167	.40	.65	6.95	2,454	.001
		Lisboa	106	.66	.70			
		Porto	182	.67	.80			
	Dimensão Altruísta	Coimbra	167	1.25	1.18	7.44	2,454	.001
		Lisboa	106	1.68	.98			
		Porto	182	1.61	.96			
	Dimensão Influência social	Coimbra	167	.26	.50	.33	2,454	ns
		Lisboa	106	.31	.50			
		Porto	182	.26	.48			
	Dimensão individual	Coimbra	167	.56	.59	1.73	2,454	ns
		Lisboa	106	.62	.52			
		Porto	182	.68	.55			

Escolaridade dos pais

A escolaridade do pai apenas se relacionou, ainda que em intensidade fraca, com a escolha da profissão ligada à dimensão individual ($r=.144$; $N=607$; $p=.000$ – 1ª fase). Este resultado indica que quanto mais os alunos escolhem este tipo de razões mais escolarizados são os pais, sendo o inverso também verdadeiro, ou seja, quanto menos escolarizados são os pais menor tendência

têm os alunos a escolher razões desta natureza. Ainda no que se refere à 1ª fase não se detectaram relações estatisticamente significativas entre estas variáveis e a escolaridade das mães e nas restantes fases entre estas e a escolaridade de ambos os progenitores.

Sector de actividade profissional dos pais

Quadro 62. Razões de escolha da profissão de enfermagem, por sector de actividade profissional das mães (1ª e 3ª fases)

Razões de escolha da profissão de enfermagem		Sector de actividade profissional das mães	N	Média	DP	F	gl	P
1ª fase	Dimensão Económica	Sem actividade	239	,48	,64	3.44	3,615	.016
		Primário	13	,76	,59			
		Secundário	200	,59	,64			
		Terciário	164	,68	,68			
3ª fase	Dimensão Económica	Sem actividade	189	,51	,69	4.66	3,454	.003
		Primário	7	,28	,48			
		Secundário	140	,48	,67			
		Terciário	119	,78	,83			
Razões de escolha da profissão de enfermagem		Sector de actividade profissional dos pais	N	Média	DP	F	gl	P
1ª fase	Dimensão Inf. social	Sem actividade	57	,59	,70	7.10	3,615	.000
		Primário	18	,88	,96			
		Secundário	326	,35	,55			
		Terciário	215	,38	,55			
	Dimensão Individual	Sem actividade	57	1,00	,59	2.96	3,615	.032
		Primário	18	1,00	,68			
		Secundário	326	1,02	,67			
		Terciário	215	1,18	,63			

Os resultados obtidos em relação razões de escolha da profissão quando cruzadas com o sector de actividade profissional das mães apenas se revelaram estatisticamente significativos para as razões de tipo económico, na 1ª e 3ª fases do estudo. Assim, e como podemos observar através do Quadro 62, os sujeitos com mães a desenvolverem actividade profissional no sector terciário apresentam mais razões de tipo económico que os sujeitos cujas mães não possuem actividade profissional. Na 3ª fase, os sujeitos com mães que trabalham no sector terciário apresentam mais razões de tipo económico que os sujeitos cujas mães não possuem actividade profissional ou trabalham no sector secundário.

Os resultados obtidos no cruzamento entre o sector de actividade

profissional dos pais e as razões de escolha da profissão de enfermagem apenas se revelaram significativos na 1ª fase e para as dimensões de influência social e individual. Assim, os inquiridos cujos pais não possuem actividade profissional e trabalham no sector primário apresentam mais razões ligadas à influência social na escolha da profissão do que os alunos cujos pais trabalham nos sectores secundário e terciário. No que toca à dimensão individual, os sujeitos cujos pais trabalham no sector terciário apresentam mais razões individuais na escolha da profissão do que os sujeitos cujos pais trabalham no sector secundário (cf. Quadro 62).

Região de residência dos pais

Quadro 63. Razões de escolha da profissão de enfermagem, por região de residência dos pais (1ª fase)

Razões de escolha da profissão de enfermagem		Região de residência dos pais	N	Média	DP	F	gl	P
1ª fase	Dimensão Económica	Norte	272	,67	,67	7.08	3,163	.000
		Centro	177	,60	,64			
		Sul	137	,40	,56			
		Outros	28	,32	,54			
	Dimensão Inf. social	Norte	272	,35	,55	3.32	3,163	.019
		Centro	177	,51	,68			
		Sul	137	,35	,50			
		Outros	28	,35	,55			

Os resultados obtidos no cruzamento entre a região de residência dos pais e as razões de escolha da profissão de enfermagem apenas se revelaram significativos na 1ª fase e para as dimensões económica e de influência social. Desta forma, os inquiridos originários da região Norte atribuem mais peso às razões económicas que os alunos das regiões Sul e outras regiões do país e, ainda, os alunos da região Centro valorizam mais as razões de tipo económico que os alunos de outras regiões do país. Na dimensão individual verificamos que os sujeitos oriundos da região Centro referem mais razões individuais do que os alunos da região Norte (cf. Quadro 63).

Pais com profissões ligadas à área da enfermagem/saúde

Quadro 64. Razões de escolha da profissão de enfermagem, por pais com profissões ligadas à área da enfermagem/saúde (2ª e 3ª fases)

Razões de escolha da profissão de enfermagem		Pais e/ou amigos com profissões ligadas à enfermagem	N	Média	DP	t	P
2ª fase	Dimensão individual	Sim	341	1,64	1,03	2.47	.014
		Não	108	1,42	1,00		
3ª fase	Dimensão altruísta	Sim	337	1,43	1,08	2.23	.026
		Não	115	1,69	1,01		

Verificaram-se resultados estatisticamente significativos no cruzamento entre as razões de escolha da profissão de enfermagem e a variável pais e/ou amigos com profissões ligadas à enfermagem, para as 2ª e 3ª fases do estudo. Estes resultados indicam que os alunos com pais e/ou amigos com profissões ligadas à enfermagem referem mais razões de natureza individual na escolha da profissão (2ª fase) e menos razões altruístas do que os que não possuem pais e/ou amigos com profissões ligadas à enfermagem (3ª fase) (cf. Quadro 64).

Análise longitudinal das razões de escolha da profissão de enfermagem

Verificaram-se correlações estatisticamente significativas entre as razões económicas na escolha da profissão para as 1ª e 2ª fases do estudo ($r=.23$; $N=336$; $p=.000$). Desta forma, podemos afirmar que quanto maior é a referência dos inquiridos a esta dimensão na 1ª fase do estudo, maior é também o número de referências a ela na 2ª fase.

Resultados semelhantes são encontrados relativamente às dimensões altruísta e de influência social entre as 1ª e 2ª fases do estudo ($r=.28$; $N=336$; $p=.000$). Assim, quanto mais referência os inquiridos fazem a estas dimensões na 1ª fase do estudo, maior é também o número de referências que estas recebem na 2ª fase.

Análises Transversal e Longitudinal da Escolha das Áreas da Saúde (Mercado de Trabalho)

Sexo

Os resultados obtidos no cruzamento entre a escolha das áreas da saúde onde desejam desempenhar funções de enfermagem e o sexo dos sujeitos indicam que as mulheres escolhem mais a área das urgências ($\chi^2=5.74$; $gl=1$; $p=.017$) e a do materno-infantil ($\chi^2=14.7$; $gl=1$; $p=.000$) do que os homens (1ª fase). Na 2ª fase, verificamos que as mulheres escolhem mais comunitária ($\chi^2=6.26$; $gl=1$; $p=.012$), materno-infantil ($\chi^2=14.45$; $gl=1$; $p=.000$) e oncologia ($\chi^2=6.60$; $gl=1$; $p=.010$) do que os homens, enquanto que os homens escolhem mais a área da cirurgia do que as mulheres ($\chi^2=8.46$; $gl=1$; $p=.004$). Não se encontraram resultados estatisticamente significativos para a 3ª fase do estudo (cf. Quadro 65).

Quadro 65. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por sexo dos inquiridos e fases do estudo longitudinal

Fases do estudo longitudinal	Escolha das áreas da saúde		Sexo		Total
			Masculino	Feminino	
1ª fase	Urgências				
	Sim	N	60	250	310
		Res.ajustados	-2,4	2,4	
	Não	N	84	221	305
		Res.ajustados	2,4	-2,4	
	Total	N	144	471	615
	Materno-infantil		Masculino	Feminino	Total
	Sim	N	91	372	463
		Res.ajustados	-3,8	3,8	
	Não	N	53	99	152
		Res.ajustados	3,8	-3,8	
	Total	N	144	471	615

Quadro 65. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por sexo dos inquiridos e fases do estudo longitudinal (cont.)

Fases do estudo longitudinal	Escolha das áreas da saúde	Sexo		Total	
2ª fase	Comunitária		Masculino	Feminino	Total
	Sim	N	22	127	149
		Res.ajustados	-2,5	2,5	
	Não	N	76	227	303
		Res.ajustados	2,5	-2,5	
	Total	N	98	354	452
	Materno-Infantil		Masculino	Feminino	Total
	Sim	N	52	259	311
		Res.ajustados	-3,8	3,8	
	Não	N	46	95	141
		Res.ajustados	3,8	-3,8	
	Total	N	98	354	452
	Oncologia		Masculino	Feminino	Total
	Sim	N	14	95	109
		Res.ajustados	-2,6	2,6	
	Não	N	84	259	343
		Res.ajustados	2,6	-2,6	
	Total	N	98	354	452
	Cirurgia		Masculino	Feminino	Total
	Sim	N	60	158	218
		Res.ajustados	2,9	-2,9	
	Não	N	38	196	234
		Res.ajustados	-2,9	2,9	
	Total	N	98	354	452

Idade

Quadro 66. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por faixa etária dos inquiridos (1ª e 3ª fases)

Fases do estudo longitudinal	Escolha das áreas da saúde		Faixa etária		Total
			< 18 anos	> 19 anos	
1ª fase	Comunitária				
	Sim	N	65	70	135
		Res.ajustados	-2,3	2,3	
	Não	N	279	192	471
		Res.ajustados	2,3	-2,3	
Total	N	344	262	606	
3ª fase	Medicina				
	Sim	N	40	15	55
		Res.ajustados	2,2	-2,2	
	Não	N	224	168	392
		Res.ajustados	-2,2	2,2	
Total	N	264	183	447	

Os resultados obtidos no cruzamento entre as áreas de saúde escolhidas e a idade indicam que os sujeitos mais velhos escolhem mais a área da comunitária do que os mais novos ($\chi^2=5.25$; $gl=1$; $p=.022$) (1ª fase). Não se encontraram resultados significativos para 2ª fase do estudo. Na 3ª fase do estudo verificamos que os sujeitos mais novos escolhem mais a área da medicina do que os mais velhos ($\chi^2=4.84$; $gl=1$; $p=.028$) (cf. Quadro 66).

Região das Escolas de Enfermagem

Os resultados obtidos no cruzamento entre as áreas de saúde escolhidas e a região da escola de enfermagem indicam que os alunos de Lisboa escolhem Medicina ($\chi^2=8.47$; $gl=2$; $p=.014$), que os alunos de Coimbra escolhem Psiquiatria ($\chi^2=11.75$; $gl=2$; $p=.003$) e os alunos do Porto escolhem mais Cirurgia ($\chi^2=14.08$; $gl=2$; $p=.001$) (1ª fase) (cf. Quadro 67).

Quadro 67. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por região das escolas de enfermagem e fases do estudo longitudinal

Fases do estudo longitudinal	Escolha das áreas da saúde		Região da escola de enfermagem			Total
1ª fase	Medicina		Coimbra	Lisboa	Porto	
	Sim	N	80	64	74	218
		Res.ajustados	-2,4	2,6	,2	
	Não	N	186	80	132	398
		Res.ajustados	2,4	-2,6	-,2	
	Total	N	266	144	206	616
	Psiquiatria		Coimbra	Lisboa	Porto	Total
	Sim	N	80	27	37	144
		Res.ajustados	3,4	-1,5	-2,3	
	Não	N	186	117	169	472
		Res.ajustados	-3,4	1,5	2,3	
	Total	N	266	144	206	616
	Cirurgia		Coimbra	Lisboa	Porto	Total
	Sim	N	150	86	150	386
		Res.ajustados	-2,8	-,8	3,7	
Não	N	116	58	56	230	
	Res.ajustados	2,8	,8	-3,7		
Total	N	266	144	206	616	
2ª fase	Saúde Pública		Coimbra	Lisboa	Porto	Total
	Sim	N	50	10	14	74
		Res.ajustados	3,6	-2,0	-2,1	
	Não	N	169	92	117	378
		Res.ajustados	-3,6	2,0	2,1	
	Total	N	219	102	131	452
	Medicina		Coimbra	Lisboa	Porto	Total
	Sim	N	53	51	59	163
		Res.ajustados	-5,1	3,3	2,5	
	Não	N	166	51	72	289
		Res.ajustados	5,1	-3,3	-2,5	
	Total	N	219	102	131	452
	Cirurgia		Coimbra	Lisboa	Porto	Total
	Sim	N	106	38	74	218
		Res.ajustados	,1	-2,5	2,2	
Não	N	113	64	57	234	
	Res.ajustados	-,1	2,5	-2,2		
Total	N	219	102	131	452	

Na 2ª fase os resultados indicaram que os alunos de Coimbra escolhem

Saúde pública ($\chi^2=12.97$; gl=2; p=.002), os alunos de Lisboa escolhem Medicina ($\chi^2=26.53$; gl=2; p=.000) e os alunos do Porto escolhem Cirurgia ($\chi^2=8.50$; gl=2; p=.014).

Quadro 67. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por região das escolas de enfermagem e fases do estudo longitudinal (continuação)

3ª fase	Medicina		Coimbra	Lisboa	Porto	Total
	Sim	N	11	22	24	57
		Res.ajustados	-2,9	2,9	,3	
	Não	N	156	84	158	398
		Res.ajustados	2,9	-2,9	-,3	
	Total	N	167	106	182	455
	Psiquiatria		Coimbra	Lisboa	Porto	Total
	Sim	N	5	7	2	14
		Res.ajustados	-,1	2,4	-2,0	
	Não	N	162	99	180	441
		Res.ajustados	,1	-2,4	2,0	
	Total	N	167	106	182	455
	Cirurgia		Coimbra	Lisboa	Porto	Total
	Sim	N	16	15	37	68
		Res.ajustados	-2,4	-,3	2,6	
Não	N	151	91	145	387	
	Res.ajustados	2,4	,3	-2,6		
Total	N	167	106	182	455	

Na 3ª fase os alunos de Lisboa escolhem a área de Medicina ($\chi^2=11.99$; gl=2; p=.0021), os alunos de Lisboa escolhem Psiquiatria ($\chi^2=6.81$; gl=2; p=.033) e os alunos do Porto escolhem Cirurgia ($\chi^2=7.98$; gl=2; p=.018) (cf. Quadro 67 cont.).

Escolaridade dos pais

Quadro 68. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por nível de escolaridade das mães e fases do estudo longitudinal

Fases do estudo longitudinal	Escolha das áreas da saúde		Nível de escolaridade das mães					Total
			s/ esc. formal	1º ciclo	2º/3º ciclos	secundário	universitário	
1ª fase	Psiquiatria							
	Sim	N	23	40	35	18	26	142
		Res.ajustados	-,4	-2,2	-,4	1,3	3,3	
	Não	N	83	180	123	42	40	468
		Res.ajustados	,4	2,2	,4	-1,3	-3,3	
Total	N	106	220	158	60	66	610	

Os resultados obtidos na 1ª fase entre a escolaridade das mães e a escolha das áreas da saúde apenas se revelaram significativos nas preferências pela área da Psiquiatria. Assim, os sujeitos com mães de escolaridade superior (universitária) escolhem a Psiquiatria ($\chi^2=14.57$; gl=4; p=.006) (cf. Quadro 68).

Sector de actividade profissional dos pais

Quadro 69. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por sector de actividade profissional das mães (1ª fase)

Fases do estudo longitudinal	Escolha das áreas da saúde		Sector de actividade profissional das mães				Total
			s/ actividade	primário	secundário	terciário	
1ª fase	Medicina						
	Sim	N	71	6	88	53	218
		Res.ajustados	-2,3	,8	3,1	-1,0	
	Não	N	168	7	112	111	398
		Res.ajustados	2,3	-,8	-3,1	1,0	
	Total	N	239	13	200	164	616
	Psiquiatria		s/ actividade	primário	secundário	terciário	Total
	Sim	N	41	3	50	50	144
		Res.ajustados	-2,9	,0	,7	2,5	
	Não	N	198	10	150	114	472
Res.ajustados		2,9	,0	-,7	-2,5		
Total	N	239	13	200	164	616	

Os resultados obtidos na 1ª fase entre o sector de actividade profissional das mães e a escolha das áreas da saúde apenas se revelaram significativos nas

preferências pelas áreas da Medicina e da Psiquiatria. Assim, os sujeitos com mães a trabalhar no sector secundário escolhem a área da Medicina ($\chi^2=11.19$; $gl=3$; $p=.011$) e os alunos com mães a trabalhar no sector terciário escolhem a área de Psiquiatria ($\chi^2=10.09$; $gl=3$; $p=.018$). Não encontramos resultados significativos nas 2ª e 3ª fases do estudo, nem obtivemos resultados a assinalar com a situação profissional dos pais (cf. Quadro 69).

Região de residência dos pais

Os resultados obtidos na 1ª fase entre a região de residência dos pais e a escolha das áreas da saúde apenas se revelaram significativos nas preferências pelas áreas da Medicina, da Psiquiatria e da Cirurgia. Assim, os sujeitos oriundos da região Sul escolhem a área da Medicina ($\chi^2=8.45$; $gl=3$; $p=.037$), os alunos da região Centro escolhem a área de Psiquiatria ($\chi^2=10.25$; $gl=3$; $p=.017$) e os alunos da região Centro escolhe, Cirurgia ($\chi^2=8.22$; $gl=3$; $p=.042$). Não se encontraram resultados significativos nas 2ª e 3ª fases do estudo.

Quadro 70. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por região de residência dos pais e fases do estudo longitudinal

Fases do estudo longitudinal	Escolha das áreas da saúde		Região de residência dos pais				
1ª fase	Medicina		Norte	Centro	Sul	Outros	Total
	Sim	N	99	52	60	7	218
		Res.ajustados	,4	-2,0	2,3	-1,2	
	Não	N	173	125	77	21	396
		Res.ajustados	-,4	2,0	-2,3	1,2	
	Total	N	272	177	137	28	614
	Psiquiatria		Norte	Centro	Sul	Outros	Total
	Sim	N	59	56	24	5	144
		Res.ajustados	-,9	3,0	-1,9	-,7	
	Não	N	213	121	113	23	470
		Res.ajustados	,9	-3,0	1,9	,7	
	Total	N	272	177	137	28	614
	Cirurgia		Norte	Centro	Sul	Outros	Total
	Sim	N	186	98	85	16	385
		Res.ajustados	2,6	-2,4	-,2	-,6	
	Não	N	86	79	52	12	229
		Res.ajustados	-2,6	2,4	,2	,6	
	Total	N	272	177	137	28	614

Quadro 70. Análise transversal da escolha das áreas da saúde, por região de residência dos pais e fases do estudo longitudinal (cont.)

	Saúde pública		Norte	Centro	Sul	Outros	Total
	2ª fase	Sim	N	25	35	13	1
Res.ajustados			-1,5	2,9	-1,0	-1,1	
Não		N	163	113	86	15	377
		Res.ajustados	1,5	-2,9	1,0	1,1	
Total		N	188	148	99	16	451
Medicina		Norte	Centro	Sul	Outros	Total	
Sim		N	72	34	48	8	162
		Res.ajustados	,9	-4,0	2,9	1,2	
Não		N	116	114	51	8	289
		Res.ajustados	-,9	4,0	-2,9	-1,2	
Total		N	188	148	99	16	451
Cirurgia		Norte	Centro	Sul	Outros	Total	
Sim	N	102	73	39	3	217	
	Res.ajustados	2,2	,4	-2,0	-2,4		
Não	N	86	75	60	13	234	
	Res.ajustados	-2,2	-,4	2,0	2,4		
Total	N	188	148	99	16	451	
Medicina		Norte	Centro	Sul	Outros	Total	
3ª fase	Sim	N	26	7	20	3	56
		Res.ajustados	-,4	-2,2	2,6	,3	
Não	N	196	103	80	18	397	
	Res.ajustados	,4	2,2	-2,6	-,3		
Total	N	222	110	100	21	453	

Na 2ª fase do estudo verificamos que os alunos da região Centro escolhem mais a área da Saúde Pública ($\chi^2=8.96$; gl=3; p=.030), que os alunos da região Sul escolhem a área da Medicina ($\chi^2=19.40$; gl=3; p=.000) e que os alunos da região Norte escolhem mais a área da Cirurgia ($\chi^2=11.46$; gl=3; p=.009) (cf. Quadro 70 cont.).

Na 3ª fase verificamos que os alunos da região Sul escolhem mais a área da Medicina ($\chi^2=9.19$; gl=3; p=.027) (cf. Quadro 70 cont.).

Pais com profissões ligadas à área da enfermagem/saúde

Os resultados obtidos com a variável – pais com profissões ligadas à área da enfermagem/saúde – e a escolha das áreas da saúde não se revelaram estatisticamente significativos em todas as fases de desenvolvimento do estudo longitudinal.

Análise longitudinal das razões de escolha da profissão de enfermagem

Verificaram-se resultados significativos entre a escolha da área da Urgência para as duas primeiras fases os quais significam que quem escolhe esta área na 1ª fase também a escolhe na 2ª fase (Coeficiente de contingência $C=.220$; $N=336$; $p=.000$). Não se verificaram resultados significativos entre as 2ª e 3ª fase para este cruzamento.

Para área da Materno-Infantil encontramos resultados semelhantes, ou seja, quanto mais os sujeitos escolhem esta área na 1ª fase mais a escolhem na 2ª fase (Coeficiente de contingência $C=.238$; $N=336$; $p=.000$). Não se verificaram resultados significativos entre as 2ª e 3ª fase para este cruzamento.

Para área da Saúde Pública encontramos resultados semelhantes, ou seja, quanto mais os sujeitos escolhem esta área na 1ª fase mais a escolhem na 2ª fase (Coeficiente de contingência $C=.210$; $N=336$; $p=.000$). Não se verificaram resultados significativos entre as 2ª e 3ª fase para este cruzamento.

Para área da Psiquiatria encontramos resultados semelhantes, ou seja, quanto mais os sujeitos escolhem esta área na 1ª fase mais a escolhem na 2ª fase (Coeficiente de contingência $C=.172$; $N=336$; $p=.001$). Não se verificaram resultados significativos entre as 2ª e 3ª fase para este cruzamento.

Para área da Cirurgia encontramos resultados semelhantes, ou seja, quanto mais os sujeitos escolhem esta área na 1ª fase mais a escolhem na 2ª fase (Coeficiente de contingência $C=.131$; $N=336$; $p=.015$). Não se verificaram resultados significativos entre as 2ª e 3ª fase para este cruzamento.

Não se verificaram resultados estatisticamente significativos no que toca às áreas da Saúde Comunitária, da Medicina e da Oncologia.

CAP VI.8 Comparação entre bacharéis e licenciados em Enfermagem

VI.8.1 Caracterização da amostra dos licenciados

A caracterização da amostra dos licenciados foi feita, tal como na amostra dos bacharéis, segundo catorze parâmetros, designadamente, a distribuição por escolas de enfermagem onde foram inquiridos, sexo dos sujeitos, idade, região de nascimento, estado civil, região de frequência do ensino secundário, local de

residência dos pais, escolaridade dos pais, sector de actividade profissional dos pais, tipologia de família, idade dos pais, número de filhos dependentes, dimensão e rendimento mensal do agregado familiar.

A amostra foi recolhida em cinco escolas de enfermagem distribuídas por três pontos geográficos do país e os resultados apresentados em função do agrupamento geográfico (Lisboa, Coimbra e Porto) a que foram sujeitos. A proporção de inquiridos em cada uma das escolas é o que se apresenta no Quadro 71. Como podemos observar as escolas *Bissaya Barreto* em Coimbra e *São João* no Porto são aquelas onde se contou com maior percentagem de inquiridos.

Quadro 71. Distribuição da amostra, por escola

	Escolas de inquirição	N	%
Escolas de Coimbra	Esc. Enf. Bissaya Barreto	128	43,1
	Esc. Enf. Calouste Gulbenkian	22	7,4
Escolas de Lisboa	Esc. Enf. Francisco Gentil	32	10,8
	Esc. Enf. Cidade do Porto	28	9,4
Escolas do Porto	Esc. Enf. S. João	87	29,3
	Total	297	100,0

Relativamente à distribuição da amostra por sexo, e como os valores do Quadro 72 indicam, esta é sobretudo feminina (80.5%) contrastando com apenas 19.5% de sujeitos do sexo masculino.

Quadro 72. Distribuição da amostra, por sexo

Sexo dos inquiridos	N	%
Masculino	58	19,5
Feminino	239	80,5
Total	297	100,0

Relativamente à distribuição por idade dos inquiridos, verificamos que estes têm em média, 22.5 anos, a idade mínima é de 20 anos e a máxima de 36 anos (cf. Quadro 73).

Quadro 73. Distribuição da amostra, por idade

Idade dos inquiridos	N	Id. mínima	Id. máxima	Média	Desvio-Padrão
	290	20	36	22,49	1,579

Como podemos observar através dos valores do Quadro 74, a maior parte da amostra inquirida provém da região Litoral Centro (43.1%), seguida da região Litoral Norte (42.1%).

Quadro 74. Distribuição da amostra, por local de nascimento

Local de nascimento		N	%
Região Norte	Interior Norte	6	2,0
	Litoral Norte	125	42,1
Região Centro	Interior Centro	8	2,7
	Litoral Centro	128	43,1
Região Sul	Interior Sul	1	,3
	Litoral Sul	6	2,0
Outras regiões	Palops	2	,7
	Ilhas	9	3,0
	Fora de Portugal	12	4,0
Total		297	100,0

No que se refere ao estado civil a grande maioria dos sujeitos inquiridos é solteira (N=296; 97.0%), havendo apenas um percentual residual de casados (N=8; 2.7%) e de divorciados (N=1; 0.3%). Considerando a pouca variabilidade desta característica sócio-demográfica não apresentamos informação detalhada.

Quadro 75. Distribuição da amostra, por local de frequência do ensino secundário

Local de frequência do ensino secundário		N	%
Região Norte	Interior Norte	7	2,4
	Litoral Norte	130	43,9
Região Centro	Interior Centro	7	2,4
	Litoral Centro	134	45,3
Região Sul	Interior Sul	1	,3
	Litoral Sul	6	2,0
Outras regiões	Palops	1	,3
	Ilhas	7	2,4
	Fora de Portugal	3	1,0
Total		296	100,0

No que se refere à região onde frequentaram o ensino secundário (cf. Quadro 75), a maior percentagem recai sobre a região Litoral Centro (45.3%), seguida da região Litoral Norte (43.9%).

Quadro 76. Distribuição da amostra, por local de residência dos pais

Residência dos pais		N	%
Região Norte	Interior Norte	7	2,4
	Litoral Norte	130	43,9
Região Centro	Interior Centro	7	2,4
	Litoral Centro	133	44,9
Região Sul	Interior Sul	1	,3
	Litoral Sul	7	2,4
Outras regiões	Palops	1	,3
	Ilhas	9	3,0
	Fora de Portugal	1	,3
Total		296	

Tal como acontecia em relação à variável anterior, o local de residência dos pais recai sobre a região Litoral Centro (44.9%), seguida da região Litoral Norte (43.9%) (cf. Quadro 76).

Quadro 77. Distribuição da amostra, por escolaridade dos pais

Escolaridade dos pais		Mãe		Pai	
		N	%	N	%
Sem escolaridade formal	S/ escolaridade	3	1,0	1	,3
	Freq. 1º ciclo	29	9,9	30	10,5
1º ciclo	1º ciclo	108	36,7	111	38,7
2º/3º ciclos	2º ciclo	35	11,9	21	7,3
	3º ciclo	39	13,3	51	17,8
Secundário	Ens. Secundário	45	15,3	44	15,3
Universitário/pré-universitário	Bacharelato	11	3,7	13	4,5
	Licenciatura	19	6,5	11	3,8
	Mestrado	5	1,7	5	1,7
Total		294	100,0	287	100,0

No que toca à escolaridade da mãe os dados indicam que a grande maioria possui o 1º ciclo de escolaridade (36.7%), seguida do ensino secundário (15.3%) e do 3º ciclo (13.3%). No que se refere aos pais verificamos uma distribuição semelhante, ou seja, o nível de escolaridade que possuem na grande maioria é o 1º ciclo (38.7%), seguido do 3º ciclo (17.8%), e do ensino secundário (15.3%) (cf. Quadro 77).

Para além do anteriormente referido verificamos, a partir dos dados atrás apresentados, que a *baixa escolaridade* é um elemento socio-demográfico importante na caracterização da amostra recolhida neste estudo.

Quadro 78. Distribuição da amostra, por sector de actividade dos pais

Sector de actividade dos pais	Mãe		Pai	
	N	%	N	%
Sector primário	11	3,8	12	4,3
Sector secundário	81	27,9	76	27,0
Sector terciário	67	23,1	85	30,2
Sem actividade	131	45,2	108	38,4
Total	290	100,0	281	100,0

Relativamente aos sectores de actividade profissional dos progenitores, e segundo os dados do Quadro 78, verificamos que as mães são maioritariamente domésticas/sem actividade profissional (45.2%) e das que trabalham 27.9% fá-lo no sector secundário e 23.1% no sector terciário. No que se refere aos pais encontramos uma distribuição semelhante, ou seja, 38,4% encontra-se sem actividade, existindo também uma percentagem significativa de trabalhadores do sector terciário (30.2%), e do sector secundário (27%).

Quadro 79. Estatística descritiva da idade dos pais, dimensão média do agregado familiar e número de filhos dependentes

	N	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade do pai	282	33	79	51,88	6,046
Idade da mãe	291	28	68	48,86	5,408
Dimensão do agregado familiar	297	1	8	3,82	1,053
Número de filhos a cargo	295	0	5	1,71	,803

Relativamente à idade média dos pais (cf. Quadro 79), verificamos que as mães possuem uma idade média de 48.86 anos, enquanto que os pais são, em média, três anos mais velhos, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($t_{276} = 11.67$; $p < .000$). A dimensão média do agregado familiar é de 3.82, ou seja, cerca de 4 pessoas por agregado, enquanto que o número médio de filhos a cargo é de 1.71.

Segundo os dados apresentados no Quadro 80, o tipo de família mais frequente é "casal com filhos solteiros", ou seja, famílias nucleares com filhos (68.4%), seguido das famílias monoparentais com filhos solteiros (14.8%) e das famílias nucleares com filhos e outras pessoas (8.1%).

Quadro 80. Distribuição da tipologia da família

Tipologia da família		N	%
Nucleares	Casal sem filhos	1	,3
	Casal com filhos solteiros	203	68,4
Monoparentais	Pai ou mãe com filhos solteiros	44	14,8
	Pai ou mãe com filhos solteiros e outras pessoas	9	3,0
Outra tipologia	Casal sem filhos e outras pessoas	2	,7
	Casal com filhos solteiros e outras pessoas	24	8,1
	Mais do que um casal	5	1,7
	Outra	9	3,0
Total		297	100,0

A última variável de caracterização socio-demográfica da amostra diz respeito ao rendimento mensal do agregado (cf. Quadro 81). Como podemos observar, 22.5% das famílias auferem um rendimento mensal entre os 650 e os 945 euros (médio rendimento), seguidas do escalão que se situa entre os 350 e os 645 euros (18.9%) (baixo rendimento). É ainda de registar que 17.9% dos sujeitos refere que o seu agregado doméstico auferem de um rendimento mensal que se situa entre os 1250 e os 1845 euros, sendo os valores mais baixos os que se situam nos escalões de mais de 2945 euros, entre 1845 e 2945 euros, e menos de 350 euros, respectivamente. Face aos dados expostos, verificamos que a maioria das famílias auferem de um rendimento mensal médio.

Quadro 81. Rendimento mensal do agregado familiar

Rendimento mensal do agregado		N	%
Baixo rendimento	Menos de 350 Euros	14	5,0
	350 - 645 Euros	53	18,9
Médio rendimento	650 - 945 Euros	63	22,5
	950 - 1245 Euros	48	17,1
	1250 - 1845 Euros	50	17,9
Elevado rendimento	1845 - 2945 Euros	25	8,9
	Mais de 2945 Euros	27	9,6
Total		280	100,0

Síntese

Caracterização socio-demográfica:

- Amostra predominantemente feminina;
- Idade média de 22.49 anos;
- Origem Litoral (Centro e Norte) quer em relação à residência dos pais, ao local/região de nascimento e ao local/região de frequência do ensino secundário;
- Escolaridade baixa (pai e mãe) (1º ciclo);
- Predomínio da não actividade profissional no pai e mãe doméstica;
- Pais significativamente mais velhos 3 anos do que as mães;
- Tipologias de família predominantes: nuclear e (casal com filhos solteiros);
- Dimensão média do agregado familiar de 4 elementos com 2 filhos, em média;
- Rendimento familiar médio baixo.

VI.8.2 Relação de Proximidade com a Profissão de Enfermagem

Pais, familiares e amigos com profissões ligadas à área da saúde/enfermagem

Os resultados referentes à existência de pais (pai e/ou mãe) com profissões ligadas à área da saúde indicam que a grande maioria destes (88.4%) não desenvolvem a sua actividade profissional neste ramo de actividade (cf. Quadro 82).

Quadro 82. Pais com profissões ligadas à área da saúde

Pais com profissões ligadas à área da saúde	N	%
Sim	31	11,6
Não	237	88,4
Total	268	100,0

Os resultados respeitantes a uma questão semelhante à anterior - familiares e amigos que frequentam ou frequentaram o curso de enfermagem - indicam que 26.9% dos inquiridos afirma ter familiares que frequentam ou frequentaram o curso de enfermagem, enquanto que esta percentagem sobe consideravelmente quando se trata dos amigos (65.3%) (cf. Quadro 83).

Quadro 83. Familiares e/ou amigos que frequentam e/ou possuem o curso de enfermagem

Familiars e/ou amigos frequentam/possuem curso de enfermagem	N	%
Familiars	80	26,9
Amigos	194	65,3
Sem familiares e/ou amigos	23	7,7
Total	297	100,0

Relativamente à influência de terceiros na escolha do curso de enfermagem, e como podemos observar através dos dados que constam do Quadro 84, a grande maioria dos inquiridos diz não ter existido influência de familiares, amigos e outros (77.4%) seguindo-se 17.5% dos sujeitos que reconhecem a influência de familiares e/ou amigos na escolha do curso.

Quadro 84. Influências na escolha do curso de enfermagem

Influências na escolha do curso de enfermagem	N	%
Influência de familiares e/ou amigos na escolha do curso	52	17,5
Outras influências na escolha do curso	15	5,1
Sem influências de familiares, amigos e outros	230	77,4
Total	297	100,0

A partir das variáveis que acabámos de descrever foi criada uma variável síntese com dois níveis: 1. com proximidade à profissão de enfermagem e 2. sem proximidade à profissão de enfermagem. O primeiro deste nível foi conseguido a partir das respostas afirmativas às questões - Pais com profissões ligadas à área da saúde - e - Familiares e/ou amigos que frequentam e/ou possuem o curso de enfermagem e o segundo a partir de respostas negativas às questões consideradas. O Quadro 85 apresenta a configuração desta nova variável, que integrará as análises posteriores.

Quadro 85. Proximidade à profissão de enfermagem

Proximidade à profissão de enfermagem	N	%
Com proximidade à profissão de enfermagem	207	69,9
Sem proximidade à profissão de enfermagem	89	30,1
Total	296	100,0

Como se pode observar cerca de 69.9% dos sujeitos apresenta proximidade com a profissão de enfermagem, contrastando com os 30.1% que não refere essa mesma proximidade (cf. Quadro 85).

Formas de influência de pais, amigos, familiares e outras pessoas

Relativamente às formas de influência, ou seja, aos conteúdos inerentes a essa influência, verificamos que, no caso dos familiares e amigos, a informação e esclarecimento reúne 32% das respostas, seguida da “saída profissional”, ou seja, assegurar a inserção rápida no mercado de trabalho com 14% e o aconselhamento, gosto pela área e incentivo com 10% do total de respostas (cf. Quadro 86).

Quadro 86. Contextos de influência de familiares, amigos e outras pessoas na escolha do curso de enfermagem

Contextos de influência de familiares e amigos	N	%	Contextos de influência de outras pessoas	N	%
Aconselhamento	5	10,0	Aconselhamento	7	3,0
Características da profissão	2	4,0	Ajuda ao próximo/útil à sociedade	56	24,0
Características do curso	1	2,0	Alternativa à medicina	13	5,6
Contactos com a área da saúde	4	8,0	Aptidão	24	10,3
Espírito de ajuda	1	2,0	Área da saúde	28	12,0
Exemplos e experiências	1	2,0	Boa remuneração	2	,9
Familiares e amigos na área da saúde	1	2,0	Características da profissão	12	5,2
Gosto pela área	5	10,0	Características do curso	14	6,0
Incentivo	5	10,0	Componente prática	2	,9
Influência na escolha da escola	2	4,0	Conhecimento da profissão e da área da saúde	22	9,4
Informação e esclarecimento	16	32,0	Contacto humano	10	4,3
Saída profissional	7	14,0	Dignificação da profissão	4	1,7
Testemunho profissional, pessoal e sobre o curso	1	2,0	Experiência directa ou indirecta com a doença	7	3,0
Total de respostas	50	100,0	Familiar na área da saúde	9	3,9
			Informação	6	2,6
			Localização da escola	1	,4
			Saída profissional	38	16,3
			Sonho próprio ou familiar	14	6,0
			Total de respostas	233	100,0

Ainda sobre este tema, mas agora no caso dos contextos de influência de outras pessoas, verificamos que a ajuda ao próximo/útil à sociedade (24%) é a principal influência na escolha, seguida da “saída profissional” (16.3%) (cf. Quadro 86).

Recurso aos serviços de enfermagem

Segundo os dados do Quadro 87, que se referem ao actual recurso, por parte dos inquiridos, aos serviços de enfermagem, verificamos que mais de metade destes não referem recorrer a esses serviços (77.7%).

Quadro 87. Recurso habitual aos serviços de enfermagem

Recurso aos serviços de enfermagem	N	%
Sim	66	22,3
Não	230	77,7
Total	296	100,0

No entanto, e agora centrando-nos nos que afirmam ter recorrido aos serviços de enfermagem, verificamos que mais de metade afirma ter recorrido a estes serviços na lógica preventiva e curativa em contexto de actos específicos de enfermagem, ou seja, 44.7% para vacinação (dimensão preventiva), 27.3% para tratamentos/injecções (dimensão curativa) (cf. Quadro 88).

Quadro 88. Razões de recurso aos serviços de enfermagem

Razões porque recorrem aos serviços de enfermagem		N	%
Dimensão Preventiva	Aconselhamento/orientação	23	8,7
	Análises/exames médicos	4	1,5
	Vacinação	118	44,7
	Vigilância/prevenção	13	4,9
	Consultas/consultas de rotina	10	3,8
Dimensão Curativa	Curativos	1	,4
	Urgência/emergência	7	2,7
	Doença/problemas de saúde	7	2,7
	Tratamentos/injecções	72	27,3
	Acidentes/pequenos acidentes	6	2,3
	Outro	3	1,1
	Total	201	76,1

Recordação dos serviços de enfermagem

Sobre as recordações que os sujeitos têm dos serviços de enfermagem, os resultados indicam que 60.9% dos sujeitos possuem uma recordação agradável e razoável, ou seja, positiva destes serviços, seguida de 27% de recordações negativas e por fim 12.1% sem recordação específica/neutra (cf. Quadro 89).

Quadro 89. Recordação dos serviços de enfermagem

Recordação dos serviços de enfermagem	N	%
Negativa	56	27,1
Neutra	25	12,1
Positiva	126	60,9
Total	207	100,0

Síntese

Relação de proximidade com a profissão de enfermagem:

- Não reconhecemos a influência na escolha do curso;
- Na contextualização da influência verifica-se a predominância da influência dos amigos e/ou familiares nessa escolha;
- Carácter informativo como a forma de influência mais marcada
- Como outros conteúdos de influência destacam-se: ajuda ao próximo e/ou utilidade social, inserção no mundo do trabalho e ainda a relação com a área da saúde;
- A maioria dos inquiridos não recorre aos serviços de enfermagem;
- No recurso aos serviços de enfermagem predomina a dimensão preventiva (vacinação) mas no contexto biomédico;
- As recordações positivas dos serviços de enfermagem são as que predominam

VI.8.3 Caracterização da Profissão de Enfermagem

Instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a sua função

Relativamente às instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a sua função a mais referida dentro da dimensão *curativa* é a clínica (14%). Na dimensão *preventiva* predomina o centro de saúde (22.4%) seguido do desporto e reabilitação (13.5%) e, finalmente, na dimensão de *apoio social* predominam as ONG's (23%) (cf. Quadro 90).

Quadro 90. Instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a profissão

Instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a profissão		N	%
Curativas	Hospital	10	,8
	Clínica	168	14,0
Preventivas	Laboratórios	9	,8
	INEM	1	,1
	Centro de saúde	268	22,4
	Desporto e reabilitação	162	13,5
	Empresas	130	10,9
	Escola	21	1,8
Apoio social	ONG's	275	23,0
	IPSS	24	2,0
	Cruz Vermelha	125	10,4
	Comunitária	4	,3
Total		284	100,0

Significados associados à profissão de enfermagem

Os significados associados à profissão de enfermagem foram agrupados em torno de três dimensões conforme se apresenta no Quadro 91. Como podemos observar as dimensões mais relevantes são a actuação no indivíduo-global e a das necessidades individuais, que além de serem percentualmente mais referidas são também as que mantêm ou aumentam o número de respostas nos restantes momentos de avaliação.

Quadro 91. Os significados associados à profissão de enfermagem

Ser enfermeiro é...		N	%
Actuação no indivíduo global	Ajudar os indivíduos a cuidarem de si próprios	214	12,2
	Cuidar do doente como um todo bio-psico-social	256	14,6
	Contribuir para a melhoria da qualidade de vida	250	14,3
Bio-médico	Assistir o médico	35	2,0
	Trabalhar no hospital	20	1,1
	Executar os cuidados prescritos pelos médicos	54	3,1
Actuação nas necessidades individuais	Ajudar os indivíduos de qualquer idade	212	12,1
	Ajudar o indivíduo a alcançar, manter e restabelecer a saúde	244	14,0
	Prestar cuidados ao indivíduo são ou doente	236	13,5
	Assistir o indivíduo são ou doente na realização de actividades	228	13,0
Total		296	100,0

Competências necessárias ao desempenho da profissão

Conforme os dados resultantes da análise de conteúdo (cf. Quadro 92) e agrupados em três dimensões, segundo a classificação das competências, a saber: competências genéricas, *soft skills* e competências de 3ª dimensão.

Quadro 92. Tipo de competências no desempenho da profissão de enfermagem

Soft skills	N	%	Competências de 3ª dimensão	N	%	Competências genéricas	N	%
Vocação	9	2,3	Ética	10	2,4	Imparcialidade	0	,0
Paciência	20	5,2	Alegria	1	,2	Perseverança	18	7,4
Compreensão	35	9,1	Frieza	0	,0	Integridade	3	1,2
Comunicação	60	15,6	Paixão	1	,2	Honestidade	14	5,8
Espírito de equipa	23	6,0	Ser amigo	6	1,4	Compaixão	3	1,2
Educação	24	6,2	Ser atencioso	31	7,4	Caridade	2	,8
Interesse	26	6,8	Simpatia	71	16,9	Dar valor à vida	1	,4
Responsabilidade	70	18,2	Disponibilidade	45	10,7	Altruísmo	45	18,5
Empenho	19	4,9	Respeito	39	9,3	Humanidade	26	10,7
Autonomia	16	4,2	Sensibilidade	11	2,6	Humildade	27	11,1
Destreza	15	3,9	Maturidade	1	,2	Capacidade de entrega	31	12,8
Ser observador	20	5,2	Boa formação	0	0,0	Solidário	9	3,7
Versatilidade	19	4,9	Pontualidade	1	,2	Aptidão	2	,8
Espírito crítico	25	6,5	Profissionalismo	84	20,0	Cuidado	6	2,5
Curiosidade	4	1,0	Sabedoria	70	16,6	Dinamismo	20	8,2
Total de respostas	385	100,0	Saber, saber ser, saber fazer	17	4,0	Força de vontade	12	4,9
			Coerência	30	7,1	Ser trabalhador	7	2,9
			Ser realista	0	0,0	Robustez	1	,4
			Capacidade de adaptação	3	,7	Coragem	2	,8
			Total de respostas	421	100,0	Firmeza	2	,8
						Confiança	12	4,9
						Total de respostas	243	100,0

Quanto às *soft skills*, os inquiridos destacam a responsabilidade (18.2%) e a comunicação (15.6%).

Para as competências genéricas, as qualidades mais salientadas são o altruísmo (18.5%), a capacidade de entrega (12.8%), a humildade (11.1%) e a humanidade (10,7%).

Nas competências de 3ª dimensão salientam-se o profissionalismo com

20% de indicações, seguido da simpatia com 16.9% e da sabedoria com 16.6%. (cf. Quadro 92).

Enfermagem como vocação

Quadro 93. Razões apontadas para a justificação da profissão de enfermagem ser uma vocação

Razões inerentes à vocação	N	%
Ajudar	136	79,5
Conhecimento da profissão/características da profissão	21	12,3
Perspectivas profissionais	3	1,8
Área saúde	0	0,0
Aprendizagem e adaptação	7	4,1
Outro	4	2,3
Total	171	100,0

Quando inquirimos os sujeitos sobre se consideravam a enfermagem uma vocação, a grande maioria deles responde afirmativamente (N=180; 63.8%), enquanto que 34,4% (N=97) afirma que a enfermagem não constitui uma vocação e 1.8% está indeciso sobre a resposta a dar a esta questão (N=5). As respostas que se seguem dizem respeito às razões que os sujeitos referem para justificarem a resposta a opção de considerarem a enfermagem como uma vocação (cf. Quadro 93).

Razões de escolha da profissão de enfermagem

As razões apresentadas para justificar a concepção da enfermagem como uma vocação remetem para cinco categorias de resposta e uma residual. Entre estas, a categoria mais pontuada é a categoria *ajuda* (79.5%), seguida do conhecimento que a profissão implica/características da profissão (12.3%) e da categoria *aprendizagem e adaptação* (4.1%). As razões de escolha da profissão de enfermagem foram reagrupadas em torno de 4 dimensões, designadamente, a dimensão *altruísta/filantropia*, a dimensão *social*, a dimensão *individual* e a dimensão *económica* (cf. Quadro 94).

Quadro 94. Razões de escolha da profissão de enfermagem

Razões de escolha da profissão de enfermagem		N	%
Altruísta/Filantropia	Gostar de ajudar os outros	209	20,5
	Considerar uma profissão útil	174	17,1
	Preocupar-se com a saúde do cidadão	117	11,5
Influência Social	Facilitar o controlo da doença	43	4,2
	Influência de familiares ou amigos	41	4,0
	Observar a imagem do enfermeiro transmitida pelos media	10	1,0
Individual	Sentir-se atraído pela profissão	184	18,1
	Não conseguir entrar no curso de medicina	14	1,4
	Não conseguir entrar em outros cursos	57	5,6
Económica	Facilitar a entrada no mundo do trabalho	116	11,4
	Residir na área de implantação da escola de enfermagem	10	1,0
	Ter remuneração mensal acima da média	21	2,0
	Outras razões	22	2,2
	Total	295	100,0

A análise intra-dimensão indica que relativamente à *altruísta*, o item *gostar de ajudar os outros* é o mais referenciado (20.5%). No que se refere à dimensão *individual* é o item *sentir-se atraído pela profissão* que adquire maior expressão (18.1%). Na dimensão *económica* salienta-se o item *facilitar a entrada no mundo do trabalho* (11.4%) (cf. Quadro 94).

Opção entre os cursos de enfermagem e medicina

Quadro 95. Opção entre os cursos de enfermagem e medicina

Opção entre enfermagem e medicina	N	%
Enfermagem	227	78,0
Medicina	64	22,0
Total	291	100,0

Quando confrontados com a opção entre o curso de Enfermagem e o curso de Medicina, os sujeitos referem, na maioria dos casos, a sua clara preferência/opção pelo curso de Enfermagem (78.0%) (cf. Quadro 95).

Quadro 96. Razões de escolha entre os cursos de enfermagem e medicina

Razões de escolha de medicina	N	%	Razões de escolha de enfermagem	N	%
Melhor imagem/prestígio	21	38,2	Apesar de ter uma pior imagem	0	0,0
Mais interesse/participação	11	20,0	Mais interesse; mais útil	30	14,8
Vocação	6	10,9	Vocação	13	6,4
Ajuda	0	0,0	Ajuda	1	,5
Conhecimento da profissão/curso	3	5,5	Conhecimento da profissão/curso	9	4,4
Perspectivas profissionais	6	10,9	Perspectivas profissionais	12	5,9
Mais poder	2	3,6	Menos responsabilidade	0	0,0
Contacto humano	0	0,0	Contacto humano	112	55,2
Outro	6	10,9	Outra razão	26	12,8
Total	55	100,0	Total	203	100,0

Sobre as razões subjacentes à escolha de um curso ou outro apresentamos informação detalhada no Quadro 96. Assim, verificamos que entre as razões subjacentes à opção por Medicina se salientam os itens *melhor imagem/prestígio* (38.2%), seguido do item *mais interesse/participação* (20.0%). Já em relação à escolha do curso de Enfermagem é evidente o *contacto humano* (55.2%) como o item que mais contribuiu para a decisão da escolha do curso, seguido do item *mais interesse/mais útil* (14.8%).

Quadro 97. Razões da aceitação do curso de enfermagem pela família

Razões do agrado da família na escolha do curso	N	%
Admiração pela profissão	29	26,4
Alternativa à medicina	0	0,0
Aptidão	0	0,0
Área da saúde	18	16,4
Ter boa remuneração	1	0,91
Características/Imagem da profissão	12	10,9
Características do curso	0	0,0
Componente humana, relacional e emocional	2	1,82
Familiar na área da saúde	13	11,8
Nem todos concordam	1	0,91
Saída profissional	30	27,3
Estatuto profissional	4	3,64
Total de respostas	110	100

Quanto à questão da escolha do curso ter sido do agrado da família

verificamos que 83.4% responde afirmativamente, existindo 15.6% de respostas negativas e 1.0% de ambivalência nessa aceitação.

As razões inerentes à escolha do curso ter sido do agrado da família, podemos verificar segundo os dados apresentados no Quadro 97 que a saída profissional, com 27.3%, é a razão predominante, seguida da admiração pela profissão (26.4%).

Síntese

Características da profissão de enfermagem:

- Sobre as instituições onde podem desempenhar a profissão evidenciam-se as de natureza preventiva e de apoio social;
- Em relação à significação da profissão de enfermagem predominam “a actuação da dimensão do indivíduo global” e “das necessidades individuais” sobre a dimensão “biomédica”;
- Nas qualidades necessárias para o desempenho da profissão predominam os atributos relacionados com as competências de 3ª dimensão (profissionalismo, sabedoria, simpatia e disponibilidade); *soft skills* (responsabilidade e comunicação) e nas competências genéricas (altruísmo, capacidade de entrega, humildade e humanidade);
- A enfermagem é considerada uma profissão de vocação. A relação de ajuda e o conhecimento/características da profissão são as componentes principais quando da escolha desta profissão;
- As principais razões de escolha do curso de enfermagem provêm da dimensão de filantropia/altruísmo (gostar de ajudar os outros) e da dimensão individual (sentir-se atraído pela profissão). É de salientar – na dimensão económica – a facilitação na entrada no mercado de trabalho como mais uma das razões inerentes à escolha do curso;
- Estão subjacentes à escolha do curso de Medicina razões como melhor imagem/prestígio e mais interesse/participação. Na escolha do curso de enfermagem predomina o contacto humano;
- A escolha do curso de enfermagem é, maioritariamente, do agrado familiar devido à facilidade de inserção no mundo do trabalho e à admiração pela profissão.

VI.8.4 Acesso ao Ensino Superior

Escolha do curso de enfermagem no acesso ao ensino superior

A posição do curso de Enfermagem no acesso ao ensino superior encontra-se apresentada no Quadro 98. Como podemos observar, 76.1% dos inquiridos colocaram este curso no topo da sua escolha.

Quadro 98. Posição do curso de enfermagem no acesso ao ensino superior

Posição do curso de enfermagem	N	%
1ª escolha	220	76,1
2ª escolha	188	65,1
3ª escolha	169	58,5
4ª escolha	153	52,9
5ª escolha	146	50,5
6ª escolha	105	36,3

Síntese

Acesso ao ensino superior:

- O curso de Enfermagem surge como a primeira opção de escolha no ingresso ao ensino superior.

VI.8.5 Diploma e Mercado de Trabalho

Áreas em que gostaria de exercer a profissão de enfermagem

Quadro 99. Áreas em que gostaria de exercer a profissão de enfermagem

Áreas preferenciais para o exercício da profissão	N	%
Urgência	107	36,0
Cuidados intensivos	114	38,4
Saúde comunitária	58	19,5
Materno-infantil	119	40,1
Saúde pública	14	4,7
Medicina	100	33,7
Psiquiatria	38	12,8
Cirurgia	120	40,4
Outras áreas	130	43,8

Relativamente às áreas em que os sujeitos gostariam de exercer a

profissão de enfermagem (cf. Quadro 99), verificamos que a Cirurgia é a mais referenciada (40.4%), seguida da Materno-Infantil (40.1%), dos Cuidados Intensivos (38.4%) e, ainda, da Urgência (36.0%).

Competências necessárias ao exercício da profissão por áreas

Ao se cruzar as competências necessárias ao exercício da profissão nas dimensões atrás referidas (*soft skills*, competências de 3ª dimensão e competências genéricas) verificou-se que apenas na área da Medicina e noutras áreas se encontraram diferenças estatisticamente significativas. Assim, e como se pode observar através dos valores que contam do Quadro 100, os licenciados que optaram pela área da Medicina valorizam mais as competências de 3ª dimensão do que aqueles que não optaram por essa área. Para além disso, os alunos que não optaram por outras áreas (categoria residual) valorizam mais as *soft skills* e as competências de 3ª dimensão do que aqueles que se decidiram a exercer a profissão de enfermagem noutras áreas.

Quadro 100. Competências necessárias ao exercício da profissão nas áreas de Medicina, Geriatria e Outras Áreas

Dimensão das competências		Soft Skills			3ª dimensão		
		M	t	p	M	t	p
Medicina	Optaram	-----			1.47	2,30	.022
	Não optaram				1.15		
Outras áreas	Optaram	.67	2,84	.005	.92	1,95	.053
	Não optaram	1.16			1.31		

Síntese

Diploma e Mercado de Trabalho:

- Salienta-se a clara preferência pela área de trabalho em Materno-Infantil, bem como as áreas de Cirurgia, Cuidados Intensivos e Urgência;
- A escolha da área da Medicina implica uma maior valorização das competências de 3ª dimensão e a escolha por outras áreas significou uma menor valorização das *soft skills* e das competências de 3ª dimensão.

VI.8.6 Análise Comparativa da Relação de Proximidade com a Profissão de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados

Razões de Recurso aos Serviços de Enfermagem

Como podemos observar através dos dados que constam do Quadro 101, e no que se refere às razões de recurso aos serviços de enfermagem, verificamos a existência de diferenças tendencialmente significativas entre bacharéis e licenciados para a dimensão curativa, as quais indicam que os licenciados recorrem menos aos serviços de enfermagem segundo estas razões do que bacharéis. Já na dimensão preventiva verificamos que também os licenciados recorrem menos aos serviços de enfermagem segundo esta dimensão do que os bacharéis.

Quadro 101. Análise comparativa das Razões de Recurso aos Serviços de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados

Razões de recurso aos serviços de enfermagem	Amostras	N	Média	DP	t	p
Dimensão curativa	Bacharéis	303	,39	,55	1,85	.07
	Licenciados	297	,31	,49		
Dimensão preventiva	Bacharéis	303	,76	,61	3,89	.000
	Licenciados	297	,56	,62		

Recordações dos Serviços de Enfermagem

Quadro 102. Análise comparativa das Recordações dos Serviços de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados

Recordação dos serviços de enfermagem		Amostra		Total
		Bacharéis	Licenciados	
Negativa	N	39	56	95
	Res.ajustados	-2,1	2,1	
Neutra	N	62	25	87
	Res.ajustados	4,3	-4,3	
Positiva	N	112	126	238
	Res.ajustados	-1,7	1,7	
Total	N	213	207	420

A exploração de associações entre a valência das recordações dos serviços de enfermagem nas duas amostras produziu resultados significativos ($\chi^2=19,52$; $gl=2$; $p=.000$). Assim, e como podemos observar através dos valores que constam do Quadro 102, enquanto que os licenciados se distribuem pelas

categorias positiva e negativa (com predomínio nesta última), os bacharéis possuem maioritariamente recordações neutras dos serviços de enfermagem.

VI.8.7 Análise comparativa da Caracterização da Profissão de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados

Instituições onde o Enfermeiro pode Desempenhar a sua Função

Os resultados encontrados na análise comparativa entre bacharéis e licenciados no que se refere às instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a sua função revelaram-se significativos em duas das três dimensões consideradas, designadamente, nas instituições de tipo curativo e de apoio social.

Quadro 103. Análise comparativa das Instituições onde o Enfermeiro pode Desempenhar a sua Função entre Bacharéis e Licenciados

Instituições onde podem desempenhar a função de enfermagem	Amostra	N	Média	DP	t	p
Instituições curativas	Bacharéis	303	1,49	,79	15,13	.000
	Licenciados	297	,63	,57		
Instituições preventivas	Bacharéis	303	2,00	1,13	,61	ns
	Licenciados	297	1,95	,88		
Instituições apoio social	Bacharéis	303	,79	,75	11,07	.000
	Licenciados	297	1,44	,66		

Assim, e no que respeita às instituições de tipo curativo, verificamos que os bacharéis consideram mais que os licenciados que os enfermeiros podem desempenhar a sua função neste tipo de instituições. Nas instituições de apoio social verificamos que, e ao contrário do anterior, os licenciados consideram mais que os bacharéis que o enfermeiro pode desempenhar a sua função neste tipo de instituições (cf. Quadro 103).

Significados Associados à Profissão de Enfermagem

Os resultados obtidos na comparação entre licenciados e bacharéis no que se refere aos significados associados à profissão de enfermagem revelaram-se estatisticamente significativos em apenas uma das três dimensões – modelo biomédico. Assim, e como se pode observar através dos valores do Quadro 104, os licenciados atribuem mais importância à dimensão biomédica do que os bacharéis. Nas restantes dimensões – actuação nas necessidades e indivíduo

global – licenciados e bacharéis atribuem níveis equivalentes de importância a estas dimensões.

Quadro 104. Análise comparativa dos Significados Associados à Profissão de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados

Significados associados à profissão de enfermagem	Amostra	N	Média	DP	t	p
bio-médico	Bacharéis	303	,24	,58	2,28	.02
	Licenciados	297	,36	,72		
act necessidades	Bacharéis	303	3,04	1,38	,44	ns
	Licenciados	297	3,09	1,28		
ind global	Bacharéis	303	2,32	1,03	1,23	ns
	Licenciados	297	2,42	,90		

Competências Necessárias ao Exercício da Profissão

Quadro 105. Análise comparativa das Competências Necessárias ao Exercício da Profissão entre Bacharéis e Licenciados

Competências necessárias ao exercício da profissão	Amostra	N	Média	DP	t	p
Competências genéricas	Bacharéis	303	1,01	1,01	2,52	.01
	Licenciados	297	,81	,94		
Soft skills	Bacharéis	303	1,42	1,23	1,31	ns
	Licenciados	297	1,29	1,12		
Competências de 3ª dimensão	Bacharéis	303	1,55	1,20	1,39	ns
	Licenciados	297	1,41	1,14		

Como se pode observar através dos valores que constam do Quadro 105, e no que toca à análise comparativa das competências necessárias ao exercício da profissão de enfermagem entre Bacharéis e Licenciados, apenas nas competências genéricas é possível identificar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Assim, verificamos que os bacharéis atribuem maior importância às competências genéricas do que os licenciados, não havendo diferenças na atribuição de importância às competências de 3ª dimensão e às *soft skills*.

Razões de Escolha da Profissão de Enfermagem

Nas razões de escolha da profissão de enfermagem, e como os valores do Quadro 106 indicam, apenas na dimensão altruísta foi possível identificar diferenças entre bacharéis e licenciados.

Quadro 106. Análise comparativa das Razões de Escolha da Profissão de Enfermagem entre Bacharéis e Licenciados

Razões de escolha da profissão de enfermagem	Amostra	N	Média	DP	t	p
Dimensão económica	Bacharéis	303	,42	,65	1,25	ns
	Licenciados	297	,49	,63		
Dimensão altruísta	Bacharéis	303	1,45	1,02	2,75	.006
	Licenciados	297	1,68	1,00		
Dimensão influência social	Bacharéis	303	,25	,48	1,34	ns
	Licenciados	297	,31	,58		
Dimensão individual	Bacharéis	303	,78	,57	1,45	ns
	Licenciados	297	,85	,65		

Desta forma, a dimensão altruísta associada às razões de escolha da profissão de enfermagem é mais marcada na amostra de licenciados que nos bacharéis, não existindo, no entanto, divergência de opinião entre aqueles grupos no que se refere às dimensões económica, de influência social e individual.

Escolha das Áreas da Saúde (Mercado de Trabalho)

Os resultados obtidos para a escolha das áreas da saúde onde desejam desempenhar funções de enfermagem (cf. Quadro 107) indicam que:

Os bacharéis escolhem mais as áreas da saúde pública e pediatria do que os licenciados;

Os licenciados escolhem mais as áreas da saúde no trabalho, ortopedia, cuidados intensivos e outras áreas do que os bacharéis;

Não se verificaram diferenças entre licenciados e bacharéis no que se refere às áreas de Geriatria, Medicina, Cirurgia, Psiquiatria e Urgência.

Quadro 107. Comparação da escolha das áreas da saúde entre Bacharéis e Licenciados

Áreas da saúde	Amostra	N	Média	DP	t	p
Saúde pública	bachareis	303	,38	1,08	3,08	.002
	licenciados	297	,15	,68		
Saúde comunitária	bachareis	303	,58	1,23	,89	ns
	licenciados	297	,68	1,39		
Saúde no trabalho	bachareis	303	,10	,59	3,73	.000
	licenciados	297	,37	1,08		
Maternidade	bachareis	303	,76	1,22	1,86	ns
	licenciados	297	,56	1,31		
Pediatria	bachareis	303	1,07	1,36	3,46	.001
	licenciados	297	,69	1,29		
Geriatria	bachareis	303	,21	,77	1,47	ns
	licenciados	297	,31	,95		
Medicina	bachareis	303	,97	1,30	,02	ns
	licenciados	297	,97	1,44		
Cirurgia	bachareis	303	1,30	1,37	,64	ns
	licenciados	297	1,22	1,56		
Ortopedia	bachareis	303	,11	,61	3,24	.001
	licenciados	297	,34	1,04		
Psiquiatria	bachareis	303	,54	1,17	1,50	ns
	licenciados	297	,40	1,10		
Urgência	bachareis	303	,89	1,33	,77	ns
	licenciados	297	,97	1,37		
Cuidados intensivos	bachareis	303	,78	1,38	2,99	.003
	licenciados	297	1,14	1,54		
Outras	bachareis	303	,13	,69	4,40	.000
	licenciados	297	,51	1,32		

CAP VI.9 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS AOS PROFESSORES

Ao caracterizarmos os professores de Enfermagem entrevistados, verificamos, conforme o Quadro 108, que, como é apanágio da profissão de Enfermagem, também os professores, enfermeiros, são maioritariamente do sexo feminino, ou seja 84.2%.

Quadro 108. Distribuição dos entrevistados, por sexo

Sexo	N	%
Feminino	16	84.2
Masculino	3	15.8
Total	19	100.0

No Quadro 109 podemos verificar que quanto à idade grande parte dos entrevistados se situa na faixa etária dos 40 aos 49 anos de idade (Classe Modal), enquanto a média de idades se situa nos quarenta e sete anos. Deste modo, podemos considerar que a nossa amostra é constituída uma população em plena fase de maturidade, na medida em que a média das idades é superior aos trinta e cinco anos.

Quadro 109. Distribuição dos entrevistados, por idade

Anos	N	%
≥ 29 anos	0	0.0
30-39 anos	1	5.3
40-49 anos	13	68.4
50-59 anos	5	26.3
≤ 60 anos	0	0.0
Total	19	100.0

O Quadro 110 dá-nos a indicação da predominância do grau académico dos professores entrevistados. Neste podemos observar que 89.5% dos professores são detentores do grau de Mestre, o que revela um grande investimento por parte dos mesmos, se considerarmos a recente passagem do Ensino de Enfermagem para o Ensino Superior Politécnico, conforme referimos no capítulo III.

Salientamos ainda, apesar de não constar dos dados apresentados no Quadro 110, o facto de dois dos professores se encontrarem na fase final do Doutoramento.

Quadro 110. Distribuição dos entrevistados por grau acadêmico

Grau acadêmico	N	%
Licenciatura	2	10.5
Mestrado	17	89.5
Doutoramento	0	0.0
Total	19	100.0

Já na análise do Quadro 111, verificamos que 47,4% dos professores entrevistados têm a categoria de Professor Coordenador (categoria modal), o que de certo modo pode ser um indicador de qualidade do Ensino de Enfermagem.

Quadro 111. Distribuição dos entrevistados por categoria Profissional

Categoria	N	%
Assistente	3	15.8
Professor Adjunto	7	36.8
Professor Coordenador	9	47.4
Total	19	100.0

Quanto à antiguidade como profissionais de Enfermagem conferimos através do Quadro 112 que 31,6% dos entrevistados se situa nas classes de antiguidade «20-24 anos» e «25-29 anos» (distribuição bimodal), sendo 25,5 anos o valor médio de antiguidade na profissão, o que corrobora a constatação da fase de plena maturidade da nossa amostra.

Quadro 112. Distribuição dos entrevistados, por antiguidade na profissão de Enfermagem

Anos de Curso	N	%
≥ 9 anos	0	0.0
10-14 anos	1	5.2
15-19 anos	1	5.2
20-24 anos	6	31.6
25-29 anos	6	31.6
≤30	5	26.4
Total	19	100.0

O Quadro 113 apresenta a antiguidade dos entrevistados no Ensino de Enfermagem. Assim podemos apurar que a maior percentagem dos professores, 36,8% tem entre 10 e 19 anos de docência (categoria modal), sendo de 17.8 anos o valor médio da antiguidade na docência.

Quadro 113. Distribuição dos entrevistados, por antiguidade na docência

Anos	N	%
1-9 anos	4	21.1
10-19 anos	7	36.8
20-29 anos	5	26.3
30-39 anos	3	15.8
Total	19	100.0

Ao analisarmos as diferenças que, segundo a opinião dos professores entrevistados, existem entre os alunos que frequentaram dos cursos de Licenciatura e do Bacharel em Enfermagem verificamos no Quadro 114 que predomina o enfoque na dimensão do desenvolvimento da disciplina e a não valorização da interrelação teórica e prática. Assim, a dissemelhança situa-se nas categorias:

- Disciplina /Objecto de Enfermagem, nas unidades de registo:
 - “Maior desenvolvimento do espírito crítico – reflexivo”;
 - “Maior desenvolvimento de competências na área da investigação”;
 - “Análise dos cuidados de Enfermagem mais centrados na pessoa global”.

- Prática de Enfermagem, onde se evidencia que a maior discrepância entre os alunos dos cursos de Licenciatura e do Bacharel se verifica na unidade de registo “Mais autonomia, maturidade e responsabilidade (mais competências nas áreas de administração de cuidados)”.

Parece, deste modo, que as diferenças entre os alunos dos distintos níveis académicos, segundo a opinião dos professores, se nota, fundamentalmente, ao nível dos requisitos teóricos, ou seja, das competências *soft-skills* e de 3ª dimensão, de índole cognitiva, mesmo no que diz respeito à categoria **Prática de Enfermagem**.

Quadro 114. Classificação das diferenças entre os alunos dos cursos de Licenciatura e Bacharel em Enfermagem quanto às vertentes Teórica e Prática

Categories	Unidades de Registo	Ocorrências (N)
Disciplina /Objecto de Enfermagem	Maior desenvolvimento do espirito critico - reflexivo	8
	Maior desenvolvimento de competências na área da investigação	6
	Análise dos cuidados de Enfermagem mais centrados na pessoa global	7
	Atendem mais os aspectos da multiculturalidade	1
	Mais competências na área de intervenção familiar	3
	Subtotal	25
Prática de Enfermagem	Mais teóricos, ao contrário dos bacharéis mais ligados ao exercício da prática	2
	Mais independentes do diagnóstico médico, enquanto os bacharéis têm um "olhar biomédico"	2
	Mais autonomia, maturidade e responsabilidade (mais competências nas áreas de administração de cuidados)	9
	Subtotal	13
	Total	38

No Quadro 115, a classificação das diferenças entre os alunos dos cursos de Licenciatura e Bacharelato em Enfermagem quanto aos vectores do processo de ensino – aprendizagem, podemos verificar que, de acordo com o parecer dos professores entrevistados, são os professores que concorrem para a diferenciação entre os alunos.

Parece, assim, haver um divórcio entre teorização e a prática da disciplina, sendo indicados como os promotores de mudança nos do curso de Enfermagem, os professores e a duração do curso.

Na opinião dos professores de enfermagem os alunos não interferem na mudança do processo ensino-aprendizagem não sendo enunciadas competências de índole individual/cognitiva.

Quadro 115. Classificação das diferenças entre os alunos dos cursos de Licenciatura e Bacharelato em Enfermagem quanto aos vectores do Processo de Ensino – Aprendizagem

Categorias	Sub-categoria	Unidades de Registo	Ocorrências (N)
-	Alunos	Alunos mais competitivos (lidam mal com o insucesso)	3
		Maior capacidade reflexiva	1
		Alunos com maior facilidade na expressão oral e escrita	1
		Subtotal	5
Vectores do processo ensino-aprendizagem	Professores	A mudança está na representação dos professores enfermeiros	3
		Não houve mudanças significativas no modelo da formação	3
		Subtotal	6
	Curso	Aumento da duração do curso para mais um ano acrescenta competências na análise da concepção dos cuidados (ensino clínico)	3
		A licenciatura não estabeleceu diferenças profundas quanto inicialmente se esperava	2
		Subtotal	5
		Total	16

Ainda, na convicção dos professores entrevistados, os enfermeiros são os profissionais da área da saúde cuja prática profissional se orienta pelo paradigma da Transformação, no qual a pessoa objecto do cuidado de Enfermagem é parceira no processo do cuidar e não um fim do mesmo. Neste sentido, os cuidados de Enfermagem são dirigidos à pessoa global, ou seja, não só ao ser físico e biológico mas também ao ser na sua diversidade social e multicultural, como podemos constatar no Quadro 116.

Quadro 116. Distribuição dos significados de Enfermeiro de acordo com os Paradigmas subjacentes à disciplina de Enfermagem

Categories	Unidades de Registo	Ocorrências (N)
Paradigma da categorização (Modelo Biomédico)	Profissional de Saúde com competências do saber fazer	4
	Subtotal	4
Paradigma da integração (Modelo das Necessidades)	Prestar cuidados de saúde aos 3 níveis de prevenção (primária, secundária e terciária)	4
	Definir intervenções de saúde, executar ou delegar a execução	2
	Colaborar com outros técnicos de saúde na promoção da qualidade de vida	2
	Identificar necessidades de cuidados de saúde	2
	Conceber cuidados de Enfermagem	3
	Prestação de cuidados de saúde segundo o código deontológico da Ordem dos Enfermeiros	1
	Subtotal	14
Paradigma da Transformação (Modelo Humanista do Cuidado Multicultural)	Ajudar no processo de vida, saúde e/ou doença da pessoa enquanto actor Social	6
	Saber estar com as pessoas	9
	Prestar cuidados de saúde numa perspectiva global	4
	Intervir na família e na comunidade	3
	Estar atento ao outro	2
	Definir cuidados de saúde em parceria	1
	Ter compaixão pelos outros	1
	Desenvolver continuamente os conhecimentos sobre cuidados de saúde	9
Subtotal	35	
	Total	53

Ao analisarmos o Quadro 117 inferimos que é ilação dos professores ser necessário desenvolver, essencialmente, as Competências de 3ª dimensão e as *Soft-skills* para o bom exercício de Enfermagem. Verificamos assim que o maior número de ocorrências de unidades de registo recai nas competências consideradas de 3ª dimensão, seguidas das *Soft-skills*.

Quadro 117. Distribuição da classificação das Competências essenciais ao exercício da profissão de Enfermeiro

Categorias	Unidades de Registo	Ocorrências (N)
Competências genéricas	Saber estar (Ser) e escutar respeitando o outro(Preocupação e solicitude)	5
	Espirito critico	2
	Espirito de iniciativa	1
	Formação Humana/conhecimento de si (percepção e interpercepção)	1
	Subtotal	9
Competências "Soft-skills"	Análise /avaliação dos resultados	2
	Capacidade de relação interpessoal/relação humana	10
	Capacidade de comunicar	2
	Responsabilidade	1
	Flexibilidade (abertura á mudança)	1
	Capacidade de trabalhar em equipa (grupo)	1
	Subtotal	17
Competências de 3ª dimensão	Prática profissional ética e legal	10
	Capacidade de decisão na intervenção em Enfermagem	8
	Capacidade de auto formação	5
	Desenvolvimento profissional	2
	Capacidade de identificar o âmbito da intervenção em Enfermagem (diagnóstico de enfermagem)	3
	Honestidade	1
	Sensibilidade	1
	Humildade	1
	Aceitação do outro	1
	Subtotal	32
	Total	58

Assim, podemos conferir que entre as competências de 3ª dimensão são mencionadas com maior frequência as seguintes unidades de registo:

- Prática profissional ética e legal;
- Capacidade de decisão na intervenção em Enfermagem;
- Capacidade de auto formação.

Também nas competências *Soft-skills* é de salientar a importância dada à "Capacidade de relação interpessoal/relação humana", unidade de registo que se salienta pela frequência das enunciações.

CAPÍTULO VII. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como referimos em capítulos anteriores (Capítulo VI) o estudo que desenvolvemos tem como intenção verificar se os alunos de enfermagem alteram a representação social do enfermeiro com a frequência do curso. Para o que seleccionámos como nossa população alvo/universo os alunos que iniciaram o curso de enfermagem em Outubro de 1998, ano lectivo 1998/1999 (Capítulo VI), e, ainda, os alunos que terminaram o curso de licenciatura em enfermagem no ano lectivo 2003/2004 (Capítulo VI).

Também, como forma de melhor conhecer o contexto da formação em enfermagem, entrevistamos professores das Escolas Superiores de Enfermagem donde são originários os alunos que constituem as amostras dos nossos dois estudos, estudo longitudinal e estudo do tipo comparativo (Capítulo VI).

Lembramos que os resultados foram obtidos através do estudo longitudinal realizado durante um período de três anos, e, ainda, através de um estudo do tipo comparativo, para os quais utilizamos como instrumento de recolha de dados o inquérito por questionário, que aplicámos, sempre, à mesma amostra, no estudo longitudinal (Capítulo VI), bem como à amostra seleccionada para o estudo do tipo comparativo.

Quanto ao estudo qualitativo, para o qual contámos com uma amostra retirada do Universo dos professores de enfermagem, como foi referido anteriormente, os resultados do mesmo provieram da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com base num guião que apresentamos em anexo (Anexo 6) (Capítulo VI).

Análise dos resultados obtidos no estudo longitudinal

Verificámos no final da realização do estudo, após análise e tratamento dos dados recolhidos, que a nossa amostra é predominantemente oriunda das Escolas de Enfermagem do Centro e Norte do país, mais concretamente de Coimbra e Porto (as escolas de Lisboa têm menos alunos).

Na 1ª fase de aplicação do questionário, que coincidiu com o início do curso de enfermagem, a maior parte dos sujeitos da amostra provinham das escolas do centro do país (43,2% das escolas de Coimbra). No entanto, e face ao

decréscimo do tamanho da amostra, esta situação alterou-se na 3ª fase da aplicação do questionário, na medida em que agora a maior parte dos sujeitos da amostra que continuou no estudo longitudinal procedeu da região Norte (40,1% das escolas do Porto). Podemos, igualmente, afirmar que a amostra que se manteve ao longo do estudo longitudinal é, maioritariamente, originária da região Norte.

Na verdade constatamos, ainda, haver um decréscimo de 168 sujeitos entre a 1ª fase e a 2ª fase de aplicação do questionário.

Salientamos, no entanto, o facto de na 3ª fase a amostra se manter estável, em relação à 2ª fase de aplicação do questionário.

Assim, podemos apontar como razões de diminuição da amostra inicial, tal como dissemos anteriormente, o insucesso escolar e, ainda, a não obrigatoriedade de presença às aulas teóricas.

A nossa amostra caracteriza-se pelo elevado número de elementos do sexo feminino, com valores entre 76,6% e 77,1% (1ª e 3ª fases de aplicação do questionário), mantendo-se a tendência da predominância do feminino no domínio da profissão de enfermagem.

Verificamos, também, que a população que constitui a nossa amostra é, relativamente, jovem pois à data do ingresso no curso de enfermagem a média de idades era de 18,9 anos, o que talvez possa justificar a amostra ser predominantemente “solteira”. Deste modo, consideramos o estado civil como uma variável pouco significativa para o nosso estudo.

Quanto à caracterização dos sujeitos relativamente ao local de proveniência verificamos que a maioria (38,6%, 1ª fase e 43,4%, 3ª fase) é da região Litoral Norte, situação que se mantém para as variáveis, local de residência dos pais e local de frequência do ensino secundário, com valores muito idênticos e que variam entre 42,3% (1ª fase) e 47,5% (3ª fase). O facto de existirem Escolas Superiores de Enfermagem em praticamente todas as capitais de distrito de Portugal continental pode justificar a predominância regional da nossa amostra.

Ao analisarmos os valores relativos à escolaridade dos pais verificamos que o nível de escolaridade é baixa, pois na sua grande maioria possuem o 1º ciclo de escolaridade (Cap. VII.1).

Mais de metade dos pais possuem, apenas, o 1º ciclo de escolaridade e/ou a frequência do mesmo. Como já referimos a baixa escolaridade é um elemento importante na caracterização da nossa amostra.

Quando nos deparamos com a idade dos pais cuja média de idades é 49,87 e 46,87 (pai e mãe, respectivamente) podemos aludir ao facto do nível de escolaridade ter sido influenciado pelo contexto socio-económico e político, português, vivido até à revolução de 25 de Abril de 1974.

O sector de actividade dos pais também pode estar relacionado com o nível de escolaridade. Assim verificamos que maioritariamente *as mães são domésticas* ou trabalham no sector secundário, enquanto mais de metade dos pais se dedica ao sector secundário. A situação profissional dos pais pode justificar a declaração de rendimentos mensais que se situam nos escalões de médio baixo e baixo rendimentos.

Salientamos ainda as famílias serem maioritariamente, do tipo nuclear com filhos solteiros de onde podemos inferir que o nível socio-económico dos alunos inquiridos é o da família de origem.

Deste modo, relativamente à variável “proximidade com a profissão de enfermagem” verificamos que a maioria dos pais, pai e mãe, não exercem profissões relacionadas com a área da saúde, o que, de certo modo, está relacionado com a indicação do sector de actividade profissional.

Constatámos, no entanto, que uma grande parte da nossa amostra tem amigos ou familiares que frequentam ou frequentaram o curso de enfermagem (99,7%, Cap. VII.2).

Assim, apesar da maioria dos pais não exercerem profissões relacionadas com a área da saúde, verificamos haver relação de proximidade com a profissão de enfermagem quando associamos as respostas afirmativas às questões: Pais com profissões ligadas à área da saúde e familiares e/ou amigos que frequentam ou possuem o curso de enfermagem (Cap. VII.2).

Contudo a relação de proximidade com o curso/profissão de enfermagem não é justificativa da influência na escolha do curso de enfermagem como afirma a grande maioria dos alunos. No entanto, na contextualização da influência verifica-se haver predominância da influência dos amigos e/ou familiares nessa escolha, sendo esta, essencialmente, de carácter informativo donde destacamos

a caracterização da profissão de enfermagem como: “ajuda ao próximo e/ou utilidade social”, “inserção no mundo do trabalho” e, ainda, “a relação com a área da saúde”. (Cap. VII.2)

Conforme *Perrenoud* (1995), qualquer indivíduo, é, em última instância singular e único. Isto não implica que não pertença a uma determinada família e a uma comunidade geradora do *habitus*.

Neste sentido o aluno investe no seu processo de aprender a aprender, não só de acordo com a singularidade, que lhe é peculiar, mas também, em função do processo de socialização a que está sujeito.

A relação da profissão de enfermagem com a “ajuda ao próximo/útil à sociedade” é considerada como tendo influenciado a escolha do curso em 25,3% dos inquiridos.

É de realçar que 19,1% dos inquiridos indicam como influência na escolha o facto da profissão de enfermagem estar relacionada com a área de saúde.

A “boa remuneração” é, ainda, indicada como influência na escolha da profissão de enfermagem por 17,9% dos alunos.

Quando questionados sobre a utilização dos serviços de enfermagem verificamos que mais de metade dos alunos refere não recorrer a esses serviços, na 1ª fase de aplicação do questionário. Este percentual aumenta nas 2ª e 3ª fases (Cap. VII.2). Segundo *Chappaz* (1993)⁷⁸, cada pessoa interpreta a realidade à luz dos seus próprios conhecimentos (cognições). Assim, cada pessoa constrói o próprio conhecimento sobre o mundo que o rodeia, o *habitus*, que exterioriza através das suas representações sobre a realidade.

Ainda, dos alunos que recorrem aos serviços de enfermagem constatamos que o fazem no contexto de actos específicos de enfermagem. Deste modo, 62,4% fazem-no no âmbito da *dimensão preventiva*, para vacinação, enquanto 25,8% o fazem para curativos e 25,2% para tratamentos, *dimensão curativa* (51%).

Constatamos que os alunos inquiridos recorriam menos aos serviços de

⁷⁸ ... Chaque individu interprète le réel à la lumière de ses anticipations... Chappaz, Georges, (1993). Les représentations du Monde comme tranplin pédagogique. Sciences Humaines, Avril, (27), p. 30-31.

enfermagem antes de iniciarem o curso, pelo que podemos inferir que os alunos talvez valorizem mais os serviços de enfermagem, com a frequência do curso. Observa-se, na 3ª fase de aplicação do questionário, que os alunos recorrem aos serviços de enfermagem essencialmente para vacinação, ou seja, no âmbito da *dimensão preventiva* (Cap. VII.2).

Quanto às recordações dos serviços de enfermagem, as respostas indicam serem “positivas”.

É, no entanto, interessante verificar que ao longo das três (3) fases de aplicação do questionário existe um decréscimo de respostas positivas, 67,2% na 1ª fase e 51,9% na 3ª fase, o que poderá estar de acordo com Benavente (1999) quando refere que o universo escolar está pela sua própria natureza, impregnado por elementos sociais, culturais e ideológicos, tanto nos meios como no produto do seu trabalho.

Para *caracterizarmos a profissão de enfermagem* procuramos que os inquiridos (alunos de enfermagem) a associassem com:

As instituições vocacionadas para o desempenho profissional;

Os significados da profissão de enfermagem;

As competências necessárias ao exercício profissional;

As razões de escolha da profissão de enfermagem.

No que diz respeito às instituições, verificamos que no âmbito da dimensão curativa são os hospitais e as clínicas (hospitais privados) que mantêm a relevância ao longo do estudo longitudinal (99,3% e 71,2% na 1ª fase e 99,5% e 62,1% na 3ª fase). Verifica-se a predominância das instituições que têm como missão tratar, e, por conseguinte, parece haver uma tendência para o desempenho da profissão de enfermagem no campo de acção do modelo biomédico, paradigma da categorização.

Já, no âmbito da dimensão preventiva a evidência é colocada nos centros de saúde (88,9%), registando-se um acréscimo das respostas ao longo do estudo. Salienta-se, ainda, a relevância dada às empresas que evoluem de 13,3% na 1ª fase, do estudo, para 38,4% na 2ª fase e, por último, na 3ª fase de aplicação do questionário, para 60,1%. Também, no respeitante ao item “escola”, registou-se idêntica evolução.

É curioso verificar a *valorização dada na 3ª fase de aplicação do questionário, à dimensão preventiva*, ou seja a preocupação pelo indivíduo como ser único e indissociável, e em constante interação com o meio ambiente, sendo este o princípio orientador dos cuidados de enfermagem, na sociedade actual o que está de acordo com o *paradigma de transformação*. Também, segundo *Kérouac* (1994), compete às populações a responsabilidade da sua saúde em parceria com os profissionais de saúde.

Lembramos que o paradigma da transformação representa a inovação na prestação de cuidados de enfermagem, visa o bem-estar do indivíduo, em qualquer contexto físico, psíquico, social e cultural, isto é o "indivíduo global". Conforme *Giddens* (2000) a globalização é a razão que leva ao reaparecimento das identidades culturais em diversas partes do mundo, isto é, um mundo cada vez mais diversificado e multicultural.

A tendência para a dimensão preventiva verifica-se nas análises transversal e longitudinal.

Também, as análises transversal e longitudinal, revelam, na 3ª fase de aplicação do questionário, que os alunos, homens, escolhem mais as instituições do tipo preventivo do que as mulheres.

Constatamos, ainda, na 1ª fase de aplicação do questionário que os alunos inquiridos, com pais residentes na região sul do país, escolhem para o exercício profissional, as instituições de saúde do tipo curativo, enquanto que os residentes na região norte do país escolhem as instituições do tipo preventivo.

Na 2ª fase do desenvolvimento do estudo, verificamos que é estatisticamente significativa a escolha das instituições do tipo preventivo para o desempenho da profissão de enfermagem pelos alunos cujos pais residem na região sul do país.

Já na 3ª fase os alunos inquiridos com pais residentes na região sul do país mantêm a escolha, para o exercício da profissão de enfermagem, nas instituições do tipo preventivo, enquanto que os alunos cujos pais residem na região norte, escolhem mais as instituições do tipo curativo.

Constata-se uma inversão na tendência para o exercício da profissão de enfermagem nos alunos, entre a 1ª e 3ª fases de aplicação do questionário, de acordo com a região de residência dos pais.

Verificamos, ainda, que na 1ª fase os alunos das escolas de enfermagem de Lisboa e do Porto optam pelo desempenho da profissão nas instituições de carácter curativo.

Já na 2ª fase, salientam-se os alunos das escolas de enfermagem de Lisboa, ao indicarem como escolha, as instituições de carácter preventivo, para o exercício da profissão.

Por último, na 3ª fase, os alunos das escolas de enfermagem de Lisboa e Porto preferem as instituições de carácter preventivo, para o exercício da profissão de enfermagem. Enquanto que os alunos das escolas de Coimbra escolhem as instituições de carácter curativo

Podemos concluir, haver discrepância na escolha da área (curativa e preventiva), do exercício profissional de enfermagem, entre os alunos, relativamente à região de residência dos pais e à região de localização da escola de enfermagem, onde frequentam o curso.

Mais ainda, os alunos inquiridos com mães sem actividade profissional, bem como os que têm pais a residir na região centro, escolhem mais as instituições de apoio social para o desempenho da profissão de enfermagem.

No final do curso de enfermagem, parece que os alunos valorizam, predominantemente, as intervenções de enfermagem na área da dimensão preventiva.

Ao analisarmos os Planos de Estudos das Escolas Superiores de Enfermagem cujos alunos foram o alvo do nosso estudo, notamos o predomínio do ensino prático/ensino clínico/estágio em cuidados de saúde diferenciados relativamente aos cuidados de saúde primários, não sendo dado o enfoque à prestação de cuidados de saúde, de forma directa, na comunidade. Deste modo, parece que na formação em enfermagem se dá maior ênfase ao desenvolvimento da aprendizagem na prática de cuidados de saúde direccionados para o tratamento da doença, em ambiente hospitalar.

Segundo *Galperim* e *Pereira (Waldow, 1995)*, é através da experiência na prática dos cuidados de saúde que se adquirem as competências para a prestação de cuidados de enfermagem, e se propicia o contacto com o mundo real da profissão. Assim, o conhecimento gerado pela situação vivida é incorporado no conhecimento teórico (CAP.III.2).

Também nas análises transversal e longitudinal na relação de proximidade com a profissão de enfermagem verificamos que é estatisticamente significativa a relação entre o sexo feminino e o recurso aos serviços de enfermagem em contexto preventivo, na 1ª e 2ª fases de aplicação do questionário.

Ainda, no que respeita à relação da idade com o recurso aos serviços de enfermagem constatámos que, na 1ª fase de aplicação do questionário, é estatisticamente significativo na dimensão preventiva, nos inquiridos com idade igual ou inferior a 18 anos.

Na 2ª fase de aplicação do questionário é também estatisticamente significativa a relação com a idade e o recurso aos serviços de enfermagem no contexto preventivo, deste modo os alunos com idade igual ou superior a 19 anos recorrem aos serviços de enfermagem para acções do tipo preventivo.

Quanto à relação da região da escola e os recursos aos serviços de enfermagem encontram-se valores estatisticamente significativos nas diferentes fases de aplicação do questionário.

Daí que, na 1ª fase do estudo os alunos das escolas de enfermagem do Porto recorrem mais aos serviços de enfermagem em contexto curativo, enquanto os das escolas de enfermagem de Coimbra recorrem mais aos serviços de enfermagem para acções do tipo preventivo.

Já na 2ª fase do estudo os alunos das escolas do Porto mantêm o recurso aos serviços de enfermagem em contexto curativo, enquanto que os alunos das escolas de enfermagem de Lisboa e Coimbra o fazem em contexto preventivo.

Similarmente, na 3ª fase a evidência centra-se nos alunos das escolas do Porto, que referem o recurso aos serviços de enfermagem, nos contextos curativo e preventivo.

Ao analisarmos o recurso aos serviços de enfermagem relativamente à região de residência dos pais, verificamos ao longo do estudo que os alunos oriundos da região norte recorrem mais aos serviços de enfermagem em contexto curativo, enquanto que os alunos residentes na região centro, tendencialmente, recorrem mais aos serviços de enfermagem no contexto preventivo.

Constatamos o domínio do recurso à dimensão preventiva dos serviços de enfermagem, na relação de proximidade.

Verificamos, assim, ser estatisticamente significativo na 1ª fase de inquirição, a relação de proximidade com a profissão de enfermagem para os alunos das escolas de enfermagem de Coimbra, cujas recordações dos serviços de enfermagem são positivas, bem como para os alunos das escolas de enfermagem do Porto cujas recordações são negativas.

Quanto aos significados da profissão de enfermagem constatámos haver uma clara evolução no decurso do nosso estudo correspondente ao percurso académico.

Assim, verificamos que a dimensão “biomédico” regista um decréscimo de indicações (CAP.VI.3), mas os significados relacionados com as dimensões “actuação no indivíduo global” e “actuação nas necessidades individuais” têm um acréscimo gradual de respostas ao longo das três (3) fases de aplicação do questionário. Apraz-nos constatar a evolução da expressão “profissão de Enfermagem” no sentido do paradigma da categorização (Actuar no sentido da satisfação das necessidades humanas no indivíduo e família), e, ainda, no âmbito duma enfermagem mais avançada o paradigma da transformação (orientação da intervenção para o “indivíduo global”- visa o bem-estar do indivíduo, em qualquer contexto físico, psíquico, social e cultural).

Segundo *Hesbeen* (2000) o valor de uma profissão baseia-se na valorização do conteúdo profissional e do seu contributo específico. Ainda, para *Moscovici* (1978) a transformação de um conhecimento indirecto num directo, constitui o único meio de nos apropriarmos do universo exterior. Neste sentido refere *Perrenoud* (1995) que o aluno, actor social das práticas pedagógicas, vai “beber” a uma herança, ou seja, a um *habitus*.

A diminuição da importância da dimensão “biomédica” na definição da profissão de enfermagem face às dimensões “necessidades individuais” e “indivíduo global” pode revelar que com a frequência do curso de enfermagem, a escola, como organização social de partilha e de conhecimento, influencia a alteração de conceitos e imagens dos objectos sociais.

Assim, verificamos através das análises transversal e longitudinal, relativamente aos significados associados à profissão de enfermagem, que na 2ª fase de aplicação do questionário o sexo feminino valoriza mais a “actuação nas necessidades individuais” e o sexo masculino atribui maior importância à dimensão “biomédica”, na 3ª fase de aplicação do questionário.

Apesar das baixas referências, estatisticamente, estes resultados são significativos.

Ao relacionar os significados associados à profissão de enfermagem e a região de residência dos pais, verifica-se ser estatisticamente significativa a valorização da dimensão “actuação nas necessidades individuais”, na 1ª fase, pelos alunos provenientes da região centro.

Na 2ª fase destaca-se a valorização dada à dimensão “indivíduo global” pelos alunos provenientes da região sul.

Apuramos, no entanto, na 3ª fase de aplicação do questionário, que são os alunos das escolas de enfermagem de Coimbra que atribuem mais importância às dimensões “actuação nas necessidades individuais” e “indivíduo global”. Esta tendência mantém-se ao longo do estudo longitudinal. Como anteriormente referimos, parece que a formação em enfermagem dá maior ênfase ao desenvolvimento da aprendizagem na prática de cuidados de saúde direccionados para o tratamento da doença, em ambiente hospitalar.

A este propósito, parece-nos pertinente evocar Figueiredo (1998) quando refere que a aprendizagem não resulta da transmissão de saberes, mas sim dos processos de interiorização das diferentes interações sociais. Neste sentido, Benavente (1999) considera a compreensão dos factos sociais como intervenientes no processo educativo e, conseqüentemente, necessários à construção dos saberes.

De acordo com o Projecto “Saúde 21”⁷⁹ os cuidados de saúde, no século XXI, devem ser prestados localmente. Igualmente, recomenda que haja mais “gente” saudável e que os portadores de doença crónica ou deficiências possam ser tratados/cuidados no domicílio, por forma a diminuir o impacto da hospitalização e encurtar, ao máximo, os períodos de internamento. Neste sentido, preconiza que os hospitais terão um papel, importante, na retaguarda dos cuidados de saúde prestados pelos serviços de saúde comunitários, e os enfermeiros serão os técnicos de saúde cuja intervenção incidirá na melhoria da saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades. Mais, os enfermeiros são considerados como o maior grupo profissional da saúde, e, ainda, o primeiro

⁷⁹ ENFERMAGEM E “MIDWIFE”, HEALTH-“SAÚDE 21” Ministério da Saúde, Administração Regional De Saúde (versão abreviada),s.d.

contacto dos utentes com o sistema de saúde e/ou os primeiros prestadores de cuidados saúde.

Salientamos, ainda, como estatisticamente significativo, não haver significados associados à “dimensão biomédica”, nas três (3) fases do estudo longitudinal.

Quanto às competências necessárias ao desempenho da profissão de enfermagem observamos uma clara mudança ao longo das três (3) fases de aplicação do questionário.

Assim, na 1ª fase de recolha de dados os inquiridos indicam como competências necessárias ao desempenho da profissão de enfermagem, a “humanidade”, a “coragem” (competências genéricas); a “paciência”, a “responsabilidade”, a “compreensão” (competências *soft skills*); o “profissionalismo” e a “simpatia” (competências da 3ª dimensão).

Na 2ª fase o quadro de competências não sofre alterações relevantes, surgindo o “altruísmo” no âmbito das competências genéricas e nas competências da 3ª dimensão é evidenciada a “sabedoria”. Nota-se um decréscimo, acentuado, de indicações no “profissionalismo”.

Na 3ª fase de aplicação dos questionários é notória a alteração no quadro de competências referenciadas como necessárias ao desempenho da profissão de enfermagem. Assim a ênfase é dado, no âmbito das competências genéricas, por ordem decrescente, à “humanidade”, ao “altruísmo”, à “honestidade” e ao “dinamismo”. Já no que diz respeito às competências *soft skills* mantém-se o destaque na “paciência”, na “compreensão” e na “responsabilidade”.

Mas no que diz respeito às competências da 3ª dimensão é interessante verificar-se que a “simpatia” é a competência mais valorizada, seguida da “sabedoria”, do “respeito” e por fim do “profissionalismo”.

Nas análises transversal e longitudinal verificamos que, na 1ª fase, que o sexo feminino valoriza mais que o sexo masculino as competências genéricas e as de 3ª dimensão.

Também na 2ª fase, as competências de 3ª dimensão são mais valorizadas para o exercício da profissão de enfermagem pelas mulheres do que pelos homens.

Já na 3ª fase não se verificam diferenças estatisticamente significativas.

Verifica-se que as competências genéricas são referenciadas como necessárias para o desempenho da profissão de enfermagem pelos alunos mais novos.

Ao relacionarmos as competências necessárias ao exercício da profissão de enfermagem e as escolas de enfermagem, por região, verificamos, na 1ª fase de aplicação do questionário, que os alunos das escolas do Porto valorizam mais as competências genéricas, enquanto que os alunos das escolas de Lisboa referem mais as competências *soft skills*.

Na 2ª fase os alunos das escolas de Lisboa revêem-se mais nas competências genéricas, enquanto que os alunos das escolas de Coimbra valorizam as competências da 3ª dimensão.

Na 3ª fase os alunos das escolas de Coimbra atribuem menos importância às competências *soft skills*, do que as restantes escolas estudadas.

Quanto à região da Escola de Enfermagem de proveniência dos alunos, verifica-se que há uma gradual valorização das competências para o exercício da profissão de enfermagem, uma vez que na 1ª fase de aplicação do questionário evidenciam-se as competências genéricas, enquanto que na 3ª fase de aplicação do questionário, as competências mais indicadas são as da 3ª dimensão.

Podemos inferir que a frequência do curso de enfermagem altera a noção das competências necessárias ao desempenho da profissão de enfermagem, o que está de acordo com as dimensões valorizadas, anteriormente, para o exercício da profissão de enfermagem, a actuação “no indivíduo global” e “nas necessidades individuais”.

Assim, são salientadas as competências de natureza relacional, não se descurando os aspectos relacionados com a responsabilidade versus profissionalismo, competências valorizadas na formação e consideradas indispensáveis ao desempenho de qualidade do enfermeiro, o que está de acordo com *Benner* (2001), ao referir que aos alunos de enfermagem é exigido um desenvolvimento pessoal e profissional de competências inerentes às necessidades do cuidado humano, individual e individualizado, no contexto da diversidade multicultural.

Relativamente ao significado de ser enfermeiro e ao quadro de competências consideradas como necessárias ao desempenho da profissão de

enfermagem, pode justificar o facto de 84,7% dos alunos inquiridos considerar a enfermagem como vocação, alegando como tal o “conhecimento da profissão/características da profissão” e a “característica ajuda”.

Ainda, quando confrontados com as razões de escolha do curso/profissão de enfermagem, as respostas situam-se maioritariamente na dimensão altruísta/filantropia seguida da dimensão individual, sendo o item “gostar de ajudar os outros” o mais significativamente referenciado. Não deixando, contudo, de ser interessante verificar que 67% (1ª fase) e 63,5% (3ª fase) dos alunos inquiridos salientarem “sentir-se atraídos pela profissão”.

No entanto, é de valorizar o facto de 47,5% (1ª fase) e 39,5% (3ª fase) dos alunos revelarem escolher a profissão de enfermagem por “facilitar a entrada no mundo do trabalho”.

Já nas análises transversal e longitudinal, verificamos que são as dimensões económica e altruísta as apontadas como razões de escolha da profissão de enfermagem, detectando-se diferenças por sexos nas três (3) fases de aplicação do questionário.

Assim, as mulheres valorizam mais a dimensão altruísta e os homens a dimensão económica.

Quanto às escolas de origem, apenas na 1ª fase se revelaram resultados estatisticamente significativos, já que os alunos das escolas de enfermagem de Coimbra e do Porto apresentam mais razões de índole económica do que os alunos de Lisboa. Ressaltamos que os alunos das Escolas Superiores de Enfermagem de Coimbra alegam ainda razões de ordem altruísta.

Contudo na 3ª fase são os alunos das escolas de Lisboa e do Porto que mais se destacam na justificação de razões económicas e altruístas, na escolha do curso/profissão de enfermagem.

Relativamente ao sector de actividade (profissão) dos pais e as razões de escolha da profissão de enfermagem revelaram que foram estatisticamente significativas as razões do tipo económico, na 1ª e 3ª fases do estudo. Assim, os alunos cujas mães desenvolvem a actividade no sector terciário manifestam mais as razões económicas.

No entanto, na 1ª fase do estudo, no cruzamento do sector de actividade dos pais e as razões de escolha de profissão, revelou que os alunos com pais

ligados ao sector primário citam mais as razões de índole social, do que aqueles cujos os pais trabalham no sector terciário, que apresentam mais as razões individuais.

Verificamos, também, que os alunos originários das regiões norte e centro do país indicam mais as razões de índole económica na escolha do curso. Damos conta que os alunos da região centro referem, ainda, razões de ordem individual.

É também interessante verificar que os alunos com pais e/ou amigos com profissões relacionadas com enfermagem, indicam mais razões de natureza individual e menos razões altruístas do que os outros.

Assim, as dimensões económica, individual e altruísta são as mais referenciadas nas 1ª e 2ª fases do estudo, como justificativas da escolha do curso/profissão de enfermagem.

Os alunos de enfermagem inquiridos (Quadro 33) que optam pelo curso de enfermagem (47,1%) apontam como razão de escolha o “contacto humano” (50,5%), como característica da profissão, o que vai ao encontro do que consideramos ser enfermeiro, “o técnico de saúde por excelência responsável pela promoção e manutenção da saúde do indivíduo, da família e das populações, cujo objecto da prestação de cuidados de enfermagem é o ser humano”.

No entanto, constatamos, que apesar dos 84,7% alunos inquiridos terem indicado que escolheram a profissão de enfermagem por vocação, somos confrontados com o facto de 52,9% referirem ser sua opção o curso de medicina, dos quais por “vocação” (28,1%); por “ter mais poder” (15,3%) e “ter mais interesse e participação” (14%). Afinal parece-nos poder concluir que apenas 31,6% dos alunos inquiridos escolheriam, efectivamente, enfermagem como profissão (Quadro 34). Assim, a maioria dos alunos que frequentam o curso de enfermagem fazem-no por não conseguirem admissão no curso de medicina. A este propósito referenciamos Carapinheiro (1993, p.283) quando realça as relações do poder-saber de enfermagem com os outros poderes-saberes referindo que *o corpo de enfermagem, de acordo com a sua posição estrutural de subordinação ao corpo médico, as suas estratégias denunciam o seu poder no hospital como um subpoder, o que nosso entender pode ser gerador de conflitos.*

Não terá Collière (1989) razão quando afirma que os enfermeiros procuram demarcar-se da imagem desvalorizada do enfermeiro, direccionando os

cuidados de enfermagem para o tratamento e cura da doença, à semelhança dos cuidados médicos, na tentativa de se aproximarem da imagem valorizada deste profissional de saúde, o médico?

A opção pelo curso de medicina torna-se mais evidente quando, no acesso ao ensino superior, aparece como primeira escolha para 31% dos inquiridos, quando confrontada com outros cursos.

Contudo perante a necessidade de optarem por um curso para acesso ao ensino superior, 62,7% dos alunos inquiridos colocaram a enfermagem como primeira escolha.

Assim somos levados a pensar que nem todos os alunos que optaram pelo curso de enfermagem o teriam feito se as regras de acesso ao ensino superior lhes fossem favoráveis.

Relativamente à área de saúde onde gostariam de exercer a profissão de enfermagem verificamos, ao longo do estudo longitudinal não se registarem alterações significativas. Assim, é notória a preferência pela área materno-infantil, tendência que pode estar relacionada com a predominância do sexo feminino na nossa amostra, e apanágio da profissão de enfermagem. Assim verificamos através das análises transversal e longitudinal que são as mulheres que escolhem mais a área materno-infantil na 1ª e 2ª fases do desenvolvimento do nosso estudo.

Contudo, já 3ª fase do estudo não se encontram diferenças significativas.

Também as áreas da cirurgia e da urgência são preferencialmente escolhidas para o desempenho da profissão de enfermagem ao longo do estudo.

Parece, assim, não haver influência na escolha da área da saúde para o desempenho da profissão de enfermagem com a frequência do curso de enfermagem.

No entanto, nas análises transversal e longitudinal, verificamos a existência de resultados estatisticamente significativos. Assim verificamos na 1ª fase do estudo que são as mulheres que escolhem mais a área das urgências enquanto os inquiridos mais velhos preferem a área da saúde comunitária. Os alunos inquiridos das escolas de Lisboa escolhem os serviços de medicina, os de Coimbra escolhem os serviços de psiquiatria e os do Porto os serviços de cirurgia.

Quanto à relação com a escolaridade dos pais verificamos que os

inquiridos com mães com escolaridade superior (universitária) ou a trabalhar no sector terciário, preferem os serviços de psiquiatria para o desempenho da profissão de enfermagem, enquanto que os inquiridos com mães a trabalhar no sector secundário escolhem os serviços de medicina.

Ainda, na 1ª fase do estudo, constatamos resultados estatisticamente significativos no que concerne às áreas da medicina, psiquiatria e cirurgia, deste modo verificamos que os alunos da região sul escolhem mais como área de trabalho a área de medicina e os alunos da região centro escolhem mais a psiquiatria e cirurgia.

Na 2ª fase do estudo constatam-se alterações relativamente à 1ª fase para os resultados estatisticamente significativos. Assim, em relação aos sexos, são as mulheres que escolhem mais as áreas de saúde da oncologia e saúde comunitária, além da área da materno-infantil, enquanto que os homens optam pela área da cirurgia.

No cruzamento das escolas de enfermagem com as áreas de saúde verificamos que os alunos das escolas de Coimbra escolhem mais, saúde pública, os do Porto, cirurgia e as de Lisboa, medicina.

No que diz respeito à escolha das áreas da saúde e a região de residência dos pais, verifica-se que são os alunos oriundos da região centro que escolhem mais a saúde pública. Os alunos originários da região norte escolhem mais cirurgia e os da região sul escolhem medicina.

Já na 3ª fase da aplicação do questionário os resultados não são estatisticamente tão significativos. Assim, verificam-se resultados estatisticamente significativos relativamente à idade, pois são os mais novos que escolhem mais a área da medicina. Na associação com as escolas de enfermagem verifica-se que para os alunos das escolas de Lisboa as áreas de saúde indicadas são a medicina e a psiquiatria, enquanto que para os alunos do Porto a escolha se mantém na área de cirurgia.

Podemos, ainda, concluir que não existe relação entre a escolha da área de saúde para o desempenho da profissão de enfermagem e os pais com profissões ligadas à área de enfermagem e/ou outras áreas de saúde.

Verificamos haver uma tendência para dirigir a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo doente, contrariando o preconizado pelo curso de

enfermagem ou seja “prestar cuidados de enfermagem globais”, dirigidos ao indivíduo, família e comunidade, com vista à autodeterminação e auto-responsabilização.

Ao analisarmos as competências consideradas como importantes para o exercício da profissão de enfermagem por área de saúde, verificamos que, na 1ª fase de aplicação do questionário, os alunos inquiridos que escolheriam a área das urgências para exercer a profissão de enfermagem valorizam mais as competências genéricas do que aqueles que não escolheriam esta área de saúde. Esta situação mantém-se na 2ª fase de aplicação do questionário. Já na 3ª fase verificamos haver uma alteração significativa. Daí, os alunos que na 3ª fase de aplicação do questionário optariam por exercer a profissão na área das urgências evidenciam como mais significativas as competências de 3ª dimensão e as *soft skills*.

Assim, verificamos que no final do curso de enfermagem os alunos valorizam mais as competências que estão relacionadas com os saberes profissionais e sociais, em vez das competências relacionadas com as características do indivíduo, ou seja as competências que determinam o funcionamento individual, eficaz, durante a sua vida, realçadas na 1ª fase de aplicação do questionário.

No que respeita aos alunos que optariam pela área de cirurgia para exercerem a profissão de enfermagem, na 1ª fase de aplicação do questionário, as competências indicadas como necessárias são as 3ª dimensão. Contudo, na 3ª fase de aplicação do questionário, a referência é feita às competências *soft skills*. Também, parece que no final do curso os alunos valorizam mais as competências de índole da experiência, e, por consequência, dos saberes técnicos.

Os alunos que elegem a área de oncologia para o exercício profissional reclamam, na 2ª e 3ª fases de aplicação do questionário, como competências necessárias ao desempenho, as genéricas. Ainda parece que os alunos consideram mais importantes as competências que definem as características do indivíduo, determinando o seu comportamento e o funcionamento eficaz durante a sua vida, conforme Pires (1995).

Perante o exposto podemos considerar que a realidade vivida é também representada e através dela os actores sociais constroem a sua vida e explicam-

na mediante os seus conhecimentos (*Guareschi e Jovchelovitch*, 1995, p. 109).

Conforme *Moscovici* (1978, p. 25) toda a representação é composta de figuras e de expressões socializadas, considerando que uma representação social *é uma organização de imagens e linguagem, porque simboliza actos e situações que nos são comuns*.

Ao fazer a analogia com uma fotografia captada pelo cérebro, diz ser fascinante, a delicadeza de uma representação comparada ao grau de definição da nitidez óptica de uma imagem.

Análise dos resultados obtidos no estudo comparativo

Ao comentarmos os resultados obtidos na caracterização da nossa segunda amostra, amostra constituída por alunos do curso de licenciatura em enfermagem, conforme o definido no Cap.v.3., verificamos não existirem diferenças notáveis relativamente à amostra do estudo longitudinal (Cap.v.2.).

Semelhantemente, a amostra constituída pelos alunos licenciados é predominantemente do sexo feminino (80.5%). Mais uma vez se comprova que, mesmo no século XXI, a profissão de enfermagem é um atributo do sexo feminino. Deste modo, consideramos que esta constatação pode dever-se não só ao facto da profissão de enfermagem ser tradicionalmente prerrogativa das mulheres, mas também ao actual cenário do ensino superior, em que o enfoque é, uma forma geral, no feminino. Mas, mais uma vez, reportamo-nos a Lopes, (1996), e ao seu estudo sobre o sexo e a profissão de enfermagem, no qual a profissão de enfermagem é referenciada como uma profissão concebida no feminino, considerada como resultante das qualidades naturais da mulher. Os enfermeiros são considerados como um produto das relações sociais entre os sexos, das desigualdades entre os homens e as mulheres.

Na análise da idade da amostra em causa, verificamos que a Média das idades é de 22.5 anos, sendo prevalecte o estado civil de solteiro, donde parece haver consonância entre a idade (Adulto jovem) e o estado civil.

Nesta sequência as variáveis sexo e idade parecem não influenciar os resultados do nosso estudo.

Quanto à origem dos alunos da licenciatura apuramos ser, preponderante, a região Litoral Centro e Norte, o que, mais uma vez, pode estar relacionado com o carácter da preferência regional na selecção dos alunos quando no seu ingresso

ao Ensino Superior. Outra das razões a apontar é, também, o facto do número de vagas, no ingresso ao ensino de enfermagem, nas escolas das cidades de Coimbra e do Porto ser substancialmente maior do que nas escolas da cidade de Lisboa.

Apuramos, também, que 68.4% dos licenciados provem de famílias do tipo nuclear (Casal com filhos solteiros), pelo que podemos entender que no âmbito socio-económico sofrem a influência da família de origem.

Nesta sequência, averiguamos que tanto o pai como a mãe é detentores de baixa escolaridade, à semelhança do que se passa com os alunos do bacharelato. Assim, conferimos que, maioritariamente, as mães frequentaram ou são detentoras do 1º Ciclo de escolaridade (36.7%), cenário que se estende também aos pais (38.7% têm o 1º ciclo de escolaridade). Parece-nos, mais uma vez, poder inferir dada a Média de idades quer dos pais quer das mães, respectivamente 51.88 anos e 48.86 anos, que esta situação poderá estar relacionada com a conjuntura política e social vigente em Portugal até à Revolução de 25 de Abril de 1974.

Igualmente, verificamos que as mães são, predominantemente, domésticas (45.2%) e os pais, na sua maioria, estão inactivos (38.4%).

Esta constatação pode não só dever-se ao facto de tanto os pais como as mães serem detentores de baixos graus de escolaridade mas também a podemos atribuir à actual conjuntura social e económica em que vivemos no nosso país. Este facto talvez explique o rendimento mensal, médio, baixo auferido pela maioria das famílias dos respondentes, ou seja 22.5% das famílias têm um rendimento mensal, médio, entre 695 e 945 €.

Ainda, nesta continuidade, apuramos que as actividades laborais dos pais e das mães se enquadram, maioritariamente, nos sectores secundário e terciário.

Também, ao analisarmos a relação de proximidade com a profissão de enfermagem constatamos que grande parte (88.4%) dos pais e das mães da nossa amostra, não desenvolvem a sua actividade profissional na área da saúde. No entanto, 65.3% dos alunos da licenciatura indicam ter amigos que frequentaram ou frequentam o curso de enfermagem.

Entretanto, 77.4% da nossa amostra refere não ter sofrido influência na escolha do curso de enfermagem e, por consequência, na opção pela profissão

de enfermagem.

Neste sentido, parece-nos pertinente referenciar *Perrenoud* (1995), quando este relata que qualquer indivíduo, é, em última instância singular e único, mesmo sendo parte de uma família e de uma comunidade, geradoras do *habitus*, a especificidade de cada ser humano pode conduzi-lo na sua própria trajetória de vida, isto é na construção da sua história de vida.

Mesmo assim, ao observarmos as influências na opção pelo curso de enfermagem, concluímos que, para 32% dos respondentes, o contexto da influência tem a haver com a informação e esclarecimento sobre a profissão de enfermagem, e, ainda, para 24% daqueles, está relacionada com o carácter da “ajuda ao próximo/útil à sociedade” associada à profissão de enfermagem.

Identicamente, a “saída profissional”, ou seja a facilidade de entrada no mundo do trabalho, é apontada como uma das razões influentes na escolha do Curso, o que é compreensível dado a actual precariedade no mundo do trabalho, e à carência de enfermeiros em Portugal continental, tão debatida pelos meios de comunicação social.

Também, no que se relaciona com o acesso aos cuidados de enfermagem, conferimos que 77.7% dos alunos da licenciatura referem não recorrer, por hábito, aos serviços de enfermagem. Dai nos parecer pertinente colocar a questão: Será que os alunos do curso de enfermagem não valorizam o cuidar de enfermagem?

Similarmente, dentro dos que recorrem aos serviços de enfermagem fazem-no, maioritariamente, na lógica da prevenção, ou seja da protecção específica (vacinação) e/ou promoção da saúde. É, no entanto, de salientar a importância atribuída à dimensão curativa (tratamentos/injecções) por 27.3% dos respondentes.

Apesar da diferente perspectiva das dimensões preventiva e curativa, constatamos que são referidos, essencialmente, cuidados de enfermagem direccionados para o tratamento da doença, em detrimento dos cuidados de enfermagem à pessoa, numa perspectiva de promoção da saúde.

Nestas circunstâncias, podemos inferir que os finalistas da licenciatura em enfermagem, valorizam, principalmente, os cuidados de enfermagem dirigidos para a resolução dos problemas de saúde, ou sejam as intervenções que se

enquadram, predominantemente, no modelo biomédico, paradigma da categorização. Mais uma vez podemos equacionar a valorização da aprendizagem prática/ensino clínico em meio hospitalar, nos Planos de Estudos das Escolas Superiores de Enfermagem.

Quanto aos que recorrem aos serviços de enfermagem, 60.9% têm uma opinião positiva, o que pensamos ser de salutar.

Na caracterização da profissão de enfermagem, salientamos o facto da nossa amostra evidenciar como instituições para o exercício da profissão de enfermagem os centros de saúde (22.4%) e as instituições de apoio social, e dentro destas as ONG's (23.0%). Por último, são enunciadas as instituições da dimensão curativa (14.0%).

Assim, embora no recurso aos cuidados de saúde os respondentes privilegiaram a dimensão curativa, na indicação das instituições para o exercício da profissão de enfermagem privilegiam a dimensão preventiva e social. Deste modo, parece transparecer alguma dissonância entre o ser e o fazer, no âmbito da disciplina de enfermagem.

Já ao definirem enfermeiro os alunos da licenciatura evidenciam as significações que mais se relacionam com a actuação no indivíduo global e nas necessidades humanas fundamentais, sendo pouco referenciada a dimensão do cuidado biomédico.

Nota-se a preponderância dos paradigmas da integração e da transformação, na conceptualização de Enfermeiro/profissional de Enfermagem. Em qualquer um destes paradigmas os cuidados de enfermagem são centrados no indivíduo, são ou doente, no contexto individual ou comunitário, em detrimento dos cuidados centrados na doença, contexto do cuidado biomédico.

Também ao elencarem as competências necessárias para um desempenho eficaz da profissão de enfermagem salientam competências de 3ª dimensão tais como: o profissionalismo (20.0%), a simpatia (16.9%) e a sabedoria (16.6%). Já relativamente às *soft skills* distinguem a responsabilidade (18.2%) e a comunicação (15.6%). E, ainda, nas competências genéricas destacam o altruísmo (18.5%).%

Nesta sequência, podemos verificar a necessidade da prevalência das competências de 3ª dimensão e *soft skills* para o exercício da profissão de

enfermagem, na opinião dos alunos da licenciatura.

Conforme *Barry Nyhan* (1989)⁸⁰, compreende-se como competências *soft skills*⁸¹ as capacidades chave da formação contínua, ou seja, um *conjunto de competências fundamentais à atitude da auto-formação*.

Assim, compreende-se como atitude de auto-formação a capacidade que um trabalhador tem para realizar um exame crítico, de forma a compreender tudo o que se passa no local de trabalho. Esta capacidade é indispensável ao exercício da profissão de enfermagem pela constante evolução da envolvência do *continuum* saúde-doença.

Quanto às competências de 3ª dimensão⁸², segundo Pires, citando *Roselyne Orofiamma* e *Simone Aubrun* (1990), são aquelas que não fazem apelo nem às capacidades intelectuais do indivíduo, nem às capacidades psicomotoras, mas à terceira dimensão do comportamento da pessoa, muitas vezes denominado de saber ser, ou atitudes sócio-afectivas, relacionais, ou ainda características pessoais. Neste contexto, sendo a profissão de enfermagem de raiz eminentemente social, interacional, é fundamental, para a excelência dos cuidados de enfermagem, a aquisição e o incremento destas competências.

Averiguamos, ainda, através do Quadro 92, que há um realce das competências do domínio sócio-afectivo em qualquer dimensão das competências enunciadas pelo que os respondentes parecem ter construído a sua concepção de Enfermeiro, de acordo com a justificação acima supracitada.

Verifica-se, apesar do descrito, que 63.8% da nossa amostra considera a profissão de enfermagem uma vocação, e, dentro destes, 79.5% reafirmam ser indispensável a vocação para a escolha da profissão de enfermagem, relacionando a vocação com “o espírito de ajuda”, que consideram inerente ao desempenho da profissão. Esta justificação parece estar em consonância com as razões apontadas na escolha da profissão de enfermagem, pois 20.5% da nossa amostra alega motivos filantrópicos, como “gostar de ajudar os outros”. Assim, esta análise parece corroborar o estudo sobre a imagem do enfermeiro realizado

⁸⁰ Cf. Pires(1995, p65).

⁸¹ Cf. CAP.III.2

⁸² Cf. CAP.III.2

através da análise de artigos de jornais, revistas ou filmes, por André (1996) e Lima Basto (1998)⁸³, no qual a imagem do enfermeiro se caracteriza por “ser o anjo da guarda”, isto é, a vocação, auto-sacrifício e filantropia. Adjectivos que provavelmente remontam ao tempo em que a enfermagem estava confinada às ordens religiosas.

Há, no entanto, que salientar a importância dada por 18.1% dos respondentes à dimensão individual, “sentir-se atraído pela profissão”, como justificação da escolha da profissão de enfermagem, que pensamos poder estar relacionada não só com a natureza filantrópica da enfermagem, mas também com a imagem transmitida pelos *media*.

Mais uma vez se constata que “facilitar a entrada no mundo do trabalho”, dimensão económica, é apontada por 11.4% dos respondentes como uma razão de peso na opção pelo curso de enfermagem.

Entretanto, parece clara a preferência pelo curso de enfermagem para 78.0% dos respondentes, explicando a sua escolha (55.2%) pela oportunidade do “contacto humano”.

Apuramos, ainda, que entre os alunos da licenciatura que optariam pelo curso de medicina o fariam pelo “interesse e prestígio do mesmo” (Quadro 96).

Ainda, ao confrontarmos a reacção dos familiares quando da escolha do curso de enfermagem, verificamos que 83.4% dos familiares (Quadro 97) a aceitaram com agrado, salientando-se como justificação “a saída profissional” e “a admiração pela profissão”. Segundo *Perrenoud* (1995) o aluno no seu processo de aprender a aprender sofre três tipos de influências:

- A família e o grupo social donde provém;
- O percurso escolar;
- O grupo de pertença.

Nesta sequência, apuramos que, na opção de escolha no ingresso ao ensino superior, o curso de enfermagem é eleito como 1ª opção para 76.1% dos alunos do curso de licenciatura. Assim, parece-nos ser clara a opção pelo curso de enfermagem, para uma grande parte da nossa amostra.

⁸³ Estudo realizado através de análise de conteúdo dos artigos de jornal do ano de 1991.

No que diz respeito à preferência pelas áreas da saúde para o desempenho da profissão de enfermagem, e, apesar de considerarem enfermagem uma profissão que deve privilegiar a satisfação das necessidades básicas (fundamentais) dos indivíduos (paradigma da integração) e/ou a manutenção da qualidade de vida do indivíduo (paradigma da transformação), os alunos, finalistas, do curso de licenciatura tendem a exercer a sua profissão no âmbito da área curativa (salienta-se a clara preferência pela área de trabalho em Materno-Infantil, bem como as áreas de Cirurgia, Cuidados Intensivos e Urgência). Constatamos, mais uma vez a prevalência modelo biomédico (paradigma da categorização), ou seja, o predomínio do acto sobre a atitude (Quadro 99).

Apuramos, ainda, que subjacente à escolha da área da Medicina existe uma maior valorização das competências de 3ª dimensão, verificando-se, no entanto, uma menor valorização das competências *soft skills* e das competências de 3ª dimensão quando da escolha de outras áreas. Neste contexto, parece não haver consonância quanto à disciplina de Enfermagem. Segundo Lopes (1998), a crise da identidade profissional do enfermeiro está associada à dificuldade que a profissão de enfermagem tem em afirmar o saber que lhe é próprio e o *espaço do exercício*. Considera, ainda, que a crise de identidade profissional do enfermeiro está associada à falta de interiorização dos modelos de **referência**.

Análise dos resultados do estudo comparativo entre os alunos de enfermagem dos cursos de bacharelato e licenciatura

Apesar de não encontramos diferenças significativas na caracterização das nossas amostras, o mesmo já não acontece relativamente a outras variáveis, assim vejamos:

- **Na relação de proximidade** verificamos que os alunos da licenciatura emitem opiniões mais concretas quanto à prestação dos cuidados de enfermagem. Deste modo, enquanto os alunos do curso de bacharelato expressam como neutras as recordações dos serviços de enfermagem, já os alunos do curso de licenciatura opinam recordações positivas e negativas, com evidência para as positivas (Quadro 102).

Quanto à análise crítica dos serviços de enfermagem pelos alunos do curso de licenciatura, esta parece reflectir a opinião dos professores de enfermagem quando estes atribuem a estes alunos maior desenvolvimento do espírito

reflexivo, análise dos cuidados de enfermagem mais centrados na pessoa global, mais autonomia, mais maturidade e responsabilidade (Quadro 115).

- Ao analisarmos **a caracterização da profissão de enfermagem**, observamos que os alunos do bacharelato consideram que, primordialmente, os enfermeiros exercem as suas funções em instituições com fins curativos, enquanto os alunos da licenciatura dão maior relevância às instituições de índole preventiva e apoio social. Este resultado parece ir ao encontro da convicção dos professores quando estes referem que os alunos da licenciatura analisam, melhor, os cuidados de enfermagem em função da pessoa global, bem como evidenciam mais competências *soft skills* e 3ª dimensão, de índole cognitiva. Esta constatação parece justificar a importância dada pelos alunos da licenciatura ao desempenho da profissão de enfermagem nas instituições vocacionadas para a prevenção e o apoio social (Quadro 116).

A este propósito aludimos Figueiredo (1998) quando refere que a aprendizagem não resulta apenas da transmissão de saberes, mas sim dos processos de interiorização das diferentes interações sociais⁸⁴. Também Chappaz (1993)⁸⁵ escreve que cada pessoa interpreta a realidade à luz dos seus próprios conhecimentos (cognições). Assim, parece estar posta em causa a persuasão dos professores de enfermagem quando estes consideram ser os professores que concorrem para a diferenciação entre os alunos em questão, pois, segundo a opinião dos professores de enfermagem os alunos não interferem na mudança do processo ensino-aprendizagem (Quadro 116).

- Já nos **significados associados à profissão de enfermagem** salienta-se o facto dos alunos do curso de licenciatura valorizarem mais a dimensão do biomédico do que os alunos do bacharelato. Tanto, parece não haver concordância entre os diferentes resultados analisados. Daí pensarmos não haver ajustamento entre “o fazer e o ser, enfermeiro”, pois cada indivíduo manipula e interioriza o saber científico à sua maneira, manifestando-o através de atitudes e comportamentos face a um determinado objecto social.

De acordo com *Moscovici* (1978, p. 25) a representação individual é um fenómeno puramente psíquico, irreduzível à actividade cerebral, e, ainda, é a

⁸⁴ Cf. CAP. IV. 1

⁸⁵ Cf. CAP. IV. 1

organização de imagens e linguagem, porque simboliza actos e situações que nos são comuns.

Desta forma, o facto dos professores de enfermagem se considerarem o centro da aprendizagem da profissão de enfermagem, pode ser a razão da incoerência acima descrita, pois segundo *Moscovici (1978, p.28)*⁸⁶ a representação social *é um corpus organizado de conhecimentos e uma das actividades científicas, graças às quais os homens tornam inteligível a realidade física e social, e se inserem num grupo ou numa ligação quotidiana de trocas.*

- Quanto às **razões de escolha da profissão de enfermagem** evidenciam-se os alunos da licenciatura ao alegarem razões relacionadas com filantropia.

Conforme *Abric (1994)*⁸⁷ a representação social é o produto e o processo de uma actividade mental através da qual o indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com que se confronta, e à qual atribui uma significação específica.

- No que respeita **ao mercado de trabalho**, salientam-se pela diferença os alunos do bacharelato na escolha da área de saúde pública, pois, nas restantes áreas de saúde, são predominantes as áreas do domínio curativo (cf. Quadro 107), nas duas amostras.

Ao concluirmos, parece-nos não haver concordância entre os resultados do estudo comparativo e a opinião dos professores de enfermagem.

Assim, verificamos que estes, professores de enfermagem, manifestam ser no domínio do desenvolvimento do pensamento reflexivo e a não na valorização da inter-relação teórica e prática, que se notam diferenças entre os alunos dos cursos de Licenciatura e de Bacharelato em Enfermagem. E, ainda, que as diferenças entre os alunos de díspar níveis académicos parecem ser, fundamentalmente, ao nível dos requisitos teóricos, ou seja, das competências *soft-skills* e 3ª dimensão, de índole cognitiva, mesmo no que diz respeito à prática da Enfermagem.

Mais, assumem como os promotores de mudança, nos cursos de Enfermagem, os professores e a duração do curso.

⁸⁶ Cf. CAPITULO. IV

⁸⁷ Cf. CAPITULO. IV.

Na opinião dos professores de enfermagem os alunos não interferem na mudança do processo ensino-aprendizagem não sendo enunciadas competências de índole individual/cognitiva.

A este propósito, parece-nos pertinente citar *Perrenoud* (1995), pois segundo este autor, a construção do sentido de um saber, de uma tarefa, de um projecto, de um exercício, de um problema para resolver, fundamenta-se na cultura do actor social. Nenhum aluno consegue reinventar continuamente o conjunto de valores e de esquemas, graças aos quais dá sentido às situações escolares e aos esforços que lhe são pedidos. Ainda, referenciando *Perrenoud*, o aluno, o actor social das práticas pedagógicas, vai “beber” a uma herança, ou seja, a um *habitus*, um capital cultural que o ajuda a imaginar o esforço, a finalidade e as recompensas que pode esperar do seu investimento. Os alunos vão “beber”, também, à própria cultura familiar. Estas heranças são diversificadas⁸⁸.

Neste âmbito, pensamos que o processo de aprender a aprender é mais do que uma simples transmissão de conhecimentos pela qual os professores se assumem como responsáveis, pois se assim fora, facilmente seriam substituídos por computadores. Deste modo, consideramos ser imprescindível que o aluno seja o centro da aprendizagem, devendo o professor, ser o orientador da mesma, isto é, o “tutor” que com o aluno caminha no sentido do seu crescimento afectivo, social e intelectual. Este é fundamental, para a consolidação da aprendizagem, o desenvolvimento do pensamento, da capacidade de pensar, e, conseqüentemente, entender os diferentes contextos que os rodeiam, de outro modo, os alunos não aprendem a ser empreendedores, criativos, a lidar com os riscos e os desafios, a arte de pensar e de agir.

Ainda, os professores de enfermagem consideram ser necessário desenvolver, essencialmente, as competências de 3ª dimensão e as *soft-skills* para o bom exercício de Enfermagem. Neste contexto, podemos conferir, Quadro 117, que entre as competências de 3ª dimensão as mencionadas com maior frequência são: “Prática profissional ética e legal”; “Capacidade de decisão na intervenção em Enfermagem”; “Capacidade de auto formação”.

Também, nas competências *soft-skills* é de destacar a importância dada à

⁸⁸ Cf. CAPITULO. IV.

“Capacidade de relação interpessoal/relação humana”, imprescindível, segundo Watson (2002) à arte e à ciência do cuidar humano, a enfermagem.

CONCLUSÕES

Podemos concluir de ambos os estudos realizados (estudos empíricos longitudinal e de tipo comparativo) que os alunos do curso de enfermagem são, predominantemente, do sexo feminino, continuando-se, assim, a verificar o domínio das mulheres na profissão de enfermagem.

Constatamos, ainda, que a maioria dos alunos mantêm o estado civil de solteiro, o que está de acordo com o actual contexto social, pois segundo estudos científicas e também outros divulgados pelos meios de comunicação social as pessoas casam cada vez mais tarde.⁸⁹

Verificámos, igualmente, que a maioria dos alunos são oriundos das regiões norte e centro do país, o que de certo modo pode estar relacionado com a distribuição demográfica da população no território de Portugal Continental.

Ainda, averiguámos que os progenitores dos alunos alvo do nosso estudo, são indivíduos com baixa escolaridade (1º ciclo de escolaridade e/ou frequência do mesmo), parecendo haver concordância com a situação política e social dominante até à Revolução Política de 25 de Abril de 1974 e a percentagem de 9%⁹⁰ de analfabetismo em Portugal, em 2001, divulgada pelo Ministério da Educação.

Também o facto de apresentarem baixos rendimentos familiares (escalões médio baixo), pode ter relação com o referido nível de escolaridade. Neste sentido, não é de estranhar que a maioria das mães seja doméstica e os pais ou não trabalhem ou exerçam a sua profissão no sector secundário. Mais, as famílias são do tipo nuclear com filhos solteiros.

Já no que diz respeito ao ingresso no ensino superior apurámos que os alunos do curso de bacharelato escolheram ingressar no curso de enfermagem influenciados pela família e/ou amigos. Esta influência teve como base a informação/esclarecimento sobre o curso de enfermagem. No entanto 52% teriam ingressado no curso de medicina se o pudessem ter feito, e justificam a

⁸⁹ Os últimos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) divulgados indicavam os 30 anos como a média dos nubentes.

⁹⁰ Fonte: Ministério da Educação, 2001.

opção pelo curso de medicina com a “vocação”, o “maior poder” e o “maior interesse e participação”.

Mais uma vez salientamos o *brilho* e a *fascinação* do poder do médico em detrimento do do enfermeiro, pois não tendo conteúdo profissional bem delimitado, o enfermeiro desenvolve, contudo, um conjunto de actividades conducentes à satisfação das necessidades humanas básicas dos doentes, garantindo, desta forma, a cura da doença, e, por consequência, o sucesso do tratamento do médico, segundo *Collière* (1989).

Contrariamente, os alunos da licenciatura, quando confrontados com a escolha entre o curso de Enfermagem e o curso de Medicina, referem, na maioria dos casos, a sua clara preferência pelo curso de Enfermagem (78.0%) (Quadro 95). Também, verificámos que a opção pelo curso de Medicina é justificada por “melhor imagem/prestígio” (38.2%) e “mais interesse/participação” (20.0%).

Não será que o facto curso de Enfermagem atribuir o grau de licenciado contribuir para a valorização da profissão de Enfermagem

Entretanto os alunos do curso de licenciatura dizem que, no acesso ao ensino superior, escolheram o curso de Enfermagem devido a características da própria profissão como “ajuda ao próximo e/ou utilidade social”, a “facilidade de inserção no mundo do trabalho” e, ainda, a “relação com a área da saúde”, entre outros contextos de influência.

Os mesmos alunos da licenciatura aludem como principais razões da escolha do curso de enfermagem, razões relacionadas com a dimensão de filantropia/altruísmo “gostar de ajudar os outros”, da dimensão individual “sentir-se atraído pela profissão”, sendo ainda de salientar na dimensão económica a “facilidade de entrada no mercado de trabalho”.

A propósito das razões evocadas, nomeadamente das dimensões individual e filantropia/altruísmo, reportamo-nos a *Hesbeen* (2004), pois segundo o autor cuidar é uma atitude, uma maneira de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo. Assim, o cuidado situa-se numa espécie de espaço intermédio, um lugar de encontro entre quem cuida e quem é cuidado.

Cabe-nos, ainda, destacar que as razões de altruísmo, ligadas à escolha do curso, são mais evidentes nos alunos da licenciatura (1,68) do que os alunos do

bacharelato

Quanto à escolha das áreas de saúde para o desempenho da profissão de enfermagem, os alunos do curso de bacharelato escolhem mais as áreas da Saúde Pública e Pediatria do que os alunos da licenciatura. Estes preferem mais as áreas da Saúde no Trabalho, Ortopedia e Cuidados Intensivos.

Também constatámos não existirem diferenças entre licenciados e bacharéis quanto ao desempenho da profissão de enfermagem no que diz respeito às áreas de saúde, nomeadamente, Geriatria, Medicina, Cirurgia, Psiquiatria e Urgência.

Neste âmbito, parece-nos pertinente citar, mais uma vez, *Collière (1989)* quando esta refere que o enfermeiro desenvolve um conjunto de actividades conducentes à satisfação das necessidades humanas básicas dos doentes, garantindo, desta forma, a cura da doença e, por consequência, o sucesso do tratamento médico. Conjuntamente, os enfermeiros procuram demarcar-se da imagem desvalorizada do enfermeiro direccionando os cuidados de enfermagem para o tratamento e cura da doença, à semelhança dos cuidados médicos, na tentativa de se aproximarem da imagem valorizada do médico, *do brilho social dos médicos*.

Consideramos, assim, poder concluir que os alunos do bacharelato em enfermagem alteram a representação social que têm do enfermeiro com a frequência do curso de enfermagem, uma vez que:

- Ao definirem enfermeiro (*ser enfermeiro é*) é sobre as dimensões "actuação sobre as necessidades individuais" e "indivíduo global" em que recaem o maior número de indicações, o que está em conformidade com os paradigmas da integração (modelo das necessidades humanas) e da transformação (modelo do cuidar), parecendo, assim, haver algum distanciamento do paradigma da categorização, ou seja, do modelo biomédico, predominante na 1ª fase de aplicação do questionário;

- Consideram, no final do curso, ser mais relevante a dimensão preventiva na profissão de enfermagem do que no início;

- Privilegiam como instituições para o exercício da profissão de enfermagem, as da área da promoção e manutenção da saúde, ou sejam, as mais direccionadas para os cuidados de saúde primários.

Verificamos, ainda, que os alunos da licenciatura em comparação com os do bacharelato dão maior relevância às instituições de apoio social, como as ONG's. Segundo *Hesbeen (2004, p.91)*, *ao querer o bem do outro, ao dedicar-se a proteger a vida e ao manter à distância a morte, aquele que cuida neste mundo é, por vezes, levado a intrometer-se na vida do outro, a intervir na vida de um outro Estado.*

Estes alunos da licenciatura parecem valorizar mais a dimensão biomédica do que os alunos do bacharelato, o que, de algum modo, põe em causa a percepção que os professores de enfermagem têm sobre a maior capacidade de pensamento crítico-reflexivo por parte dos alunos do curso de Licenciatura em Enfermagem.

Ainda, os alunos de uma forma geral, valorizam mais as acções de carácter preventivo no recurso aos serviços de enfermagem, parecendo, também nesta situação, haver algum distanciamento do modelo biomédico na apreciação do desempenho da profissão de enfermagem;

Mais, as competências da 3ª dimensão e as *soft skills* são as mais valorizadas para o desempenho da profissão de enfermagem, no final do curso, ou seja, no 3º ano do curso de bacharelato e no último ano da licenciatura. Salientam-se as competências de natureza relacional, o profissionalismo e a responsabilidade, evidenciando-se a mobilização dos diferentes saberes, com o apelo às dimensões psicológica, afectiva e social dos indivíduos. Conforme *Hesbeen (2004, p.101)* *o cuidado exige inúmeras competências e aptidões e, como tal, é uma conduta ética que consiste em descobrir o outro na sua singularidade e em acompanhá-lo com a finalidade de proteger a sua vida, respeitando-o sempre, sem exercer sobre ele poder.*

Apesar das constatações enunciadas, somos forçados a verificar que no final do curso de enfermagem, os alunos continuam a optar pelo desempenho do exercício profissional (local de trabalho) em serviços de saúde vocacionados para o tratamento de pessoas doentes, ou seja, o hospital, onde o tratar se sobrepõe ao cuidar, onde predomina o modelo biomédico/ paradigma da categorização.

De acordo com Ramos (2004), o modelo do cuidar holístico na saúde implica a transformação de atitudes, representações e comportamentos de todos os profissionais da saúde e dos indivíduos envolvidos nos processo de saúde e doença, isto é, os utentes, as famílias, os profissionais da saúde, os cidadãos e

os decisores políticos.

Perante os resultados decorrentes do estudo realizado, parece-nos pertinente questionar:

- A adequação dos planos de estudos do curso de Enfermagem à realidade do desempenho do profissional de enfermagem, e às novas realidades do campo da saúde, bem como aos novos modelos e perspectivas na área da saúde e dos cuidados de saúde;

- A congruência Teórica e Prática da Profissão de Enfermagem, pois todos sabemos que existe mais do que crescimento intelectual ou técnico, e que na saúde mais do que tratar e curar a doença, cuida-se e cura-se o homem, e que esse cuidado e cura é o que ora, é reclamado pela sociedade e pela ciência;

- A adaptação do ensino de enfermagem ao actual contexto social e cultural, pois segundo Ramos (2004, p.15) os problemas originados pela multiculturalidade exigem uma competência psicológica, social, cultural, pedagógica e comunicacional, construída na experiência da alteridade e da diversidade, no equilíbrio entre o universal e o singular;

- A dinâmica dos vectores de aprendizagem no ensino de Enfermagem, na formação de enfermeiros, pois segundo Watson e Bevis (2005, p.44) *a aprendizagem é um processo do Eu que encontra o Eu, o que implica uma projecção no futuro*, obrigando a melhor e a mais pensamento crítico-reflexivo sobre os conceitos e os fenómenos associados aos processos da vida humana.

É, pois, de todos conhecida a influência do processo de aprendizagem na orientação profissional dos indivíduos, tendo estes, muitas vezes, como modelo a imagem do professor, havendo, no entanto, que equacionar a influência humana, social, moral e cultural dos alunos.

A aprendizagem é significativa quando combina o lógico com o intuitivo, o entendimento com os sentimentos, a opinião com a experiência e o conceito.

Neste sentido, *Mollo* (1987) refere que a dinâmica e o impacto da relação educativa derivam tanto da relação escola-sociedade como dos laços afectivos criados entre os actores sociais. Também, a citada autora, considera que os factores individual e o social são determinantes nas representações sociais.

Assim, parecer-nos pertinente invocar *Jodelet* (1994), pois segundo esta a representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborado e

partilhado, que visa a prática e contribui para a construção da realidade comum a um conjunto social.

Desta forma, será necessário um maior envolvimento entre a “escola” e o “exercício da profissão”, pois a construção dos saberes inerentes à profissão de enfermagem deve ser baseada nos conceitos formados na vida quotidiana, considerados elementos fundamentais para a compreensão dos conhecimentos/saberes científicos.

Pensamos, assim, que o estudo das representações sociais se justifica pela necessidade de melhor conhecer a realidade que nos rodeia, e, neste sentido, reflectir a formação dos enfermeiros, a fim de melhor a adequar às necessidades de saúde da população portuguesa, e, quiçá, europeia.

Segundo o “Projecto Saúde 21” é necessária uma saúde mais participada e apoiada pela comunidade e pelos parceiros sociais. Desta forma, é necessária a conjugação de esforços, no sentido duma acção multi-sectorial, contando-se com o contributo dos enfermeiros face à sua formação técnico-científica, experiências e contactos para o desenvolvimento do Projecto, implicando deste modo a sua integração em equipas multidisciplinares e interdisciplinares.⁹¹

Face ao exposto é necessário dar continuidade ao nosso estudo no sentido de avaliar a adaptação da formação dos enfermeiros às necessidades dos cuidados de saúde das populações, pois só assim é possível formar enfermeiros de qualidade.

Não será, demais, chamar a atenção para necessária adequação dos planos de estudos do curso de enfermagem à realidade do desempenho profissional do enfermeiro e dos cuidados de saúde. Pois, consideramos só ser possível dar visibilidade aos cuidados de enfermagem enquanto estes forem dirigidos para a satisfação das necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade, ou seja, quando contribuírem para a melhoria da qualidade de vida das populações.

Segundo *Hesbeen* (2000) o valor da profissão baseia-se na valorização do seu conteúdo e do seu contributo específico e insubstituível para a saúde das

⁹¹ ENFERMAGEM E *MIDWIFE* – *HEALTH* 21- SAÚDE 21. Administração Regional de Saúde de Viseu, Ministério da Saúde, s.d.

populações. Cogita, ainda, ser a valorização do conteúdo profissional que dá o valor e mais reconhecimento aos actores sociais de uma profissão, estendendo-se este pressuposto, igualmente, à profissão de enfermagem.

Apraz-nos, este propósito, referir *Moscovici* (1978, p. 28) quando este equaciona o "real" e o "pensado", o "científico" e o "não científico", concluindo que a representação social é *um corpus* organizado de conhecimentos, e uma das actividades científicas, graças à qual os homens tornam inteligível a realidade física e social, e se inserem num grupo ou numa ligação quotidiana de trocas.

Consideramos a prestação de cuidados de enfermagem como um bem essencial à saúde do indivíduo e, por consequência, ao "bem estar" das populações, pelo que é um bom indicador do desenvolvimento social de uma comunidade, e, simultaneamente, da qualidade dos cuidados de saúde.

Perante o exposto muitas são as questões para as quais, no final deste estudo, não encontramos respostas. Assim:

Porque não se define, de forma mais concreta, o campo de actuação do profissional de enfermagem e o "espaço" de intervenção do enfermeiro?

Será que os professores de enfermagem, enfermeiros, têm dúvidas relativamente ao saber que é próprio da disciplina de Enfermagem?

Ainda, será que os professores de enfermagem, enfermeiros, estudam enfermagem, isto é, reflectem, investigam no sentido da construção, desenvolvimento da disciplina de enfermagem face aos múltiplos desafios da sociedade contemporânea?

Será necessário reflectir o ensino de Enfermagem no seu *modus operandi*?

Será que os professores de enfermagem que se consideram um factor de mudança influente no processo de aprendizagem dos alunos de enfermagem, como justificam a falta de articulação teórica e prática da profissão de enfermagem?

Verificamos não haver diferenças substanciais entre os alunos dos cursos de bacharelato e licenciatura, relativamente ao nosso objecto de estudo, pelo que questionamos se os estudantes da licenciatura, com mais um ano de curso, beneficiaram de uma formação que lhes permitisse adquirir conhecimentos

transferíveis e a capacidade de agir de forma autónoma e competente, no seio de uma equipa pluridisciplinar?

Conferirmos que muitos dos alunos que frequentam o curso de Enfermagem não o fariam se tivessem oportunidade de ingressar no curso de medicina, será este um factor gerador de conflitualidade latente entre as classes médica e de enfermagem?

Será que uma intervenção de enfermagem mais direccionada para a promoção e manutenção da saúde das populações traria maior satisfação profissional ao enfermeiro no sentido em que poderia contribuir para a mudança da sua imagem social?

Será que uma melhor imagem social do enfermeiro, e, por conseguinte, uma melhor auto-imagem interferiria na mudança da representação social do enfermeiro?

Será que um melhor desenvolvimento do pensamento crítico facilitaria o desempenho profissional dos enfermeiros em equipas pluridisciplinares/interdisciplinares?

Será que enfermeiros mais preparados para trabalharem em equipas pluridisciplinares/interdisciplinares melhorariam a sua auto-estima profissional e pessoal?

Presumivelmente a resposta às nossas questões depende de uma mudança de formação e comportamento dos enfermeiros enquanto profissionais de saúde e professores de enfermagem. Assim sendo, parece-nos necessário que a bem do Ensino e da Formação em Enfermagem:

- Se promovam reuniões de reflexão orientadas para a discussão dos modelos de formação que utilizam;

- Se aprofundem o estudo das teorias/paradigmas subjacentes à prestação de cuidados de enfermagem, e reflectam sobre a sua aplicabilidade na prática dos cuidados de enfermagem;

- Se contribua para uma definição, clara e precisa, do conteúdo funcional da profissão de enfermagem, conjuntamente com a Ordem dos Enfermeiros;

- Se invista numa formação inicial com vista à qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem, e, por consequência, à qualidade dos cuidados de

saúde;

- Se intervenha na prática do exercício da profissão de enfermagem, isto é, sejam parceiros e não espectadores da prática dos cuidados de saúde;

- Se questione continuamente os procedimentos relacionados com os cuidados de saúde;

- Se reflita com os alunos as práticas desenvolvidas pelos técnicos de saúde, mais especificamente pelos enfermeiros;

- Se desenvolva mais trabalho em equipa pluridisciplinar/interdisciplinar, com os outros profissionais de saúde, por forma a melhorar a comunicação entre os diferentes técnicos de saúde, a promover o bem estar e a qualidade de vida dos indivíduos e, ainda, a resolver/minimizar os problemas de saúde das populações;

- Se intervenha mais na definição de políticas de saúde e na organização dos serviços de saúde, com vista a melhorar a satisfação dos profissionais e utentes, à melhoria da saúde e qualidade de vida das pessoas e à redução dos custos na saúde.

Afinal, o profissional de enfermagem é por formação, o profissional de saúde com contacto privilegiado com a *Pessoa*, o indivíduo inserido na família, a comunidade e a cultura, uma vez que a prestação de cuidados de saúde, o cuidar de enfermagem, é uma figura de expressão, de relacionamento com o outro ser e com o mundo, uma forma de viver plenamente, onde a reciprocidade entre quem cuida e quem é cuidado é uma constante. Pois, ninguém é uma ilha física, psíquica e social, e dentro da humanidade, todos somos influenciados uns pelos outros.

Conforme *Hesbeen* (2005, p.96), o cuidar em enfermagem implica um olhar sobre o mundo que nos rodeia, um desejo de perceber o que não conseguimos ver à primeira vista e que se encontra frequentemente para lá das aparências, de aproveitar este tempo necessário e sem o qual não se pode dispensar cuidados.

BIBLIOGRAFIA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: TEORIA

ABRIC, J. C. (1994) – *Pratiques Sociales et Représentations*. Paris, Presses Universitaires de France.

ANTUNES, M.L.M. (1985) – “Representações Sociais dos Jovens e Religião”. *Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*, XXI, p. 283-311.

ARRUDA, A. et al. (1998) – *Representando a Alteridade*. Petrópolis, Editora Vozes.

BEAUVOIS, J. L. et al. (1989) – *Perspectives Cognitives et Conduites Sociales, Représentations et Processus Socio – Cognitifs*. Suíça, Delval.

BERGER, P. I. ; LUCKMAN, T. (1997) – *A Construção Social da Realidade*. 14ª ed., Petrópolis, Editora Vozes (ed. inglesa, 1966).

BERNOUSSI, M. ; FLORINE, A. (1995) – “La Notion de Représentation: de la Psychologie Générale à la Psychologie Sociale et la Psychologie du Développement”. *Enfance*, 1, p. 71-78.

BOURDIEU, P. (1980) – *Le Sens Pratique*. Paris, Ed. Minuit.

BUSCHINI, F. ; KALAMPALIKIS, S. (org.) (2001) – *Penser la Vie; le Social, la Nature*. Paris, Éditions de la Maison des Sciences de l’Homme.

CASTRO, P. (1995) – “Contributos para uma Comparação Crítica de Três Tradições em Psicologia Social. Atitudes, Representações Sociais e Cognição Social”. *Psicologia*, X, (3), p. 155-173.

DEMARTEAU, M; PEREIRA, M; SQUIER – “L’Analyse des Représentations: Un Moyen d’Evaluer la Formation des Enseignants en Education pour la Santé”. *Promotion et Education*, 1994, Vol. I, p. 14-18.

DOISE, W. (2002) – *Direitos do Homem e Força das Idéias*. Lisboa, Livros Horizonte (ed. francesa, s.d.).

FLAMENT, C. (1997) – “Structure et dynamique des Représentations Sociales”. *Les Représentations Sociales*. 5^a ed. Paris, Presses Universitaires de France, p.204-219.

GARNIER, C. (2002) – *Les Formes de la Pensée Sociale*. Paris, PUF.

GOFFMAN, E. (1983) – *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Petrópolis, Editora Vozes, Ltda (ed. inglesa 1959).

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (1995) – *Textos em Representações Sociais*. 2^a ed., Petrópolis, Vozes.

JESUINO, J. C. (1997) – “Anchoring and Objectifying, Two Basic Processes of Social Representations”. *3rd European(Eu.) PhD on Social Representations and Communication, Summer School on Social Representations Theory*. ISCTE, Lisboa (Setembro).

JODELET, D. (1989) – *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF.

JODELET, D. (1993) – “Les Représentations Sociales, Regard sur la Connaissance Ordinaire”. *Sciences Humaines*, 27 (4), p. 22-24.

LOURENÇO, N.; LISBOA, M. (1992) – *Representações da Violência*. Lisboa, Editora Centro de Estudos Judiciários.

MAFESOLI, M. (1985) – *La Connaissance Ordinaire*. Paris, Librairie des Méridiens.

MOLINER, P. (1996) – *Images et Représentations Sociales*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

MOSCOVICI, S. (1978) – *A Representação Social da Psicanálise*. Rio de Janeiro, Zahar Editores (ed. francesa 1961).

MOSCOVICI, S.; DOISE, W. (1994) – *Conflict and Consensus – a General Theory of Collective Decisions*. London, Sage Publications.

MOSCOVICI, S.; HEWSTONE, M. (1984) – “De la Science au Sens Commun”. *Psychologie Sociale*. Paris, PUF.

NEGREIROS, M. A. (1995) – *As Representações da Profissão do Serviço Social*. Lisboa, Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa C.R.L.

ORDAZ, O.; VALA, J. (1997) - "Objectivação e Ancoragem das Representações Sociais do Suicídio na Imprensa Escrita". *Análise Social*, Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, 4 - 5, p. 847-874.

PEREIRA, C. (1997) - "Análise de Dados nas Representações Sociais". *Análise Psicológica*, 1 (XV), p. 49-62.

RODRIGUES, A. (1996) - *Psicologia Social*. 16ª ed, Petrópolis, Vozes.

ROSA, A. S. (1988) - "Les Représentations Sociales". *Connexions*, Toulouse, Editions Erès, p. 27-50.

SÁ, C. P. (1996) - *Núcleo Central das Representações Sociais*. Petrópolis, Editora Vozes Lda.

SPINK, M. J. (1995) - *O Conhecimento no Cotidiano*. São Paulo, Editora Brasiliense, S.A.

VALA, J. (1979) - "Organização da Comunicação de Massa e Representações Sociais: Ensaio de Metodologia". *Análise Psicológica*, II (3) p. 407-713.

VALA, J. (1986) - "Sobre as Representações Sociais - para uma Epistemologia do Senso Comum". *Cadernos de Ciências Sociais*, 4, Porto, Afrontamento.

VALA, J. (1997) - "Representações Sociais e Percepções Intergrupais". *Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa*, XXXII (140) p. 7-29.

VIGNAUD, J.M. (1992) - "La Notion de Représentation, Théâtre D'Ombres... et Lumières". *Colloque du G.R.I.F.E. (Technologies Nouvelles et Education Multimédia et Formation)*, Montpellier 13-15 de Jan.

VOVELLE, M. (1993) - "Histoire et Représentations". *Sciences Humaines*, 27 (4), p. 26-29.

WACH, M. (1993) - "Les Représentations du Travail". *Education Permanente*, 117, p. 113-120.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL / EDUCAÇÃO

ABRAHAM, A(1972). – “L’Images des Enseignants chez les Elèves”. *Bulletin de Psychologie*, XXV, p. 1004-1014.

BARON, G. L.; BRUILLARD, R. (1996) – *L’ Informatique et ses Usagers, dans l’ Education*. INRP, TECHNE.

BENAVENTE, A. (1989) – “Sociologia, Formação e Mudança”. *Revista Inovação*, 2 (1), p. 17-21.

BENAVENTE, A. (1999) – *Escola, Professoras e Processos de Mudança*. Lisboa, Livros Horizonte.

CHAPPAZ, G. (1993) – “Les Représentations du Monde Comme Tremplin Pédagogique”. *Sciences Humaines*, 27 (4), p. 34-35.

CORONA, I; NAGEL, L. H. (1988) – *Preconceitos e Estereótipos em Professores e Alunos*. Petrópolis, Vozes.

DAGUET, H. (1994) – “Influence des Pratiques sur la Construction des Représentations Sociales de l’Informatique: le Cas des Lycéens”. (texto policopiado).

DIOGO, A M. (1998) – *Famílias e Escolaridade*. Lisboa, Edições Colibri.

GAGE, N. L. (1958) – “Explorations in Teacher’s Perceptions of Pupils”. *Journal of Teacher Education*, 9, p. 97-101.

GARNIER, C.; ROUQUETTE, M. L. (Org) (2000) – *Représentations Sociales et Éducation*. Montréal, Éditions Nouvelles.

GILLY, M. (1969) – *Bon Elève – Mauvais Elève*. Paris, A. Colin.

GILLY, M.1980) – *Maître – Elève*. Paris, PUF.

GILLY, M. (1994) – “Les Représentations Sociales dans le Champ Educatif”. *Les Représentations Sociales*. Paris, PUF, p.363-386.

MARTINS, J. (1989) – “ Representação Social da Turma: Contributos para uma Imagem do Ponto de Vista do Professor”. *Tese de Mestrado em Ciências da Educação*, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

MOLLO, S. (1978) – *Os Mudos Falam aos Surdos*. Lisboa, Editorial Estampa (ed. Francesa, 1975).

MOLLO, S. (1979) - *Escola na Sociedade*. Lisboa, Edições 70 (ed. Francesa, 1969).

MOSCOVICI, S. (1983) - "Représentation dans le Champ Educatif". *Colloque Sciences Anthro - Sociales et Sciences de l'Éducation*, Paris, (Setembro).

NÓVOA, A. (1996) - "L'Image à l'Infini: la Lente Accomodation de la Profession Enseignante à une Identité Féminine". *Recherche et Formation*, nº 21, p. 9-22.

OLIVEIRA, J. H. B (1992) - *Professores e Alunos Pigmalhões*. Coimbra, Almedina.

PEDRA, J. A. (1997) - *Currículo, Conhecimentos e suas Representações*. Campinas, Editora Papirus.

RANGEL, M. (1994, a) - "As Representações dos Alunos como Forma do Conhecimento Prático e a Aprendizagem do Conhecimento Científico na Escola". *Revista Educação da PUL / RS*, XVII, 26, p. 19-30.

RANGEL, M. (1994, b) - "Sobre um Estudo de Representações na Didática". Actas do Colóquio Nacional, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 213-223.

RANGEL, M. (1994, c) - Representações e Reflexões sobre o Bom Professor. Petrópolis, Vozes.

RANGEL, M. (1997) - *Bom Aluno: real ou ideal*. Petrópolis, Vozes.

ROSENTHAL, R.; JACOBSON, L. (1971) - *Pygmalion à l'École*. Paris, PUF.

SANTOS, M. E. B. (1991) - *Os Aprendizizes de Pigmaleão*. 2ª ed. Lisboa, Instituto de Estudos para o Desenvolvimento.

SKRZYPCZAK, J. F. (1996) - *O Inacto e o Adquirido*. Lisboa, Instituto Piaget (ed. francesa s.d.).

TEDESCO, E. (1979) - *Des Familles parlent de l'École*. Paris, Casterman.

VIGNAUD, J. M. (1993) - "Technologies Nouvelles et Education. La Notion de Représentation". *Comunicação apresentada no Colóquio do G.R.I.F.E.*, Montpellier. (texto policopiado).

REPRESENTAÇÃO SOCIAL - ENFERMEIRO

ANDRADE, O. G. (1999) – “Representaciones del cuidado familiar: ante el anciano com ACV”. *Revista Rol de Enfermería*, Vol. 22, 6, (6), p.453-464.

ANDRÉ, M. R. L. (1996) – “Enfermeiros e Médicos na Imprensa, Análise de Artigos de Jornal”. *Revista de Enfermagem*, 1 (2ª série), p. 7-12.

BATALHA, L. M. da C. (1995) – “Enfermagem, Imagem Social do Adolescente”. *Sinais Vitais*, 5 (11), p. 29-34.

BASTO, M. L. (1998) – “A Imagem Externa dos Enfermeiros, Representação Social dos Enfermeiros”. *Revista de Enfermagem*, 12 (2ª série), p. 24-28.

BRITO E COSTA, M.M.G. (1993) – “À Procura de Identidade”. *Revista de Enfermagem*, 12 (2ª série), p. 5-7.

CARAPINHEIRO, G. (1993) – *Saberes e Poderes no Hospital*. Santa Maria da Feira, Afrontamento.

CUNHA, M .D. (1995) – “Representações Sociais das Práticas dos Enfermeiros”. *Tese de Mestrado em Ciências da Educação*, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

PINTO, F. C. et al. (2002) – “Enfermeiro: que conceito?”. *Ecos da Enfermagem*, 228 (suplemento), p. 2-6..

GUIMELLI, C.(1994) – “La Fonction d’Infirmière, Pratiques e Représentations Sociales”. *Pratiques Sociales e Représentations*. Paris, PUF, p. 82-107.

JOURNIAC, C. (1995) – “L’infirmière Anesthésiste et sa Représentation: Modèles Référence ?: une étude des représentations sociales”. *Recherche en soins infirmiers*, 43 (Dez.) p. 18-59.

KERGOAT, D. (1990) – “Ouvrières et Infirmières, Deux Rapports à la Qualification”. *Communication au XII^e Congrès Mondial de Sociologie*, Session “Travail, Genre et Qualification”, Madrid, Juillet.(texto policopiado).

LOPES, N. M. (2001) – *Recomposição Profissional de Enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra, Quarteto Editora.

MACHADO, A. L. et al. (1997) – “Representações Sociais em Enfermagem: comentários sobre teses e dissertações”. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, Vol. 31, 3 (Dez.) p. 486-497.

MAGALHÃES, C. P. et al. (2001) – “Representação Social dos Enfermeiros em Crianças dos 8 aos 10 Anos”. *Sinais Vitais*, 39 (11) p. 59-63.

MENDES, F. (1999) – “A saúde e a doença dos professores: um estudo de caso sobre a representação social”. *Revista de Enfermagem*, 16 (10-12) p. 19-29.

MENDES, J.M.G. (1996) – “Ser Enfermeira, Contributos para o Estudo de uma Representação”. *Revista de Enfermagem*, 2 (1) p. 5 -100.

MIRANDA, J. R. (1998) – “As Representações que o enfermeiro tem do idoso”. *Sinais Vitais*, 19, p. 21-25.

MORGAN, G.A.S.G. (1992) – “Estudo da Representação Social do Enfermeiro Recém-Formado em seu Primeiro Emprego e suas Expectativas em Relação ao Programa de Orientação”. *Tese de Mestrado em Enfermagem*, Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem.

NUNES, E. (1995) – Projecto de Investigação sobre a Representação Social dos Enfermeiros. Lisboa, Universidade Autónoma.

OLIVEIRA, A. (1999) – “Influências do contexto na percepção e nas representações sociais da morte”. *Psicologia*, 12 (2) p.213-235.

OLIVEIRA, R. M.; SILVA, R. S. (1998) – “Enfermagem aos Olhos da Sociedade”. *Sinais Vitais*, 16 (1) p. 27-31.

PEGACHA, M. (1999) – “Mudar uma Imagem: que atitudes de enfermagem”. *Servir*, 47, 4 (Jul./Agosto) p. 199-202.

PEREIRA, Á. (1996) – “A Representação do Género Masculino na Enfermagem”. *Revista de Enfermagem UERJ* (Universidade Estadual do Rio de Janeiro), 4,2 (12) p. 211-219.

RIESCO, .M. L:G: (1998) – “Enfermeira Obstetra: herança da parteira e herança da enfermeira”. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*, 6, 2 (4I) p. 13-15.

RYAN, S.; PORTER, S. (1993) – “Men in Nursing: a Cautionary Comparative Critique”. *Nursing Outlook*, vol. 41, 6 (Nov./Dez.) p. 262-267.

SALVAGE, J. (1993) – “Enfermagem: Uma Perspectiva Européia”. *Nursing*, 69, p. 14 -15.

SANTOS, J. C. (1998) – “Imagem social da enfermeira: entrevista a Francisco Moita Flores”. *Sinais Vitais*, 16 (1) p. 8-11.

SANTOS, M. A. F. (1995) – “Representação Social do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materno e Obstétrica”. *Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem*. Lisboa, Universidade Católica Portuguesa.

SILVA, R. S. (1998) – “A enfermagem aos olhos da sociedade”. *Sinais Vitais*, 16 (1) p. 27-31.

SIMÕES, J. (2001) – “Género e Enfermagem: Da Tradição no Feminino ao Presente no Masculino”. *Tese de Mestrado em Estudo sobre as Mulheres*, Lisboa, Universidade Aberta.

SOUSA, P. A. F. (1997) – “As representações sociais”. *Enfermagem Oncológica*, (1) p. 58-62.

TEIXEIRA, P.M.A.M. (1996) – “Representação Social do Enfermeiro”. *Revista de Enfermagem*, 2 (1) p. 101-176.

VALERIANO, M. J. (1993) – “Os Enfermeiros e as Representações da Enfermagem. Algumas Idéias e Factos”. *Revista Servir*, 41 (4) 171-176.

VILELA, C.L. (2002) – “Enfermeiro: imagem (in) apropriada”. *Revista Sinais Vitais*, 44 (Set.) p. 18-22.

WALSH, M. (2001) – “Era uma Vez”. *Nursing*, 5, p. 21-23.

WENNER, M. (1988) – *Comment et Pourquoi Devient – on Infirmière?*. Paris, Éditions Lamarre.

REPRESENTAÇÃO SOCIAL: SAÚDE – DOENÇA

ANTUNES, M. J.L. (1996) – “A Doença Oncológica na Criança: Vivê-la para a Saber Representar”. *Enfermagem em Foco*, VII, 30 (2) p. 41-47.

COUTO, A. (1994) – “Crenças e Representação da Gravidez na Educação para a Saúde”. *Tese de Mestrado em Psicologia*, Lisboa, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

FERNANDES, M. T.; LOPES, M. A. (2002) – “Corpo, Saúde e Doença: as representações dos enfermeiros”. *Revista de Investigação em Enfermagem*, Nov, p. 4 -17.

FILIPPE, E.T. (1993) – “A Enfermagem Portuguesa”. *Nursing*, 6, 70 (11) p. 10-13.

GANDER, P. (2000) – “Classifications et Regroupements: comprendre pour assurer des soins”. *LEP Loisir et Pédagogie*, 85 p.

HERZLICH, C.(1984) – *Santé et Maladie, Analyse d'une Représentation Sociale*. Paris, Éditions de l'École des Hautes Études Mouton & Co.

MENDES, A .M. S. et al. (2000) – “Medos, Crenças, Mitos... Representações do Cancro”. *Nursing*, 141 (2) p. 20-22.

NOGUEIRA, J. D. (1998) – “Representações do Parto”. *Arquivos da Maternidade Alfredo da Costa*, XIV, 1 (4) p. 40-42.

RAMOS, N. (2004) – *Psicologia Clínica e Saúde*. Lisboa, Universidade Aberta.

SOUSA, P. (1995) – “As Representações da Morte no Ensino de Enfermagem: dos discursos à atitude perante os doentes na fase final da vida”. *Tese de Mestrado* Porto, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

ENFERMAGEM / CUIDAR

A - História de enfermagem

ALMEIDA, C.M.R. (1988) – “Início, Evolução e Perspectivas Futuras da Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo”. *Revista Servir*, vol. 36, 2 (Março – Abril) p.92-103.

BIHET (1947) – *Histoire du Nursing*. Liège, Éditions Desoer.

CÔRREA, B .M.(2003) – *Imagens e Memórias da Escola Técnica de Enfermeiras,1940-1988*. Lisboa, Beatriz de Mello Corrêa.

DONAHUE, M. P. (1985) – *Historia de Enfermaría*. Espanha, Ediciones Doyme (ed. Inglesa, 1985).

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE RICARDO JORGE, Ministério da Saúde (1988) –“Curso de Enfermagem (1976). ” *Revista de Enfermagem*, Ano IV, 1 (Janeiro – Março) p. 22-24.

JAMIESON, E. M. et al. (1968) – *Historia de Enfermaría*. 6ª ed. México. Editorial Interamericana, S. A. (ed. Inglesa,1966).

SOARES, I. (1997) – *Da Blusa de Brim à Touca Branca*. Lisboa, Educa.

B - Profissional de enfermagem: Enfermeiro

ADAM, E. (1994) - *Ser Enfermeira*. Lisboa, Instituto Piaget (ed. Inglesa, 1979).

ALMEIDA, C.M.R. (1997) – “Registos escritos em Enfermagem: uma abordagem sócio – cognitiva”. *Tese de Mestrado em Psicologia Social e Organizacional*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e de Empresa – ISTCE.

ALMEIDA, M. C. P. ; ROCHA, J. S. Y. (1989) – *O Saber de Enfermagem e a sua Dimensão Prática*. 2ª ed. São Paulo, Cortez Editora.

BASTO, M. L. (1998) – *Da Intenção de Mudar à Mudança*. Porto, Editora Rei dos Livros.

CARPENTIER-ROY, M. CL. (1991) – *Psychopathologie du Travail d’Infirmier*. Ed. Liber, Montreal.

CHASKA, N. L. et al. (1990) – *The Nursing Profession*. St. Louis – Missouri, The C. V. Mosby Company.

ELLIS, J. R.; HARTLEY, C. L. (1995) – *Enfermagem Contemporânea: Desafios, Questões e Tendências*. 5ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas (ed. inglesa 1995).

EVERS, G.C.M. (2001) – “O Papel Futuro da Enfermagem e das Enfermeiras da União Européia”. *Enfermagem*, 5, 2ª série (Maio) p. 11-17.

LOPES, M.J.M. et al. (1996) – *Género e Saúde*. Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul Lda.

REBELO, M. T. S. (1996) – “Os Discursos nas Práticas dos Cuidados de Enfermagem: Contributo para a Análise das Representações Sociais”. *Revista Sinais Vitais*, 9 (11) 13-17.

SANTOS, C. (1973) – *Enfermagem como Profissão*. São Paulo, Editora da Universidade de S. Paulo.

VIEIRA, M. (1998) – “Ser Enfermeiro...”. *Tese de Concurso de Provas Públicas, para Professor Coordenador*. Porto, Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.

C - Cuidar em enfermagem

ABDEL-AL,H.(1991). – “Les soins Infirmiers:leur nature, définitions et champs de competence”. *École des Sciences Infirmières*, Université Laval, 20 p.

BRYKCLYNSKA, G. (1997) – *Caring*. London, Arnold.

COLLIÈRE, M. F. (1989) – *Promover a Vida*. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (ed. francesa 1984).

COLLIÈRE, M. F. (1996) – *Soigner ... le Premier Art de la Vie*. Paris, Inter Éditions.

DOGMAR, E.M. ; WALDOW, V.; LOPES, M. (1998) – *Marcas da Diversidade*. Porto Alegre, Brasil, Editora Artes Médicas.

DRAPER, P. (1997) – *Nursing Perspectives on Quality of Life*. London, Routledge.

FAYN, M.G. (1995) – *Humaniser les Soins*. ESF, Paris.

HENDERSON, V. (1969) – “Excellence in Nursing”. *American Journal of Nursing*, 69 (9), p. 2133-2137.

HESBEEN, W.(2000) – *Cuidar no Hospital*. Lisboa, Lusociência (ed. francesa, 1997).

HESBEEN, W.(2004) – *Cuidar neste mundo*. Lisboa, Lusociência (ed. francesa, 2000).

HONORÉ, B.(2002) – *A Saúde em Projecto*. Lisboa, Lusociência, (ed. francesa, 1996).

MARTIN, C. (1995) – “Cuidados de Enfermagem, Uma Disciplina: Condições e Desafios”. *Conferência em Bruxelas* (Traduzido para Português em 2000).

PEARSON, A.; VAUGHAN, B. (1986) – *Modelos para o Exercício de Enfermagem*. Lisboa, Artes Gráficas, Lda (ed. Inglesa, 1986).

SOUZA, N.V.D.O. et al. (1999) – “Gente que Cuida de Gente com Infecção Hospitalar”. *Nursing* (São Paulo), 2, 14 (4) p. 15-19.

WALDOW, V. R. (2001) – *Cuidado Humano – O Resgate Necessário*. 3ª ed. Porto Alegre, Editora Sagra Luzzza Eto.

D –Enfermagem: Teoria

CHINN, P.L.; KRAMER, M.K. (1995) – *Theory and Nursing, Aystematic Approach*. 4ª ed., St. Louis, Missouri, Mosby.

HENDERSON, V. (1966) – *The nature of Nursing*. 3ª ed. New York, The MacMillan Company.

KÉROUAC, S. (1994) – *La Pensée Infirmière – Conceptions et Stratégies*. Canadá, Éditions Maloine.

WATSON, J. (1999) – *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Lisboa, Lusociência (ed. inglesa, 1999).

WATSON, J. (2002) – *Enfermagem Pós-Moderna e Futura*. Lisboa, Lusociência (ed. inglesa, 1999).

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

BERBAUM, J. (1982) – *Étude Systémique des Actions de Formation*. Paris, PUF.

BERBAUM, J. (1993) – *Aprendizagem e Formação*. Porto, Porto Editora.

BIREAUD, A. (1990) – *Les Méthodes Pédagogiques dans l'Enseignement Supérieur*. Paris, Les Editions d' Organisations.

BOURGEOIS, E. ; NIZET, J. (1999) – *Apprentissage et Formation des Adultes*. Paris, PUF.

BRZEZINKI, Í. ; TAVARES, J. (1999) – *Construção do Conhecimento Profissional*. Universidade de Aveiro.

CAETANO, A. (1997) – *Avaliação do Desempenho*. Lisboa, RH Editora.

CANÁRIO, R. et al. (1997) – *Formação e Situações de Trabalho*. Porto, Porto Editora.

CERI (1994) – *Les Sociétés de l' OCDE en Transition. L'avenir du Travail et des Loisirs*. Paris, OCDE.

CERI (1997) – *Prepared for Life?*. Paris, OCDE.

DOMINICÉ, P. (1996) – *L' Histoire de Vie Comme Processus de Formation*. Paris, Édition L' Harmattan.

DUBAR, C. (1997) – *A socialização, Construção das Identidades Sociais e Profissionais*. Porto, Porto Editora, (ed. francesa, 1991).

FERRY, G. (1987) – *Le Trajet de la Formation*. Saint Etienne, Dumas.

LESNE, M. (1984) – *Trabalho Pedagógico e Formação de Adultos*. Fundação Calouste Gulbenkian (ed. francesa, 1977).

MALGLAIVE, G. (1995) – *Ensinar Adultos*. Porto, Porto Editora (ed. francesa, 1990).

NYHAN, B. (1991) – *Desenvolver a Capacidade de Aprendizagem das Pessoas*. Bruxelas, Editora Interuniversidades Européias.

PEREIRA, T. Q. (1998) – " As Exigências do Exercício da Profissão de Enfermeiro e a Organização da Educação em Enfermagem, em Articulação com

as Alterações ao Sistema de Ensino Superior Politécnico”. *Departamento dos Recursos Humanos da Saúde*, Ministério da Saúde.

PELPEL, P. (1989) – *Les Stages de Formation*. Paris, Bordas.

PIRES, A. L. (1994) – “As novas competências profissionais”. *Formar*, 10, p.4 – 19.

PIRES, A. L. (1995) – “Desenvolvimento Pessoal e Profissional- um estudo dos Contextos e Processos de Formação das novas Competências Profissionais”. *Tese de Mestrado*. Universidade Nova de Lisboa.

RODRIGUES, M.L. (1997) – *Sociologia das Profissões*. Oeiras, Celta Editora.

SERRA, A.M.M.S. (2000) – “Identidade Profissional Versus Identidade Organizacional”. *Tese de Mestrado*. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – ISCTE.

FORMAÇÃO DE PROFESSORES

BECKER, F. (1993) – *A Epistemologia do Professor. O Cotidiano da Escola*. Petrópolis, Vozes.

BERGER, I. (1979) – *Les Instituteurs, d’une Génération à l’Autre*. Paris, PUF.

BRAGA, F. (2001) – *Formação de Professores e Identidade Profissional*. Coimbra, Quarteto Editora.

CORREIA, J. A. (1991) – “Mudança Educacional e Formação: Venturas e Desventuras do Processo Social da Produção da Identidade Profissional dos Professores”. *Revista Inovação*, 4 (19) p. 149-165.

DEVELAY, M. (1994) – *Peut-on Former les Enseignants?*. Paris, ESF Éditeur.

ESTRELA, A. et al. (1991) – *Formação de Professores por Competências – Projecto Foco*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

GARCIA, C. M. (1995) – *Formação de Professores*. Porto, Porto Editora (ed. espanhola, 1995).

NÓVOA, A. (1991) – “A Formação Contínua Entre a Pessoa – Professor e a Organização Escola”. *Revista Portuguesa de Educação*, 1 (2) p. 7-10.

PERRENOUD, P. (1997) – *Práticas Pedagógicas, Profissão Docente e Formação*. 2ª ed, Lisboa, Publicações Dom Quixote, Instituto de Inovação Educacional, (ed. francesa, 1988).

ROSENTHAL, R. (1971) – *Teachers and the Learning Process*. Englewood, New Jersey, Prentice Hall.

SÁ – CHAVES, I. (1989) – *Professores, Eixos de Mudança: Pensamento Pedagógico da Post-Modernidade*. Aveiro, Editora Estante.

VIGNAUD, J. M. (1995) – “Technologies de l’ Information et de la Communication dans la Formation des Enseignants en IUFM, en France”. *Comunicação apresentada no VI Colóquio Nacional da Universidade de Lisboa*.

ZEICHNER, M. K. (1993) – *A Formação Reflexiva dos Professores: Idéias e Práticas*. Lisboa, Educa.

FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS

ABREU, W. C. (2001) – *Identidade, Formação e Trabalho*. Lisboa, Co - Edição Formasau. Formação e Saúde Lda. e Educa.

ARAÚJO, O.L. (1995) – “Identidade Socioprofissional e Género: Contributos para o Estudo de Enfermagem”. *Tese de Mestrado*. Porto, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

BENNER, P. (1996) – “De Principiante a Perito”. *Revista Servir*, 44 (3), p. 148-154.

BENNER, P. (2001) – *De Iniciado a Perito*. Coimbra, Quarteto Editora.

BENTO, M. C. (1997) – *Cuidados e Formação em Enfermagem. Que Identidade?*. Lisboa, Fim de Século.

CANÁRIO, R. (1997) – “Formação e Mudança no Campo da Saúde”. *Formação e Situações de Trabalho*. Porto, Porto Editora, p. 117-146.

COSTA, M. A M. (1998) – *Enfermeiros: Dos Percursos de Formação à Produção de Cuidados*. Lisboa, Fim de Século.

FRADIQUE, L. (1995) – *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Social*. Lisboa, Educa.

FRENCH, P. (1994) – *Social Skills for Nursing Practice*. London, Chapman & Hall.

LANRIEC, T.H. (1992) – L’Ecole à l’Envers – Former des Enseignants en Infirmierie. Paris, Lamarre.

LIPPMAN, D. T.; POUTON, K. S. (1993) – “The Image of Nursing Among High School Guidance Counsellors”. *Nursing Outlook*, 41 (May / June) p. 129-134.

MARQUIS, B. et al. (1993) – “Problems and Progress as Australia Adopts the Bachelor’s Only Entry to Nursing Practice”. *Nursing Outlook*, 41, 3 (Maio/Jun) p. 135-140.

MARTINS, C.A. (1999) – “Construindo a Identidade Profissional dos Enfermeiros”. *Revista Sinais Vitais*, 27 (11) p. 56-58.

MESTRINHO, M. G. et al. (2000) – *Formação em Enfermagem*. Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros.

PADILHA, M. I. C. S. et al. (1997) – “A Compreensão do Ideário de Enfermagem para a Transformação da Prática Profissional”. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 50, 3 (Julho-Setembro) p. 307-322.

PIMENTEL, D. et al. (1991) – “A Estruturação das Identidades no Quotidiano do Trabalho: o caso dos profissionais de enfermagem”. *Sociologia: Problemas e Práticas*. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES), 9, p. 43.

SCHÖN, D. A. (1994) – *Le Praticien Réflexif, à la Recherche du Savoir Caché dans l’agir Professionnel*. Quebec, Les Editions Logiques, (ed. Inglesa, 1983).

TAKHASHI, E.I.U. (1991) – “A Emoção na Prática da Enfermagem: relatos por enfermeiros de UTI e UI”. *Tese de Doutorado*. Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem.

VALENTE, I. (2002) – *Autoconceito em Estudantes de Enfermagem*. Coimbra, Quarteto Editora.

VIEIRA, M.J. (2000) – “Imagem Cultural e Motivação na Escolha de Enfermagem”. *Tese de Doutorado em Enfermagem*, Universidade de São Paulo – Escola de Ribeirão Preto.

WALDOW, V.; LOPES, M.; MEYER, D. (1995) – *Maneiras de Cuidar Maneiras de Ensinar*. Porto Alegre, Artes Médicas.

DESENVOLVIMENTO CURRICULAR

BEVIS, O.; WATSON, J. (2005) – Rumo a um Curriculum de Cuidar: Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem. Lisboa, Lusociência (ed. Inglesa 2000).

CERI (1994) – Redefinir le Curriculum: un Enseignement pour le XXI Siécle. Paris, OCDE.

GOODSON, I. (1997) – *A Construção Social do Curriculum*. Lisboa, Educa (ed. Inglesa, 1997).

MACHADO, F. A.; GONÇALVES, M. F. (1991) – *Currículo e Desenvolvimento Curricular*. Rio Tinto, Edições ASA.

PETE, A.; MOYA, J. (1987) – *The Curriculum in Nursing Education*. New York, Chapman and Hall.

RIBEIRO, A.C. (1993) – *Desenvolvimento Curricular*. Lisboa, Texto Editora.

ZABALZA, M. A. (1992) – *Planificação e Desenvolvimento Curricular na Escola*. Rio Tinto, Edições ASA.

EDUCAÇÃO/FORMAÇÃO/ENSINO/APRENDIZAGEM

ALVES, R. (1993) – *Conversas com Quem Gosta de Ensinar*. 27ª ed., São Paulo, Cortez Editora (1ª ed. 1933).

ALVES, R. (2001) – *Escola com que Sempre Sonhei, Sem Imaginar que Pudesse Existir*. Lisboa, Edições ASA.

ALVES, R. (2003) – *Alegria de Ensinar*. Lisboa, Edições ASA.

BARRENO, M. I. (1985) – *O Falso Neutro*. Lisboa, Edições Rolim.

BERTRAND, Y.; VALOIS, P. (1994) – *Paradigmas Educacionais; Escolas e Sociedades*. Lisboa, Instituto Piaget (ed. Francesa, 1994).

BIRZEA, C. (1984) – *Pedagogia do Sucesso*. Lisboa, Editorial Confluência, Lda. (ed. francesa, 1982).

CARAÇA, J. (1998) - "Reinventar a Universidade - Síntese". *Educação e Sociedade*, 2 (3), p. 13-19.

CRISTÓVÃO, A. (2001) – *A Escola, a Família e a Educação Individualizada*. Coimbra, Gráfica Coimbra.

DEMO, P. (1998) – *Desafios Modernos da Educação*. 7ª ed., Petrópolis, Editora Vozes (1ª ed. 1993).

DEMO, P. (2000) – *Educação e Qualidade*. 5ª ed., Campinas, Papirus Editora.

DURKEIM, É (2001) – *Educação e Sociologia*. Lisboa, Edições 70. (ed. francesa, s.d.).

FERREIRA, M.; SANTOS, M. R. (1994) – *Aprender a Ensinar, Ensinar a Aprender*. Santa Maria da Feira, Afrontamento.

FIGUEIREDO, A. D. (1998) - "Reinventar a Universidade - Comentário". *Educação e Sociedade*, 2 (3) p. 111-119.

FORQUIN, J. C. (1993) – "Savoirs et Pédagogie: Faux Dilemmes et Vraies Questions". *Recherche et Formation*, 13, p. 9-24.

FOSNOT, C. (1995) – *Professores e Alunos Questionam-se – Uma Abordagem Construtiva do Ensino*. Lisboa, Instituto Piaget (ed. inglesa 1989).

FREIRE, P. (1972) – *Pedagogia do Oprimido*. Porto, Afrontamento.

FREIRE, P. (1997) – *Pedagogia da Autonomia, Saberes Necessários à Prática Educativa*. 5ª ed. São Paulo, Editora Paz e Terra.

FREIRE, P. (1999) – *Educação e Mudança*. 23ª ed. São Paulo, Editora Paz e Terra S.A. (1ª ed. 1979).

GRÁCIO, S. (1997) – *Dinâmicas de Escolarização e das Oportunidades Individuais*. Lisboa, Educa.

GRANATO, T. A. C. et al. (2000) – *Educação em Questão. Novos Caminhos para Antigos Problemas*. Petrópolis, Editora Vozes.

HOUSSAYE, J. (1994) – *La Pédagogie: Une Encyclopédie pour Aujourd'hui*. 2ª ed, Paris ESF Éditeur.

PERES, A.N. (1999) – *Educação Intercultural, Utopia ou Realidade?* Porto, Profedições, Lda.

PERRENOUD, Ph. (1995) – *Ofício de Aluno e Sentido de Trabalho Escolar*. Porto, Porto Editora (ed. francesa, 1994).

RANJARD, P. (1990) – "La Réaction des Clercs ou Qu'importe que les Elèves Aient Appris Pourvu que les Profs Aient Enseigné". *Tese de Doctorat en Sciences de l' Education* (dir. de G. Berger). Université de Paris VIII.

ROGERS, C. R. (1973) – *Liberdade para Aprender*. 2ª ed, Minas Gerais, Interlivros Mina Gerais Lda. (ed. Inglesa, 1969).

SIMÕES, A. (1989) – “Educação Permanente: Rumo à Inovação Total e Permanente”. *Revista Inovação*, 2 (2), p. 129-132.

STONES, E. (1994) – *Quality Teaching – A Sample of Cases*. Routledge.

MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO

ALBARELLO, L. et al. (1997) – *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais – Trajectos*. Lisboa, Gradiva (ed. Francesa, 1995).

ALMEIDA, J. F.; PINTO, J M. (1995) – *Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa, Editorial Presença.

ANDRÉ, M.E.D.A.; LÜDKE, M. (1986) – *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo, Editora Pedagógica Universitária.

BARDIN, L. (1995) – *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70 (ed. Francesa, 1977).

BELL, J. (1997) – *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa, Gradiva.

BERTHIER, N. (1998) – *Les Techniques d'enquête*. Paris, Armand Colin.

BOUDON, R. (1976) – *Les Méthodes en Sociologie*. Paris, Presses Universitaires de France.

BOUTIN, G.; GOYETTE, G.; LESSARD-HÉBERT, M. (1994) – *Investigação Qualitativa*. Lisboa, Instituto Piaget (ed. francesa 1990).

BRYMAN, A.; CRAMER, D. (1992) – *Análise de Dados em Ciências Sociais. Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS*. Oeiras, Celta Editora (ed. inglesa 1990).

CALDEIRA, P.Z.; SCHOLTEN, M. (1997) – “O Senso do Escalonamento Multidimensional”. *Análise Psicológica*, 1 (XV), p. 63-85.

CAMPENHOUDT, L.; QUIVY, . (1998) – *Manual de Investigação em Ciências Sociais – Trajectos*. Lisboa, Gradiva (ed. francesa 1995).

CARMO, H. ; FERREIRA, M. M . (1998) – *Metodologia da Investigação-Guia para Auto-Aprendizagem*. Lisboa, Universidade Aberta.

DURKHEIM,É. (1998) – *As Regras do Método Sociológico*. Lisboa, Editorial Presença (ed. Francesa s.d.).

ECO, U. (1991) – *Como se Faz uma Tese em Ciências Humanas*. Lisboa, Editorial Presença.

FAIN, J.A. (1999) – *Reading, Understanding, and Applying Nursing Research*. Philadelphia, F. A. Davis Company.

FERNANDES, A.J. (1983) – *Métodos e Regras Para Elaboração de Trabalhos Académicos e Científicos*. Porto, Porto Editora.

FORTIN, M. F. et al (1988) – *Introduction à la Recherche*. Montréal, Décarie, éditeur inc.

FORTIN, M. F. (1999) – *O Processo de Investigação*. Lisboa, Lusociência (ed. francesa, 1996).

GIGLIONE, R.; MATALON, B. (1993) – *O Inquérito – Teoria e Prática*. 2ª ed. Oeiras, Celta Editora (ed. francesa 1985).

GIL, A.C. (1995) – *Como Elaborar Projectos de Pesquisa*. São Paulo, Atlas.

GLÓRIA, J.; MONTEIRO, M.B.; VALA, J. (1997) – “Orientações Metodológicas na Psicologia Social”. *Psicologia Social*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

LAMBIN, J. (1990) – *La Recherche Marketing: analyser, mesurer, prévoir*. Paris, Ediscience/International.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. (1988) – *Fundamentos da Metodologia Científica*. São Paulo, Atlas.

LESSARD-HÉBERT, M. (1996) – *Pesquisa em Educação*. Lisboa, Instituto Piaget (ed. Francesa, s.d.).

MADUREIRA, J. P.; SILVA, A. (1989) – *Metodologia das Ciências Sociais*. Santa Maria da Feira. Edições Afrontamento.

MORIN, E. (1973) – *O Paradigma Perdido, a Natureza Humana*. 5ª ed. Lisboa, Publicações Europa América (ed. Francesa, 1973).

MUCCHIELLI, A. (1991) – *Les Méthodes Qualitatives*. Paris, Presses Universitaires de France.

QUIVY, R. ; CAMPENHOUDT, L.V. (1998) – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª ed., Lisboa, Gradiva (ed. francesa, 1995).

SANTOS, B. S. (1999) – *Discurso sobre as Ciências*. 11ª ed., Porto, Edições Afrontamento.

VÁRIA

BERGER, P. (1996) – *Perspectivas Sociológicas, uma Visão Humanística*. 16ª ed., Petrópolis, Vozes (ed. inglesa 1963).

COSTA, A. (1992) – *Representações Sociais dos Homens e das Mulheres, Portugal 1991*. Lisboa, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.

FOUCAULT, M. (2001) – *O Pensamento Exterior*. Lisboa, Fim de Século (ed. francesa, 1966).

GADAMER, H.G. (1997) – *O Mistério da Saúde*. Lisboa, Edições 70 (ed. alemã, 1993).

GIDDENS, A. (2002) – *O Mundo na Era da Globalização*. Lisboa, Editorial Presença.

PERETTI, A. (1981) – *Du Changement à L'inertie, Dialectique de la Personne et des Systèmes Sociaux*. Paris, Bordes.

QUARTILHO, J. (2001) – *Cultura, Medicina e Psiquiatria*. Coimbra, Quarteto Editora.

TAP, P. (1996) – *A Sociedade Pigmalão*. Lisboa, Instituto Piaget (ed. francesa 1996).

TOURRAINE, A. (1996) – *O Retorno do Actor*. Lisboa, Instituto Piaget (ed. francesa 1984).

ANEXOS

Anexo 1 – QUESTIONÁRIO 1ª FASE

Este questionário destina-se a fazer uma investigação sobre a profissão de Enfermagem, junto dos alunos que iniciam o Curso de Enfermagem.

Os resultados serão analisados, mas será mantida a confidencialidade das informações.

Assinale com uma cruz (X) as alíneas correspondentes às respostas seleccionadas, nas perguntas de resposta múltipla.

Agradecemos a sua disponibilidade

I - IDENTIFICAÇÃO

1. Escola Superior de Enfermagem _____

2. Nome _____

3. Data de Nascimento: ___ / ___ / ___

4. Sexo: F M

5. Local de nascimento: _____

6. Estado Civil _____

7. Localidade onde frequentou o Ensino Secundário _____

8. Localidade de residência dos pais _____

III - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE COM A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

11. Algum familiar frequenta ou frequentou o Curso de Enfermagem?

Sim

Não

12. Algum amigo frequenta ou frequentou o Curso de Enfermagem?

Sim

Não

13. Se estas pessoas influenciaram a sua escolha, em que consistiu essa influência?

14. Existiram outras influências na escolha da profissão de Enfermagem, quais?

15. Recorre habitualmente aos serviços de Enfermagem?

Sim

Não

16. Em que circunstâncias recorre aos Serviços de Enfermagem?

17. Que recordação tem dos Serviços de Enfermagem?

IV - CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO

18. Especifique instituições onde o Enfermeiro pode desempenhar a sua profissão:

19. Ser Enfermeiro é:

- a) Ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias
- b) Assistir o Médico
- c) Cuidar do doente como um todo bio-psico-social
- d) Trabalhar no Hospital
- e) Executar os cuidados prescritos pelos Médicos
- f) Ajudar os indivíduos de qualquer idade ou nível sociocultural a satisfazer as suas necessidades básicas
- g) Ajudar os indivíduos a alcançarem, manterem e restabelecerem a saúde
- h) Prestar cuidados ao indivíduo são ou doente, promovendo a Saúde através de educação
- i) Assistir o indivíduo são ou doente na realização de actividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação
- j) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade
- k) Outro?

20. Que qualidades considera necessárias ao desempenho da profissão de Enfermagem?

21. Considera a Enfermagem uma vocação? Porquê?

V - RAZÕES DE ESCOLHA DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

22. Escolheu o Curso de Enfermagem por:

- a) Gostar de ajudar os outros
- b) Considerar uma profissão útil

- c) Se preocupar com a saúde do cidadão
- d) Facilitar o controlo da doença
- e) Influência de familiares ou amigos
- f) Sentir-se atraído pela profissão
- g) Facilitar a entrada no mundo do trabalho
- h) Residir na área de implantação de Escola de Enfermagem
- i) Não conseguir entrar no Curso de Medicina
- j) Não conseguir entrar em outros cursos
- k) Observar a imagem do Enfermeiro transmitida pelos “media”
- l) Ter remuneração mensal acima da média
- m) Outras razões

23. Podendo ingressar no Curso de Enfermagem ou no Curso de Medicina, escolheria:

- Enfermagem
- Medicina

Justifique a escolha.

24. A escolha do Curso de Enfermagem foi do agrado da sua família? Justifique.

VI - ACESSO AO ENSINO SUPERIOR

25. Na candidatura de ingresso ao Ensino Superior em que posição colocou a Enfermagem?

26. Escreva por ordem as outras opções que fez:

VII – DIPLOMA E MERCADO DE TRABALHO

27. Após ter concluído o Curso de Enfermagem em que área ou áreas gostaria de trabalhar? Ordene-as escrevendo na quadrícula respectiva, 1ª, 2ª, 3ª e 4ª, de acordo com a importância que lhes atribui.

- a) Saúde Pública
- b) Saúde Comunitária
- c) Saúde no Trabalho
- d) Maternidade
- e) Pediatria
- f) Idosos
- g) Medicina
- h) Cirurgia
- i) Ortopedia
- j) Psiquiatria
- k) Urgência
- l) Cuidados Intensivos
- m) Outra

28. Quais as razões que o levaram a optar pela área ou áreas de trabalho, referidas na questão anterior?

29. Que qualidades considera importantes para o desempenho do Enfermeiro na área ou áreas referidas na questão 27?

Obrigado pela sua colaboração!

CLASSIFICAÇÃO SOCIOPROFISSIONAL

Quadros dirigentes ou profissão liberal – Administradores de Empresas, Advogados e Médicos;

Técnicos Superiores ou Quadros Administrativos – Engenheiros, Professores, Técnicos Superiores da Administração pública e Enfermeiros;

Quadros Técnicos e pessoal Administrativo – Pessoal Técnico de Vendas e Administrativos (Pessoal de Escritório);

Oficiais e não Oficiais – Exército e Polícia;

Operários Qualificados – Trabalhadores com função definida;

Operários não qualificados – pessoal Auxiliar;

Empregados – Trabalhadores sem preparação específica (indiferenciados)

População não activa, como: Reformados, Pensionistas, Estudantes, Desempregados

Anexo 2 – QUESTIONÁRIO 2ª FASE

INTRODUÇÃO

Este questionário destina-se a fazer uma investigação sobre a profissão de Enfermagem, junto dos alunos que iniciaram o Curso de Enfermagem em Outubro de 1998.

Os resultados serão analisados, mas será mantida a confidencialidade das informações.

Assinale com uma cruz (X) as alíneas correspondentes às respostas seleccionadas, nas perguntas de resposta múltipla.

Agradecemos a sua disponibilidade

Agradecemos que antes de iniciar o preenchimento do presente questionário, se identificasse. Embora este estudo seja estritamente confidencial, necessitamos por uma questão de continuidade do mesmo da sua identificação.

Agradecemos a sua compreensão.

Nome

Obrigada pela colaboração

CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE E AGREGADO

1. Idade Pai: _____

2. Idade Mãe: _____

3. Actividade Profissional do Pai:

- Operário do Sector Agro-Pecuário
- Operário da Indústria, não qualificado
- Operário da Indústria, qualificado
- Serviços de Apoio
- Pessoal Administrativo
- Empregado do Comércio
- Pessoal Técnico, qualificado
- Quadro Técnico médio
- Quadro Técnico superior
- Outra

4. Esta actividade está ligada à área da saúde?

Sim

Não

5. Actividade Profissional da Mãe:

- Operário do Sector Agro-Pecuário
- Operário da Indústria, não qualificado
- Operário da Indústria, qualificado
- Serviços de Apoio
- Pessoal Administrativo
- Empregado do Comércio
- Pessoal Técnico, qualificado
- Quadro Técnico médio
- Quadro Técnico superior
- Outra

6. Esta actividade está ligada à área da saúde?

Sim

Não

7. Número de pessoas que compõem o agregado doméstico: _____

8. Número de filhos a cargo dos pais: _____

9. Como classifica o seu agregado doméstico:

Casal sem filhos

Casal com filhos solteiros

Pai ou Mãe com filhos solteiros

Casal sem filhos e outras pessoas

Casal com filhos solteiros e outras pessoas

Pai ou Mãe com filhos solteiros e outras pessoas

Mais do que um casal

Outra

10. Qual o rendimento líquido do seu agregado doméstico?

Menos de 65 000\$

65 000\$ - 129 000\$

130 000\$ – 189 000\$

190 000\$ - 249 000\$

250 000 – 369 000\$

370 000\$ - 589 000\$

Mais de 590 000\$

CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO

11. Recorre habitualmente aos Serviços de Enfermagem?

Sim

Não

12. Em que circunstâncias recorre aos Serviços de Enfermagem?

13. Que recordação tem dos Serviços de Enfermagem:

14. Especifique as instituições onde o Enfermeiro pode desempenhar a sua profissão.

15. Ser Enfermeiro é:

- a) Ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias
- b) Assistir o Médico
- c) Cuidar do doente como um todo bio-psico-social
- d) Trabalhar no Hospital
- e) Executar os cuidados prescritos pelos Médicos
- f) Ajudar os indivíduos de qualquer idade ou nível sociocultural a satisfazer as suas necessidades básicas
- g) Ajudar os indivíduos a alcançarem, manterem e restabelecerem a saúde
- h) Prestar cuidados ao indivíduo são ou doente, promovendo a Saúde através de educação
- i) Assistir o indivíduo são ou doente na realização de actividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação
- j) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade
- k) Outro?

16. Que qualidades considera necessárias para o desempenho da profissão de Enfermagem.

17. Escolheu o Curso de Enfermagem por:

- a) Gostar de ajudar os outros
- b) Considerar uma profissão útil
- c) Se preocupar com a saúde do cidadão
- d) Facilitar o controlo da doença
- e) Influência de familiares ou amigos
- f) Sentir-se atraído pela profissão
- g) Facilitar a entrada no mundo do trabalho
- h) Residir na área de implantação de Escola de Enfermagem
- i) Não conseguir entrar no Curso de Medicina
- j) Não conseguir entrar em outros cursos

- k) Observar a imagem do Enfermeiro transmitida pelos “media”
- l) Ter remuneração mensal acima da média
- m) Outras razões

18. Após ter concluído o Curso de Enfermagem em que áreas gostaria de trabalhar? Escolha até 4 opções da lista por ordem de importância (1º, 2º, 3º e 4º)

- a) Saúde Pública
- b) Saúde Comunitária
- c) Saúde no Trabalho
- d) Maternidade
- e) Pediatria
- f) Idosos
- g) Medicina
- h) Cirurgia
- i) Ortopedia
- j) Psiquiatria
- k) Urgência
- l) Cuidados Intensivos
- m) Outra

19. Que qualidades considera necessárias para o desempenho da profissão de Enfermagem nas áreas referidas na questão 18.

Anexo 3 – QUESTIONÁRIO 3ª FASE

INTRODUÇÃO

Este questionário destina-se a fazer uma investigação sobre a profissão de Enfermagem, junto dos alunos que iniciaram o Curso de Enfermagem em Outubro de 1998.

Os resultados serão analisados, mas será mantida a confidencialidade das informações.

Assinale com uma cruz (X) as alíneas correspondentes às respostas seleccionadas, nas perguntas de resposta múltipla.

Agradecemos a sua disponibilidade

Agradecemos que antes de iniciar o preenchimento do presente questionário, se identificasse. Embora este estudo seja estritamente confidencial, necessitamos por uma questão de continuidade do mesmo da sua identificação.

Agradecemos a sua compreensão

Nome _____

Obrigada pela colaboração

CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO

1. Recorre habitualmente aos Serviços de Enfermagem?

Sim

Não

2. Em que circunstâncias recorre aos Serviços de Enfermagem?

3. Que recordação tem dos Serviços de Enfermagem:

4. Especifique as instituições onde o Enfermeiro pode desempenhar a sua profissão.

5. Ser Enfermeiro é:

- a) Ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias
- b) Assistir o Médico
- c) Cuidar do doente como um todo bio-psico-social
- d) Trabalhar no Hospital
- e) Executar os cuidados prescritos pelos Médicos
- f) Ajudar os indivíduos de qualquer idade ou nível sociocultural a satisfazer as suas necessidades básicas
- g) Ajudar os indivíduos a alcançarem, manterem e restabelecerem a saúde
- h) Prestar cuidados ao indivíduo são ou doente, promovendo a Saúde através de educação
- i) Assistir o indivíduo são ou doente na realização de actividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação
- j) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade
- k) Outro?

6. Que qualidades considera necessárias para o desempenho da profissão de Enfermagem.

7. Escolheu o Curso de Enfermagem por:

- a) Gostar de ajudar os outros
- b) Considerar uma profissão útil
- c) Se preocupar com a saúde do cidadão
- d) Facilitar o controlo da doença

- e) Influência de familiares ou amigos
- f) Sentir-se atraído pela profissão
- g) Facilitar a entrada no mundo do trabalho
- h) Residir na área de implantação de Escola de Enfermagem
- i) Não conseguir entrar no Curso de Medicina
- j) Não conseguir entrar em outros cursos
- k) Observar a imagem do Enfermeiro transmitida pelos “media”
- l) Ter remuneração mensal acima da média
- m) Outras razões

8. Após ter concluído o Curso de Enfermagem em que áreas gostaria de trabalhar? Escolha até 4 opções da lista por ordem de importância (1º, 2º, 3º e 4º)

- a) Saúde Pública
- b) Saúde Comunitária
- c) Saúde no Trabalho
- d) Maternidade
- e) Pediatria
- f) Idosos
- g) Medicina
- h) Cirurgia
- i) Ortopedia
- j) Psiquiatria
- k) Urgência
- l) Cuidados Intensivos
- m) Outra

9. Que qualidades considera necessárias para o desempenho da profissão de Enfermagem nas áreas referidas na questão 8.

Anexo 4 – QUESTIONÁRIO 4ª FASE (Licenciados)

Este questionário é anónimo e destina-se a fazer uma investigação sobre a profissão de Enfermagem, junto dos alunos que terminam o 4º Ano do Curso de Enfermagem no ano lectivo 2003 / 2004.

Os resultados serão analisados, mas será mantida a confidencialidade das informações.

Por favor, assinale com uma cruz (X) as alíneas correspondentes às respostas seleccionadas, nas perguntas de resposta múltipla.

Agradecemos a sua disponibilidade.

I - IDENTIFICAÇÃO

1. Escola Superior de Enfermagem _____

2. Data de Nascimento: ___ / ___ / ___

3. Sexo: F M

4. Local de nascimento:

5. Estado Civil

6. Localidade onde frequentou o Ensino Secundário

7. Localidade de residência dos pais

12. Esta actividade está ligada à área da saúde?

Sim

Não

13. Actividade Profissional da Mãe:

Operário do Sector Agro-Pecuário

Operário da Indústria, não qualificado.

Operário da Indústria, qualificado.

Serviços de Apoio

Pessoal Administrativo

Empregado do Comércio

Pessoal Técnico, qualificado

Quadro Técnico médio

Quadro Técnico superior

Outra

14. Esta actividade está ligada à área da saúde?

Sim

Não

15. Número de pessoas que compõem o agregado doméstico: _____

16. Número de filhos a cargo dos pais: _____

17. Como classifica o seu agregado doméstico:

Casal sem filhos

Casal com filhos solteiros

Pai ou Mãe com filhos solteiros

Casal sem filhos e outras pessoas

Casal com filhos solteiros e outras pessoas

Pai ou Mãe com filhos solteiros e outras pessoas

Mais do que um casal

Outra

18. Qual o rendimento líquido do seu agregado doméstico?

Menos de 350,00€

350,00€ - 645,00€

650,00€ - 945,00€

950,00€ - 1245,00€

1250,00€ - 1845,00€

1845,00€ - 2945,00€

Mais de 2945,00€

III - RELAÇÃO DE PROXIMIDADE COM A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

19. Algum familiar frequenta ou frequentou o Curso de Enfermagem?

Sim

Não

20. Algum amigo frequenta ou frequentou o Curso de Enfermagem?

Sim

Não

21. Se estas pessoas influenciaram a sua escolha, em que consistiu essa influência?

22. Existiram outras influências na escolha da profissão de Enfermagem, quais?

23. Recorre habitualmente aos serviços de Enfermagem?

Sim

Não

24. Em que circunstâncias recorre aos Serviços de Enfermagem?

25. Que recordação tem dos Serviços de Enfermagem?

IV - CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO

26. Especifique instituições onde o Enfermeiro pode desempenhar a sua profissão:

27. Ser Enfermeiro é:

- a) Ajudar as pessoas a cuidarem de si próprias
- b) Assistir o Médico
- c) Cuidar do doente como um todo bio-psico-social
- d) Trabalhar no Hospital
- e) Executar os cuidados prescritos pelos Médicos
- f) Ajudar os indivíduos de qualquer idade ou nível sociocultural a satisfazer as suas necessidades básicas
- g) Ajudar os indivíduos a alcançarem, manterem e restabelecerem a saúde
- h) Prestar cuidados ao indivíduo são ou doente, promovendo a Saúde através de educação
- i) Assistir o indivíduo são ou doente na realização de actividades que contribuam para a sua saúde ou recuperação
- j) Contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade
- k) Outro?

28. Que qualidades considera serem necessárias ao desempenho da profissão de Enfermagem?

29. Considera a Enfermagem uma vocação? Porquê?

V - RAZÕES DE ESCOLHA DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

30. Escolheu o Curso de Enfermagem por:

- a) Gostar de ajudar os outros
- b) Considerar uma profissão útil
- c) Se preocupar com a saúde do cidadão
- d) Facilitar o controlo da doença
- e) Influência de familiares ou amigos
- f) Sentir-se atraído pela profissão
- g) Facilitar a entrada no mundo do trabalho
- h) Residir na área de implantação de Escola de Enfermagem
- i) Não conseguir entrar no Curso de Medicina
- j) Não conseguir entrar em outros cursos
- k) Observar a imagem do Enfermeiro transmitida pelos “media”
- l) Ter remuneração mensal acima da média
- m) Outras razões

31. Podendo ingressar no Curso de Enfermagem ou no Curso de Medicina, escolheria:

- Enfermagem

- Medicina

Justifique a escolha. _____

32. A escolha do Curso de Enfermagem foi do agrado da sua família? Justifique.

VI - ACESSO AO ENSINO SUPERIOR

33. Na candidatura de ingresso ao Ensino Superior em que posição colocou a Enfermagem?

34. Escreva por ordem as outras opções que fez:

II – DIPLOMA E MERCADO DE TRABALHO

35. Após ter concluído o Curso de Enfermagem em que área ou áreas gostaria de trabalhar? Ordene-as escrevendo na quadrícula respectiva, 1ª, 2ª, 3ª e 4ª, de acordo com a importância que lhes atribui.

- a) Saúde Pública
- b) Saúde Comunitária
- c) Saúde no Trabalho
- d) Maternidade
- e) Pediatria
- f) Idosos
- g) Medicina
- h) Cirurgia
- i) Ortopedia
- j) Psiquiatria
- k) Urgência
- l) Cuidados Intensivos
- m) Outra

36. Que qualidades considera serem importantes para o desempenho do Enfermeiro na área ou áreas referidas na questão 35?

Obrigada pela sua colaboração!

Anexo 5 – FICHA METODOLÓGICA DAS ANÁLISES TRANSVERSAIS E LONGITUDINAL

Reagrupamento das variáveis independentes

As variáveis de caracterização sociodemográfica foram reagrupadas de forma a contemplarem menor diversidade de informação e possibilitarem cruzamentos estatisticamente adequadas entre as variáveis em análise. Assim, procedemos aos seguintes reagrupamentos.

A escola onde os sujeitos foram avaliados foram reagrupadas da seguinte forma:

- Escolas de Coimbra: Esc. Enf. Ângelo Fonseca; Esc. Enf. Bissaya Barreto
- Escolas de Lisboa: Esc. Enf. Calouste Gulbenkian; Esc. Enf. Francisco Gentil; Esc. Enf. Artur Ravara
- Escolas do Porto: Esc. Enf. Ana Guedes; Esc. Enf. Cidade do Porto; Esc. Enf. S. João

A variável idade dos sujeitos foi transformada numa nova variável (faixa etária) a qual apresenta dois níveis: 1. sujeitos com idades menores ou iguais a 18 anos e, 2. sujeitos com idades maiores ou iguais a 19 anos.

A região de residência dos pais foi reagrupada em 4 níveis, designadamente:

- Região Norte: Interior Norte; Litoral Norte
- Região Centro: Interior Centro; Litoral Centro
- Região Sul: Interior Sul; Litoral Sul
- Outras regiões: Palop's; Ilhas e Fora de Portugal

A escolaridade dos pais foi também reagrupada passando a apresentar 5 níveis, designadamente:

- Sem escolaridade formal: s/ escolaridade; frequência do 1º ciclo
- 1º ciclo: 1º ciclo
- 2º/3º ciclos: 2º ciclo; 3º ciclo
- Secundário: ensino secundário
- Universitário/pré-universitário: bacharelato; licenciatura; mestrado

Construção das dimensões/indicadores síntese (variáveis dependentes)

Considerando a natureza qualitativa de todas as variáveis dependentes do estudo que se apresentou, os indicadores síntese para cada uma das dimensões consideradas em todas as temáticas abordadas foram construídos a partir do somatório de respostas afirmativas (sim) às questões que para eles foram identificados. Desta forma, os indicadores síntese (variáveis quantitativas) variam entre 0 (sem nenhuma referência) a n, sendo este valor o número máximo de referências que as dimensões/indicadores síntese receberam, o qual se pautou pelo número máximo de questões incluídas nessa dimensão.

Razões porque recorrem aos serviços de enfermagem

- Dimensão Preventiva: Aconselhamento/orientação; Análises/exames médicos; Vacinação; Vigilância/prevenção; Consultas/consultas de rotina (variação: 0 a 5)
- Dimensão Curativa: Curativos; Urgência/emergência; Doença/problemas de saúde; Tratamentos/injecções; Acidentes/pequenos acidentes (variação: 0 a 5)

Instituições onde o enfermeiro pode desempenhar a profissão

- Curativas: Hospital; Clínica (variação: 0 a 2)
- Preventivas: Laboratórios; INEM; Centro de saúde; Desporto e reabilitação; Empresas; Escola (variação: 0 a 6)
- Apoio social: ONG's; IPSS; Cruz Vermelha; Comunitária (variação: 0 a 4)

Significados associados à profissão de enfermagem

- Actuação no indivíduo global: Ajudar os indivíduos a cuidarem de si próprios; Cuidar do doente como um todo bio-psico-social; Contribuir para a melhoria da qualidade de vida (variação: 0 a 3)
- Bio-médico: Assistir o medico; Trabalhar no hospital; Executar os cuidados prescritos pelos médicos (variação: 0 a 3)
- Actuação nas necessidades individuais: Ajudar os indivíduos de qualquer idade; Ajudar o indivíduo a alcançar, manter e restabelecer a saúde; Prestar cuidados ao indivíduo são ou doente; Assistir o indivíduo são ou doente na realização de actividades (variação: 0 a 4)

Competências necessárias ao desempenho da profissão

- Competências genéricas: Altruísmo; Aptidão; Capacidade de entrega; Caridade; Compaixão; Confiança; Coragem; Cuidado; Dar valor à vida; Dinamismo; Firmeza; Força de vontade; Honestidade; Humanidade; Humildade; Imparcialidade; Integridade; Perseverança; Robustez; Solidário; Trabalhador (variação: 0 a 21)
- Soft skills: Autonomia; Compreensão; Comunicação; Curiosidade; Destreza; Educação; Empenho; Espírito crítico; Espírito de equipa; Interesse; Paciência; Responsabilidade; Ser observador; Versatilidade; Vocação (variação: 0 a 15)

- Competências de 3ª dimensão: Alegria; Boa formação; Capacidade de adaptação; Coerência; Disponibilidade; Ética; Frieza; Maturidade; Paixão; Pontualidade; Profissionalismo; Respeito; Sabedoria; Saber, saber ser, saber fazer; Sensibilidade; Ser amigo; Ser atencioso; Ser realista; Simpatia (variação: 0 a 19)

Razões de escolha da profissão de enfermagem

- Altruísta/Filantropia: Gostar de ajudar os outros; Considerar uma profissão útil; Preocupar-se com a saúde do cidadão (variação: 0 a 3)
- Influência Social: Facilitar o controlo da doença; Influência de familiares ou amigos; Observar a imagem do enfermeiro transmitida pelos media (variação: 0 a 3)
- Individual: Sentir-se atraído pela profissão; Não conseguir entrar no curso de medicina; Não conseguir entrar em outros cursos (variação: 0 a 3)
- Económica: Facilitar a entrada no mundo do trabalho; Residir na área de implantação da escola de enfermagem; Ter remuneração mensal acima da média (variação: 0 a 3)

**Anexo 6 – GUIÃO DE ENTREVISTA AOS PROFESSORES DO ENSINO
DE ENFERMAGEM**

IDADE: _____

SEXO: F M

Ano do terminus do Curso: _____

Grau Académico: Licenciatura Mestrado Doutoramento

Antiguidade na Profissão em anos: _____

Categoria Profissional: _____

Como define profissional de enfermagem/enfermeiro:

Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Anexo 7 – ENTREVISTAS - Análise de conteúdo

ENTREVISTA 1

IDADE: 45 anos SEXO: M

ANO de TERMINUS do CURSO: 1980

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 24 anos (16 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professor Coordenador

a) Como define profissional de enfermagem/enfermeiro:

Enfermeiro é um profissional que tem como atribuição a prestação de cuidados de enfermagem ao indivíduo são ou doente, aos três níveis de prevenção, às famílias, aos indivíduos inseridos na família, na comunidade e, eventualmente, também prestar cuidados à própria família (isto é, centrados na família).

Enfermagem é uma profissão, que tem como principal objectivo prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo são ou doente aos três níveis de prevenção, e ainda à família e à comunidade. Mas deixa-me dizer uma coisa, eu acho que o enfermeiro atende os indivíduos naquilo que são as respostas também aos problemas reais e potenciais das situações de saúde e da doença, ou seja, naquilo que as situações de saúde ou de doença criam necessidades em cuidados de enfermagem. É importante também dizer que a enfermagem é mais do que a profissão é, também, uma disciplina e uma disciplina do conhecimento, isto é, no seu processo de desenvolvimento utiliza técnicas e práticas para a construção dos saberes que depois são aplicados pelos enfermeiros na prática.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

O que se pretende, em minha opinião, é definir um perfil de enfermeiro e o perfil de enfermeiro é muito vago, vago não, é muito vasto, amplo.

Em termos de competências o enfermeiro tem de ter capacidade cognitiva, para, antes de intervir, pensar sobre o processo que está subjacente à necessidade de intervenção, ter capacidade para pensar antes de agir, ser capaz de ter um pensamento reflexivo na resolução dos problemas, esta é uma

competência básica.

Depois é necessário que ele tenha uma competência de relação, ou seja, que queira e esteja disponível para valorizar com o doente aquelas que são as suas necessidades em termos de cuidados de enfermagem, esta é a competência relacional.

Outra competência é que ele seja capaz de identificar a área de intervenção do enfermeiro, e que tenha os conhecimentos que lhe são inerentes. Estas são no fundo competências transversais, são intrínsecas às pessoas.

Depois tem que ter competência técnica, do domínio da destreza manual. Tem que ter uma forte componente relacional, capacidade de valorizar as opiniões do Outro, e dar muito ênfase ao aspecto da relação humana. Esta é uma competência que eu acho fundamental.

A questão dos conhecimentos tem implicações na competência científica, na competência relacional e na competência técnica. Portanto são estas três competências que mais valorizo. Não valorizo nenhuma mais do que a outra, todas têm que estar no mesmo patamar. Entendo que quem não consegue desenvolver competência técnica também não consegue desenvolver competência relacional, todas estão ao mesmo nível.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

A grande diferença tem a ver com a maturidade, isto é, ao facto do curso passar a ter a duração de quatro anos, criando nos indivíduos uma maior ligação à profissão, à escola, e isso vai ter repercussões, naturalmente, no exercício profissional.

Uma outra questão, apesar de não ter provas, não ter estudos empíricos sobre isso, tem a ver com a própria concepção dos cursos de licenciatura, isto é, passar de um âmbito fundamentalmente executivo e pouco conceptual para um quadro em que se exige aos formandos capacidade de conceber cuidados de enfermagem.

Pretende-se que o espírito de reflexão e o espírito crítico estejam mais desenvolvidos nos indivíduos licenciados e que isto, naturalmente, se repercute nos cuidados prestados.

Eu penso que o nível da concepção dos problemas pode ser a diferença

mais evidente, e é tanto mais quanto maior for a maturidade das pessoas, quanto mais conhecimentos tiverem e, também, quanto mais orientados estiverem para esta nova forma de ver a profissão.

ENTREVISTA 2

IDADE: 45 anos SEXO: M

ANO de TERMINUS do CURSO: 1980

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 24 anos (16 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professor Adjunto

a) Como define profissional de enfermagem/enfermeiro:

Um enfermeiro é uma pessoa que recebe uma preparação ou tem um potencial para prestar assistência ao longo do ciclo vital, esta é a base subjacente aos planos de estudos, que permite que a pessoa tenha um desenvolvimento tão harmonioso quanto possível sobre três aspectos que eu considero áreas fundamentais a desenvolver, que são os aspectos de natureza cognitiva, afectiva e psicomotora. Estes são os aspectos que eu considero que devem estar na base do perfil do enfermeiro, devendo ser futuramente trabalhados no sentido do desenvolvimento das competências aos três níveis (cognitivo, afectivo, psicomotor).

Os aspectos de natureza afectiva são pouco trabalhados entre nós o que pode trazer consequências, na aquisição das competências finais, no perfil do profissional que termina a sua formação na escola de enfermagem e, por consequência, no desempenho do enfermeiro.

Enfermeiro será o profissional com uma bagagem científica abrangente, cuja preparação é baseada no ciclo vital, orientada para a concepção, a infância, a adolescência, a idade adulta e, por fim, a velhice. Esta é a base do conhecimento, alargado a vários domínios, que lhe dá todo o suporte científico que o enfermeiro deve ter.

Depois o enfermeiro também tem de ter os conceitos técnicos que se relacionam com a comunicação, a relação e a própria utilização de instrumentos para a realização de procedimentos.

O profissional de enfermagem deveria ser mais trabalhado nas áreas que se relacionam com o desenvolvimento afectivo, pois na sua formação investe-se muito nas duas áreas cognitiva e psicomotora que podem ser fundamentais, mas não são completas.

O profissional de enfermagem está mais preocupado com o saber científico, gerindo, por vezes, muito mal os seus próprios sentimentos, ora uma pessoa que lida com pessoas (doentes) e não é capaz de gerir os seus próprios sentimentos não é um profissional completo, global, bem formado.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Considero que há três grandes áreas a desenvolver: a cognitiva, a afectiva e a psicomotora. As competências são pequenas áreas que têm que ser muito bem delimitadas, do ponto de vista psicomotor (domínio técnico), relacional, comunicacional, é este desdobrar de domínios que vão ser a base do seu trabalho. Mas o desenvolvimento destas aptidões acontece de um modo progressivo.

Quando falo em conhecimento nos vários domínios, falo em competências científicas que lhe dão uma abrangência suficientemente boa que lhes permite ter um suporte científico para a actuação.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Quando se passou do Curso de Bacharelato para Licenciatura, pretendeu-se mais tempo para aprofundar determinadas áreas de conhecimentos, tais como a investigação, a administração e a integração à vida profissional. Houve mais tempo para aprofundar teoricamente estes aspectos.

Do ponto de vista prático as coisas não se modificaram significativamente, acabamos por fornecer mais áreas ao aluno do que propriamente aprofundar as que já tínhamos, com algumas excepções muito pontuais.

Acabamos por dar um pouco mais de “bagagem” em áreas que consideramos fundamentais, mas que por vezes se adequam mais a uma formação pós-graduada, por exemplo, do que à formação de base.

Talvez não se tenha investido tanto quanto se devia, por exemplo, no que se pretende com a prestação de cuidados de enfermagem, isto é especificamente

na área de enfermagem, não se verificando uma mudança significativa.

Há alguma diferença pela própria vivência de mais um ano em contacto com a vida prática, um maior número de experiências, estas vivências enriquecem muito, dando-lhes outra maturidade, outra forma de estar. Contudo penso que não se conseguiram estabelecer diferenças tão profundas quanto inicialmente se esperava.

A expectativa era de que com um curso de licenciatura, com mais um ano, se iriam fazer imensas coisas, permitindo um desenvolvimento nas várias áreas, no entanto, este desenvolvimento não se centrou nas áreas de enfermagem.

ENTREVISTA 3

IDADE: 49 anos SEXO: F

ANO de TERMINUS do CURSO: 1977

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 27 anos (12 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professor Adjunto

a) Como define profissional de enfermagem/enfermeiro:

Eu tenho uma concepção de enfermagem um pouco antiquada. Eu continuo a achar que enfermagem é a ciência e a arte. A enfermagem é a ciência enquanto exige um conjunto de conhecimentos que nos levam a exercer a profissão com alguma cientificidade, por outro lado é a arte porque tem de ser muito trabalhada não só a destreza manual, mas também a parte relacional, é preciso saber construir a arte de saber relacionar-se com o outro. É necessária a habilidade de se saber relacionar, e é extremamente importante que seja desenvolvida.

A pessoa tem que ter alguma aptidão no domínio relacional, e esta pode ser desenvolvida logo desde o início da formação inicial.

Nós temos de ensinar aos nossos alunos não só a parte científica e obrigá-los a procurar para aprofundar, criando-lhe a ideia que um profissional nunca está formado (o aluno tem muito a ideia de que nós vamos dar-lhe os conhecimentos todos, eu como professora do 4º ano sinto muito isto).

As pessoas pensam que saem da escola completamente formadas, mas isto não é verdade, eu digo-lhes muitas vezes, “você têm agora as luzinhas para começar a saber onde vão poder aprofundar os vossos conhecimentos”. Para se ser um bom profissional tem de se continuar a estudar e a trabalhar muito, aprofundando conhecimentos em áreas mais específicas. Por outro lado têm de treinar em termos de arte e explorar as capacidades de comunicação, da relação, da observação. Estes são aspectos que eu incluo na parte, que se chamam agora competências, mas que eu considero que é, no fundo, uma arte que um enfermeiro tem de desenvolver ao longo da vida profissional.

Quanto ao ser enfermeiro eu acho que está tudo relacionado com os conhecimentos e com as capacidades de pôr em prática, ao longo do curso, não só os conhecimentos adquiridos, mas também todas as outras competências.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Conhecimentos científicos para poder desenvolver a profissão, mas também para fundamentar o que estão a fazer, e identificar situações que eventualmente ponham em risco a vida da pessoa com que estão a trabalhar.

Precisam ter competências relacionais, comunicacionais, ético-morais, de observação, alguma destreza para executar as tarefas que lhe estão atribuídas, alguma capacidade de organização, e, precisam ainda, ter capacidades de identificação de problemas e capacidades de conceber cuidados.

Todas estas competências não estão presentes quando se acaba o curso, mas vão-se adquirindo ao longo da vida profissional, consoante o investimento que fazem em termos de estudo, pesquisa e envolvimento com a própria profissão.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Tenho alguma dificuldade em encontrar essas diferenças.

Na minha perspectiva acho que não há nada de muito diferente daquilo que nós lhe leccionamos em termos de conteúdos científicos. A grande diferença em relação ao curso de bacharelato é a possibilidade que têm de, neste momento, fazerem quatro meses de ensino clínico VIII, no 4º ano. Este ajuda o intrusar dos conhecimentos que já adquiriram durante quatro anos, o

desenvolvimento de competências ao nível da prática naquilo que vão adquirindo com o tempo de adaptação aos serviços, e é isto que determina a diferença.

No Curso de Bacharelato eles terminavam o curso com os estágios de especialidades, eram estágios relativamente curtos e agora terminam o curso com um estágio numa área de opção. A opção deveria ser uma área em que o aluno sente mais dificuldades, o que não acontece de facto, pois eles pedem a opção numa área com a qual se identificam mais, porque gostam dessa área e se sentem mais à vontade, mas com este estágio eles podem tirar muitos contributos, mais do que tiravam no curso anterior.

O *feedback* dos colegas do exercício é que não há grandes diferenças, como profissionais têm, mais capacidade reflexiva que os profissionais com bacharelato, mas em termos de trabalho, naquilo que são capazes de executar, não há diferenças substanciais entre uns e outros, embora eu não seja capaz de explicar porquê. Eles têm mais tempo de prática clínica, deveriam ter mais conhecimentos, têm mais capacidade reflexiva, conseguem pensar sobre as práticas embora não consigam dar alternativas em termos da melhoria dos cuidados de enfermagem.

ENTREVISTA 4

IDADE: 52 anos.....SEXO: F

ANO de TERMINUS do CURSO: 1976

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 28 anos (23 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professor Coordenador

a) Como define profissional de enfermagem/enfermeiro:

O profissional de enfermagem é, fundamentalmente, um técnico que é capaz de prestar cuidados tendo como princípios bases científicas, porque existem alguns cuidados que outras pessoas podem prestar, mas há cuidados de saúde que só podem e devem ser prestados tendo por base conhecimentos científicos de enfermagem. Esses cuidados devem ser prestados aos diferentes níveis e, portanto, terão de ser prestados por um técnico com conhecimentos abrangentes.

O enfermeiro terá não só de cuidar das pessoas que estão doentes, que necessitam de cuidados directos e específicos, mas também ter conhecimentos para prestar cuidados ao indivíduo enquanto pessoa saudável e à comunidade, o que é fundamental.

O enfermeiro tem de ter uma formação sólida para prestar cuidados à comunidade, tendo em consideração que uma comunidade saudável, que tenha os seus indivíduos saudáveis é uma comunidade que é muito mais produtiva, sendo a saúde que condiciona o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Quando falo na comunidade, falo no indivíduo, em si, e na família, pois são fundamentais estes dois elementos integrados na comunidade.

O meu conceito de cuidados não é só a parte técnica, mas também, e muito, a parte humana, o enfermeiro deve prestar cuidados tecnicamente correctos, mas também desenvolver a parte humana para que sejam cuidados humanizados.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

As competências técnicas, do domínio da destreza manual, mas nenhum enfermeiro é bom técnico se não tiver aquilo que eu denomino de competências holísticas, de relacionamento com a própria pessoa e com a família. Penso que aqui tenho de incluir a capacidade comunicacional e de relação com os outros, mas transversalmente a estas está a competência científica, que pressupõe o enfermeiro ter a capacidade para, antes de intervir, pensar sobre o processo que está subjacente à necessidade da prestação de cuidados. Pudemos dizer que tem de saber pensar antes de agir.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Eu não sei se sei responder. Os nossos alunos têm uma carga horária muito grande, e eu penso que com mais um ano, se forem bem orientados, têm capacidade para desenvolver outras áreas e aprofundar temáticas ou matérias, o que não é possível fazer só em três anos.

Nos últimos dois anos nota-se alguma mudança. O aluno lê mais, pesquisa mais, pode não pesquisar o que é fundamental e com a profundidade que é necessária, mas eu penso que ainda passou pouco tempo e as mudanças são

lentas, não há mudanças rápidas.

Os novos profissionais já aprofundam mais os seus conhecimentos, pesquisam mais, lêem mais, têm mais tempo para isto.

Em termos da prática e em desenvolvimento técnico não houve mudanças tão significativas, as coisas estão muito semelhantes ao que eram no curso de bacharelato. Penso que isto é muito condicionado pelo facto de não termos construído um plano curricular muito diferente do anterior, isto é não ter havido uma ruptura com o plano curricular anterior o que está dependente de nós (dos docentes) porque nós somos o motor da mudança do aluno, nós ajudamos a que o aluno faça essa mudança.

Há uma mudança muito evidente no aluno, pois ele passa a ter outra postura em termos de maturidade, de responsabilidade, de autonomia no 4ºano, pois no 4º ano ele fica muito mais maduro, mais adulto, com uma postura muito diferente. É no comportamento que a diferença é especialmente evidente durante o ensino clínico, no final do curso, nos alunos do Curso de Licenciatura.

ENTREVISTA 5

IDADE: 43 anos.....SEXO: M

ANO DO TERMINUS DO CURSO: 1981

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE da PROFISSÃO: 23 anos (14 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professor Coordenador

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Enfermeiro/profissional de enfermagem é um "profissional com capacidade para olhar a realidade, definir intervenções de saúde, executar e/ou delegar a execução das intervenções e assumir a responsabilidade das decisões ao longo de todo este processo. Tem como função a concepção dos cuidados de enfermagem".

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Considero como aptidões/competências para o desempenho da profissão

de enfermagem, as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros, como a prática profissional, ética e o exercício legal; prestação e gestão dos cuidados de enfermagem e o desenvolvimento profissional com vista à melhoria dos cuidados de saúde prestados pelos enfermeiros.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Enquanto professor de Enfermagem noto diferença entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os que frequentaram ou frequentam o curso de licenciatura em Enfermagem, na forma de “olhar” os cuidados de enfermagem, isto é, o “olhar” biomédico “passou a centrar-se na” pessoa global “e na valorização dos dados que emergem das pessoas no sentido do diagnóstico de Enfermagem. Ainda os alunos da licenciatura são mais independentes do diagnóstico médico, centrando-se, apenas, nos dados relevantes para o diagnóstico de Enfermagem”.

ENTREVISTA 6

IDADE: 35 anos.....SEXO:F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1991

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 13 anos (4 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professor Adjunto

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Defino enfermeiro/profissional de enfermagem, como um profissional de ajuda no processo de vida, saúde e doença.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Considero como aptidões/competências necessárias ao desempenho da profissão de Enfermagem: a realização do diagnóstico de Enfermagem; a decisão de intervenção; a avaliação de resultados; a responsabilidade e o exercício ético da profissão.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do

curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Relativamente à existência de diferenças entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos que frequentaram o curso de licenciatura em Enfermagem, penso que a diferença não está nos alunos, mas nos próprios professores enfermeiros, e com a mudança da representação social dos próprios professores enfermeiros.

ENTREVISTA 7

IDADE: 49 anos.....SEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1978

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 26 anos (22 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professor Coordenador

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Defino enfermeiro/profissional de enfermagem, como o profissional que presta cuidados de saúde numa perspectiva global (nas vertentes físicas, psíquica e social), aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária) e colabora com outros técnicos na promoção da qualidade vida.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Aptidões/competências que considero necessárias para o bom desempenho da profissão de Enfermagem são: a responsabilidade; a prática segundo a ética; a prática legal; a gestão de cuidados de saúde; a promoção da saúde; a colheita de dados; resumindo, as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Quanto à diferença entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos que frequentaram o curso de licenciatura em Enfermagem, noto que nos alunos do curso de licenciatura existe um maior desenvolvimento do espírito crítico-reflexivo e das habilidades

psicomotoras, talvez por haver mais tempo para as aulas práticas e, conseqüentemente, para analisar e discutir as necessidades dos cuidados de saúde aos doentes.

O facto da duração do curso ter aumentado para mais um ano permite, no contexto das aulas teórico-práticas e práticas, usar estratégias promotoras de desenvolvimento do espírito crítico-reflexivo e da análise da concepção dos cuidados de enfermagem com mais pertinência e responsabilidade, acrescentando também competências no âmbito da investigação e da enfermagem enquanto cidadania.

O quarto ano permite mais autonomia e capacidade de integração à vida profissional, é facilitador da integração na profissão.

ENTREVISTA 8

IDADE: 49 anos.....SEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1978

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 26 anos (18 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professora Coordenadora

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Enfermeiro é um profissional de relação humana, mas que tem de ter profundos conhecimentos de saúde e competências do saber-fazer.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Quanto às aptidões/competências necessárias para o bom desempenho de da profissão considero a relação interpessoal, no sentido enfermeiro doente-família, e, ainda, as competências no domínio do saber (conhecimentos teóricos), bem como, e não menos importantes, as competências de saber fazer.

Constatamos que os professores enfermeiros estão a distanciar-se cada vez mais da prática, fazendo, por vezes, ensino obsoleto.

Por necessitarmos de pôr na "praça a nossa identidade profissional", estamos a esquecer a relação humana, tão importante no desempenho da

profissão de enfermagem.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Relativamente à diferença entre os alunos do curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos da licenciatura, parece-me não haver diferença no que os alunos são capazes de fazer, pois o modelo de formação não permite o desenvolvimento do pensamento. Assim não se notam diferenças nem na autonomia nem na capacidade de actuar.

Os alunos, jovens de hoje, não demonstram tanta maturidade na relação com o outro (não são afectivos).

ENTREVISTA 9

IDADE: 48 anos.....SEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1979

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 25 anos (13 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professora Coordenadora

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Considero o enfermeiro/profissional de enfermagem, como o profissional que tem como foco principal a pessoa, ajudando-a na manutenção da saúde, no bem estar e na adaptação às incapacidades/novos estilos de vida, não só a pessoa enquanto meio físico, mas também pessoa enquanto actor social

A sua intervenção estende-se à família e à comunidade e não só à pessoa.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Quanto às aptidões/competências necessárias para o bom desempenho da profissão, posso realçar:

As competências de ordem cognitiva, relacionadas com o conhecimento na vertente da enfermagem e das outras ciências que concorrem para melhorar a percepção daquela;

As competências relacionais como o saber estar em equipa;

As competências éticas;

As competências de saber fazer.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Quanto aos alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e aos alunos que frequentaram/frequentam o curso de licenciatura, a diferença está na maior capacidade de reflexão dos alunos do curso de licenciatura proporcionada por mais um ano de curso, o quarto ano.

A grande diferença relaciona-se com o tempo de aprendizagem, ou seja, maior e melhor interacção.

Também na licenciatura são enfatizadas outras áreas relacionadas com o saber de enfermagem, como, por exemplo, a área da intervenção familiar.

ENTREVISTA 10

IDADE: 57 anos.....SEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1971

GRAU ACADÉMICO: Licenciatura

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 33 anos (32 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professor Coordenador

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Enfermeiro/profissional de enfermagem é um trabalhador da saúde, pessoa com uma formação específica que lhe confere competência para dar uma resposta eficaz às necessidades de saúde da população.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Como competências necessárias para o bom desempenho de profissão de Enfermagem, considero:

As competências científicas adquiridas através das ciências humanas das ciências exactas e metaciências;

As competências sociais – comunicação, relação, liderança;

As competências humanas – gostar de pessoas.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais

Quanto à diferença entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos que frequentaram o curso de licenciatura em Enfermagem, considero os alunos bacharéis mais práticos e mais ligados ao exercício, enquanto que os alunos licenciados são mais conceptuais, mais teóricos.

ENTREVISTA 11

IDADE: 40 anos SEXO: F

ANO do TERMUNUS do CURSO: 1987

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 17 anos (3 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Assistente 1º Triénio

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Para mim o enfermeiro/profissional de enfermagem, é um profissional que presta cuidados aos indivíduos/famílias, grupos e à comunidade nos diversos níveis de intervenção e com um código deontológico definido pela Ordem dos Enfermeiros.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Considero como competências necessárias para o bom desempenho de profissão de Enfermagem o desenvolvimento pessoal, psicossocial, clínico e ético-deontológico.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Não verifico diferenças significativas, contudo constato algumas diferenças, relacionadas, sobretudo, com o desenvolvimento das competências

ao nível da intervenção familiar, planeamento e intervenção na comunidade, e, ainda, nas metodologias de intervenção nos cuidados de enfermagem.

ENTREVISTA 12

IDADE: 55 anos.....SEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1968

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 36 anos (36 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professor Adjunto

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Enfermeiro/profissional de enfermagem é a pessoa que com base em conhecimentos científicos, está disposta a ajudar o outro, numa posição de parceria, e com formação humanística direcionada para a ajuda ao outro, desde a promoção da saúde até à reabilitação, e, ainda, ajudando-o a caminhar sozinho na descoberta do seu potencial.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Considero como competências necessárias para o bom desempenho de profissão de Enfermagem, o interesse pelos outros, ter conhecimentos; as competências técnicas e ser capaz de se autoformar (aprender).

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Relativamente à diferença entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos que frequentaram o curso de licenciatura em Enfermagem, considero que estes têm as mesmas dificuldades no desempenho profissional, no entanto estão mais aptos a entrar no mundo do trabalho, no agir profissional.

ENTREVISTA 13

IDADE: 42 anos.....SEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1981

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 23 anos (3anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Assistente do 1º Triénio

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Defino enfermeiro/profissional de enfermagem, como um profissional que está atento ao outro, está com o outro como ele é, e com ele é capaz de identificar as suas necessidades.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Quanto às aptidões/competências necessárias para o bom desempenho de profissão de Enfermagem, realço os saberes escutar, compreender e aceitar, não ter preconceitos, e perceber que a pessoa que temos na nossa frente é, naquele momento, o mais importante.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Quanto à diferença entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos que frequentaram o curso de licenciatura em Enfermagem, parece-me que os alunos do curso de bacharelato tinham maior preocupação no saber fazer, enquanto os alunos de licenciatura, têm uma prática mais reflexiva, preocupam-se mais em validar com o utente as necessidades de saúde.

Os bacharéis tinham um modelo mais prescritivo.

Quando em estágio (ensino clínico), os licenciados conseguem ter uma abordagem mais sistémica, atendem mais aos aspectos de multiculturalidade, estão menos centrados no modelo biomédico, emergindo a variável cultural.

ENTREVISTA 14

IDADE: 53 anos.....SEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1974

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 30 anos (29 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professor Coordenador

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Defino enfermeiro/profissional de enfermagem, como o profissional que reúne um leque de competências que lhe permitem ajudar o indivíduo nas diferentes fases de desenvolvimento, sendo capaz de o ajudar a maximizar as suas capacidades de forma a que este faça face ao quotidiano, em diferentes contextos.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Quanto às aptidões/competências necessárias para o bom desempenho de profissão de Enfermagem; considero o espírito crítico, a iniciativa, a autoformação e o conhecimento de si.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Relativamente à diferença entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos que frequentaram o curso de licenciatura, existe essencialmente, ao nível da capacidade de abrangência das situações, conseguem fazer mais facilmente o transfere e são capazes de responder nos vários contextos.

Os licenciados têm uma formação que lhes permite ter uma visão diferente da metodologia científica como a metodologia da prática profissional.

ENTREVISTA 15

IDADE: 49 anos.....SEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1974

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 30 anos (28 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professor Adjunto

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Enfermeiro/profissional de enfermagem é o profissional que é capaz de cuidar o doente e da família numa perspectiva holística, aos diferentes níveis de prevenção.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Quanto às aptidões/competências necessárias para o bom desempenho de profissão de Enfermagem, saliento a abertura à mudança, os conhecimentos, a boa relação humana, a capacidade de comunicação, a responsabilidade, a capacidade de trabalhar em equipa, a capacidade de se implicar na sua autoformação e a aquisição sistemática do conhecimento e o respeito pelos princípios éticos e deontológicos.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Relativamente às diferenças entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos que frequentaram o curso de licenciatura, considero que os bacharéis têm uma responsabilidade diferente dos licenciados, demonstram atitudes pouco profissionais.

ENTREVISTA 16

IDADE: 40 anos.....SEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1983

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 21 anos (13 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professora Adjunta

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

Defino enfermeiro/profissional de enfermagem, como uma pessoa que cuida de pessoas. Este cuidar, é no fundo, ajudar as pessoas a terem melhor qualidade de vida.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Quanto às aptidões/competências necessárias para o bom desempenho de

profissão de Enfermagem, posso realçar as aptidões técnicas, as competências relacionadas com a honestidade, a sensibilidade, a humildade vs prepotência e o saber escutar.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Relativamente às diferenças entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos que frequentaram o curso de licenciatura, talvez ainda não seja possível avaliar as diferenças entre os enfermeiros, mas os alunos do curso de licenciatura são mais competitivos, lidam mal com o fracasso, são muito normativos e põem, com frequência, em causa a relação pedagógica, imputando o insucesso ao processo ensino-aprendizagem.

ENTREVISTA 17

IDADE: 54 anosSEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1971

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 33 anos (31 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professora Coordenadora

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

O enfermeiro/profissional de enfermagem é um profissional com formação específica do saber, saber fazer e saber ser. É o profissional que presta cuidados ao indivíduo são ou doente, a todos os níveis de prevenção, durante o ciclo de vida.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Quanto às aptidões/competências essenciais ao desempenho de profissional, saliento os conhecimentos científicos profundos; a boa comunicação; a capacidade de estabelecer relação de ajuda; os conhecimentos técnicos; o gosto pela formação contínua, o saber respeitar o outro e o saber ouvir.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do

curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Relativamente às diferenças entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos que frequentaram o curso de licenciatura, apesar da experiência ser curta, considero que o 4º ano permite desenvolver temas práticos e teóricos que no bacharelato não eram possíveis. Por outro lado o 4º ano permite mais reflexão sobre a profissão e desenvolve competências para a investigação, nomeadamente com a realização da monografia.

ENTREVISTA 18

IDADE: 48 anosSEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1978

GRAU ACADÉMICO: Pós-Graduação

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 26 anos (23 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Professora Adjunta

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

O enfermeiro é uma pessoa que gosta de ajudar os outros, que está disponível para os outros e tem compaixão pelos outros.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

Quanto às aptidões/competências necessárias para o bom desempenho de profissão de Enfermagem, é necessário que seja bem formado, tenha formação humana sólida, tenha saber, boa formação científica para não cometer erros, e, ainda, formação ética e moral.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Relativamente às diferenças entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos que frequentaram o curso de licenciatura, os alunos da licenciatura desenvolvem mais competências nos aspectos teóricos da profissão, como por exemplo, na comunicação, na facilidade de expressão oral e escrita e no espírito científico. Têm mais capacidade de

aprofundar os aspectos teóricos de interesse para a profissão de enfermagem.

ENTREVISTA 19

IDADE: 41 anosSEXO: F

ANO do TERMINUS do CURSO: 1984

GRAU ACADÉMICO: Mestrado

ANTIGUIDADE na PROFISSÃO: 20 anos (3 anos como docente)

CATEGORIA PROFISSIONAL: Assistente do 1º Triénio

a) Como define profissional de enfermagem/ enfermeiro:

É a pessoa que cuida das outras pessoas, numa aprendizagem permanente e num desenvolvimento contínuo. No fundo ser enfermeira é crescer com experiências e vivências diárias. Ser enfermeira é saber estar com as pessoas e crescer com elas, sempre.

b) Quais as aptidões/competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem:

As aptidões e/ou as competências necessárias para o bom desempenho de profissão de Enfermagem parece-me necessário possuírem um conjunto de conhecimentos que lhes conferiram capacidades de intervenção em termos técnicos/procedimentos, e terem como ponto fulcral a atitude - a **tónica** na individualização da relação, do saber estar.

c) Constatou a existência de diferenças significativas entre os alunos do curso de bacharel e os alunos do curso de licenciatura em Enfermagem, quais:

Relativamente às diferenças entre os alunos que frequentaram o curso de bacharelato em Enfermagem e os alunos que frequentaram o curso de licenciatura, apesar de ter pouco contacto com os alunos do bacharelato, não me parece existirem diferenças significativas.

Anexo 8 – ENTREVISTAS – Fundamentação Teórica

Opinião dos Professores Enfermeiros sobre a pertinência do actual Planos de Estudos do Curso de Enfermagem face à problemática da saúde de uma população cada vez mais diversificada religiosa e culturalmente.

Metodologia - A fim de melhor fundamentarmos a adequação da formação dos enfermeiros face às necessidades de cuidados de saúde da população portuguesa e, quiçá, europeia, entrevistamos seis (6) dos oito (8) professores enfermeiros das Escolas Superiores de Enfermagem, públicas, de Lisboa, eleitos em Conselho Científico, a quem foi atribuída a responsabilidade pela elaboração do Plano de Estudos do Curso de Enfermagem a leccionar na, recentemente criada, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, criada pelo Decreto-Lei nº 175/2004 de 21 de Julho, resultante da fusão das Escolas Superior de Enfermagem de Artur Ravara, de *Calouste Gulbenkian*, Francisco Gentil e de Maria Fernanda Rezende de Lisboa.

Todas as professoras que integram o grupo acima referido possuem o grau de Mestre.

De forma aleatória seleccionámos quatro (4) professores coordenadores e dois (2) professores adjuntos, com mais de vinte (20) anos de experiência na docência do Ensino de Enfermagem.

Convém referir que um dos critérios de selecção dos professores enfermeiros para integrarem o referido grupo era terem participado na elaboração de anteriores planos de estudos do Curso de Enfermagem.

As entrevistas, que passamos de seguida a descrever, foram realizadas nos meses de Novembro e Dezembro de 2004, no registo das informações usamos a gravação para o que contamos com a anuência das entrevistadas.

Na descrição de cada entrevista não vamos fornecer dados que possam, de algum modo, identificar as professoras em causa.

Entrevista A

O novo Plano de Estudos do Curso de Enfermagem deve ser pensado em termos do ensino clínico e da competência que o aluno vai adquirir ou desenvolver em acção, isto é, a competência que ele tem de adquirir e vai

demonstrar que a tem em acção.

Constata-se, no entanto, ser difícil em teoria pensar em competências tendo em vista a prática, o exercício da profissão, ou seja, o desenvolvimento das competências nas várias etapas de aprendizagem da profissão de enfermagem.

Questiona-se se o plano de estudos deverá estar centrado na prática profissional, sem menosprezar a teoria, uma vez que o saber teórico é fundamental para a aprendizagem do estudante.

Em termos teóricos podemos definir que o estudante tenha alguns conhecimentos e algumas capacidades que permitam ter a competência em acção. Estar a definir competências só para a teoria é complicado.

Concordo com o Plano de Estudos vigente que preconiza o início do curso pela doença. Continuo a defender que a abordagem da doença seja no início do curso porque o ambiente dos hospitais proporciona o desenvolvimento das competências que o estudante irá ter ou não em acção, num ambiente mais protegido.

Penso que é preciso mais maturidade, mais capacidade de interpelação dos conhecimentos, para que o estudante possa actuar na comunidade. O trabalho na comunidade é um trabalho mais autónomo, mais sem "rede", sendo necessária mais maturidade, mais sentido de respeito, uma vez que o estudante vai à casa da pessoa e deve estar preparado para "olhar" determinados contextos sem emitir juízos de valor.

No hospital também existem situações difíceis, no entanto o ambiente é mais controlado, e o estudante mais apoiado.

No entanto na saúde infantil e na saúde materna e obstétrica os estudantes devem fazer mais ensinamentos clínicos na comunidade (Centros de Saúde), pois para o enfermeiro generalista tem mais interesse acompanhar a grávida e / ou a criança na família e na comunidade, em vez de "hospitalizarmos" demasiado a maternidade e as crianças.

O estágio de saúde comunitário, propriamente dita, deve ser realizado já mais no final do curso quando o estudante tiver mais maturidade, e for capaz de ter uma visão mais alargada do que é o cuidar de enfermagem.

Assim, quanto ao plano de estudos, é de manter o início do curso pela

doença e os ensinamentos clínicos/estágios em ambiente hospitalar, mas fazendo mais incursões, de curta duração, à comunidade, estimulando a continuidade dos cuidados de saúde, apesar de se constatar muitas dificuldades na articulação dos serviços de saúde.

Relativamente às questões da multiculturalidade concordo com abordagem na perspectiva de abrir a mente dos estudantes para outras formas diferentes de viver os problemas de saúde, o envelhecimento e a morte.

Não deixa de ser importante alertar os estudantes para o grupo dos idosos, pois, provavelmente, também têm traços culturais diferentes dos outros grupos da população.

As diferenças culturais não se verificam apenas entre etnias e/ou religiões, mas também entre as regiões de proveniência das populações.

Quando se fala de multiculturalidade deve-se ter a preocupação de não formatar o estudante, pois corre-se o risco das pessoas serem conotadas em função em do grupo de pertença, descorando a sua singularidade.

O essencial é que o estudante perceba que não vive só no mundo, mantenha o espírito de abertura e tente conhecer o doente. É fundamental que o estudante perceba as características de cada pessoa e saiba interpretar e satisfazer as necessidades de cuidados de saúde.

Preparar os estudantes para a prestação de cuidados de saúde em contextos culturais tão diferentes significa que estes sejam capazes de mobilizar os saberes teóricos leccionados durante o curso, e tenham a capacidade de fazer o seu transfere durante o ensino clínico/estágio.

Entrevista B

Quando no 1º ano do curso se falam das necessidades espirituais faz a abordagem de algumas religiões que de certo modo não se dissociam dos aspectos culturais. No 2º ano fala-se pouco dos aspectos culturais, realizando-se, habitualmente, uma sessão com representantes de algumas culturas como, por exemplo, a cigana, a muçulmana, a cabo-verdiana, os emigrantes do leste (muçulmanos ou não), entre outros. Salientamos que dentro das diferentes etnias existem algumas onde as influências são predominantemente religiosas outras onde as religiões não interferem.

Fala-se na cultura em geral, e não nas práticas relacionadas com os

cuidados de saúde Muitas vezes ignoramos a relação cultura e saúde.

A abordagem das diferentes culturas é feita no sentido de alertar para a individualidade/singularidade de cada pessoa.

Também ao nível das referências bibliográficas nota-se carência de publicações que nos ajudem a perceber formas de estar diferentes da nossa. O Centro de Documentação está mal apetrechado nesta área.

Os alunos ficam sensibilizados para estarem atentos e cuidarem do outro, tendo em conta as diferenças, e não para conhecerem as diferentes culturas/religiões e cuidarem de acordo. Este é um princípio básico dos cuidados de enfermagem: Respeitar a diferença seja cultural, religiosa, social, económica ou qualquer outra que leve as pessoas a terem comportamentos diferentes, devendo, no entanto, serem respeitados.

Quanto aos problemas de saúde actuais é de salientar o incremento no cuidado ao dente oncológico, existindo grande preocupação com a aprendizagem da prestação de cuidados à doença oncológica.

Ao nível da prevenção os alunos não intervêm ou intervêm muito pouco.

Dentro das preocupações actuais os alunos ficam preparados para cuidar os doentes portadores de SIDA (síndrome de imunodeficiência adquirida), entre outras doenças transmissíveis.

Quanto à toxicodependência existe um déficite de preparação. Há consciência que existe uma falha de preparação nesta área até porque é uma área difícil pelo insucesso das medidas implementadas a nível nacional.

É necessário que os alunos sejam alertados para os problemas de saúde, ao mesmo tempo em que sofrem processo de desenvolvimento que os prepara para intervir ao nível dos cuidados de saúde.

As alterações no Plano de Estudos do Curso de Enfermagem não devem realizadas nos conteúdos, mas ao nível do processo de ensinar.

É imprescindível distinguir o fundamental do acessório, ou seja, o essencial para a formação do enfermeiro iniciado.

Entrevista C

O actual Plano de Estudos do Curso de Enfermagem permite que os estudantes saiam preparados para o início do perfil de enfermeiro generalista.

Quando saem da escola, os estudantes, são, obviamente, noviços e não peritos, pelo que não são capazes de responder aos problemas de saúde da população, mas estão alertados para as problemáticas de saúde actuais.

Também não desenvolveram as competências necessárias para responder eficazmente aos problemas de saúde da população por ainda não estarem integrados no mercado de trabalho, nem terem experiências vividas das situações. Embora tenham os conhecimentos teóricos e os conhecimentos do ponto de vista teórico-prático, não têm o domínio de todas as intervenções, de todos os procedimentos, de todas as actividades que lhes permita uma resposta eficaz aos problemas de saúde, e, portanto, nos permita dizer que são competentes para os solucionar de forma autónoma.

Os estudantes finalistas ainda não têm autonomia suficiente, como qualquer outro profissional que acaba o curso, porque estão no início do seu percurso profissional.

O Plano de Estudos em termos de conteúdos aborda toda a panóplia de problemáticas, actuais, de saúde. É a operacionalização do Plano de Estudos que nos levanta mais dúvidas.

Continuamos com um padrão um bocadinho paternalista que talvez não incute, no estudante, a vertente autónoma da profissão. Também a própria história da profissão e a cultura das instituições de saúde não têm ajudado os estudantes a desenvolver a capacidade da tomada de decisões.

Na minha perspectiva pessoal também nunca nos esquecemos que somos enfermeiros, assim, enquanto professores, se notamos alguma preocupação nos estudantes temos tendência para ser benévolos e tolerantes. Por vezes somos demasiado condescendentes protelando a entrega de trabalhos e/ou tolerando a falta de pontualidade. Se esta atitude pode por um lado indicar preocupação com a individualização do estudante, pode, também, ser interpretada como não conducente ao desenvolvimento da competência de responsabilidade.

É importante dar a perceber ao estudante a necessidade de, em interacção, ser tolerante, pois a tolerância está implícita na prestação de

cuidados de enfermagem, no entanto, também é importante desenvolver o espírito de responsabilidade.

Põe-se então a questão: É mais importante a responsabilidade ou a capacidade de individualização?

Relativamente ao Plano de Estudos tenho mais dúvidas quanto à forma como o operacionalizamos do que quanto aos seus conteúdos.

Na realidade há pouco diálogo entre os professores das diferentes áreas científicas o que leva à repetição de conteúdos, e, por consequência, à ocupação de tempos lectivos que se calhar poderiam ser utilizados para se fazerem outro “tipo de raciocínios” e chegar a “determinadas conclusões”.

Quanto aos conceitos que vigoram no Plano de Estudos há sempre a preocupação em os actualizar com base nas correntes pedagógicas, nas problemáticas actuais da sociedade e a da saúde, pelo que não haverá grandes modificações a fazer.

A grande mudança a fazer será na gestão da ocupação dos tempos lectivos dos estudantes, em sala de aula.

É necessário tranquilizarmo-nos sobre a capacidade de realização dos estudantes, e ajudá-los a desenvolverem a capacidade de fazer inferências.

O nosso grande desafio é preparar os estudantes para a vida profissional, isto é, a terem a capacidade de olhar o outro percebendo, através do verbal e não verbal, as suas apreensões, as suas crenças, os seus valores,.....

No final do curso o estudante deve ser capaz de estabelecer uma relação terapêutica promotora do bem estar da pessoa, daí ser necessário trabalhar com o estudante diferentes situações por forma a ajudá-lo a compreender, melhor, “o dito e o não dito”.

Mais importante, ainda, é dar ao estudante a noção de realização profissional e pessoal.

Entrevista D

No actual plano de estudo do curso de Enfermagem as diferentes competências estão explícitas, mas não são desenvolvidas/trabalhadas durante o curso, essencialmente, durante o Ensino Clínico.

As competências genéricas estão enunciadas no Plano de Estudos, mas não estão estabelecidas as diferentes formas de as trabalhar, aos diferentes níveis.

Não são definidas as competências por semestre muito menos por disciplina /unidade curricular.

Falta discutir a relação de cada competência com cada disciplina (unidade curricular), de forma a que elas sejam trabalhadas e interiorizadas ao longo do curso.

Assim, as disciplinas de Enfermagem deveriam ter maior proporção de aulas teórico-práticas e práticas.

A disciplina de Psicologia não tem aulas teórico-práticas, não sendo possível, por exemplo, trabalhar a relação de ajuda.

Na disciplina de Pedagogia também se nota a falta de discussão pedagógica, no actual Plano de Estudos.

Entrevista E

Não existem conteúdos programáticos a alterar ou a acrescentar, no entanto, a forma como são abordados, e, sobretudo, a relevância com que o docente dá aos diferentes conteúdos bem como a mobilização dos mesmos, nem sempre é feita da melhor forma.

O entrevistado acredita que o perfil do licenciado está bem definido.

O licenciado em Enfermagem deveria ser cultural, social e politicamente atento pelo que logo, no primeiro ano do curso, nas disciplinas (unidades curriculares) de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem de Saúde Mental e Comunitária, é feita a abordagem destes conteúdos, mas nota-se que ao longo do curso, a perspectiva cultural dos cuidados de Enfermagem se “apaga”.

A acção social do enfermeiro era desenvolvida em Enfermagem de Saúde Mental e Comunitária, no primeiro ano, e trabalhada em estágio com os outros técnicos de saúde, não sendo dada continuidade à “atenção” social do enfermeiro, na continuidade do seu curso.

A actuação do enfermeiro a nível local, regional e nacional nunca foi trabalhada, ou seja, não são trabalhados com os alunos, os aspectos regionais e

nacionais, no agir do enfermeiro.

Tem de haver mudanças no ensino.

Tem que haver interiorização das necessidades de aprendizagem nos docentes de enfermagem.

É preciso criar num aluno, a necessidade da procura do conhecimento,, centrando-o em visões estratégicas e princípios, estimulando o aluno para a pesquisa em vez de ministrar conteúdos com uma actualidade limitada.

O básico e imutável deve ser ministrado, mas o essencial é dar aos alunos as ferramentas necessárias para a constante procura do conhecimento e actualização.

Entrevista F

O entrevistado pensa não haver falhas de grande relevância nos actuais planos de estudos.

Os planos de estudos incluem os conteúdos teóricos e práticos fundamentais, o problema reside na estrutura quer da teoria quer da prática/ensino clínico, com implicações na consolidação dos conhecimentos.

Anexo 9 – GLOSSÁRIO

A presente secção destina-se a dissipar dúvidas relativamente ao uso de termos susceptíveis de diferentes interpretações, que passamos a apresentar por ordem alfabética:

ENFERMAGEM⁹²– É a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.

ENFERMEIRO (profissional de enfermagem)⁹³– É o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM⁹⁴ – São as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. Os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

- Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;
- Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;

Utilizarem metodologia científica que inclui:

- A identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em especial, no indivíduo, família, grupos e comunidade;
- Recolha e apreciação de dados sobre a situação que se apresenta;
- A formulação do diagnóstico de enfermagem;
- A elaboração e a realização de planos para a prestação de cuidados de enfermagem;
- A execução correcta e adequada dos cuidados de enfermagem necessários;

⁹² Artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro – Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

⁹³ Idem.

⁹⁴ Artigo 4º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro – Regulamento do exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

- A avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e a reformulação das intervenções;
- Actuarem de acordo com o grau de dependência do utente.

INTERVENÇÕES DOS ENFERMEIROS⁹⁵– Os enfermeiros, de acordo com as suas qualificações:

- Organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem aos três níveis de prevenção;
- Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, família e grupos da comunidade;
- Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem, com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade.
- Participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação da saúde / doença, quer o utente seja seguido em internamento, ambulatório ou domicílio;
- Procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou a recuperação das funções vitais;
- Participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e a critérios para a administração de tratamentos e medicamentos;
- Procedem ao ensino do utente sobre a administração e a utilização de medicamentos ou tratamentos;
- Contribuem para o exercício da sua actividade na área da gestão, investigação, docência, formação e acessoria para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente:
- Organizam, coordenando, executando, supervisando e avaliando a formação dos enfermeiros;
- Avaliando e propondo os recursos humanos necessários para a prestação de cuidados de enfermagem, estabelecendo normas e critérios de actuação e procedendo à avaliação do desempenho dos enfermeiros;
- Propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados de enfermagem;
- Dando parecer técnico acerca de instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem;
- Colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos;

⁹⁵ Artigo 9º do Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro – REPE.

- Participando na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propondo a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem;
- Promovendo e participando nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem.

ENSINO TEÓRICO⁹⁶– Corresponde à formação em cuidados de enfermagem em que os estudantes adquirem os conhecimentos, a compreensão e as competências profissionais necessárias para planear, prestar e avaliar os cuidados globais de enfermagem. Esta formação é ministrada em escolas de enfermagem e outros locais de ensino escolhidos pela instituição de formação, por professores efectivos de enfermagem, bem como por outras pessoas competentes escolhidas pela instituição de formação.

ENSINO CLÍNICO⁹⁷– Corresponde à formação em cuidados de enfermagem pela qual o estudante de enfermagem, integrado numa equipa e em contacto directo com um indivíduo são ou doente e/ou com uma comunidade, aprende a planear, prestar e a avaliar os cuidados globais de enfermagem exigidos com base nos conhecimentos e aptidões adquiridos.

O candidato a enfermeiro aprende, não só a integrar uma equipa, mas também a ser chefe de equipa, a organizar os cuidados globais de enfermagem, incluindo a educação em matéria de saúde para indivíduos ou pequenos grupos, no âmbito da instituição de saúde, ou na comunidade.

Este ensino efectua-se em hospitais e outras instituições de saúde e na comunidade, sob a responsabilidade dos enfermeiros docentes e com a cooperação e assistência de outros enfermeiros qualificados. Podem integrar-se no processo de ensino outras pessoas qualificadas.

PARADIGMAS⁹⁸– Segundo KHUN (2001) é uma determinada forma de “ver” a realidade, um compromisso grupal de matéria disciplinar constituído por valores, em geral mais amplamente partilhados por diferentes comunidades do que as generalizações simbólicas ou modelos. Contribuem para proporcionar aos

⁹⁶ Doc. 111/F/5370/5/90-PT-Comité consultivo para a formação no domínio dos cuidados de enfermagem de Abril de 1992.

⁹⁷ Idem.

⁹⁸ KHUN, Thomas S. (2001) – A estrutura das revoluções científicas. 6ª ed. São Paulo, Editora respectiva (ed. Inglesa 1962)

especialistas um sentimento de pertencerem a uma comunidade global.

MODELOS TEÓRICOS DE ENFERMAGEM⁹⁹– São formados por conceitos e pressupostos, oriundos tanto do conhecimento empírico (teorias já desenvolvidas) como do conhecimento ético (valores e princípios, orientações que não necessitam de ser provadas) e portanto não se prestam à observação directa nem a serem testados. Pretendem ser um guia mental para os enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem. Englobam quatro conceitos, pessoa, ambiente, saúde e enfermagem:

- Pessoa / indivíduo, alvo dos cuidados de enfermagem;
- Ambiente, condições internas e externas, circunstâncias e influências que afectam a pessoa / indivíduo;
- Saúde, o sentimento de bem estar ou doença experimentada pela pessoa / indivíduo;
- Enfermagem refere-se às actividades, características e atributos do indivíduo que presta cuidados à pessoa / indivíduo são ou doente.

ACTO DE CUIDAR (Enfermagem) - Tem por base os modelos de enfermagem na orientação da prestação de cuidados.

ACTO DE TRATAR (Enfermagem) – Tem por base o modelo biomédico na orientação da prestação dos cuidados de enfermagem.

⁹⁹ LIMA BASTO, M.C.F. (1998) *-Da intenção de mudança à mudança*. Lisboa, Editora Rei dos Livros, p. 33, 34, 44, 72, 79, 86, 131.