

MARIA CLARA BATALHA REIS ROQUETTE VIANA NETO



REPRESENTAÇÃO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM

Uma Visão de Professores e Estudantes

Dissertação de Mestrado
em
ESTUDOS SOBRE AS MULHERES

Orientador:
Professora Doutora Ana Nunes de Almeida

UNIVERSIDADE ABERTA
LISBOA
2006

MARIA CLARA BATALHA REIS ROQUETTE VIANA NETO

REPRESENTAÇÃO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM

Uma Visão de Professores e Estudantes

Dissertação de Mestrado
em
ESTUDOS SOBRE AS MULHERES

Orientador:
Professora Doutora Ana Nunes de Almeida

UNIVERSIDADE ABERTA
LISBOA
2006

“A enfermagem como ciência humana e do cuidar está sempre ameaçada e frágil.
Porque o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do
enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros(...)”

WATSON (2002)

AGRADECIMENTOS

Frente a este novo desafio, a concretização deste trabalho foi diferente de qualquer outra por nós realizada. E por ter sido diferente, pensamos que valeu a pena. As dificuldades, os obstáculos, os momentos de desânimo foram transponíveis porque conosco estiveram todos aqueles que nos ajudaram a vencê-los e que gostaríamos neste momento de agradecer:

À Senhora Professora Doutora Ana Nunes de Almeida pelo caminho que percorreu conosco, com paciência e disponibilidade, proporcionando-nos grandes momentos de aprendizagem.

À Escola Superior de Enfermagem que constituiu a amostra do estudo e, de um modo muito particular aos seus professores e estudantes que com a sua disponibilidade nos permitiram realizar esta pesquisa e conosco partilharam as suas preocupações.

A todos os amigos que com o seu incentivo e ânimo nos ajudaram a ultrapassar as nossas angústias e a tornar este trabalho uma realidade.

À minha família, por tantas vezes a privar da nossa companhia.

A todos, por tudo o que são e por terem estado conosco, o nosso obrigado!

RESUMO

Reconhecendo a nossa responsabilidade na formação dos futuros enfermeiros e privilegiando uma atitude de interrogação permanente sobre as práticas de cuidados, procurámos compreender a estrutura do cuidar no processo ensino aprendizagem, no intuito de clarificar o seu sentido e significado.

Partimos da análise da evolução do pensamento em enfermagem, considerando alguns conceitos, pressupostos e teorias de enfermagem e alguma investigação realizada. Recorremos ainda aos conceitos de representações, identidades sociais e género, no sentido de compreender o comportamento dos actores traduzido sob a forma de lógica de acção.

Os objectivos e a problemática sugeriram um estudo de carácter qualitativo, que nos permitiu entrar no universo simbólico a que as representações dos professores e estudantes dizem respeito. A abordagem foi feita através de entrevistas semi-estruturadas em profundidade que fizemos a doze professores (seis homens e seis mulheres) e a doze estudantes (seis homens e seis mulheres) de uma Escola Superior de Enfermagem. O método de análise utilizado foi o preconizado por Jean Watson.

O tema central do nosso estudo centra-se assim na – representação do cuidar em enfermagem dos professores e estudantes – resultando da intercepção de três eixos de análise independentes: “o significado e o sentido de cuidar” onde surgem duas categorias, *o conceito de enfermagem* e *o conceito de cuidar* que revelam como o cuidar em enfermagem é concebido e vivido pelos professores e estudantes; “a formação e o cuidar” onde surge a categoria *processo ensino-aprendizagem*, através da qual podemos concluir que o sentido de cuidar se descobre nos aspectos básicos da formação profissional, ou seja, na natureza, finalidade, intencionalidade e identidade que os cuidados assumem na prática, partindo do princípio que é através da experiência que se vai descobrindo esse sentido; e o “género e a enfermagem” onde surge a categoria *representação social*, decorrente da associação da enfermagem com o género feminino e como esta tem homogeneizado a actividade e a prática dos cuidados ao longo dos tempos.

As principais conclusões do nosso estudo confirmam que a essência da profissão assenta no cuidar, conceito que funde a acção, o conhecimento e o sentimento. Revela-se assim a importância de fomentar atitudes inerentes ao cuidar, devendo este processo ser desenvolvido no contexto da formação dos futuros enfermeiros e concomitantemente na prática dos cuidados.

ABSTRACT

Acknowledging our responsibility in the training of future nurses and favouring an attitude of continual questioning of the caring practice, we have attempted to seize the structure of caring within the framework of the teaching/learning process in order to clarify its sense and meaning.

We took the examination of the development of thought in nursing as our starting point, taking into account a set of concepts, assumptions and nursing theories as well as some of the research already developed. Other concepts such as representations, social and gender identities have also contributed to our understanding of the actors' behaviour rendered in the form of action.

The aims and the problem have put forward a qualitative study which allowed us to penetrate the symbolic universe of teachers and students' representations. The subject was approached through in-depth semi-structured interviews with twelve teachers (six males and six females) and twelve students (six males and six females) from a Nursing College. We followed the method of analysis recommended by Jean Watson.

Our study is centred on the representation of caring in nursing amongst teachers and students and is the result of the interception of three independent axis of analysis: "the sense and meaning of caring", where two categories arise, *the concept of nursing* and *the concept of caring* that show how caring in nursing is conceived and experienced by teachers and students; "training and caring", where we find the *teaching/learning process* category, that leads up to the conclusion that caring derives its sense from the basic aspects of professional training, i.e., in the nature, purpose, intentionality and identity of caring in actual practice, assuming that one reaches sense through experience; and "gender and nursing", with the category of *social representation* that results from the association between nursing and the female gender and the way the latter has set the standard of caring practice in the course of time.

The main conclusions of our study confirm that caring is the essence of the profession, and that it is a concept that combines action with knowledge and emotion. It is therefore important to encourage a set of attitudes inherent to caring, a process that should be developed within the context of the training of future nurses and, simultaneously, in caring practice.

RESUME

Appuyés sur notre responsabilité en ce qui concerne la formation de futurs infirmiers et sur une position de questionnement permanent des pratiques des soins infirmiers, nous avons essayé de saisir la structure du processus d'enseignement-apprentissage dans le but d'en clarifier le sens et la signification.

Nous avons d'abord étudié l'évolution de la pensée infirmière, tout en tenant compte d'un ensemble de notions, hypothèses et théories infirmières ainsi que d'une partie de la recherche déjà réalisée. Nous avons également fait appel à d'autres notions, notamment à celles des représentations, identités sociales et genre dans le but de comprendre le comportement des acteurs traduit sous la forme de logique d'action.

Les objectifs et la problématique ont suggéré la mise en oeuvre d'une étude qualitative qui nous a permis de pénétrer dans l'univers symbolique des représentations d'enseignants et étudiants. L'approche a été réalisée sous la forme d'enquêtes en profondeur semi-dirigées auprès de douze enseignants (six hommes et six femmes) et de douze étudiants (six hommes et six femmes) d'une Ecole Supérieure d'Infirmiers. La méthode d'analyse suivie a été celle préconisée par Jean Watson.

Notre étude est donc fondée sur la représentation des soins infirmiers par enseignants et étudiants et résulte de l'interception de trois axes d'analyse indépendants : « le sens et la signification de l'acte de soigner », où nous nous trouvons face à deux catégories, *la notion de la profession infirmière* et *la notion de soigner*, qui nous indiquent la façon dont les soins infirmiers sont compris et vécus par enseignants et étudiants ; « la formation et les soins infirmiers », associé à la catégorie de *processus d'enseignement-apprentissage* et qui nous permet de conclure que le sens de l'acte de soigner se trouve dans les aspects fondamentaux de la formation professionnelle, c'est-à-dire, dans la nature, finalité, intentionnalité et identité des soins infirmiers dans la pratique, tout en partant du principe que ce sens se dévoile au fur et à mesure que l'on accumule expérience; et « le genre et la profession infirmière », où nous avons affaire à la catégorie de *représentation sociale* qui résulte de l'association entre la profession infirmière et le genre féminin et de la façon dont ce dernier a façonné l'activité et la pratique des soins infirmiers au cours du temps.

Les principales conclusions de notre étude confirment que les soins infirmiers sont au coeur de la profession, une notion qui combine action, connaissance et émotion. Il s'avère donc important d'encourager les attitudes inhérentes aux soins infirmiers, un processus à développer simultanément dans le cadre de la formation des futurs infirmiers et de la pratique des soins infirmiers.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	1
1– A ENFERMAGEM ENQUANTO DISCIPLINA DO CUIDAR.....	20
1.1– CONCEPÇÕES DA ENFERMAGEM NO TEMPO.....	20
1.2- O CAMINHO PERCORRIDO: EM BUSCA... DO CUIDAR.....	24
1.3 – COMO CUIDAR	31
2– AS IDENTIDADES SOCIAIS NO QUADRO DAS REPRESENTAÇÕES PROFISSIONAIS.....	37
2.1 – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A SOCIALIZAÇÃO NA IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS	37
2.2 – A PROCURA DA IDENTIDADE DA PRÁTICA DE CUIDADOS.....	45
2.3 – O PAPEL FORMATIVO DA ESCOLA.....	48
3 – ENFERMAGEM E GÉNERO: REPRESENTAÇÕES PLURAIS.....	55
4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	62
4.1 – UMA ABORDAGEM QUALITATIVA: DESCREVER E COMPREENDER.....	62
4.2 – O ACESSO AO CAMPO.....	65
4.3 – SELECÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	66
4.4 – RECOLHA DE DADOS.....	67
4.5 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	73
4.6 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	77
5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	78
5.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	79

5.1.1 – Caracterização dos professores.....	80
5.1.2 – Caracterização dos estudantes	86
5.2 – ANÁLISE DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS.....	91
5.2.1 – Professores e Estudantes: o significado e o sentido de cuidar, em enfermagem.....	91
5.2.1.1 – Conceito de Enfermagem	92
5.2.1.2 – Conceito de Cuidar	99
5.2.2. – A formação e o cuidar	120
5.2.2.1 – Processo ensino – aprendizagem.....	121
5.2.3 – O género e a enfermagem	137
6 – CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES	146
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	154
ANEXO 1 - Entrevista a um Professor.....	166
ANEXO 2 – Entrevista a um Estudante	191

INDÍCE DE QUADROS

Quadro nº1 Distribuição dos enfermeiros activos e efectivos por género	58
Quadro nº2 Distribuição dos enfermeiros de nacionalidade espanhola por género.....	58
Quadro nº3 Caracterização dos professores	80
Quadro nº4 Caracterização dos estudantes	86

INDÍCE DE FIGURAS

Figura nº1 Árvore da análise da representação do cuidar em professores de enfermagem.....	144
Figura nº2 Árvore da análise da representação do cuidar em estudantes de enfermagem.....	58

APRESENTAÇÃO

Desde as sociedades mais remotas que houve a necessidade de cuidar. Cuidar é uma das mais “velhas” experiências da história da humanidade, algo de universal e de todos os tempos. Sendo algo inerente à vida e à relação humana, o cuidar, mais que um comportamento inato, é um valor que determina a forma como cada pessoa se situa em relação à vida, a si próprio e aos outros. Cuidar é assim uma função essencial à sobrevivência das pessoas e da sociedade (Collière, 1989).

Apesar de o cuidar não ter sido considerado durante milhares de anos um traço específico de uma profissão, podemos notar que a história da enfermagem está intimamente ligada aos diversos papéis que foram atribuídos à mulher ao longo dos tempos no decorrer da evolução das sociedades. A ela coube a tarefa de cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes. Assim, a identificação feminina com o cuidar faz-se desde as sociedades primitivas, pelo que, ao longo dos tempos, as práticas dos cuidados foram identificadas com a mulher, a mulher – religiosa, a mulher – enfermeira.

“A enfermagem não é mais nem menos que a profissionalização da capacidade humana de cuidar, pela aquisição e aplicação de conhecimentos, atitudes e habilidades apropriadas aos papéis que lhe estão prescritos” (Roach in Gaut, 1991,p.9). Sabemos que a enfermagem é uma profissão em que as pessoas prestam cuidados a outras pessoas, embora desconheçamos se esses cuidados abrangem a dimensão do cuidar defendida e preconizada por vários teóricos – o cuidar profissional em enfermagem – que consiste nos *“... modos cognitivamente aprendidos, humanísticos e científicos, de ajudar e capacitar um indivíduo, família ou comunidade, a receber serviços personalizados, através de processos, técnicas e padrões de cuidados específicos e culturalmente definidos, para melhorar ou manter uma condição favoravelmente saudável para a vida ou morte “* (Leininger, 1998, p. 9). Pouco sabemos também se os enfermeiros compreendem o que significa e implica realmente este “cuidar profissional”.

Apesar de o ser humano desenvolver a capacidade para cuidar, ao longo da vida, momento a momento, variando com a experiência de cada um (Boykin,

1993), a emergência da teorização sobre o cuidar sublinha a necessidade de os futuros profissionais de enfermagem adquirirem conhecimentos e capacidades não só na vertente do saber fazer, como na vertente do saber estar e do saber ser, isto é, na vertente relacional.

Como é sabido, é através do processo ensino-aprendizagem, (processo interactivo entre professor e estudante) que o estudante adquire conhecimentos e habilidades, como também interioriza normas e valores inerentes à profissão de enfermagem. Watson (1985) defende que a formação de um sistema de valores humanísticos é o factor básico da ciência do cuidar e, como referem Tavares e Alarcão (1989, p.111), o processo ensino-aprendizagem “ *é um processo de descoberta que passa pelo interior da pessoa, pelas suas experiências e imagens de si próprio e dos outros*”.

Assim, para desenvolver a capacidade do cuidar profissional, há que ter em conta a aquisição e o desenvolvimento destes mesmos conhecimentos e habilidades, onde o professor e o estudante, como pessoas que cuidam e são cuidadas, são capazes de defender e afirmar valores.

Leininger (1981), citada por Meyer, Waldow e Lopes (1998), constata que só o ensino explícito do cuidar nas escolas de enfermagem poderá permitir aos estudantes o desejo da prática de cuidar, considerando que a escola é o “ *espaço onde se processa o acesso às grandes produções culturais da humanidade e aos valores essenciais* “ (Aparecida, 1986, p.87).

Posto isto, e dado que a capacidade para cuidar pode ser despertada e desenvolvida pela prática educativa (Watson, 1985), o professor de enfermagem desempenha um papel extremamente importante como agente do cuidar, devendo a formação em enfermagem ser, por isso, cada vez mais congruente com a filosofia do cuidar.

Segundo Boykin (1994), o processo de educação é o meio pelo qual os estudantes são socializados na cultura de enfermagem, pelo que em parte as escolas existem através do seu corpo docente, possuindo cada professor a sua própria filosofia (Bevis, 1989). Pode-se assim referir que a educação em

enfermagem “ *envolve mais do que adquirir uma base de conhecimentos científicos e demonstrar competências clínicas. Os estudantes desenvolvem autonomia, identidade, relações interpessoais, emoções, finalidades e integridade* “ (Griffin e Bakanauskas, 1983, p.104).

É pois no percurso de formação que o estudante se situa em relação às concepções, crenças e valores que orientarão o seu pensamento e a sua acção profissional. O tempo de formação torna-se assim particularmente importante, e é durante este processo que os professores sentem como preocupação a formação de profissionais competentes para atender uma sociedade cada vez mais exigente.

No entanto, algo se passa durante a formação dos estudantes de enfermagem, pois parece haver um decréscimo na aquisição/prática de atitudes cuidativas por parte destes, do início para o final do curso, facto que realmente nos lança desafios para a reflexão.

A nossa experiência profissional empírica tem-nos mostrado que as expectativas de um elevado número de estudantes no início do curso são de vontade de ajudar o próximo, de respeito pelo ser humano, de compreensão pelo sofrimento do outro, de valorização de todas as actividades para satisfação das necessidades do indivíduo, numa perspectiva de cuidar. Contudo, estas manifestações sofrem uma transformação ao longo do curso, verificando-se uma desvalorização de certas actividades, nomeadamente as de conforto, e por outro lado, uma maior apetência pela realização de cuidados que envolvam altas tecnologias e que exigem menor relação com o utente, numa atitude manifestamente curativa. Será que estas posturas estão relacionadas com o que na realidade lhes é transmitido e exigido pelos professores? Fala-se muito de individualização de cuidados, no entanto, não se enfatiza na formação fundamentalmente a área técnico-científica? Será também o facto de os estudantes se preocuparem demasiado com as regras de actuação e as tecnologias, fazendo com que se tornem obscuras e marginais as práticas cuidativas?

Paralelamente a estas questões, constatamos que a enfermagem como profissão é essencialmente feminina. Associação ligada a raízes históricas

profundas que se prendem com os diversos papéis que foram sendo atribuídos à mulher ao longo do desenvolvimento das sociedades, fruto da divisão social do trabalho. Feminilidade traduzida na capacidade para cuidar, amar, dar, servir, o que já se tornou um mito. Será porque, desde sempre, as mulheres são tradicionalmente identificadas como cuidadoras? Cuidarão elas, relativamente aos homens, melhor do outro? Que representações sobre os papéis de género reforçarão esta convicção?

No entanto, nas últimas décadas, tem-se verificado uma maior afluência de rapazes ao curso de enfermagem e simultaneamente um número crescente de professores do género masculino. Poderá esta situação verificar-se devido à vaga da crise de empregos? Ou será que a socialização dos rapazes e raparigas, hoje em dia, não segue modelos tão díspares como no passado? Ter-se-ão esbatido as vincadas diferenças na distribuição dos papéis entre géneros?

Perante este grande número de considerações e de questões, interrogamo-nos ainda: será que o conceito de cuidar é visto da mesma forma por homens e mulheres? Como se vêem eles/elas, como cuidadores/as? E a transmissão deste conceito, será feita da mesma forma por ambos no seu papel de professores e formadores? E ainda, a percepção do conceito de cuidar dos estudantes é idêntico em ambos os géneros? E idêntico ao dos professores?

Definido assim o nosso campo de interesse, parece-nos ter esboçado o ponto de partida desta investigação, com a formulação de uma questão inicial basicamente construída a partir da nossa prática profissional: será que nós, professores, estamos realmente a formar enfermeiros para cuidar? Esta pergunta preliminar conduziu à procura e leitura de bibliografia e posteriormente à formulação da pergunta de investigação orientadora do estudo.

Assim, tendo em conta as perspectivas já referidas, parece-nos que o cuidar, sendo intrínseco à relação entre as pessoas, não se poderá limitar a uma simples definição. Apesar de o termo “cuidar” fazer parte da linguagem corrente do enfermeiro, seja este do exercício ou da formação, consideramos que assume dimensões diferentes e variadas segundo o contexto, o tempo, e o tipo

de relações entre as pessoas.

Também na literatura, as concepções nem sempre parecem ser claras e explícitas. Encontram-se referências, ora com ênfase na vertente biomédica, ora numa abordagem holística.

Decorrente deste quadro de pensamento e de conversas informais com professores de enfermagem, ficámos sensibilizados para a necessidade de se reflectir sobre a dimensão do cuidar ao nível da formação.

A escolha do tema prende-se, assim, com o facto de exercer funções numa instituição educativa e de considerar importante a identificação de factores que interferem no processo de ensino – aprendizagem, nomeadamente a importância da valorização do cuidar pelos professores e pelos estudantes, de forma a contribuir para uma formação mais consentânea com a realidade e para uma melhoria dos cuidados junto da população. Simultaneamente, e sendo inegável a evolução ocorrida nas últimas décadas nas práticas de enfermagem, resultantes das evoluções político-sociais, científicas e tecnológicas, questionamo-nos por vezes sobre as alterações ocorridas no ensino de enfermagem e sobre o que consideramos que deve e tem de mudar.

O carácter evolutivo das necessidades, em matéria de saúde da população e o aumento das expectativas e exigências das pessoas, impõe a formação de enfermeiros capazes de responder às novas exigências, demonstrando conhecimentos, atitudes e competências essenciais às tarefas que lhes são cometidas.

Se, por um lado, a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, por outro, o aumento da esperança de vida, com o consequente envelhecimento da população e o prolongamento de situações crónicas, tem evidenciado a necessidade crescente de cuidados relacionais e afectivos.

Acreditamos que uma formação nos domínios científico, técnico, humano e ético corresponderá forçosamente a uma atitude de cuidar, não descurando uma abordagem crítico-reflexiva da sua actividade que estimule a reflexão pessoal, o desenvolvimento da responsabilidade e da criatividade. O sucesso

educativo passa, tal como referem Nóvoa e Finger, *“pela capacidade de formar indivíduos capazes de se reciclarem permanentemente, aptos a adquirirem novas atitudes e capacidades, capazes de responderem eficazmente aos apelos constantes de mudança.....já não se trata de adquirir, de maneira exacta, conhecimentos definitivos, mas de se prepararem para elaborar ao longo de toda a vida, um saber em constante evolução e.....de aprender a ser”* (1988, p.112).

Com base na problemática referida anteriormente surge a pergunta de investigação orientadora deste estudo: Quais as representações do “cuidar” dos professores e estudantes de enfermagem, homens e mulheres?

Neste âmbito, surgem outras questões que procuram ajudar a compreender o fenómeno em estudo. Qual a ideologia de cuidar que orienta o processo de formação em enfermagem? Quais os elementos que os professores e estudantes valorizam no processo ensino – aprendizagem? Quais as estratégias utilizadas pelos professores de enfermagem para desenvolver nos estudantes uma orientação para a prestação de cuidados?

Nesta perspectiva, pretendemos essencialmente, citando Quivy (1992, p.19) *“... compreender melhor os significados de um acontecimento ou de uma conduta”*, pelo que o propósito deste estudo consiste em compreender e interpretar as representações do cuidar presentes nos professores e estudantes de enfermagem.

Mas como podemos compreender e interpretar as representações do cuidar presentes nos professores e estudantes de enfermagem?

Para Leininger (1984), a forma inicial de descoberta de fenómenos de acordo com os pontos de vista das pessoas implica uma abordagem de investigação qualitativa. A autora refere ainda que a investigação qualitativa é frequentemente o caminho inicial para descobrir fenómenos e documentar aspectos desconhecidos, e ainda não estudados. Possibilita o conhecimento, a compreensão e a interpretação cuidada e precisa da natureza, do significado de situações e de acontecimentos passados ou actuais.

Também Watson (1988) defende o uso de abordagens qualitativas quando

se procura revelar e elucidar o fenómeno do cuidar. Esta ideia é igualmente apoiada por Polit e Hungler (1995) ao salientarem a pertinência do tipo de abordagem para a recolha e análise de informação pouco estruturada, relativamente a pessoas na sua maneira de estar.

Deste modo optámos por uma metodologia qualitativa dado que o foco da nossa atenção era o “significado” que os professores e estudantes dão à palavra/conceito de cuidar.

O trabalho que seguidamente apresentamos encontra-se organizado em seis capítulos.

No primeiro capítulo analisa-se a enfermagem enquanto disciplina e ciência do cuidar. Nele abordamos a evolução das concepções da enfermagem ao longo dos tempos, a evolução do conceito de cuidar considerando alguns conceitos e pressupostos, e fazemos ainda referência a alguns estudos de investigação que considerámos pertinentes.

O segundo capítulo aborda as identidades sociais no quadro das representações profissionais. Salientamos a importância do contributo da socialização na identificação de papéis; procuramos identificar como tem sido construído na história da prática e do saber em enfermagem, a identidade dos cuidados, bem como o papel formativo da escola.

O terceiro capítulo realça o conceito de género na profissão de enfermagem, ressaltando que ainda hoje a enfermagem passa por um processo de feminização.

O quarto capítulo diz respeito à metodologia utilizada, referente: ao tipo de estudo, à forma como obtivemos o acesso ao campo, à selecção dos sujeitos do estudo bem como à recolha, análise e interpretação dos dados.

No quinto capítulo apresentam-se e analisam-se os principais resultados da informação recolhida através das entrevistas a professores e estudantes de enfermagem.

E por último, no sexto capítulo, são apresentadas as conclusões do estudo e apontadas algumas implicações e sugestões que consideramos de algum

modo oportunas e pertinentes.

1– A ENFERMAGEM ENQUANTO DISCIPLINA DO CUIDAR

1.1– CONCEPÇÕES DA ENFERMAGEM NO TEMPO

Para reflectirmos no cuidar em enfermagem é necessário que nos reportemos à forma como surgiu a profissão de enfermagem, e consequentemente os cuidados, uma vez que foram eles que estiveram na origem da profissão.

Quando consultada bibliografia sobre a origem dos cuidados, constata-se que desde que há vida, os cuidados existem, e que a continuidade da vida se deve ao facto da sua existência. Estes cuidados, que qualquer pessoa prestava porque era necessário assegurar a continuidade da espécie, não pertenceram durante milhares de anos a nenhum ofício ou profissão em particular. No entanto, constatamos que nas civilizações primitivas os cuidados eram assegurados por mulheres. *“Durante milhares de anos, a prática de cuidados correntes, isto é, todos os cuidados que suportam a vida de todos os dias, ligam-se fundamentalmente às actividades das mulheres”* (Collière, 1989, p.40). Ao homem eram habitualmente atribuídos os cuidados ao corpo ferido, na caça ou na guerra, relacionados com a necessidade de utilização da força física e com o assegurar do sustento da família. Os cuidados tinham como intuito responder a uma necessidade explícita, quer do indivíduo, quer do grupo em que este se inseria, e influenciaram marcadamente a história da humanidade, organizando-se desde o nascimento à morte, em torno de dois pólos: *“o corpo, lugar de expressão da vida individual e colectiva e o alimento, que abastece e restaura o corpo”* (Collière, 1989, p.40).

Estes cuidados representavam mais que um conjunto de respostas a necessidades vitais indispensáveis à sobrevivência, e requeriam o conhecimento interiorizado do vivido por parte das mulheres, exclusividade que é posta de lado com o advento do cristianismo.

Desde os finais da Idade Média até aos finais do século XIX, a prática de

cuidados foi assumida pela mulher religiosa, tendo-se assistido nessa época a uma mudança na sua forma de apreensão. Esta viragem foi marcante, passando a prática dos cuidados a ser baseada essencialmente em valores religiosos e moralistas, impostos pelos homens da igreja como representantes de Deus. A manutenção da vida é substituída pela atenção aos desprotegidos, inválidos e sofredores. O corpo passa a ser encarado como objecto de pecado e, portanto, desprezado. O corpo só é tratado enquanto sofredor, de morte e não de vida. A preocupação central deixou de ser o bem-estar e o prazer e passou a ser a dor.

Ao homem continuava a ser atribuído o papel de reparação do corpo ferido, quer em ordens religiosas, quer em asilos ou hospitais. A reparação do corpo permanece assim como objectivo atribuído ao homem.

Com a dessacralização do poder político e com a separação da Igreja do Estado, as religiosas foram sendo progressivamente substituídas por mulheres leigas. A sua prática, no entanto, continuava a assentar na mesma ideologia, a dos valores morais e religiosos que tinham herdado do passado.

“A partir dos finais do século XIX até à década de 50/60, as descobertas científicas repercutiram-se fortemente na profissão médica e a mulher passou a assumir o papel de mulher enfermeira” (Collière, 1989, p.349). A enfermeira continuava a estar ao serviço do doente, mas também do médico, o qual, com o desenvolvimento da medicina e a especialização das suas actividades, começou a delegar na enfermeira algumas tarefas menos nobres, sob sua orientação e prescrição. É assim que a enfermeira se vai transformando, já não em alguém que presta cuidados essenciais à satisfação das necessidades básicas do indivíduo doente, mas numa auxiliar do médico.

As enfermeiras tinham muita experiência prática em cuidar dos doentes, mas não possuíam qualquer saber médico – científico e/ou qualquer tipo de responsabilidade social, isto é, não tinham uma visão global do doente como ser biopsicosocial. No entanto, o médico necessitava de um assistente que pudesse trabalhar disciplinadamente e o pudesse assistir cientificamente sob a sua dominação. É desta dupla necessidade – enfermeiras disciplinadas com “treino” para porem em prática os cuidados e enfermeiras com conhecimentos

das ciências médicas para poderem auxiliar o médico – que vai surgir a formação em enfermagem, se institucionaliza a enfermagem e se assiste ao “*nascimento da enfermagem profissional moderna*” (Bento, 1997, p.33).

Também Florence Nightingale (1859), considerada a pioneira da Enfermagem moderna, inicia um percurso reflexivo da disciplina de Enfermagem, ao reconhecer que a prática dos cuidados não pode ser um acto ao acaso, mas sim um acto reflectido, a fim de se poder desenvolver um conhecimento próprio. Salaria também a necessidade de as enfermeiras adquirirem um conhecimento distinto daquele que o médico tinha, centrando a sua atenção na arte de *cuidar do doente*. Esta era a grande preocupação das escolas de Enfermagem que começaram a surgir por toda a Europa a partir do final do século XIX. “*É a formação que constrói o papel da enfermeira e ajusta a esse papel, a prática dos cuidados prestados pelas enfermeiras*” (Collière, 1989, p.111).

No entanto, com os avanços tecnológicos e científicos, alargam-se os domínios da ciência, permitindo um maior conhecimento das doenças. O cuidar proposto por Florence Nightingale foi substituído por um outro, onde a abordagem ao doente se torna segmentada, impessoal e principalmente feita em função das necessidades da doença. “*Os cuidados transformaram-se em tratar, mantendo apenas a sua denominação, mas perdendo o essencial da sua razão de ser*” (Collière, 1989, p.349).

Apesar da profissão de Enfermagem ter mantido desde sempre os seus valores, a subordinação ao modelo médico em que a cura é o centro da atenção tem norteado não só a formação dos enfermeiros como as práticas de cuidados. Tal como refere Magão (1992,p.15) “*a medicina tornou-se responsável pelo tratamento e cura das doenças e a Enfermagem responde aos cuidados que presta não ao indivíduo e à sociedade, mas às instituições e à medicina por quem era controlada – daí a subordinação histórica à medicina e a sua prática, ao modelo biomédico*”. Neste modelo reducionista, para além do critério de sucesso ser a cura, privilegia-se uma abordagem cartesiana do cliente, desvalorizando-se a globalidade da pessoa. As enfermeiras adoptam progressivamente na prática dos cuidados o modelo biomédico (Collière, 1989).

Desvalorizam-se progressivamente os cuidados de manutenção da vida, por se considerar não exigirem grandes competências, e valoriza-se o aspecto técnico, por ser através dele que se pensa ter acesso ao domínio do conhecimento. Como diz Collière (1989) *“não há inter-relação entre o que vive a pessoa que precisa dos cuidados, o que ela é nos seus diferentes estatutos e papéis sociais e o que tem “ (p.127). “Os cuidados de natureza relacional que implicam relações interpessoais só têm lugar quando há tempo à margem do que é considerado efectivamente prestação de cuidados de enfermagem” (p.349).*

Também as escolas de enfermagem dão ênfase ao modelo biomédico, ensinam a cuidar da doença e as técnicas de enfermagem têm como principais objectivos ajudar a esclarecer o diagnóstico, a vigiar e tratar a doença. Assim, *“ao nível da formação, os conhecimentos veiculados eram os da medicina, podendo-se agrupar e organizar em dois domínios que decorrem um do outro: a doença e a técnica” (Collière, 1989, p.127).* Esta situação manteve-se até à década de sessenta, altura em que surge um sentimento de insatisfação por parte das enfermeiras, quando se questionam sobre a prática dos cuidados e o que é que os caracteriza. Constatam, ainda, que as evoluções tecnológicas e sociais levaram a um aumento de esperança de vida, sendo a população constituída por um número cada vez mais elevado de idosos e portadores de doenças crónicas, que têm necessidades muito específicas, às quais o modelo biomédico não dá resposta, pois estas não eram compatíveis com a finalidade de cura.

Deste modo, começaram a surgir críticas a este modelo, procurando as enfermeiras, por um lado, demarcarem-se do ascendente médico e, por outro, empenharem-se na clarificação da sua função específica, mais adequada com o sentido original do cuidar, o que lhes poderia proporcionar uma maior visibilidade social, autonomia, e a criação de uma identidade própria da profissão.

Esta tentativa de explicar a Enfermagem como disciplina autónoma leva ao desenvolvimento de modelos conceptuais e teorias explicativas dos cuidados que centram a sua atenção no cuidar e procuram de alguma forma orientar a prática, a formação e a investigação em enfermagem. Estes modelos foram

inicialmente elaborados por enfermeiras americanas, na década de sessenta, no sentido de contextualizar a disciplina de enfermagem. Embora apresentem diferenças, têm em comum o serem centrados na pessoa como sujeito de cuidados numa perspectiva holística e humanista, privilegiando, conforme referimos, o desenvolvimento das relações inter-pessoais (Ribeiro, 1995). Tal como refere Collière (1989, p.188), *“procura-se uma profunda mutação por diferentes caminhos, o que se traduz essencialmente numa preocupação da revalorização do papel do enfermeiro e na procura duma identidade profissional”*.

Somos da opinião de que os enfermeiros se preocupam com o aprofundar dos seus conhecimentos, com o aprofundar das suas competências técnicas e relacionais, mas parece-nos ainda que *“não adquiriram o hábito de reflectirem acerca da sua prática”* (Basto, 1991).

Ao reflectirmos sobre as nossas práticas, ao questionarmos as nossas formas de actuação, ao sugerirmos intervenções alternativas, estaremos de certo modo a contribuir para um aumento e consolidação do nosso próprio corpo de conhecimentos.

1.2- O CAMINHO PERCORRIDO: EM BUSCA... DO CUIDAR.

O que entendemos nós quando falamos de cuidar?

“Atribuímos-lhe inúmeros sentidos conforme o que cada um entende, conforme aquilo a que cada um presta atenção na situação em que está, e também de acordo com a orientação que cada um quer dar à sua existência” (Honoré, 2004, p.17).

O conceito tem sido nos últimos anos tema central de grande parte da literatura mais recente de enfermagem, por ser considerado como a essência da disciplina (Watson, 1985; Leininger, 1988).

No entanto, o termo cuidar corresponde a um fenómeno universal, é encarado sob diferentes prismas que ao reflectirem uma cultura própria, se

associam a diferentes concepções da Enfermagem. Assim, vale a pena conhecer o significado do vocábulo *cuidar*. “ *Este provém do verbo latino cogitare e reporta-nos ao imaginar, meditar, tratar de, ter cuidado em e aplicar a atenção, reflectir, interessar-se por...*” (Machado, 1991;p.321). Ao irmos ao encontro da raiz do termo, verificamos que este engloba inúmeros sentidos, dos quais se pode destacar a “arte de cogitare”, no sentido de desenvolver um comportamento meditativo e reflectido. A compreensão do cuidar deriva do modo como é perspectivado e do sentido que lhe é dado.

De acordo com este panorama, verificamos ser inútil qualquer tentativa de procurar uma perspectiva comum à acção do cuidar, ou procurar uma só maneira de a conceber. “*Aquilo que se pode compreender e pensar, são as perspectivas diferentes e os sentidos diferentes*” (Honoré, 2004;p.38). No entanto, poderá haver perspectivas consideradas próximas, mantendo contudo a sua singularidade. “*O sentido de uma acção de cuidados é próprio daquele que faz a experiência*” (Honoré, 2004;p.39).

Abandonando a ilusão de encontrar no cuidar um sentido único, mostra-se de extrema importância considerar as “formas de viver” e as “maneiras de pensar” tal como estas surgem e não como gostaríamos que fossem. “*A questão essencial do sentido de cuidar é reconhecer que cuidar tem para cada um, um sentido. Aquilo que os homens têm em comum, não é o mesmo sentido das coisas, das acções e dos acontecimentos, mas a possibilidade de lhes dar um sentido, e, ao fazê-lo, reconhecerem-se na sua dignidade humana*” (Honoré, 2004;p.39).

É necessário, para além da diferença de perspectivas e de sentidos, um certo entendimento comum, na compreensão da acção de cuidar, de modo a perspectivar na diversidade de sentidos para cada um, quer seja para quem é cuidado, para o cuidador, e ainda para quem gere esses mesmos cuidados.

A Enfermagem sustenta-se nos cuidados prestados aos outros, onde o cuidar é considerado um aspecto central desta profissão. É uma das profissões onde se salienta como essência o cuidar humano, isto é, onde se estuda e aprende as diversas dimensões (biológica, psicológica, cultural, social e ambiental) do cuidar, de forma a prestar cuidados holísticos.

A Enfermagem define-se assim como a *“arte e ciência do cuidar humano”*. *“Uma ciência, pois integra um corpo de conhecimentos próprios adquiridos através do método científico acerca do cuidar humano. Uma arte, pela forma criativa e imaginativa com que aplica esses conhecimentos na prática”* (Rogers, 1970;p.304).

A Enfermagem entende o ser humano como *“um todo unificado que possui uma integridade própria e manifesta características que são mais que a soma das suas partes e distintas delas”*, e como um *“ser aberto, livre de escolher nas suas trocas mútuas e rítmicas com o ambiente”* (Parse, 1987;p.136).

Neste contexto, segundo Collière (1989,p.296), preconiza-se que a prática de enfermagem se baseie numa *“abordagem global antropológica que situa a pessoa no seu contexto de vida, tentando compreendê-la em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações que lhe são inerentes em relação a esse contexto”*.

O interesse por este conceito é relativamente recente, podendo-se dizer que remonta na literatura norte americana ao início da década de oitenta do século XX. Uma das primeiras autoras a propô-lo como tema central para a disciplina de enfermagem foi Leininger (1981,1989). A autora desenvolveu uma conceitualização da sua filosofia humanista e existencial do cuidar, que propõe como *“domínio central e unificador para o corpo de conhecimentos e práticas de enfermagem”* (Leininger, 1991;p.35). Em seu entender, os seres humanos são seres cuidativos e o cuidar, enquanto fenómeno, é universal, comum em todas as culturas, mas os seus meios de expressão, no que se refere à forma e significado, variam de cultura para cultura. *“Assim, o cuidar deve ser colocado num contexto cultural, pois os seus padrões podem diferir transculturalmente”* (Cohen, 1991;p.899).

Também Watson (1985,1988) considerou a Enfermagem como uma ciência humana, sendo o conceito de cuidar o seu domínio central e unificador; no entanto, em contraste com a visão transcultural de Leininger, a sua teoria enfatiza as dimensões, moral e ética do cuidar. Segundo a autora, o cuidar humano envolve valores como a força de vontade, compromisso para com o

cuidar, conhecimentos, atitudes cuidativas e resultados. Baseou a sua teoria num sistema de influências e valores que enfatizam *“um grande respeito pela vida humana e a sua dimensão espiritual, uma capacidade para crescer e mudar, liberdade de escolha e a importância da relação interpessoal e inter subjectiva entre cliente/enfermeiro”* (Cohen, 1991;p.904).

A sua reflexão conduziu à definição de um conjunto de aspectos cuidativos a que chamou “carative”, neologismo criado que traduz o que entende por cuidar. Esta forma apela, nomeadamente, a um sistema humanista de valores; a sentimentos de fé/esperança e à relação de cuidados de ajuda/confiança. Também prevê *“a expressão de sentimentos positivos e negativos; o uso sistemático do método científico de resolução de problemas; a criação de um ambiente de suporte, protector mental, físico e sócio-cultural; assistência na satisfação das necessidades humanas e desenvolvimento das forças existenciais, fenomenológicas/espirituais”* (Watson, 1988;p.75).

Tal como refere Leininger *“estes factores servem de guia estrutural para compreender o fenómeno cuidar num processo de relação interpessoal”* (Watson, 1988;p.75).

A orientação para o cuidar integra-se assim, nomeadamente, nas ideias de Leininger e de Watson. *“Apela para uma acção centrada no cliente, como sujeito de cuidados, para os aspectos relacionais e abrange a pessoa e o seu meio ambiente”* (Ribeiro, 1995;p.14).

Nos últimos anos, temos verificado que o Cuidar em Enfermagem tem sido tema central das nossas reflexões. Talvez pelo facto, como refere Watson (1988;p.2), de se colocar um enorme desafio à profissão de enfermagem que consiste em *“quebrar velhas ligações com a preocupação com os procedimentos técnicos, factos isolados, definições rígidas com o puro racionalismo e desenvolver o estudo do saber ser numa relação profissional marcada pelo cuidar como contributo próprio da enfermagem para a sociedade”*.

No entanto, também o cuidar tem sofrido mudanças ao longo dos tempos, condicionado pelos valores e pela cultura. Tal como refere Collière (1989;p.15), o cuidar humano sofreu profundas alterações de acordo com a evolução

tecnológica e as mudanças socio-económicas e culturais, o que levou a uma “*explosão e dissecação das práticas de cuidados numa imensidade de tarefas e actividades diversas, disputadas tanto por profissões como por ofícios*”.

A crescente e progressiva investigação desenvolvida é feita na tentativa de se encontrar uma dimensão unificadora para a Enfermagem, quer na sua vertente de disciplina (teoria), quer na de profissão (prática).

Valentine (1989), numa reflexão em que pretende explicar as diferentes dimensões do cuidar bem como a sua importância e complexidade, elaborou um modelo conceptual a partir da apreciação de autores de enfermagem e da percepção de enfermeiros e utentes há cerca das suas experiências de cuidar e ser cuidado. O modelo engloba quatro grupos de elementos: psicológicos (onde se incluem as categorias afectivas e cognitivas); filosóficos (onde se incluem as categorias espirituais e éticas); estruturais (onde se incluem as categorias organizacionais e técnicas); e interactivos (onde se incluem as categorias sociais e físicas), e salienta a importância dada aos elementos afectivos, éticos e sociais.

Também Forrest (1989), através de uma abordagem fenomenológica, procura estudar a estrutura do cuidar na perspectiva de enfermeiros do exercício, numa instituição hospitalar. Concluiu, através deste seu estudo, que os enfermeiros associavam a essência da Enfermagem ao cuidar. “*Cuidar é uma presença mental e emocional que emerge de sentimentos profundos em relação à experiência do doente; surge da capacidade da enfermeira se identificar com a situação do doente e é influenciado por experiências pessoais anteriores*” (Forrest, 1989;p.818).

Outra abordagem fenomenológica efectuada por Clarke e Wheeler (1992) teve como objectivo identificar o conceito de cuidar para um grupo de enfermeiros. Nesta abordagem, encontraram-se quatro categorias de cuidar: a comunicação (o falar, dar informações, o ouvir, o tocar e o estar próximo); ser suporte/ajuda (o interesse afectuoso, a valorização da pessoa, o respeito e a confiança); a compreensão; e a capacidade ou talento para cuidar. Os enfermeiros reconhecem ainda que os clientes são indivíduos que necessitam de privacidade pessoal, e consideram que promover a sua autonomia, oferecer

encorajamento e dar informação, vai facilitar a sua tomada de decisão (p.1286-1290).

Também em Portugal, Magão (1992) iniciou um processo de exploração nesta área do conhecimento, procurando identificar a estrutura essencial do fenómeno cuidar, no âmbito da educação em enfermagem. Tal como a autora refere, “*sendo a filosofia de enfermagem uma filosofia humanista e centrada no cuidar, questiona-se na medida em que a educação tem sido congruente com esta filosofia*” (Magão, 1992;p.12). Apesar da centralidade do conceito, são evidenciadas dificuldades na sua definição. O resultado do estudo reenvia para a necessidade de clarificação da natureza do cuidar em enfermagem.

Através do seu estudo de investigação, também Calado (1995) procurou conhecer os elementos que os professores de enfermagem reconhecem e valorizam na sua experiência de ensinar-aprender a cuidar, através da identificação da estrutura essencial do fenómeno. É assim referido, neste estudo, que o processo de ensinar-aprender a cuidar contempla aprendizagens que promovem o desenvolvimento profissional e pessoal do estudante e assenta em valores como “pessoa” e “relação”, os quais permitem prestar cuidados de enfermagem de forma holística. Pelos resultados, a autora constatou a necessidade de se reflectir na formação de enfermagem, em direcção a um novo paradigma consentâneo com a filosofia do cuidar.

De igual modo Ribeiro, (1995), através de um estudo exploratório com docentes de enfermagem, pretendeu, entre outros objectivos, identificar as concepções de cuidar presentes no discurso dos docentes. Concluiu que o cuidar, na maioria das concepções, é definido de uma forma estereotipada e vaga e, em outra, aproxima-se de uma conceptualização que muitos autores consideram como a essência de enfermagem.

Na mesma linha de pensamento, Correia (1995) desenvolveu um estudo de natureza qualitativa sobre o cuidar em enfermagem, mas relativamente às representações dos estudantes de enfermagem. Após a análise dos dados sobre as representações do cuidar, destaca-se a valorização de aspectos de ordem relacional e afectiva, ainda que persistam dificuldades na sua definição, questionando-se se existe “*cuidar sem tratar ou, se no cuidar não está*

necessariamente englobado o tratar” (Correia, 1995;p.94-95).

Num estudo de identificação dos conceitos “tratar” e “cuidar”, relacionado com o desenvolvimento sócio moral de estudantes do 1º e 3º ano do curso superior de enfermagem, e segundo a teoria de Lawrence Kohlberg (1981), Ribeiro (1995;p.58), concluiu que “*os alunos parecem revelar dificuldades quanto à clarificação do conceito de cuidar*”, surgindo este no entanto mais ligado a um desenvolvimento sócio moral mais elevado. O conceito de tratar relaciona-se, por outro lado, mais com um nível de desenvolvimento sócio moral mais baixo.

Na sua tese de Mestrado, também Ribeiro (2000), procurou conhecer as concepções de cuidar dos professores de uma escola superior de enfermagem. Neste seu estudo, a autora identificou três categorias: a conceptualização do cuidar onde se reconhecem características do conceito como o respeito, a compaixão, a coragem, a abertura ao outro e a relação; a intervenção do cuidar, onde se reconhecem os aspectos da pessoa doente como o conhecimento, o respeito, a individualidade, a privacidade e a vertente familiar, e aspectos do enfermeiro como os saberes, a disponibilidade física e emocional, a informação concedida e a comunicação/relação; e ainda os factores que influenciam este mesmo cuidar, onde se realça o que contribuiu para desenvolver, inibir ou manter a capacidade para cuidar. Por fim, questiona a mensagem que é transmitida aos estudantes nas escolas, interessa-se em saber a coerência entre o discurso teórico e a prática docente, e qual o impacto que essas mesmas atitudes por parte dos professores têm na estruturação das crenças e valores dos estudantes.

Para além das referidas pesquisas realizadas com professores e estudantes de enfermagem, Vidal (2003), através de uma abordagem fenomenológica, procurou compreender o que orienta os enfermeiros na prática profissional, no intuito de clarificar o sentido atribuído a cuidar, com base no princípio de que é a experiência que forma os enfermeiros no cuidar, em geral, e nos cuidados, em particular. Neste seu estudo, a autora redescobre o sentido de cuidar, que se realiza: na relação de ajuda através da comunicação, confiança, empatia, expressão de afectos e técnica do saber fazer; na satisfação da hierarquia das necessidades humanas, com destaque para as pequenas coisas; na intenção

de pôr em prática as acções, de conhecer, estar com, escutar e tocar; nos valores como a generosidade, amor, respeito, igualdade, humor, reciprocidade, reflexão, esperança, coragem e espiritualidade; nas condições de trabalho integradas num determinado contexto; e na experiência formadora, salientando o trabalho de equipa e a experiência como formando – formação inicial e contínua.

De acordo com os diversos autores que se têm debruçado sobre a essência do fenómeno cuidar na profissão de enfermagem, verificamos a existência de inúmeras abordagens teóricas, que assentam em determinadas vertentes e expressam diferentes preocupações, como sejam, culturais, filosóficas e empíricas, certamente reflectindo experiências variadas. A tese defendida por Griffin (1983;p.289-295), ao fazer uma análise filosófica do cuidar, sustenta que este *“conceito faz parte da própria pessoa, da sua forma de estar no mundo, de se relacionar consigo e com os outros...”*.

A investigação sobre o “cuidar” continua assim a ser uma necessidade sentida por todos os profissionais, por ser considerado como a essência da profissão. *“Só desenvolvendo a investigação sobre cuidados de enfermagem, utilizando por base quadros conceptuais já conhecidos, podemos demonstrar o que é cuidar. Só avaliando de forma sistematizada o cuidar se podem melhorar os cuidados de enfermagem, ensinar e aumentar o conhecimento próprio da Enfermagem”* (Basto, 1991;p.24).

Estamos perante uma nova era de Enfermagem e de cuidados de saúde, onde se exige que os enfermeiros enfrentem o mundo complexo da saúde, onde diariamente os seus julgamentos são confrontados com dilemas éticos e morais, que requerem uma reavaliação contínua das suas ideias mais básicas sobre as diferentes dimensões da pessoa humana.

1.3 – COMO CUIDAR

Na nossa relação com o mundo, nem tudo advém da sua natureza: é necessário pôr nela algo de nosso.

Cuidar é uma necessidade da comunidade, dos humanos que a compõem. Esta questão coloca-se desde que reflectimos no sentido de permanecer no mundo, de o construir e habitar, desde que procurámos compreender o que une a actividade e o pensamento. *“Para permanecer no mundo, é preciso que ele seja vivível para nós de acordo com a nossa dignidade, ou seja, que nós possamos existir nele na plenitude da nossa humanidade”* (Honoré, 2004;p.83). *“O cuidar do mundo tem por objectivo a maneira como nós existimos em conjunto, e as condições da nossa coexistência”* (Honoré, 2004;p.99). Sendo o cuidar um *“acto de vida, que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar e desenvolver-se”* (Collière, 1989;p.27) e fazendo parte intrínseca do ser humano, o cuidar, no âmbito da profissão de enfermagem, traduz-se *“numa forma de ajudar as pessoas a encontrarem um modo de vida com significado, em determinadas situações em que se encontrem, qualquer que seja o estado do seu corpo”* (Hesbeen, 2004;p.13).

A evolução da disciplina de enfermagem durante os últimos anos, fez com que o cuidar fosse entendido e reconhecido como a essência da profissão. A enfermagem encontra no cuidar a especificidade do seu trabalho, considerando-o, deste modo, parte integrante da arte e ciência da profissão, o núcleo central, o conceito principal, ou a estrutura fundamental para a enfermagem (Watson, 1988).

Através de vários estudos realizados, conclui-se que o conceito de cuidar é multidimensional e complexo, continuando assim nos dias de hoje. No entanto, existe unanimidade em considerar o respeito como um conceito central da enfermagem e o mais fundamental valor profissional. O respeito aqui em questão é o de *“cultivar intimamente a convicção que cada humano, qualquer que sejam as suas características e a sua história, quaisquer que sejam os actos que tenha cometido, é – e permanece – equivalente a dignidade”* (Hesbeen, 2004). Esta dignidade nunca se perde, porque cada humano é uma parte da humanidade. Na fundamentação filosófica da sua teoria (Human Care), Watson define cuidar como *“ideal moral da enfermagem e a sua finalidade como protecção, realce e preservação da dignidade humana”* (Watson, 1988;p.29). Este conceito não é somente um simples desejo, uma emoção ou uma atitude, aponta um sistema de valores, vontade, compromisso,

conhecimento, acções carinhosas, sendo na relação inter subjectiva entre o enfermeiro e a pessoa, que o cuidar se manifesta. O objectivo das intervenções da enfermagem é proteger, melhorar e preservar a dignidade humana, uma vez que procuram “...ajudar as pessoas a obter um maior grau de harmonia entre a mente, o corpo e o espírito, o que originará o conhecimento e o respeito por si próprio e desenvolvimento de processos de auto-cuidado” (Watson, 1988;p.49).

Nas relações enfermeiro/utente, o respeito, como constatámos, encontra-se subjacente e antecede todos os cuidados. Embora seja considerado um pré-requisito, verificámos que em alguns estudos os utentes manifestaram ser frequentemente desrespeitados. Consideraram-se como tal, quando os cuidados foram prestados à pressa, sem atenção e em que esperaram muito tempo para ser atendidos. Outras situações, como o sentirem-se ridicularizados, o serem tratados como coisas, a falta de disponibilidade do enfermeiro, levou a que se sentissem revoltados e abandonados (Veiga, 1994).

Por outro lado, o processo de desarmonia interior que a situação de dependência provoca no utente, só poderá ser anulada ou aliviada quando, através dos cuidados que recebe, lhe reconheçam o direito a ser pessoa única e, sobretudo, compreendam os seus sentimentos. Assim, ao receber carinho, quando os cuidados são prestados em tempo útil, com simpatia e disponibilidade, quando sente confiança e compreensão, interesse, amor e solidariedade para com o seu sofrimento, quando se antecipam às suas necessidades elevando os seus sentimentos de bem-estar, o utente sente-se cuidado e considera que a sua dignidade como pessoa é preservada. “*Estes sentimentos de bem-estar devem-se à satisfação das necessidades, não só fisiológicas, como as de pertença ao ser aceite, compreendido, valorizado e amado*” (Veiga, 1994;p.67). Veiga chama ainda a atenção para a importância das “*pequenas coisas*” ou gestos do cuidar que são tão silenciosos que “*passam despercebidos na azáfama da enfermaria, excepto para o cliente que carece e anseia por eles*” (1994;p.112).

Na mesma linha de pensamento, Gaut refere que se cuidar é uma acção intencional, então o respeito pelas pessoas servirá como princípio básico de todas as transacções do cuidar (Gaut, 1983;p.319). Sublinha que “*respeitar ou olhar por outra pessoa é uma atitude necessária para os humanos e deve ser*

traduzida em actos ou princípios” (ibid;p.319). Estes incluem respeito pelas acções dessa pessoa, decisões, valores e queixas. O respeito é essencial, como primeiro requisito de consciência, quando se fala de uma pessoa que cuida de si ou de outra. O cuidar é assim um acontecimento entre pessoas.

Também Mayeroff apresenta a sua concepção de cuidar, quando diz que “*no cuidar eu experiencio o que eu cuido como extensão de mim e, ao mesmo tempo, como algo separado de mim que eu respeito por si mesmo*” (Mayeroff, 1990;p.7). E sublinha que o cuidar é ajudar o outro a crescer, não impondo a sua própria direcção. A nossa abertura ao mundo é condicionada pelo conhecimento que temos de nós, pela consciência da nossa existência, pela capacidade de vermos o outro como alguém que existe para além de nós próprios. O autor considera como ingredientes do cuidar: o conhecimento, a alternância de ritmos, a paciência, a honestidade, a confiança, a humildade, a esperança e a coragem.

Adam reforça a ideia e refere que sem a “*atitude de respeito profundo do enfermeiro pelo cliente, bem como a sua capacidade de escuta e compreensão, os conhecimentos não seriam suficientes para que o enfermeiro prestasse a ajuda de que o indivíduo necessita*” (Adam, 1983;p.51). Torna-se necessariamente difícil fazer o cliente participar no seu plano de cuidados, a menos que se lhe manifeste respeito e empatia. É importante aceitar a sua opinião, considerar o seu ponto de vista, deixar que escolha, na medida do possível, demonstrando a confiança que se deposita nele. A tomada de decisão surge, segundo Appleton (1993), quando o enfermeiro, para além de fornecer a informação necessária, reconhece os sentimentos do cliente, respeita as suas necessidades e os seus desejos. Quando isto acontece, o enfermeiro e o cliente planeiam as acções, tendo em conta as mesmas prioridades. A escolha das acções é mútua e trabalham em conjunto, para enriquecer a experiência desejada. “*Os enfermeiros devem utilizar novas formas de criar oportunidades para que os clientes manifestem e desenvolvam o seu potencial*” (Appleton, 1993;p.896). Esta forma de actuação permite a partilha e o enriquecimento dos saberes de cada um, bem como a demonstração e aquisição de novas capacidades, tanto físicas como afectivas e espirituais, para assegurarem a resposta às necessidades afectadas e fazer

face às adversidades.

Relativamente ao significado de cuidar, também Swanson (1991) parte de algumas questões: será que o cuidar está dependente do contexto? É uma intenção do enfermeiro? É uma percepção que só quem é cuidado identifica? Poderá ser o cuidado, ensinado? É um ideal moral ou uma forma de estar no mundo? Procurando respostas para estas questões, a autora desenvolveu três estudos de indução fenomenológica em que são sucessivamente inquiridos, quanto à percepção de cuidar, os prestadores de cuidados, os que os recebem, e os que os observam.

Destes estudos nasce uma teoria descritiva do cuidar que assenta em cinco categorias ou componentes fundamentais: conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença. A autora sublinha ainda que as categorias inerentes à estrutura do cuidar não se excluem mutuamente, isto é, articulam-se entre si.

Conhecer é tentar compreender a pessoa e a situação. O enfermeiro procura centrar-se na pessoa que é cuidada, fazendo uma sua apreciação cuidadosa, evitando ideias pré-concebidas;

Estar com é abrir-se emocionalmente ao outro. É estar presente, ter disponibilidade, numa atitude de interesse, de escuta e de partilha de sentimentos; é dar a perceber ao outro preocupação, compromisso e atenção;

Fazer por é fazer pela pessoa aquilo que ela faria se pudesse; é dar conforto; é proteger e antecipar as necessidades do outro; é ser competente e preservar a sua dignidade;

Possibilitar é também tornar o outro capaz de se cuidar a si próprio, ajudando-o nas transições da vida; é informar, apoiar, gerar alternativas, orientar e reflectir com ele;

Manter a crença é acreditar nas capacidades do outro em ultrapassar um acontecimento e enfrentar um futuro com significado; é ter estima pelo outro; é manter uma atitude de esperança e optimismo, no sentido de caminhar até ao fim com a outra pessoa (Swanson, 1991;p.161-163).

Depois de descritos estes cinco processos, Swanson reforça a ideia do cuidar como um processo que assenta na relação e que conduz ao desenvolvimento quer do enfermeiro, quer da pessoa cuidada. Deixando a seguinte definição: “*cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis*” (Swanson, 1991;p.164).

Para a compreensão do cuidar como uma dimensão fundamental do agir humano, no dinamismo de uma energia na qual reconhece o que é saúde, também Honoré (2001) se baseia em três pressupostos:

- O cuidar não é exclusivo dos técnicos; refere-se a todos e a cada um; às coisas e a tudo o que faz parte do mundo.
- É o que mantém a existência, a actividade humana; dirige-se ao outro e ao ambiente, salvaguardando a dignidade humana.
- Apesar da sua fraqueza, vulnerabilidade e incertezas, cuidar traduz-se no que somos, com capacidade de pensar e manter a condição de existência, através das várias opções que se vão descobrindo (Honoré, 2000).

Cuidar é assim uma atitude, uma maneira de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo. “*Cuidar de tudo o que compõe o mundo e de tudo o que contribui para o tornar, a cada dia que passa, mais humano, eis o que poderemos designar por missão da comunidade dos humanos*” (Hesbeen, 2004;p.25).

2- AS IDENTIDADES SOCIAIS NO QUADRO DAS REPRESENTAÇÕES PROFISSIONAIS

2.1 – AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E A SOCIALIZAÇÃO NA IDENTIFICAÇÃO DE PAPÉIS

Face ao mundo dos objectos, das pessoas, dos acontecimentos ou das ideias, nós não estamos somente equipados de automatismos, nem estamos isolados na vida social. Nós partilhamos o mundo com os outros, apoiamo-nos neles, concordamos ou entramos em conflito, para compreender, gerar e confrontar (Jodelet, 1991).

É por isso que as representações sociais ocupam um lugar tão importante nas nossas vidas. São elas que nos conduzem de forma a nomear e a definir, em conjunto, os diferentes aspectos da nossa realidade diária, na forma de os interpretar, de os seguir ou de discordar. As representações sociais são fenómenos complexos que estão sempre presentes na nossa vida social e que, nas ciências sociais, têm sido abordadas por diferentes autores (Durkheim, 1968; Moscovici, 1988; Jodelet, 1991; Abric, 1994). A representação exprime a relação existente entre o sujeito e o objecto, envolvendo uma actividade de “*construção, modelização e simbolização*” (Vala, 1997;p.357).

Uma representação é social no sentido em que é colectivamente produzida e “*as representações sociais são um produto das interacções e dos fenómenos de comunicação no interior de um grupo social, reflectindo a situação desse grupo, os seus projectos, problemas e estratégias*” (Vala, 1997;p.357). As representações sociais têm ainda uma forma muito própria de funcionar, contribuindo para os processos de formação e para os processos de orientação das comunicações e dos comportamentos sociais.

Relativamente aos processos de construção da representação social, são explicitados por Moscovici dois fundamentais – a objectivação e a ancoragem.

No processo de objectivação interessa perceber como se constituem as

representações, partindo do modo como se organizam e como adquirem materialidade os seus elementos constituintes. Segundo Vala (1997), o processo evidenciado por Moscovici constitui-se em três fases distintas: um processo de selecção e descontextualização, um processo de esquematização estruturante e um processo de naturalização. As duas primeiras fases manifestam o efeito da comunicação e dos aspectos relacionados com a pertença social dos sujeitos sobre a escolha e a disposição dos elementos constituintes da representação. A terceira dá o valor das realidades concretas directamente utilizáveis na acção sobre o mundo e os outros.

Os conteúdos e a estrutura são influenciados pelo processo de ancoragem que intervêm ao nível da formação da representação, assegurando a sua incorporação social. Este processo enraíza a representação e o seu objecto (dado que não há representação sem objecto) numa rede de significado, que permite situá-la face aos valores sociais, dando-lhes coerência. Ou seja, a ancoragem conduz à instrumentalização de um saber, conferindo-lhe um valor funcional para interpretar e gerir o meio, situando-se em continuidade com a objectivação (Jodelet, 1991).

Segundo Jodelet (1991), a posição social que os indivíduos ocupam ou as funções que desempenham determinam os conteúdos representativos e a sua organização por via de aproximação ideológica que eles têm com o mundo social, normas institucionais e modelos ideológicos a que obedecem. A partilha de uma mesma condição, a qual se acompanha de uma relação com o mundo, valores, modelos de vida, desejos, produz efeitos na norma de conceber a cultura e de representar a sociedade.

Por vezes, segundo a autora, podem ainda observar-se fenómenos de adesão às formas de pensamento do meio, da classe ou grupo de pertença, tendo por base a solidariedade e a afiliação social. Partilhar uma ideia, uma linguagem, é também afirmar um laço social e uma identidade. A adesão colectiva vai contribuir para o estabelecimento e reforço do laço social (Jodelet, 1991).

As representações sociais são sempre tomadas de posição simbólicas e organizadas de forma distinta, sendo influenciadas pelas relações dinâmicas

sociais. Elas são princípios organizadores das relações que se estabelecem entre os actores sociais.

Deste modo, tendo as representações sociais um papel fundamental na dinâmica das relações sociais, segundo Abric (1994), elas respondem a quatro funções:

- A primeira é a função de *saber*: elas permitem compreender e explicar a realidade. As representações definem um quadro de referência comum que permite trocas sociais e a transmissão e difusão deste saber espontâneo. Manifestam igualmente um esforço do homem para compreender e comunicar;
- A segunda é a função de *identidade*: elas permitem definir e salvaguardar as identidades específicas dos grupos. Ou seja, situam os indivíduos num dado campo social. A referência às representações sociais define a identidade do grupo e vai ter um papel importante no controle social exercido pelo colectivo sobre qualquer um dos seus membros;
- A terceira função é a de *orientação*: ela guia os comportamentos e as práticas. A representação é prescritiva dos comportamentos ou das práticas obrigatórias. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável num dado contexto social;
- A última é a função *justificativa*: ela permite, à posteriori, justificar as tomadas de posição e os comportamentos, ou seja, avalia uma acção, permitindo aos sujeitos justificarem as suas condutas numa dada situação.

A representação é informativa e explicativa da natureza dos laços sociais, intra e inter-grupos e das relações dos indivíduos no seu meio social. Por isso, ela é um elemento fundamental na compreensão dos determinantes do comportamento e das práticas sociais. Pelas suas funções de elaboração do senso comum, de construção de identidade social, pelas expectativas e antecipações que gera, ela está na origem das práticas sociais.

A representação é constituída por um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e atitudes a propósito de um determinado objecto. É, portanto, o produto e o resultado de um processo de actividade mental, pela qual um

indivíduo ou um grupo reconstitui o real com que se confronta e lhe atribui um significado específico. Este último resulta directamente das atitudes e opiniões, conscientes ou não, emitidas pelo indivíduo (Abric, 1987).

A análise das funções das representações sociais demonstra como elas são indispensáveis para a compreensão da dinâmica social. Segundo Abric (1994), é por isso que elas se tornam num elemento essencial na compreensão dos determinantes do comportamento e das práticas sociais. O indivíduo é, desde o início, um ser social e as suas representações evoluem de acordo com as suas práticas e com a forma como se adapta às mudanças que ocorrem em seu redor. Abric (1994) define as representações sociais como um conjunto organizado de cognições relativas a um objecto, partilhado pelos membros de uma população, assumindo portanto a representação um carácter colectivo.

Assim, as representações sociais oferecem uma rede de significados que permite a ancoragem da acção e a atribuição do sentido a comportamentos, pessoas, grupos e factos sociais. Uma representação é um código de interpretação, o qual ancora o não familiar, o desconhecido e o imprevisto. Doise (1983) situa com grande clareza a análise das representações sociais no quadro das relações sociais, isto é, propõe a articulação das diferenciações sociais com a pluralidade das representações.

As representações sociais, como sistemas de articulação de ideias em torno de esquemas dominantes, permitem a adaptação dos actores sociais à realidade com que se confrontam e, nesta perspectiva, *“garantem o equilíbrio dos sujeitos, a coerência no exercício das suas práticas e nas suas relações com o meio”* (Ramos, 1992;p.65-66).

As identidades profissionais, tal como as ideologias, constituem o sentido que os actores conferem às suas práticas de profissão. Conscientes de que *“a identidade é concebida como uma estrutura cognitiva ligada à representação”* e *“o conceito de identidade designa modalidades de organização, para determinado indivíduo, de representações que ele possui de si mesmo (representação de si) e das representações que possui dos grupos de pertença”*, a identidade surge como uma estrutura organizada das representações de si e dos outros (Zavalloni, cit. por Abreu, 1988;p.99).

Dubar define identidade como “o resultado simultaneamente estável e provisório, individual e colectivo, subjectivo e objectivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições” (1997;p.105). A identidade social é marcada por uma dualidade de processos: “o processo biográfico (identidade para si) e o processo relacional, sistemático, comunicacional (identidade para outro) ” (Dubar, 1997;p.110). Estes dois processos heterogéneos utilizam mecanismos comuns, como a caracterização, que implicam a existência de “tipos identitários”, categorias particulares que identificam os outros e o próprio.

A primeira identidade vivida constrói-se na relação com a mãe, mas é na relação com os colegas, na escola, que a criança experiencia a sua primeira identidade social. Esta última não é escolhida, mas sim atribuída não só pelas instituições, como também por todos aqueles que envolvem a criança (Dubar, 1997). Devemos ainda advertir que “certas trajectórias são antes de mais marcadas pela continuidade inter e intrageracional, outras são marcadas por rupturas de natureza que implicam o retomar de identidades anteriormente adquiridas ou construídas” (Dubar, 1997;p.113).

O mesmo autor salienta que para a construção de identidade autónoma, após a saída do sistema escolar, é o confronto com o mercado de trabalho que se realça como importante. Todavia, é de referir o “leque de escolhas de orientação escolar mais ou menos forçadas ou assumidas, que representam uma antecipação importante do futuro estatuto social” (Dubar, 1997;p.113). Os locais de trabalho são espaços importantes onde se desenvolvem relações de trabalho, onde “a identidade, mais que um processo biográfico de construção do eu, é um processo relacional de investimento do eu” (Sainsaulieur, cit. por Dubar, 1997;p.115).

É importante também referir que a identidade social não é “transmitida de geração em geração, ela é construída por cada geração com base em categorias e posições herdadas da geração precedente, mas também através das estratégias identitárias desenroladas nas instituições que os indivíduos atravessam e para cuja transformação real contribuem” (Dubar, 1997;p.118). Interessa certamente perceber a carga hereditária mas, mais do que isso, importa saber o que se faz com ela. Que estratégias são utilizadas pelos

actores nas instituições que os indivíduos percorrem, atribuindo-se ao local de trabalho uma importância considerada na construção identitária.

Ainda nos dias de hoje, a Enfermagem reveste-se de um cenário simbólico da enfermeira enquanto mulher. *“É ela....a enfermeira, que habita tanto os romances mais piegas como os mais violentos, ou que ilustra um imaginário, solene nos momentos de crise, guerras, cataclismos, flagelos sociais....caricatural nos momentos de regozijo ou de acalmia. Personagem magnífica ou rebaixada, sublime ou dispersada, sobrestimada ou desvalorizada, a enfermeira, figura mítica, é determinada pelo papel que dela se espera mais do que por aquilo que a deveria caracterizar profissionalmente – e não pessoalmente – a sua prática de cuidados”* (Collière, 1989;p.18).

Com a taxa de feminização existente na profissão, a nível mundial, (cerca de 82%), esta presença totalitária no passado e marcante no presente da mulher na Enfermagem demonstra, segundo Vicente (2002;p.176), *“um imenso poder, num sector particularmente sensível, a nível do simbólico”*. Torna-se deste modo importante enquadrar a Enfermagem, ainda que pontualmente, num *“momento de afirmação (ou libertação) da mulher e na existência de diferentes representações ou imagens da situação da mulher na vida profissional”* (Nunes, 2003;p.91).

Durante o século das luzes, já a Enfermagem era entendida como a aplicação de medicamentos ou tratamentos sob prescrição médica, sem qualquer veleidade, pretensão ou reivindicação de autonomia técnica (Carapinheiro, 2000). A Enfermagem tinha como sinónimo a *“arte de....”*, no sentido doméstico da palavra, como nos descreve Nunes (2003;p.158), *“ligada ao asseio e à economia da casa e a características como a destreza e a habilidade”*.

A relação médico/enfermeira num período bastante extenso até aos inícios do século XX, era marcada pela subordinação da enfermeira. Esta subordinação é na época congruente com a subordinação da mulher ao homem. Vicente salienta que *“no código civil português que entrou em vigor em 1867, consagra-se o papel de subalternidade do sexo feminino e sobretudo da mulher casada....”* (2001;p.123). Todo o contexto social e político são

marcados pela submissão da mulher ao homem, uma submissão legislada que impediu a sua participação efectiva na vida social e política.

Após a reforma do ensino de enfermagem ocorrido em 1952, à profissão de Enfermagem associa-se, pela primeira vez a palavra “ciência” e verifica-se simultaneamente uma mudança de linguagem; a enfermeira “*deixa de ser a auxiliar ou servidora do médico, para ser a imprescindível colaboradora*” (Porto, cit. por Nunes, 2003 b;p.84).

Também a vocação é tida como uma das qualidades do enfermeiro; este deve estar sempre disponível para permanecer junto dos doentes.

Graça (2000) mostra-nos como o “*mito da enfermeira como anjo da guarda à cabeceira do doente, protagonizado por Florence, será tipicamente uma construção social do romantismo inglês, em plena época Vitoriana. Esta inglesa da upper-class ficará conhecida então como “the lady with the lamp” e “the Angel of the Crimea*” (cit. por Figueiredo, 2000;p.25). Este mito, esta imagem, esta representação esboçada de várias formas, inspirou as insígnias de várias escolas de Enfermagem surgindo a lâmpada ou a candeia em 24 logótipos das escolas do nosso país. “*Este símbolo da lâmpada na Enfermagem é também a valorização da vigília nocturna dos doentes como uma das mais nobres missões do enfermeiro, senão a mais nobre, aquela que no universo das profissões de saúde só a enfermagem assume e mais nenhum outro sector profissional*” (Fonseca, 2003;p.48).

É através do romantismo e humanismo que caracterizavam as mulheres do século XIX que Florence Nightingale terá dado à ocupação de Enfermagem “o estatuto sócio-profissional que lhe faltava como uma nova representação social (...)”. A Enfermagem passaria a ser, assim, uma espécie de “*variante secular da vocação religiosa*” e, a par disso, “*um respeitável emprego para as mulheres da filantrópica classe alta vitoriana (...)*. Em todo o caso não era a profissão dos nossos dias” (Graça, 2000, cit. por Figueiredo, 2000;p.25).

Com a institucionalização do ensino da Enfermagem (1881-1890), “a ideologia hospitalar da humanização é exclusivamente atribuída ao pessoal de Enfermagem” (Carapinheiro, 1998;p.252). Esta representação encobre, com toda a sua simplicidade, o poder médico e a fragilidade com que encerra o

problema da identidade profissional dos enfermeiros. Existem em simultâneo diferentes concepções, tradicionais e modernas, sobre a identidade do enfermeiro. *“Entre o servir de um ideal e o peso da herança do modelo religioso, a enfermeira divide-se entre consoladora do doente e submissão à autoridade médica”* (Nunes, 2003, cit. por Figueiredo, 2000;p.26).

Vicente (2000) relembra-nos o facto de o estatuto social dos homens estar associado ao seu relacionamento com a propriedade e aos meios de produção, enquanto o das mulheres se definia pelo seu relacionamento com o homem. Só mais tarde, no século XX, *“com as mudanças sociais e políticas e a expansão do sistema educativo, é que os determinantes do estatuto social começaram a ser muito mais diversificados, em primeiro lugar no caso dos homens e agora crescentemente, no caso das mulheres”* (Vicente, 2002;p.51).

Em Portugal, a integração da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional e, mais tarde, a criação de uma Licenciatura de raiz, a saída do Regulamento do Exercício Profissional, em 1996, e a criação da Ordem dos Enfermeiros Portugueses em 1998, contribuíram para que a Enfermagem se distanciasse do ponto de vista normativo, do ascendente médico, e se iniciasse na regulação da profissão. Sabemos que ainda hoje a Enfermagem tem imagens diferentes, mas pensamos que *“essa alteração é sobretudo de carácter burocrático, ainda que com ganhos sociais. A Licenciatura, o Regulamento do Exercício Profissional e a Ordem dos Enfermeiros, não conseguiram impor uma nova postura na Enfermagem”* (Ferreira, 2001;p.20). Será necessário tempo e espaço para que a profissão adquira uma maior visibilidade e reconhecimento social.

Por desconhecimento da prática de cuidados, *“ou por rejeição pelo que ela representa, os profissionais de enfermagem são muitas vezes considerados pelos outros profissionais, ou não, como “sub médicos”, que não tiveram oportunidade ou não foram capazes de “fazer medicina”, estando a exercer uma profissão de “segunda categoria” em frequente contacto com o que é “sujo” e em que o serviço ao doente é, por vezes, minimizado relativamente ao que é prestado pelo médico”* (Hesbeen, 2000;p.51). Existe ainda uma certa ambiguidade nas representações, isto é, *“o facto da sociedade em geral expressar uma certa simpatia pelos enfermeiros, por possuírem uma série de*

atributos como a gentileza e a beleza, aspectos muito explorados pelos meios de comunicação, não significa o reconhecimento da profissão em si mesmo” (Hesbeen, 2000;p.52).

2.2 – A PROCURA DA IDENTIDADE DA PRÁTICA DE CUIDADOS

Apesar de múltiplas formulações da especificidade da Enfermagem, actualmente ainda é possível constatar uma sobreposição de concepções. Algumas evidências empíricas apontam para o facto de a representação da enfermagem ser ainda confinada a uma imagem de profissão auxiliar do médico, e uma imagem dos enfermeiros como executantes de prescrições médicas (Valeriano, 1994; Gandara e Lopes, 1994). Do mesmo modo, verificamos que na procura do papel singular, próprio, que distingue a enfermagem e a autonomiza, os enfermeiros têm sido levados a valorizar os cuidados delegados pelo médico, delegando por seu turno os cuidados que revelam a função própria da Enfermagem para outros profissionais (auxiliares de acção médica), remetendo-a para um estatuto de profissão dependente.

Acredita-se que a indefinição do papel específico da Enfermagem tem raízes sócio-histórico-culturais que têm contribuindo para que a sua identidade nem sempre seja clara, nem para os enfermeiros ou os outros profissionais de saúde com quem trabalham, nem para o público em geral. Collière (1988) defende que clarificar a identidade dos cuidados de enfermagem, definir o que é a Enfermagem, passa por encontrar um sentido original dos cuidados e estabelecer, “medir”, a diferença entre cuidados e tratamento. Os cuidados de enfermagem, nesta concepção, englobam *”tudo o que é necessário para alguém continuar a viver”* (Collière, 1989;p.172). Visam manter o bem-estar, ajudando os utilizadores a seleccionar os comportamentos mais adequados de modo a desenvolver a sua capacidade de viver ou para tentar compensar os prejuízos das suas funções limitadas pela doença, procurando minimizar a disfunção física afectiva, ou social que acarreta (Collière, 1989; Kérrouac et. al., 1995).

Mais uma vez, na história da prática de cuidados verificamos que prestar

cuidados não se limita a “tratar”, mas sim a cuidar, apelando para *“uma acção centrada no utente como sujeito de cuidados, para os aspectos relacionais abrangendo a pessoa e o seu meio ambiente”* (Ribeiro, 1995;p.14). Os cuidados de enfermagem organizam-se, nesta perspectiva, em torno de duas áreas: *“os cuidados de enfermagem ligados à manutenção e continuidade da vida, e os cuidados ligados às necessidades de repor o que constitui o obstáculo à vida”* (Bento, 1997;p.41). Esta prática de cuidados encontra-se virada para o mundo, mundo este de cuidados orientados para o desenvolvimento, que segundo Collière não tiveram grande expressão na prática dos cuidados de Enfermagem. Teoria e prática parecem, por vezes, duas realidades distintas.

Neste âmbito, procurar a identidade dos cuidados de Enfermagem torna-se prioritário, e esta procura passa em grande parte por questionar “o seu saber” e saber o que na realidade lhe “pertence”.

As técnicas foram a primeira expressão do saber em Enfermagem. O seu desenvolvimento tinha como fim o desempenho de tarefas e procedimentos, e não o descobrir de uma orientação para os cuidados ao doente. A preocupação não era o desenvolvimento intelectual ligado aos cuidados, mas tornar as enfermeiras mais rápidas e eficientes. Tal como nos refere Almeida *“a partir do século XVIII, desenvolveu-se a arte do corpo humano. Começou-se a observar de que maneiras os gestos são feitos, qual o mais eficaz, o mais rápido e o melhor ajustado”* (Foucault, 1978, cit. por Almeida, 1989;p.81).

Na década de 50 do século XX, surge então uma nova preocupação na Enfermagem: organizar princípios científicos que orientassem a sua prática de cuidados. Com esta nova organização, procura-se a fundamentação científica para as técnicas de Enfermagem, com base nas ciências naturais e sociais. Isto é, *“aliando a teoria à técnica procura-se encontrar a dimensão intelectual do trabalho de Enfermagem”* (Bento, 1997;p.44).

O saber em Enfermagem era assim construído a partir de outras áreas do saber, e considerado dependente, sem natureza própria ou autonomia. A procura da identidade e da autonomia levou a que os teóricos de Enfermagem desenvolvessem os seus trabalhos no sentido de compor um conjunto de

conhecimentos específicos da enfermagem, conferindo-lhe deste modo o “*estatuto de ciência*”. Surge então variadíssima terminologia como: natureza específica da enfermagem, a formalização dos conceitos e teorias, construção de marcos teóricos de referência, modelos de enfermagem, e outros que não são mais do que formas de conceber o serviço específico que a Enfermagem presta à sociedade (Almeida, 1989). Estas concepções procuram servir de guia, orientar a prática dos cuidados, a formação e a investigação em enfermagem. Tal como refere Bento (1997;p.45) “*a utilidade da teoria consiste em proporcionar conhecimentos para melhorar a prática mediante a descrição, explicitação, predição e controle dos fenómenos*”. A teoria permite aos enfermeiros explicitar o que fazem, como o fazem e porque o fazem, ajudando a reivindicar assim, a sua autonomia (Adams, 1994; Kérouac et. al., 1994).

Hoje em dia, os saberes da Enfermagem evoluíram no sentido de se criar um quadro conceptual, uma estrutura da prática que lhes seja própria, isto é, a necessidade de explicar qual a natureza dos cuidados de enfermagem, a sua função específica e a autonomia da profissão.

A Enfermagem é representada como uma ciência humana e humanitária, sendo o seu objecto o “cuidar/cuidado” da pessoa, entendido no sentido abrangente da promoção da vida e de tudo aquilo que ajuda a viver.

No entanto, as sociedades actuais exigem que, para que uma profissão exista, tenha de clarificar, justificar e provar o que faz de específico. “*Que teorize sobre a prática que realiza, que utilize essa teorização na formação, na prestação de cuidados directos, na gestão de cuidados e na investigação sobre os próprios cuidados*” (Basto, 1991;p.24). É através das várias teorias e modelos teóricos, apoiados na investigação, que a enfermagem como profissão se tem de afirmar, explicando o que é o cuidar em Enfermagem. Só desenvolvendo investigação sobre as práticas de enfermagem, utilizando por base quadros conceptuais conhecidos, podemos evidenciar o que é cuidar. Só avaliando de forma sistematizada o que é cuidar se podem melhorar os cuidados de Enfermagem, ensinar e ampliar o conhecimento próprio da profissão (Basto, 1991).

2.3 – O PAPEL FORMATIVO DA ESCOLA

Num contexto de mudanças aceleradas na sociedade em geral, e no mundo da saúde em particular, a questão de como preparar enfermeiros que *“devem ser profissionais de alto nível, competentes tanto no domínio técnico, como relacional e ético”* (Martin, 1991;p.5), coloca-se com grande subtileza.

Os novos contextos sociais e culturais impõem diferentes formas de ensino, um novo tipo de professor, um novo estilo de acção e relação educativas. É um tempo onde a procura de como fazer mais e melhor se impõe, sobretudo se as nossas preocupações se centrarem não no que ensinamos, mas na forma como ensinamos e a quem nos dirigimos (Costa, 1994).

A utilização da palavra formação é susceptível de múltiplos entendimentos quando usada na linguagem comum, designando várias realidades como a *“acção de uma instituição, o conjunto das modalidades dessa acção, acção de inculcação, acção própria à pessoa”* (Bento, 1997;p.59). Torna-se portanto necessário clarificar a concepção em que a palavra é utilizada no âmbito dos vários contextos educativos.

As concepções teóricas de “formação”, actualmente apresentadas no âmbito das ciências de educação, ampliaram-se a partir dos contributos das disciplinas como a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia.

Para a Sociologia, “formação” é equivalente a socialização. *“É vista como uma acção exercida pelo grupo social em termos de comunicação (transmissão) e em termos de adestramento (inculcação). A família, o grupo de pares, a escola e o trabalho são geralmente consideradas as grandes instâncias, ou agentes de socialização”* (Bento, 1997;p.60). A educação e a formação são momentos instituídos e organizados de socialização (Josso, 1992; Lesne, 1997).

A Antropologia concebe a “formação” como enculturação. *“É reconhecida como um processo de transmissão e aquisição dos elementos de uma cultura necessários à integração no grupo”* (Bento, 1997;p.60). Os processos

formativos são nesta perspectiva responsáveis pela transmissão do sentimento de pertença a um grupo e pela aquisição do sentimento de identidade (Josso, 1987; in Amiguiño, 1992).

Na área da Psicologia, é possível identificarem-se várias abordagens do termo “formação”. Para Piaget, formação é *“um processo contínuo de auto-organização do indivíduo em constante interacção com o meio”*. Delpierre concebe-a como *“uma dinâmica do ser, que através de níveis de elaboração, se emancipa progressivamente dos automatismos e conformismos”*. E Rogers como a *“conceptualização que se constrói à volta da ideia de um dinamismo da formação psicológica e da importância que confere ao acesso do ser humano a uma individualidade autónoma e criadora”* (Bento, 1997;p.60).

Estas abordagens teóricas traduziram-se na área das ciências da educação e, conseqüentemente, na escola, tendo-se vindo a observar um desenvolvimento na conceptualização da formação.

Inicialmente a formação surge num contexto sócio-histórico em que a escola é solicitada a exercer um papel de reprodução de uma estrutura social, onde surgem repercussões nas concepções dominantes de educação e ensino, escola, currículo e também na concepção de formação. *“A formação é concebida como um processo de aquisição de saberes, saber fazer, saber estar que os professores devem transmitir aos alunos, através da apropriação de técnicas necessárias a uma transmissão eficaz”* (Bento, 1997;p.60). O professor assume o papel de actor principal neste processo, enquanto o estudante assume o papel de alguém a quem se inculca um conjunto de saberes/mensagens, a quem está destinado um papel de receptor passivo, objecto de formação (Lesne, 1977).

Por volta da década de 60, com o surgimento de movimentos de contestação no interior da escola, houve a necessidade de repensar a “formação”. Esta mudança levou a que se introduzisse uma nova dimensão, a pessoal, onde o formando tem um papel decisivo na sua formação, e onde a escola tem um objectivo *“formar indivíduos para que possam assumir com segurança novos papéis e/ou adquirirem uma formação pessoal que os torne facilmente adaptáveis à mudança”* (Bento, 1997;p.61).

Apoiando esta corrente, Grácio propõe que a *“educação forneça os conhecimentos e os instrumentos do saber mas, sobretudo, prepare o aluno para a formação auto-dirigida e para a autonomia de modo a prepará-lo para a vida”* (s.d;p.109). Nesta perspectiva, podemos concluir que educar é ajudar o estudante a atingir o seu conhecimento, o seu desenvolvimento, a sua maturidade e que a educação deve constituir um instrumento de mutação consciente para o futuro. Tavares e Alarcão, numa visão de desenvolvimento humano, dizem-nos que a aprendizagem é uma construção pessoal, resultante de um processo experiencial, interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento. Encarada como acção educativa, tem como finalidade ajudar o estudante a desenvolver as suas capacidades que lhe permitem ser capaz de se relacionar com o meio em que vive, servindo-se das suas estruturas sensorio-motoras, cognitivas e afectivas (1985;p.87-90).

Também Rogers faz referência à aprendizagem como uma *“modificação quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação da acção futura que escolhe ou nas atitudes e personalidade”* (1970;p.253). O estudante cresce e adquire experiência, se se lhe proporcionar espaço que lhe permita descobrir o seu caminho, numa atitude de auto-avaliação e auto realização, num processo de se tornar pessoa. *“Tornar-se pessoa é a chave do processo de aprendizagem na visão humanista”* (1970;p.253).

Decorrente do que tem sido exposto, torna-se necessário que os docentes de enfermagem se consciencializem de que o seu papel não se reduz a uma mera transmissão de conhecimentos, mas que a sua intervenção no processo ensino – aprendizagem se reveste de grande importância na construção e veiculação de modelos, de valores e atitudes. Dada a natureza da profissão de enfermagem, é *“fundamental que certas normas e valores sejam ensinados e experienciados pelos alunos ao longo do seu percurso de formação em conjunto com o currículo científico”* (Raya, 1990;p.507). Uma grande parte dos conhecimentos, comportamentos e valores são apreendidos na escola, contribuindo para isso a sua organização em geral e o papel do professor em particular. Este papel do professor como modelo tem sido salientado por vários autores, como Rauen, Chalifour, Schweer, Martin e Bevis, por o considerarem como essencial no processo ensino – aprendizagem.

Rauen, através de um estudo efectuado com estudantes de enfermagem, propôs-se saber qual a opinião dos alunos face ao papel do professor na prática clínica. O estudo, baseado nas respostas dos estudantes em vários estádios do curso, concluiu que *“os alunos esperam que o seu instrutor clínico desempenhe o papel de modelo e a sua expectativa aumenta com a sua aprendizagem, no que respeita ao papel do enfermeiro”* (Rauen, 1974;p.37).

Também Schweer salienta que o *“modelo de desempenho reflectindo as características, atitudes, ideais e competências clínicas do professor são, frequentemente, imitadas pelos alunos”* (1972;p.66). Na opinião da autora *“a atmosfera privilegiada do estágio estabelece, em conjunto com os modelos de desempenho dos professores da prática e outro pessoal de enfermagem, a força vital que regula a marcha de aprendizagem no ambiente da prática de enfermagem”* (ib.).

Por outro lado, Griffith e Bakanauskas compararam a relação professor / aluno com a relação terapêutica enfermeiro / cliente. Para eles, *“atitudes de cuidar demonstradas por um professor que é admirado e que reconhece as forças e as limitações do aluno, são significativas para a vida do aluno e para a sua aprendizagem”* (1983;p.104). O professor, ao servir de modelo de desempenho na relação de ajuda, *“favorece uma comunicação aberta e verdadeira, baseada na confiança, e apoia os alunos na partilha dos seus sentimentos e pensamentos levando-os a uma aprendizagem da abordagem terapêutica”* (ib;p.105). Esta atitude do professor, demonstrando congruência, respeito e empatia no seu relacionamento com o aluno, ajudá-lo-á a crescer, isto é, a conhecer-se, aceitar-se e a ser autêntico, preparando-o desta forma para se relacionar com os outros e ajudá-los. Esse clima de confiança, respeito e aceitação serão favoráveis à sua aprendizagem e ao seu crescimento como pessoa, aprendendo a tomar consciência de si e do outro, condição indispensável para promover um cuidar de qualidade.

É realçada, assim, a importância dos modelos na formação e a necessidade de proporcionar ao estudante ao longo do seu percurso de aprendizagem contacto com modelos profissionais, de forma a adquirir uma imagem da profissão e poder adoptar valores, atitudes e métodos que o levem a uma auto-formação constante, de uma prática reflectida, de modo a ser na profissão um

agente de mudança (Ferreira, 1995).

Depois de consultadas várias fontes sobre a importância da reflexão, torna-se evidente que, enquanto instrumento de aprendizagem, se salienta como um processo necessário à educação profissional. A prática é o fulcro da educação em enfermagem, e, se aprender deve ocorrer a partir da prática, então a reflexão torna-se fundamental. *“A reflexão sobre as práticas constitui uma prática de formação, que dispõe para a expressão de um dizer sobre aquilo que cada um vivência na sua participação na acção”* (Honoré, 2004;p.244). Assim, a reflexão sobre as práticas não consiste apenas em descrever o que fazemos e como o fazemos, apontar as dificuldades e procurar as soluções para as resolver. Trata-se de uma análise da prática, que conduz principalmente a explicá-la. A reflexão facilita a expressão sobre o que está em jogo para si mesmo, sobre a experiência que se faz da vivência da acção. A reflexão sobre a prática é uma abertura ao diálogo a propósito da prática. Ela é a experiência de um pensamento com os outros a propósito da acção, permitindo aceder a possibilidades de sentidos, portanto a possibilidade de desenvolvimento de si, na existência. *“Ela é um treino para cuidar do sentido da acção com os outros, no quadro de uma organização. Ela não se opõe ao trabalho de análise para resolver os problemas, antes o suporta, pela compreensão do sentido daquilo que está em jogo. Ela não se opõe à contribuição dos conhecimentos e à aprendizagem das técnicas, facilita a sua apropriação”* (Honoré, 2004;p.245).

Uma compreensão do processo de reflexão é importante e deve ser dada a atenção suficiente ao desenvolvimento das competências requeridas para a reflexão, levando assim a uma melhoria na qualidade da aprendizagem o que se torna evidente na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornando estes mais individualizados, mais personalizados, ou seja, mais humanizados (Queirós; Silva; Santos, 2000).

O ensino ministrado deve então ser feito de uma forma ajustada, motivante, procurando ligar a teoria à realização da prática, de modo a que o estudante veja a sua utilidade e, ainda, tendo em vista as necessidades profissionais e sociais, actuais e futuras.

Neste contexto consideramos, tal como Murray, que *“cuidar é tão central para a relação professor/aluno como é para a enfermagem”* e que *“o cuidar deve ser praticado e aprendido”* (1989;p.194).

Um estudo realizado por Hughes vem confirmar esta perspectiva. A autora reforça a ideia de que o cuidar como valor normativo da disciplina de enfermagem põe os enfermeiros docentes perante o paradoxo de um conceito que pode ser aprendido como outros valores, mas não ensinado. Sendo o termo cuidar bastante abrangente relativamente a comportamentos e atitudes, torna-se difícil a sua aprendizagem, exclusivamente em aulas formais ou simples exposições teóricas. O cuidar é aprendido através de relações de “proximidade” entre professor/professor, professor/estudante, estudante/estudante. Isto é, através do clima relacional experimentado e vivenciado entre as pessoas dos diferentes sectores institucionais. Por sua vez, o clima ajudará a desenvolver o processo de socialização que *“comunica implicitamente as normas académicas ou profissionais e os valores que são importantes”* (Hughes, 1992;p.61-69).

Esta perspectiva não pretende desvalorizar os conteúdos teóricos referentes ao cuidar, enquanto suporte na experiência inter-relacional, pelo que observamos a sua inclusão nos vários currículos das escolas de enfermagem.

De acordo com estas posições, Pugh defende que o foco central do esforço dos professores deverá ser o *“desenvolvimento de uma relação, criando uma atmosfera conducente a uma aprendizagem auto-motivada, pessoalmente amadurecedora e significativa...a relação ideal professor – aluno é a que envolve boa ou excelente comunicação, numa relação igualitária...principalmente criada com o objectivo de ensino – aprendizagem e em que a aprendizagem tanto é significativa para o aluno como para o professor”* (Griffith, S; Bakanauskas, A;1983;p.104). Reforçando esta ideia Griffith e Bakanauskas (1983) salientam também a importância da relação de ajuda nas interações professor – estudante, sendo através delas que os professores podem fortalecer as competências interpessoais dos estudante, que são fundamentais para o desenvolvimento das relações terapêuticas com os doentes.

Por tudo o que foi exposto, podemos considerar a teoria humanista aquela que mais se ajusta à filosofia da enfermagem, centrada na pessoa e no cuidar, contribuindo assim o ensino de enfermagem para a humanização dos serviços de saúde. Para que esta contribuição seja válida, tal como refere Poletti, "é necessário que se opere nos professores de enfermagem uma mudança da sua percepção do ensino e do seu papel como professores" (Martin, 1991;p.5). "Sem reconceptualização e reestruturação da forma habitual do enfermeiro docente perceber e desempenhar o papel de ensino, nenhuma outra alteração produzirá mudanças significativas nos alunos e, conseqüentemente, na prática de enfermagem" (Magão, 1992;p.51).

3 – ENFERMAGEM E GÉNERO: REPRESENTAÇÕES PLURAIS

Nas sociedades humanas podemos identificar experiências sociais muito diversas na área da expressão da sexualidade.

O estatuto social e as características sócio-culturais de género dependem simultaneamente das matrizes simbólicas e do património histórico colectivo. Sem pôr em causa que as diferenças biológicas podem ter condicionado, ao longo do processo histórico, o desenvolvimento de características sócio-culturais específicas, parece evidente que os processos educativos e de socialização influenciem de forma distinta o desenvolvimento social do homem e da mulher. A construção social das identidades masculina e feminina inclui um percurso de socialização diferenciado em diversas áreas: exteriorização de sentimentos, defesa do grupo de pertença, liderança da família ou papel sexual. De uma forma directa ou indirecta, todas estas características, atributos ou competências sociais, são transmitidas ao homem e à mulher.

Com o aparecimento das ciências sociais, a operacionalização do conceito de género permitiu clarificar as diferenças entre o biológico e o social, dando relevância até então inexistente às dimensões psicológicas, culturais e sociais em torno das quais é possível estabelecer, de forma variável, diferenças entre o feminino e o masculino (Almeida, 1995).

O conhecimento comum construído à volta do homem e da mulher, ao constituir representações sociais estabelecidas em valores, crenças e ideologias dominantes, apesar de se concretizar nas diferenças existentes entre os sexos, só por si não se perfila como uma simples diferenciação, mas antes permite perspectivar a assimetria dos modelos masculino e feminino.

O facto de as características consideradas como femininas ou como masculinas serem essencialmente aprendidas, tem sido um tema de acesa discussão, e realçado em diversos contextos de análise. Como nos escreve Almeida (1995;p.155) existem *“inúmeros sinais de reconhecimento do masculino ou do feminino que são incorporados de forma inconsciente no*

contexto dos processos de socialização (...). Querer adquiri-los mais tarde significa um enorme esforço para tornar explícitas aprendizagens que se processam, na maioria dos casos, de modo continuado e implícito". O autor reforça esta ideia afirmando que "as interações e o convívio com os grupos de pares na escola e a educação em casa vão reafirmando as diferenças já aprendidas. Certos comportamentos, são por vezes inconscientemente incentivados pelos pais – com os rapazes tende-se a valorizar os aspectos mais performativos, (...) com as raparigas insiste-se nos talentos mais relacionais, nas atitudes mais doces" (idem).

Na realidade, as caracterizações feitas a partir de características físicas mantêm um carácter identificador que os sujeitos transportam consigo e mobilizam nos diferentes contextos. Tal como refere Amâncio (1993;p.129), *"um primeiro aspecto das representações do masculino e do feminino diz respeito à estruturação cognitiva dos géneros em categorias dicotómicas. A este nível, os sexos biológicos desempenham o papel de critérios classificatórios em torno dos quais se organizam configurações de atributos"*.

A investigação no campo dos estereótipos sexuais tem salientado as referências associadas ao masculino através dos traços de instrumentalidade, de dominância e de independência, contrapondo as referências atribuídas ao feminino conotadas pelo traço da expressividade, da submissão e da dependência, características estas que demonstram as dificuldades encontradas em ultrapassar a infância e as dependências sociais. Estando assim os traços dos estereótipos ligados a determinadas expectativas comportamentais, constatamos que *"as explicações para o comportamento de actores do sexo masculino e feminino são também orientadas por estas imagens de pessoa, traduzindo-se no caso dos actores do sexo masculino em atribuições internas para o sucesso em situações de desempenho, enquanto que no caso dos actores do sexo feminino o mesmo sucesso na mesma situação é atribuído a causas externas e circunstanciais"* (Deaux, 1984 citada por Amâncio, 1992;p.10).

Deste modo, constatando no propósito do significado social destes conteúdos, salienta-se uma assimetria clara entre as definições simbólicas do

masculino e do feminino, constituindo assim um facto socialmente construído.

Os diferentes processos de diferenciação associados ao sexo decorrem dos diferentes papéis atribuídos ao homem e à mulher na sociedade. Estes são interiorizados nos processos de socialização, orientando o papel considerado como adequado à identidade do género, tal como as expectativas que lhe estão associadas, surgindo como factores principais que determinam para além das diferenças entre os sexos, a diferenciação de género (Simões, 1999). Assume-se assim um significado assimétrico evidente, demonstrando que *“os conteúdos caracterizadores do género masculino e feminino, as orientações normativas do comportamento de homens e mulheres e as dimensões explicativas desse comportamento estão interligadas em representações que estabelecem uma assimetria entre os sexos e que esta forma de pensamento social justifica e legitima as diferentes posições objectivas dos dois sexos”* (Amâncio, 1992;p.12).

Privilegia-se assim o conceito de género não ligado ao desempenho de papéis masculinos ou femininos, mas sim ligados à produção de identidades – múltiplas e plurais – de mulheres e homens no interior de relações e práticas sociais (no interior de relações de poder).

No mundo ocidental, nos dias de hoje, a visão do mercado de trabalho encontra-se fortemente condicionada pelas relações de género; há, de facto, profissões ou actividades que indiscutivelmente nos habituámos a ver “rotuladas” como femininas ou como masculinas. A divisão sexual do trabalho, sobre a qual se firmou a industrialização, contribuiu grandemente para a criação das esferas doméstica e pública, e com ela a demarcação dos espaços e terrenos lícitos ao exercício do trabalho tipicamente considerado como feminino ou como masculino.

A profissão de enfermagem continua intimamente associada ao conceito de profissão feminina, fenómeno este que advém dos diversos papéis que foram atribuídos à mulher ao longo do desenvolvimento das sociedades, a quem coube a tarefa de cuidar das crianças, dos velhos e dos doentes.

Apesar do aumento de investimento das mulheres em actividades tradicionalmente denominadas masculinas, em busca de maiores benefícios

materiais e de prestígio por desempenhar uma profissão masculina, a tendência futura não aponta para uma mudança significativa na forma de olhar socialmente as profissões, com base nas questões de género (Williams, 1989). Neste sentido, e face aos números da distribuição dos seus agentes pelos sexos, podemos concluir que a enfermagem se considera “estável”, facto este que a leva a ser encarada como uma profissão tipicamente feminina. De acordo com os dados fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros e tal como podemos verificar no Quadro nº 1 e no Quadro nº 2 verificamos que nos últimos cinco anos em Portugal se mantém esta estabilidade relativamente ao facto da profissão de enfermagem ser essencialmente feminina. O mesmo se verifica na distribuição dos enfermeiros com nacionalidade espanhola a trabalhar no nosso país.

Enfermeiros activos e efectivos					
Distribuição por Género	2000	2001	2002	2003	2004
Feminino	30.930	32.465	34.181	35.803	37.335
Masculino	6.693	7.187	7.721	8.175	8.571
Total	37.623	39.652	41.902	43.978	45.906

Quadro 1 – Distribuição dos enfermeiros activos e efectivos por género

Enfermeiros com Nacionalidade Espanhola					
Distribuição por Género	2000	2001	2002	2003	2004
Feminino	253	711	1.065	1.267	1.308
Masculino	100	326	480	548	552
Total	353	1.037	1.545	1.815	1.860

Quadro 2 – Distribuição dos enfermeiros de Nacionalidade Espanhola por género

Contudo, (embora menos visível a tendência da deslocação masculina no sentido das “profissões femininas”, do que o oposto) a enfermagem parece ser um dos exemplos de como os homens se podem diferenciar das mulheres no seio da própria profissão.

Skevington & Dawkes (1988), apoiados no seu estudo de investigação, afirmam que enquanto as mulheres na profissão tendem a evoluir lateralmente na carreira, mantendo-se vários anos num mesmo nível em relação à ascensão vertical, os homens manifestam uma maior mobilidade no que respeita à sua valorização profissional em termos promocionais. A assistência à família é apontada como determinante para esta situação pelos profissionais de ambos

os sexos, proporcionando uma maior motivação por parte dos homens em planearem e construírem as suas carreiras, justificando assim o sentido de afirmação na sua presença na profissão.

Comparativamente ao total das profissões, os enfermeiros detêm um número significativo de lugares, o que de alguma forma lhes proporciona um posicionamento hierárquico mais elevado (coordenador de equipas, chefia de serviços, supervisão e direcção). Para além do prestígio no interior da profissão que estas situações lhes proporcionam, também o aumento da remuneração se evidencia. Skevington & Dawkes alegam como provável para esta situação, o facto de que *“enquanto os enfermeiros podem necessitar de desenvolver algumas características femininas para serem aceites, as suas fortes percepções de masculinidade podem facilitar os comportamentos individualistas e agenticos, o que pode ajudar ao desenvolvimento das suas carreiras e à sua progressão até ao topo da hierarquia da profissão”* (1988;p.279).

Contudo Araújo, através dos seus trabalhos, apurou que *“a maioria dos rapazes, não queria inicialmente enfermagem e pretendia profissões onde tradicionalmente trabalham mais homens (...) permitindo-nos assim concluir que o género atravessa de uma forma flagrante a escolha da profissão de enfermagem”* (1995;p.169).

Relembrando o pensamento de Williams (1984), Skevington & Dawkes afirmam que *“as mulheres tendem a expressar uma identidade social comunal e os homens uma identidade social agentica (...). As mulheres na enfermagem provavelmente adquiriram uma identidade social comunal e estabeleceram-na como a forma predominante de identificação na enfermagem”* (1988;p.27). Do mesmo modo para a autora, *“se os homens são socializados para serem agenticos, como Williams sugere, (...) para entrarem num contexto dominado por mulheres, onde é esperada mais comunalidade do que agenticidade como o tipo de identificação social prevalente, (...) têm que evidenciar alguma identidade social comunal para que possam ser assimilados”* (idem). Isto é, para que possam ser melhor integrados, os membros do grupo minoritário têm de adoptar o tipo de identidade social assente pelo grupo maioritário. No entanto, Kaupinen-Toropainen & Lammi referem, que *“as mulheres tendem a*

acolher bem os homens nas profissões femininas, porque acreditam que um aumento do número de homens nas mesmas, pode melhorar o status, o prestígio e, assim esperam, o nível das remunerações. Estas atitudes de apoio favorecem a adoção dos homens ao ambiente de trabalho feminino” (1993;p.100). Também na Europa setentrional alguns estudos demonstram que o número reduzido de homens que trabalham em profissões de saúde tendem a ser encorajados pelos seus pares femininos no desempenho de funções em actividades sindicais ou outras formas de associativismo profissional (Kaupinen- Toropainen & Lammi, 1993). Em consequência, observa-se tal como no nosso país, *“uma representação masculina elevada nestas áreas proporcionalmente ao total da profissão, o que constitui a oportunidade de prosseguir uma carreira “masculina” dentro de uma profissão tão feminina*” (Simões, 1999;p.58).

No entanto, a integração masculina nos ambientes de trabalho onde prevalecem os seus pares femininos, não se processa sem dificuldades associadas. Por um lado, a sua presença é vista como facilitadora de ambientes carregados de conflitos internos entre os vários elementos femininos, colocando uma visão mais “prática” e menos “emotiva” na forma como lidam com as situações de relação de trabalho (Sandnes & Tanem, 1991). Por outro, a atitude dos outros colegas homens revela-se muito importante enquanto enquadramento de referência, comparativamente à aceção da satisfação retirada a partir da actividade profissional.

Na verdade, verificamos que se aos homens que entram e permanecem na profissão parece necessário conter um equilíbrio entre características masculinas e femininas para o exercício da mesma, também a diferença física baseada no sexo não parece ser tida como uma dificuldade, tanto no quotidiano como na progressão da carreira; pelo contrário, por vezes em determinados contextos, pode mesmo surgir como uma vantagem. Podemos assim concluir que *“conciliando um conjunto de atitudes positivas para com os seus pares femininos com o conjunto de algumas características conotadas com a feminilidade, os homens parecem bem posicionados para a integração neste ambiente tão claramente feminizado*” (Simões, 1999;p.60).

Seguramente temos tido em mente uma concepção um tanto unificadora da

enfermagem, na medida que se estabeleceu uma associação directa com o género feminino e se homogeneíza uma actividade e uma prática que sempre foi e ainda é, certamente muito mais complexa e plural. Precisamos pensar, não apenas sobre as mulheres enfermeiras, mas também sobre os homens enfermeiros, reflectindo sobre a educação escolar e a formação profissional como um processo "*generificado*", ou seja, como uma prática social que é constituída e constituinte dos géneros.

4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 – UMA ABORDAGEM QUALITATIVA: DESCREVER E COMPREENDER

Temos vindo a verificar ao longo do nosso trabalho que as práticas de cuidados de enfermagem têm vindo a sofrer alterações, gerando um debate entre a enfermagem “ideal” e a prática real. Observamos uma imposição dos saberes científicos produzidos pelos investigadores de enfermagem, enquanto nos locais de trabalho um grande número de enfermeiros ainda actua segundo uma lógica economicista e tecnicista na sua produção de cuidados. Nestas duas perspectivas, embora tão divergentes, encontramos algo de comum que é o desejo de autonomia que se traduz pelo conhecimento específico da enfermagem (face aos outros domínios do conhecimento) conduzido pelos teóricos de enfermagem e a demarcação do ascendente médico, revelador da legitimação da responsabilidade processo este assumido pelos enfermeiros no quotidiano das suas práticas. Estas práticas de cuidados salientam-se da intersecção de três contextos – os sujeitos, os modelos de formação profissional e os modelos organizacionais, e é neste processo de intersecção que o conceito de representação ao articular condicionantes estruturais e a acção dos autores (Benavente, 1990) pode esclarecer o que influencia as práticas da profissão e as relações que as suportam.

Partindo do princípio de que o cuidar é a essência da enfermagem e que cuidar significa formar, isto é, que envolve a dimensão da saúde humana e a dimensão pedagógica, interessou-nos compreender a estrutura do cuidar no processo ensino – aprendizagem.

Delineámos assim como questão orientadora da investigação: Quais as representações do cuidar dos professores e estudantes de enfermagem, homens e mulheres? A questão desdobra-se na discussão de um conjunto de hipóteses. O que vai estar em jogo no estudo são as representações e não as práticas.

Relativamente ao facto de se ser professor ou estudante, as representações do cuidar podem ou não variar. Podem variar se considerarmos que não pertencem à mesma geração, podendo levar a representações diferentes. Podem variar pelo facto de terem relações diferentes com a prática profissional (os professores já a têm, enquanto os estudantes não). No entanto podem não variar, se verificarmos que têm o mesmo quadro de referência – a escola – em que o “banho de cultura” escolar reproduz uma cultura científica própria.

Outro aspecto refere-se ao facto de se ser homem ou mulher. Aqui também as representações do cuidar podem ou não variar. Podem variar segundo condições de género diferentes ou ainda, por terem experiência familiar distinta de cuidar – as mulheres mantêm a sua posição de guardiãs da tradição de cuidar na família, enquanto os homens assumem uma posição exterior. No entanto podem não variar, se verificarmos que os homens e as mulheres se referem ao mesmo discurso dominante. O que os irá distinguir serão provavelmente as práticas.

Quando pretendemos conhecer e compreender o significado e o sentido de cuidar atendendo à particularidade dos seus pontos de vista (Honoré, 2001), ou quando pretendemos caracterizar *“aquilo que os sujeitos experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem”* (Bogdan e Biklen, 1994,p.51), há que utilizar uma metodologia que recorra a uma filosofia interpretativa. Optámos assim por um estudo de carácter qualitativo que nos permite entrar no universo simbólico a que as representações dos professores e estudantes dizem respeito.

A abordagem qualitativa torna-se útil para o nosso estudo, permitindo a compreensão das diversas facetas do objecto em estudo, uma vez que procura compreender os fenómenos e os seus significados e também a percepção que os produtores dos discursos (professores e estudantes) têm sobre estes, situação não apreendida pelos métodos quantitativos.

Nesta perspectiva, a metodologia de investigação qualitativa, como nos refere Leininger (1985), é a forma de definir os fenómenos de acordo com os pontos de vista das pessoas, possibilitando o conhecimento, a compreensão e

a interpretação cuidada e precisa do significado e natureza de situações e acontecimentos passados ou actuais. Mencionando assim este método de pesquisa como *“o melhor para compreender as atitudes humanas, conhecer as experiências contextualmente e compreender a visão do mundo das pessoas”* (Leininger, 1985, p.6).

Também Parse (1987), Quivy e Campenhoudt (1998) consideram que os métodos qualitativos tentam captar os fenómenos de uma forma holística, contribuindo assim para a compreensão dos fenómenos inseridos nos seus contextos.

Sendo a enfermagem caracterizada pela interacção enfermeiro – pessoa com base na relação que se estabelece entre ambos, Watson (1988) faz referência à importância da compreensão das experiências humanas, não podendo estas serem medidas ou experimentadas somente explicadas na forma como foram percebidas. Deste modo, também Watson (1988) defende o uso de abordagens qualitativas quando se procura revelar e elucidar o fenómeno do cuidar.

A abordagem pelos estudos qualitativos está cada vez mais presente na área das ciências humanas e sociais. Neste sentido, a opção por uma metodologia qualitativa no âmbito da problemática anteriormente referida parece-nos ser a opção mais adequada e pertinente.

Dada a natureza da questão de partida e dos objectivos traçados, o estudo torna-se descritivo, uma vez que nos propomos descrever as características que influenciam esse fenómeno a partir de uma realidade sócio profissional particular tal como se apresenta e como refere Nieto (2002), a obter conclusões de alcance geral aplicáveis noutros contextos a partir de casos particulares. Simultaneamente é um estudo exploratório, pois consideramos que embora já haja informação sobre a temática ela suscita ainda algumas dúvidas, e o que se pretende é conhecer o fenómeno em si e a experiência subjectiva dos sujeitos que participam no estudo, o que poderá ter alguma utilidade para futuras pesquisas.

4.2 – O ACESSO AO CAMPO

As escolas continuam a ser hoje um espaço importante de produção de identidades. As práticas escolares e os currículos não são meros transmissores de representações sociais, são instâncias que carregam e produzem essas mesmas representações. Além disso, tal como salienta Aparecida (1986, p.67), a instituição escola é considerada como *“um espaço onde se processa o acesso às grandes produções culturais da humanidade e aos valores essenciais”*.

Sendo professora numa Escola Superior de Enfermagem e acreditando que a capacidade para cuidar pode ser despertada e desenvolvida na prática educativa (Watson, 1985), decidimos procurar compreender as representações dos professores e estudantes, de ambos os géneros, sobre o cuidar em enfermagem.

Deste modo optámos por realizar o nosso estudo numa Escola Superior de Enfermagem (do interior do país), local privilegiado no processo ensino – aprendizagem.

A opção da escolha de uma escola que não a nossa, reside no facto de considerarmos que *“as pessoas intimamente envolvidas num ambiente têm dificuldade em distanciar-se, quer de preocupações pessoais, quer do conhecimento prévio que possuem das situações. Para estas, muito frequentemente as suas opiniões são mais do que definições da situação, constituem a verdade”* (Bogdan e Biklen, 1994, p.86). Outro factor que tivemos em atenção, foi haver professores de ambos os géneros.

Por outro lado, tal como salienta Leininger (1988), os meios de expressão do cuidar relativamente à forma e significado, variam de cultura para cultura, defendendo ser pertinente fazer este tipo de estudo numa ou em duas culturas organizacionais. Deste modo, optámos por realizar o estudo numa só Escola Superior de Enfermagem, por concordarmos que cada escola possui uma determinada cultura organizacional, com uma filosofia e concepção pedagógica

própria, o que nos parece ser essencial a fim de controlar a variação cultural, tentando evitar assim este tipo de viés.

Para termos acesso ao grupo de estudo, formalizámos um pedido de autorização para a realização da pesquisa à Direcção da Escola Superior de Enfermagem. A carta continha uma apresentação pessoal, dava a conhecer os objectivos da nossa pesquisa e explicitava os critérios de selecção dos sujeitos. A resposta ao nosso pedido foi deferida, mostrando um grande interesse pela temática abordada e disponibilizando-se para colaborar.

4.3 – SELECÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Num estudo qualitativo não existem regras que definam o número de participantes, mas antes uma exigência de pertinência (em função da questão de partida). A metodologia qualitativa procura a *“qualidade, natureza, significados e atributos, enquanto que a metodologia quantitativa focaliza-se na quantidade”* (Leininger, 1985, p.14). O importante é seleccionar sujeitos que possibilitem o estudo em profundidade e que nos dêem uma informação rica. A dimensão da amostra depende assim do que se quer encontrar, como os dados serão usados e dos recursos que dispomos para efectuar o estudo (Patton, 1990, p.169). Não existem pois regras que definam o tamanho da amostra, ela deverá ser intencionalmente pequena e diversificada a fim de evidenciar a riqueza das experiências individuais (Patton, 1990).

O número de sujeitos do nosso estudo é de vinte e quatro, sendo seis professores do género feminino, seis professores do género masculino, seis estudantes do género feminino e seis estudantes do género masculino.

Uma vez que interessa por um lado escolher pessoas “típicas” do grupo e por outro maximizar a ocorrência do objecto em estudo, salientamos alguns critérios que nos parecem pertinentes seguir na selecção dos professores e estudantes:

- Incluir professores com idades compreendidas entre os 40 – 56

anos (gerações próximas);

- Incluir professores oriundos das diferentes áreas científicas / equipas do Curso de Licenciatura em Enfermagem (1º, 2º, 3º e 4º ano);
- Incluir professores e estudantes de ambos os géneros;
- Incluir estudantes do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, pelo facto de estarem no último ano do curso e já terem tido oportunidade de reflectir ao longo dos quatro anos, na importância do cuidar na prestação de cuidados e serem objecto de um ensino continuado;
- Voluntariarem-se para participar no estudo e aceitar a gravação áudio das entrevistas. Como salienta Leininger (1985), na investigação qualitativa a informação obtém-se através das pessoas que desejam colaborar e com os quais o investigador estabelece contacto.

Após selecção dos participantes por parte da Direcção da Escola, o passo seguinte consistiu em contactar os doze professores e os doze estudantes para confirmarmos a sua disponibilidade e combinarmos o período em que seriam realizadas as entrevistas.

4.4 – RECOLHA DE DADOS

Tendo em consideração a questão de partida, o tipo de estudo e os objectivos, a técnica que utilizámos para a colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada em profundidade. A opção por esta técnica prende-se com o facto de fazermos apelo às opiniões, atitudes e vivências dos professores e alunos, permitindo-nos ter acesso aos seus quadros de referência. A entrevista é a técnica adequada quando se pretende compreender “*o sentido que os autores dão às suas práticas e aos seus acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, ...as leituras que fazem das suas próprias experiências...*” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.193).

Esta técnica permite-nos conhecer e compreender o significado que cada sujeito atribui ao fenómeno que queremos investigar, permitindo ainda captar e avaliar os aspectos da comunicação não verbal.

Optámos por realizar uma entrevista semi-estruturada de forma a podermos clarificar e aprofundar alguns aspectos, possibilitando uma flexibilidade na condução da entrevista, de modo a conseguir uma explicitação das vivências dos sujeitos (Morse, 1991, p.192).

Elaborámos dois guiões de entrevistas, um dirigido aos estudantes e outro aos professores. Embora semelhantes têm as suas particularidades, decorrentes do diferente nível de escolaridade e dos diferentes anos de experiência profissional. Os guiões das entrevistas dividem-se em duas partes, sendo a primeira parte constituída pela caracterização dos sujeitos do estudo e a segunda parte pela abordagem ao tema propriamente dito.

Guião da entrevista dirigida aos estudantes:

Caracterização:

- Sexo
- Idade
- Local de Nascimento
- Local de Residência
- Nível de escolaridade dos pais
- Profissão dos pais
- Nº de irmãos
- Estado civil
- Situação de conjugalidade
- Nível de escolaridade e profissão do cônjuge
- Motivo da escolha da profissão
- Foi a 1ª opção ou havia outra? Qual?

- Quais os aspectos positivos e negativos que associa a esta profissão

O termo “cuidar” faz parte da linguagem corrente dos enfermeiros, quer a nível do exercício, quer a nível da formação, constituindo tema central da literatura mais recente da enfermagem. Enquanto estudante de enfermagem certamente viveu vários momentos em que o seu papel se distinguiu como cuidador.

- Gostaria que referisse o que define como essencial na profissão de enfermagem?
- Ao longo do curso (4 anos) que experiências de aprendizagem positivas ou negativas foram mais significativas para si?
- E que experiências de aprendizagem o influenciaram e o levaram a compreender a enfermagem como profissão?
- Gostaria que recordasse uma situação vivida recentemente que o tivesse marcado e que sentisse que cuidou de alguém.
- Por palavras suas gostaria que me definisse o que é para si cuidar?
- Acha que todas as pessoas pensam da mesma maneira, ou há outros conceitos de cuidar?
- Por fim gostaria que me dissesse porque será que a profissão de enfermagem é tão feminizada? E a que se deve actualmente, o aumento do número de homens na profissão?

Guião da entrevista dirigida aos professores:

Caracterização:

- Sexo
- Idade
- Local de Nascimento
- Local de Residência
- Nível de escolaridade dos pais

- Profissão dos pais
- Nº de irmãos
- Estado civil
- Situação de conjugalidade
- Nível de escolaridade e profissão do cônjuge
- Especialidade
- Departamento / Área onde trabalha
- Motivo da escolha da profissão
- Foi a 1ª opção ou havia outra? Qual?
- Quantos anos de experiência profissional? Faça uma descrição do seu percurso profissional
 - Motivo da escolha da docência? Nº de anos?

O termo “cuidar” faz parte da linguagem corrente dos enfermeiros, quer a nível do exercício, quer a nível da formação, constituindo tema central da literatura mais recente da enfermagem. Ao longo da sua experiência profissional, certamente viveu momentos em que o seu papel se traduziu em cuidar.

- Gostaria que referisse o que é para si o “ideal” de formação em enfermagem?
 - O que mais valoriza no processo ensino – aprendizagem?
 - Como transmite aos estudantes os “ideais” e valores que considera importantes?
 - Gostaria que recordasse uma situação vivida recentemente que o tivesse marcado e em que sentiu que cuidou de alguém
 - Por palavras suas gostaria que me definisse o que é para si cuidar?
 - Acha que todas as pessoas pensam da mesma maneira, ou há outros conceitos de cuidar?
 - Acha que os alunos têm a mesma representação de cuidar?

- Por fim gostaria que me dissesse porque será que a profissão de enfermagem é tão feminizada? E a que se deve actualmente o aumento de homens na profissão?

Tendo em conta os objectivos do estudo, foi solicitado aos professores e estudantes que revivessem momentos em que tivessem sentido que cuidaram de alguém. Considerámos que os conceitos não surgem ocasionalmente, mas que se desenvolvem a partir da experiência compreendida, e assumem um papel importante no conhecimento e desenvolvimento de alguns fenómenos. Os conceitos constituem-se de representações mentais, dependem da realidade que nos rodeia e procuram dar a compreender um determinado fenómeno (Bell e tal 1999, p.19). É através da sua clareza que se estrutura uma profissão, utilizando-os para dar forma, organizar e implementar a teoria, a prática e a investigação.

A fim de tornar mais claro os guiões das entrevistas, estes foram validados por dois “juízes”, com o fim de corrigir ambiguidades ou termos menos esclarecedores e a validar a clareza e a coerência das questões. Após a sua apreciação, ambos salientaram a pertinência das questões, a clareza e a coerência com o objectivo do estudo. No entanto, sentimos a necessidade de efectuar um treino entrevistando dois colegas e dois estudantes que reuniam as mesmas características que eram indicadas para a amostra, mas que não faziam parte desta.

Estas entrevistas preparatórias permitiram-nos verificar que as questões se apresentavam claras e que nos poderiam fornecer conteúdos de grande valor. Além disso, permitiram-nos desenvolver competências relativamente à utilização da técnica da entrevista e prever a duração média da mesma (cerca de 60m a dos professores e 40m a dos estudantes).

A necessidade de treinar a nossa capacidade de escuta tornou-se evidente, onde tentámos ceder à tentação de preencher os silêncios do entrevistado, optando por o encorajar com uma atitude receptiva. Foi ainda importante pelo treino de um certo à vontade e espontaneidade perante o gravador, meio utilizado para o registo das entrevistas.

Realizámos vinte e quatro (24) entrevistas que decorreram ao longo dos meses de Junho e Julho de 2004 e foram marcadas de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Procurámos que a nossa presença na escola fosse discreta, tentando não interferir com os trabalhos dos professores e estudantes, conciliando os nossos horários aos seus evitando ser perturbadores.

As entrevistas decorreram num local privado (gabinete que nos foi atribuído para a realização das mesmas), de modo a garantir-nos sossego e privacidade.

Começámos por agradecer a participação do entrevistado, realçando a sua importância para o nosso trabalho e em seguida estabelecemos um breve diálogo onde se falou do motivo e interesse do tema e da evolução do ensino e da profissão de enfermagem. Este período de “aquecimento” tornou-se indispensável de modo a se criar um ambiente de à vontade entre os intervenientes (Sorrell e Redmond, 1995).

Ao iniciar cada entrevista foi de novo explicado o objectivo do estudo, referindo ainda que procurávamos clarificar alguns conceitos na formação de enfermagem, visando assim a clarificação e melhoria dos cuidados de enfermagem. Pedimos ainda autorização para gravar a entrevista ao que todos os participantes acederam. Assim sendo, foram respeitados os princípios éticos no que diz respeito ao consentimento informado, tendo todos os sujeitos concordado verbalmente em participar neste estudo. Ainda nesta perspectiva foi respeitada a privacidade, garantindo o anonimato e assegurada a confidencialidade das informações.

Foi ainda clarificado que todos os discursos eram possíveis que não existiam respostas certas ou erradas, uma vez que o que se pretendia era saber qual a sua opinião relativamente às questões colocadas. Esclarecemos ainda que a análise dos dados iria ser realizada com base na transcrição das entrevistas e que estas não seriam utilizadas para outros fins que não o nosso estudo.

Foi referido que não seria divulgado a identificação da Instituição onde se tinha realizado a colheita de dados, nem a dos sujeitos que nela participaram.

Partindo destes princípios e depois de uma conversa introdutória, deixou-se

que os professores e estudantes falassem livremente das suas vivências, tentando interromper o menos possível e resistir à tentação de preencher os seus silêncios, fazendo apenas reformulações com o objectivo de os ajudar a reorganizar o seu pensamento de modo a conseguir uma descrição mais pormenorizada. Ouvimos atentamente os nossos entrevistados, deixámos que expressassem as suas ideias, sentimentos e tentámos dar um feed-back sem condicionar as suas respostas. Procurámos ainda controlar o nosso envolvimento, mantendo uma atitude neutra e criando um clima de empatia, não esquecendo os aspectos da comunicação não verbal. Com base em Patton (1990), Quivy e Campenhoudt (1998), tentámos que cada entrevista fosse uma situação única e particular, exigindo de nós atenção e concentração. Como resultado sentimos que as entrevistas decorreram num clima de abertura e confiança, permitindo obter dados cuja riqueza e significado pudemos verificar na fase seguinte – a análise dos dados.

4.5 – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Após a recolha dos dados verificámos semelhanças nos dados encontrados, no entanto não podemos afirmar que se encontraram índices de saturação como é preconizado por vários autores (Morse, 1991, p.135), pois poderíamos com mais uma entrevista encontrar dados relevantes.

As vinte e quatro entrevistas foram gravadas, transcritas, numeradas e atribuído um código. Assim as entrevistas dos professores identificam-se como: Ep1; Ep2; Ep3; Ep4; Ep5; Ep6; Ep7; Ep8; Ep9; Ep10; Ep11; Ep12. E as entrevistas dos estudantes identificam-se como: Ee1; Ee2; Ee3; Ee4; Ee5; Ee6; Ee7; Ee8; Ee9; Ee10; Ee11; Ee12.

Por limitações de tempo submetemos as transcrições a uma pessoa experiente na matéria, obtendo um conjunto volumoso de dados. Para análise dos discursos produzidos, utilizámos a técnica de análise de conteúdo, definindo categorias de acordo com as lógicas dominantes.

Fizemos uma análise vertical (em cada entrevista) quer horizontal (conjunto

das entrevistas), de forma a encontrar convergências e divergências. A análise de conteúdo permitiu-nos abordar as comunicações segundo critérios que ajudam a ordenar a confusão inicial, permitindo encontrar o sentido do discurso (Bardin, 1977; Vala, 1986; Benavente, 1990). Trata-se da “*desmontagem...através de um processo de localização – atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção da análise...*” (Vala, 1986, p.104).

Ao analisarmos os discursos, pretendemos encontrar um sentido “*na descrição das experiências humanas...a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência*” (Fortin, 1999, p.315). As unidades de significação são os constituintes que determinam o contexto do fenómeno explorado e que incluem forçosamente a parte da significação inerente a este contexto (Deschamps, 1993, citado por Fortin, 1999).

A interpretação dos dados leva assim à reconstrução da dinâmica interna de um texto de modo a tornar manifesto o mundo que ele projecta.

Diferentes investigadores como Colazzi (1978), Giorgi (1985), Watson (1988), Tesch (1990), Deschamps (1993), entre outros, desenvolveram procedimentos próprios deste tipo de pesquisa. Embora utilizando caminhos e linguagens diferentes, são unânimes em considerar como princípio a importância da “essência do fenómeno” – cuidar.

O caminho que percorremos teve por base o proposto por Watson (1988, p.82-84), num trabalho que teve como objectivo desenvolver uma teoria de enfermagem com base na filosofia e ciência do cuidar. Este processo iniciado por Watson no seu trabalho “*Nursing: the philosophy and science of caring*” deu origem mais tarde a um livro “*Nursing: human science and human care a theory of nursing*” (1988).

Assim, percorremos os seguintes passos:

1º Lemos e releemos várias vezes as entrevistas a fim de apreendermos o conteúdo geral das mesmas (um sentido do todo). Dispúnhamos de um conjunto de dados que era necessário reduzir, pelo que tivemos a necessidade

de excluir do verbatim integral de todas as entrevistas, o que se distanciava dos objectivos do estudo e que por esse modo não constituía material de análise. Assim, aos segmentos de texto que não interessavam foi atribuído o código “(...)”; as palavras utilizadas para clarificar algum aspecto foram colocadas entre “[]” e aos silêncios e pausas que surgem ao longo das entrevistas atribuiu-se o código “...”.

2º Em seguida, cada entrevista à qual foi atribuída a “letra de código” (Ep e Ee) e o número correspondente (de um a doze), foi dividida em unidades de significação (também chamadas de asserções ou declarações significativas), de acordo com o que foi referido pelo sujeito. As unidades de significação são frases ou proposições que se relacionam com o fenómeno em estudo – representação do cuidar nos professores e estudantes de enfermagem. Nesta fase, Watson refere ser pertinente perguntar constantemente se o que vai ser encontrado diz algo de diferente ao já anteriormente dito. Ao adoptar este procedimento, fomos seleccionando os dados que nos apareciam, relacionados de forma directa ou indirecta com as possíveis representações do cuidar. De modo a podermos mobilizar os dados de forma ordenada, a cada unidade de significação foi atribuído um número que em conjunto com o código já atribuído (Ep e Ee), possibilitava a localização dessa unidade de significação (Ep1,1; Ep1, 2; ...Ee1,1; Ee1,2; ...).

3º Seguidamente, procurámos questionar a relação que existia entre cada unidade de significação e o cuidar em enfermagem.

4º Posteriormente, para cada unidade de significação formulámos um significado que nos permitiu evidenciar o sentido presente nas descrições originais. A cada um dos significados formulados foi também atribuído um código – letra “s” – que se juntou ao código já existente, ficando: Ep1s1, Ep2s2, ...Ee1s1, Ee2s2, Das vinte e quatro entrevistas obtivemos um total de seiscentas e dezasseis (616) expressões significativas, que após várias leituras se foram agrupando pela sua semelhança e sentido. Assim foram crescendo as árvores do nosso estudo.

5º As “essências” do cuidar, contidas nas declarações significativas e respectivos significados foram-se organizando em torno das categorias criadas,

de modo que vistas num todo, constituíssem “a experiência que forma os enfermeiros no sentido de cuidar”. Este processo foi exigente, demorado e algo complexo, dado o número elevado de significados que dispúnhamos. Trabalhámos de forma exaustiva, lendo e relendo as unidades de significação até que se definisse uma estrutura coerente e integradora do cuidar, na busca do sentido que as vivências narradas iam revelando.

A validação desta etapa do estudo, surge agora como um aspecto essencial para a análise dos dados. Como salienta Leininger (1985, p.68), a validade dos estudos qualitativos diz respeito “à *obtenção do conhecimento e compreensão da verdadeira natureza, essência, significado, atributos e características de um determinado fenómeno em estudo*”. A necessidade de validar as unidades de significação e respectivos significados teve em vista controlar a nossa subjectividade e envolvimento. Dado que a validação inter subjectiva é importante para a consistência dos resultados, submetemos as transcrições das entrevistas e respectivos significados à apreciação de um colega (professora de enfermagem), que fez algumas propostas de tornar a linguagem de alguns significados mais explícita. Houve assim a necessidade de fazer algumas alterações, voltando a ler as transcrições de modo a assegurar-mo-nos de que o significado encontrado se enquadrava no sentido global das entrevistas. As sugestões feitas nesta fase possibilitaram uma visão diferente que se revelou adequada aquando da análise dos dados, pelo critério que então se impunha: a clareza dos dados.

Foi assim que construímos as “árvores” do nosso estudo, uma referente à representação do cuidar dos professores e outra referente à representação do cuidar dos estudantes. Na árvore referente aos professores partimos de trezentos e cinquenta e sete (357) unidades significativas e respectivos significados, criámos vinte e duas (22) sub-sub categorias, doze (12) sub categorias, quatro (4) categorias e finalmente o tema que agrega os significados encontrados, a que chamamos: “representação do cuidar em professores de enfermagem”. Na árvore referente aos estudantes partimos de duzentas e cinquenta e nove (259) unidades significativas e respectivos significados, criámos dezassete (17) sub-sub categorias, dez (10) sub categorias, quatro (4) categorias e finalmente o tema que agrega os

significados encontrados que denominamos de igual modo: “representação do cuidar em estudantes de enfermagem”.

No capítulo seguinte iremos fundamentar e clarificar a nossa análise, referenciando ao longo do mesmo várias unidades de significação. No final da análise de cada categoria apresentaremos a estrutura global do “significado e sentido de cuidar”.

4.6 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar de procurarmos assegurar o máximo rigor metodológico ao longo do desenrolar dos vários procedimentos, estamos conscientes de que existem limitações que devem ser tidas em conta:

A nossa pouca experiência em conduzir entrevistas em profundidade, exigida e desejada neste tipo de abordagens, o que pode ter dificultado o acesso ao encontro de aspectos essenciais;

A não validação dos significados atribuídos às unidades de significação e dos resultados do estudo com os intervenientes, uma vez que o grupo de estudantes acabara o curso no próprio mês da realização das entrevistas e houve uma grande dispersão, levando à dificuldade em os contactar;

Por fim não podemos falar de redundâncias dos dados, apesar das semelhanças encontradas.

5 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Ao longo deste capítulo, iremos proceder à apresentação e análise dos dados, na tentativa de compreender qual a representação do cuidar em enfermagem de professores e estudantes de ambos os gêneros, curiosidade sentida enquanto assistentes numa Escola Superior de Enfermagem e observadores críticos dos contornos que revestem a profissão de Enfermagem no sistema social.

A análise dos dados conduziu-nos a um tema central – Representação do Cuidar em Enfermagem dos Professores e Estudantes – resultando da intercepção de três eixos de análise independentes: “o significado e o sentido de cuidar em enfermagem”, “a formação e o cuidar” e “o género e a enfermagem”.

Num primeiro tempo, caracterizámos os sujeitos do nosso estudo com base no primeiro bloco de questões do instrumento de pesquisa e, num segundo tempo, analisámos os discursos dos sujeitos em torno dos três eixos de análise já mencionados.

A representação que têm do enfermeiro e a forma como se sentem olhados pela população que cuidam são também dimensões por nós analisadas.

Segundo os três eixos de análise, os significados encontrados pela análise das entrevistas foram agrupados em categorias que descrevem o fenómeno em estudo.

Para o primeiro – “o significado e o sentido de cuidar em enfermagem” – definimos as seguintes categorias: o conceito de enfermagem e o conceito de cuidar. Para o segundo – “a formação e o cuidar” – definimos a seguinte categoria: o processo ensino aprendizagem. E para o terceiro eixo – “o género e a enfermagem” – definimos a categoria: representação social. Na

apresentação dos dados seguiremos esta ordem.

Faremos ainda referência quer às “unidades de significação”, quer aos “significados” atribuídos, ou mesmo a ambos, tendo a preocupação da clareza na análise dos dados.

5.1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Ao caracterizarmos os sujeitos do estudo optámos pela realização de um Quadro, o que se refere às perguntas de resposta directa de identificação, considerando que este seria de mais fácil leitura e de acesso aos dados. No entanto, relativamente às restantes respostas descrevemos as várias asserções, indicadoras de uma maior objectividade.

5.1.1 – Caracterização dos professores

Ind Suj	Sexo	Idade	Local de nasc.	Local de residência	Escolar dos pais	Irmão	Estado civil	Escolarid. Profissão do cônjuge	Especialidade	Área de trabalho	1ª Opção	Anos de experiência profissional
P1	M	47	Penacova	Castelo Branco	Pai 4ª classe Mãe 4ª classe	3	Casado	Bacharel / Enfermagem	• Enf. Médico-Cirúrgica	• Mé dico-Cirúrgica	Não	27 Anos 8- Hosp. 19-Docência.
P2	F	41	Alentejo	Castelo Branco	Pai 4ª classe Mãe 4ª classe	2	Casada	Licenc. / Enfermagem	• Enf. Médico-Cirúrgica	• Mé dico-Cirúrgica	Não	20 Anos 6- Hosp. 14-Docência
P3	M	45	Funchal	Sertã	Pai Analfabeto Mãe Analfabeta	1	Divorciado	-	• Enf. Reabilitação	• Mé dico-Cirúrgica	Não	27 Anos 7- Hosp. 20- Docência
P4	F	56	Covilhã	Covilhã	Pai Curso industrial Mãe 7º ano	2	Casada	Licenc. / Meteorologia	• Enf. Reabilitação	• Mé dico-Cirúrgica	Sim	35 Anos 20- Hosp. 15-Docência
P5	M	46	Angola	Castelo Branco	Pai freq. Ensino Sup. Mãe 9º ano	2	Casado	Licenc. / Ed. de Infância	• Enf. Saúde Pública	• Dir ecção	Não	22 Anos 5- Hosp. 17- Docência
P6	M	53	Penamacor	Castelo Branco	Pai 3ª classe Mãe Analfabeta	3	Solteiro	-	• Enf. Saúde Mental e Psiquiátrica	• Fu nd. de Enf. Médico-Cirúrgica • Sa úde Mental e Psiquiátrica	Não	26 Anos 2- Hosp. 2- Saúde Ocupacional 19-Docência
P7	F	46	Oleiros	Castelo Branco	Pai 4ª classe Mãe 3ª classe	3	Divorciada	-	• Enf. Saúde Pública	• Sa úde Comunitária	Não	24 Anos 10- Hosp. 5- Gestão 9-Docência
P8	F	41	Angola	Fundão	Pai 6º ano Mãe 9º ano	2	Casada	Licenc. / Ed. Física	• Enf. Saúde Pública	• Sa úde Comunitária	Não	20 Anos 2,5- Hosp. 13,5- Comunidade 4-Docência
P9	M	44	Castelo Branco	Castelo Branco	Pai 4ª classe Mãe 4ª classe	1	Casado	Licenc. / Ed. de Infância	• Enf. Médico-Cirúrgica	• Fun damentos de Enfermagem	Não	20 Anos 5-Hosp. 15-Docência
P10	M	40	Aplica do Tejo	Castelo Branco	Pai 4ª classe Mãe 4ª classe	1	Casado	Licenc. / Ed. de Infância	• Enf. Reabilitação	• Dir ecção	Sim	19 Anos 9- Hosp. 10-Docência
P11	F	45	Castelo Branco	Castelo Branco	Pai 4ª classe Mãe 4ª classe	2	Divorciada / Conjugalidade	Licenc. / Eng. Civil	• Enf. Médico-Cirúrgica	• Fun damentos de Enfermagem	Não	24 Anos 10- Hosp. 14-Docência
P12	F	45	Cabril	Castelo Branco	Pai 4ª classe Mãe 4ª classe	3	Casada	Licenc. / Enfermagem	• Enf. Reabilitação	• Mé dico-Cirúrgica	Não	21 Anos 17- Hosp. 2- Gestão 2-Docência

Quadro 3 – Caracterização dos professores

Ao observarmos o Quadro nº3, podemos verificar que a nossa população de professores é constituída por 12 sujeitos, sendo metade do sexo feminino e metade do sexo masculino.

As idades variam entre os 40 e os 56 anos sendo a média de idade de 45,75 anos, considerando-se, à partida, a riqueza de experiências do grupo.

O local de nascimentos é muito diversificado, no entanto a grande maioria nasceu em Portugal Continental com excepção de 3 sujeitos que nasceram, em Angola (2) e 1 na Ilha da Madeira. Existe uma homogeneidade cultural entre os vários professores, visto serem todos portugueses e / ou com ascendência portuguesa.

Todos os sujeitos residem no Distrito de Castelo Branco; o que nos leva a concluir da proximidade entre a residência e o local de trabalho.

Relativamente à escolaridade dos pais, a maioria situa-se no 1º ciclo; além destes, 4 elementos frequentaram o ensino secundário, um com um curso Industrial e outro com frequência do ensino superior. Houve ainda 4 casos de pais analfabetos.

Quanto ao número de irmãos, este varia entre 1 e 3 irmãos.

Em relação ao estado civil, 8 sujeitos são casados, 1 sujeito é solteiro e 3 sujeitos são divorciados, vivendo um desses sujeitos uma situação de conjugalidade.

Quanto às habilitações académicas e profissão dos cônjuges, o grande grupo é licenciado, existindo só 1 parceiro com o bacharelato. Dentro destes, as profissões que se destacam são: 3 Enfermeiros, 3 Educadores de Infância, 1 Meteorologista, 1 Professor de Educação Física e 1 Engenheiro Civil.

Todos os sujeitos têm Cursos de Especialização em Enfermagem: 4 em Enfermagem Médico Cirúrgica, 4 em Enfermagem de Reabilitação, 3 em Enfermagem de Saúde Pública e 1 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Verificamos haver um investimento por parte dos professores na sua própria formação profissional, na formação contínua ao longo da vida.

As áreas onde trabalham passam pela Médico Cirúrgica (6 sujeitos), onde um destes sujeitos acumula também a área de Fundamentos de Enfermagem e a área de Saúde Mental e Psiquiatria. Estão na direcção da escola 2 sujeitos, continuando no entanto a leccionar algumas temáticas específicas. Outros 2

sujeitos estão na área dos Fundamentos de Enfermagem e, por fim, outros dois sujeitos situam-se na área de Saúde Comunitária.

Relativamente aos anos na profissão, verificamos que todos os sujeitos têm mais de 20 anos de experiência profissional, repartindo-se pela experiência hospitalar, experiência comunitária, gestão e docência. Em relação aos anos de docência, verificou-se uma variação entre 2 e 20 anos, o que dá uma média de 13,16 anos de docência. Podemos verificar que todos os professores têm bastantes anos de experiência profissional, o que lhes permite uma consolidação de conhecimentos e conceitos representativos da profissão de enfermagem.

Motivo da escolha da profissão

Quando questionados face à opção da profissão, 10 dos sujeitos responderam não ter sido a 1ª opção; apenas 2 confirmaram a opção desta profissão como prioritária.

Face aos motivos da escolha profissional, foram as circunstâncias da vida que os fez optar por esta profissão: não entraram nos cursos que queriam, era um curso que se tirava com o 9º ano, dificuldades financeiras, facilidade de emprego, e por fim era uma saída.... No entanto, 2 dos sujeitos referiram ser esta a sua verdadeira escolha, nunca pensando em qualquer outra hipótese. Eis alguns excertos que revelam os motivos da opção:

“...não entrei no curso do Magistério Primário e um amigo que estava a tirar o curso de Enfermagem influenciou-me positivamente na minha escolha, falando-me da profissão, do que os enfermeiros faziam e da facilidade de emprego após terminar o curso...” Ep1

“...acho que foi um pouco ao acaso, ... não entrei na minha 1ª opção (Farmácia), e para não ficar sem fazer nada fui frequentar o curso de Enfermagem que era a minha 2ª hipótese. Mais tarde na segunda candidatura entrei em Farmácia e aí já não quis trocar de curso, estava a gostar imenso de enfermagem...” Ep2

“...foram as circunstâncias da vida. Quando terminei o 9º ano tinha três alternativas, ou me empregava ou continuava os estudos para tirar uma Licenciatura ou ainda tirava um curso onde só fosse exigido o 9º ano. Decidi-me assim pela enfermagem, mesmo não sabendo bem

o que era isso de enfermagem...” Ep3

“...sempre tive um fascínio pela enfermagem. Os meus pais é que não partilhavam deste meu gosto, pois consideravam uma profissão com má reputação. Mas lá os consegui convencer a deixarem-me tirar o curso, embora me tivessem colocado num internato em Coimbra...” Ep4

“...não tinha grande motivação para a enfermagem, no entanto surgiu a oportunidade e aceitei-a, por circunstâncias sociais...” Ep5

“...fui influenciado por enfermeiros amigos. Estes diziam que era uma profissão muito bonita e com garantia de emprego, o que indirectamente acho que motivou esta minha escolha...” Ep6

“...foi um mero acaso ... um dos meus irmãos soube das inscrições no curso de Enfermagem e perguntou-me se eu estava interessada. Na altura já estava inscrita numa escola do Magistério Primário, mas não sei ... no momento decidi-me e enveredei antes pela enfermagem...” Ep7

“...motivação não foi, porque eu nem sequer sabia na altura o que era a enfermagem, ...foi uma saída na altura e eu aproveitei...” Ep8

“...não sei, não sei mesmo ... na altura tinha duas opções, biologia ou enfermagem ...acabei por optar pela enfermagem...” Ep9

“...a saúde sempre foi uma paixão, ... e na altura era uma das ofertas da cidade onde vivia...” Ep10

“...foi um acidente de percurso, ... candidatei-me ao curso de Farmácia e não entrei, ficando um ano sem fazer nada. Quando abriram novamente as candidaturas não quis arriscar e candidatei-me juntamente com uma colega que estava nas mesmas condições ao curso de Enfermagem ...” Ep11

“...não sei bem, ...foi uma poção que se colocou como se colocaram muitas outras. A hipótese de ir para o ensino superior estava posta de lado porque os meus pais não tinham possibilidades financeiras, e pelo que sei hoje do que é cuidar, identificava-me com a profissão, além de ter emprego ao fim dos três anos de curso ...” Ep12

Motivo da escolha da docência

Relativamente à escolha da docência, verificamos que 10 dos sujeitos já colaboravam com a escola quer na orientação dos ensinamentos clínicos, quer na

leccionação de alguns conteúdos durante os períodos de teoria. Quando lhes surgiu a oportunidade, todos aproveitaram e concorreram ao ensino. Somente 2 sujeitos se tornaram docentes pelas circunstâncias da vida, um pelo facto de mudar de área geográfica acompanhando a sua família, e outro por viver uma situação de divórcio e não ter a possibilidade de trabalhar em roulement.

“...convite do Director da escola (já colaborava com a escola durante os Ensinos Clínicos) ...” Ep1

“...convite do Director da escola e a facilidade de horários...” Ep2

“...fui requisitado pela Escola de Enfermagem durante uns tempos e gostei muito da experiência. Quando abriu novo concurso concorri logo e entrei ...” Ep3

“...foram as circunstâncias da vida, ... o meu marido foi requisitado para trabalhar fora de Lisboa, e eu para o acompanhar tinha de mudar de emprego. Já trabalhava há bastantes anos na área hospitalar e decidi que era a altura de mudar e fazer outra coisa que também gostava muito – ensinar. Contactei a escola da área e por sorte havia uma vaga de um professor que tinha regressado a Lisboa. Após algumas conversações, o Director da escola requisitou-me, e aqui estou ...” Ep4

“...já colaborava com a escola nos ensinos clínicos e na teoria leccionava algumas temáticas. Gostei bastante da experiência e quando abriu concurso, concorri logo. Gosto do ensino, do contacto com os estudantes, da oportunidade de estar mais próximo do conhecimento no seu estado mais puro, ...menos contaminado pela prática ...” Ep5

“...convite da direcção da escola (já tinha experiência de docência noutra escola do país) ...” Ep6

“...foi uma descoberta que eu fiz quando estava a fazer o estágio de pedagogia, gostei da experiência do ensino. Entretanto fui convidada pela escola para leccionar algumas temáticas e quando surgiu a oportunidade, fiquei de vez ...” Ep7

“...sempre gostei do ensino, além de que na docência temos a possibilidade de progredir mais, em termos de conhecimentos. Já leccionava algumas temáticas na escola, a convite da direcção e quando surgiu a oportunidade concorri logo ...” Ep8

“...sempre tive vontade de estar no ensino, já o tinha manifestado ao Director da escola. Gosto de comunicar, de transmitir informação (talvez tenha sido a experiência da rádio que fiz durante bastante tempo) e de colaborar na formação dos estudantes. Já leccionava algumas temáticas na escola, a convite da direcção e quando abriu novo concurso, concorri e aqui estou ...” Ep9

“...já colaborava com a escola como orientador nos ensinamentos clínicos e a leccionar algumas temáticas. Gostei bastante desta experiência (talvez pelo facto de ter muitos familiares na área da docência e a motivação ser grande), quando surgiu a oportunidade concorrer e vim de vez para a escola...” Ep10

“...foram as circunstâncias da vida, ...divorciei-me e como tinha filhos pequenos não tinha hipótese de trabalhar por turnos. Ainda pedi à Direcção de Enfermagem para me colocarem em horário fixo, mas não foi concedido. Na altura soube que ia abrir concurso numa escola de enfermagem e concorrer... até à data nunca tinha pensado em ser professora, nem mesmo em criança ...” Ep11.

“...em primeiro lugar foi o aspecto prático, na altura estava a trabalhar a 27km do local de residência e o facto de poder trabalhar perto de casa e das escolas das crianças foi sem dúvida a opção que mais pesou. Além disso, já colaborava com a escola como orientadora nos ensinamentos clínicos, e gostava bastante. Há quem ache que eu tenho muito jeito para o ensino. Então decidi juntar o útil ao agradável e concorrer à escola. Tenho a dizer que estou muito feliz e que estou a gostar muito...” Ep12

5.1.2 – Caracterização dos estudantes

Ind Suj	Sexo	Idade	Local de nasc.	Local de residência	Escolaridade / Profissão dos pais	Irmão	Estado civil	1ª Opção
A1	F	25	Silgueiros	Silgueiros	Pai – 4ª classe / Agricultor Mãe – 4ª classe / Doméstica	1	Solteira	Sim
A2	M	23	Aveiro	Sertã	Pai – 6º ano / Motorista Mãe – 9º ano / Aux. De Acção Educativa	2	Solteiro	Sim
A3	M	22	Proença-a-nova	Espinho Grande	Pai – 7º ano / Serralheiro civil Mãe – 4ª classe / Doméstica	1	Solteiro	Sim
A4	M	22	Le Mont Grand	Salgueiros	Pai – 6º ano / Taxista Mãe – 6º ano / Doméstica	1	Solteiro / vive em conjugalidade	Não
A5	F	21	Alemanha	Toucinhos	Pai – 4ª classe / Taxista Mãe – 3ª classe / Doméstica	2	Solteira	Sim
A6	F	22	Lisboa	Castelo Branco	Pai – 11º ano / Chefe da PSP Mãe – 4ª classe / Cozinheira auxiliar	1	Solteira	Sim
A7	F	26	Castelo Branco	Castelo Branco	Pai – 9º ano / Comerciante Mãe – 4ª classe / Comerciante	1	Solteira	Sim
A8	M	22	Lisboa	Algés	Pai – 11º ano / Chefe de secção Mãe – 9º ano / Enfermeira	0	Solteiro	Sim
A9	F	22	Castelo Branco	Alcains	Pai – 6º ano / Canteiro Mãe – 9º ano / Doméstica	1	Solteira	Não
A10	M	23	Castelo Branco	Castelo Branco	Pai – 11º ano / Aux. De acção Educativa Mãe – 4ª classe / Desempregada	0	Solteiro	Sim
A11	F	23	Viana do Castelo	Viana do Castelo	Pai – 6ª classe / Mecânico Mãe – 4ª classe / Doméstica	1	Solteira	Não
A12	M	22	Proença-a-nova	Proença-a-nova	Pai – 6ª classe / GNR Mãe – 4ª classe / Cozinheira	1	Solteiro	Sim

Quadro 4 – Caracterização dos estudantes

Observando o Quadro nº4, podemos verificar que a nossa população de estudantes é constituída por 12 sujeitos, metade do sexo feminino e metade do sexo masculino.

As suas idades variam entre os 21 e os 26 anos, sendo a média de idade de 22,75 anos, adequadas ao respectivo nível académico – ensino superior.

O local de nascimento é muito diversificado. No entanto a grande maioria nasceu em Portugal, com excepção de dois sujeitos que nasceram, em França e na Alemanha.

Quanto ao local de residência, verificamos haver alguma dispersão geográfica, no entanto a maioria situa-se no distrito de Castelo Branco. Algumas destas vilas / aldeias situam-se a distâncias consideráveis da cidade. Os estudantes que residem fora do distrito alugaram quartos durante a frequência do curso.

Relativamente à escolaridade / profissão dos pais, 7 dos elementos concluíram o 3º ciclo, outros tantos o 2º ciclo, enquanto 9 concluíram o 1º ciclo. Dentro das profissões das mães aquelas que mais sobressaem são: as mães Domésticas (6 elementos), uma Auxiliar de Acção Educativa, uma Cozinheira, uma Auxiliar de Cozinha, uma Comerciante, uma Enfermeira e uma Chefe de Secção. Nos pais encontramos dois Taxistas, um Agricultor, um Motorista, um Serralheiro Civil, um Chefe da PSP, um Comerciante, um Chefe de Secção, um Canteiro, um Auxiliar de Acção Educativa, um Mecânico e um GNR.

Quanto ao número de irmãos, este varia entre 0 e 2 irmãos.

Em relação ao estado civil, todos os sujeitos são solteiros e só um vive em situação de conjugalidade.

Motivo da escolha da profissão

Quando questionados face à opção da profissão, 9 dos sujeitos confirmaram ser esta a sua 1ª opção e os outros 3 sujeitos não ter sido esta a sua 1ª opção de escolha. Ao contrário do que encontrámos nos professores, verificamos que a maioria dos estudantes tinha conhecimentos anteriores sobre a profissão e afirma que a sua opção foi consciente.

Face aos motivos da escolha da profissão, podemos verificar que todos os sujeitos (com excepção de um elemento) associam esta profissão ao cuidar dos outros, ao ajudar os outros, ao relacionamento que se estabelece com os outros e também ao aspecto logístico de facilidade de emprego.

“...gostar de cuidar dos outros, de poder ajudar...” Ee1

“...gosto de me relacionar com as pessoas, uma vontade em ajudar os outros e também a

facilidade de emprego...” Ee2

“...o poder ajudar os outros...” Ee3

“...sempre vivi com uma mãe doente, o que fez com que tivesse vontade de ajudar os outros, além de se ter ainda emprego garantido...” Ee4

“...tive muitas vezes internada, fiz ao todo 8 cirurgias e como éramos de longe, os meus pais não podiam ficar comigo o tempo todo e eram os enfermeiros que cuidavam de mim, eram os meus amigos, ... gosto da relação que os enfermeiros estabelecem com os doentes e as suas famílias...” Ee5

“...a enfermagem tinha tudo a ver com as disciplinas de que eu mais gostava, a biologia, as ciências e a psicologia. Além disso é uma profissão que lida com as pessoas, conversa-se, cuida-se das pessoas, ... é muito gratificante...” Ee6

“...sempre me interessei por cuidar dos doentes, por estar ao pé de alguém que precise, ...dar um pouco daquilo que nós somos, ajudando o doente a recuperar-se...” Ee7

“...tive o exemplo da minha mãe e gostei bastante, ...no entanto os meus pais não queriam que eu fosse para enfermagem, por considerarem uma profissão com pouco prestígio, ...queriam outra coisa para mim...” Ee8

“...eu queria o curso de Análises Clínicas, mas a situação dos meus pais não permitia que eu fosse estudar para fora, ...então o curso de saúde que havia em Castelo Branco era enfermagem e foi assim que me inscrevi no curso. Não estou nada arrependida, estou muito contente em enfermagem...” Ee9

“...sempre quis um curso ligado à saúde. A enfermagem tem muito contacto com os doentes, o estarmos ali as 24h sempre com os doentes, ...somos o seu principal elo de ligação...” Ee10

“...sempre gostei bastante da área da saúde. Não tive média para entrar em medicina e vim para a enfermagem, ...apaixonei-me logo pelo curso, era aquilo mesmo que eu queria, ...cuidar e não tratar das pessoas...” Ee11

“...desde pequeno que convivi com os hospitais, porque a minha mãe era cozinheira num hospital, ...a profissão de enfermagem reunia os dois aspectos que eu mais gostava, o relacionamento com as pessoas e o ser uma área da saúde...” Ee12

Aspectos positivos que associa à profissão

Os aspectos positivos que associam à profissão de Enfermagem reforçam o

eixo relacional da profissão: o ajudar os outros, a relação que se estabelece com as pessoas, a humanização e o facto de ser uma profissão muito gratificante.

“...o poder ajudar os outros ...” Ee1

“...o dar algo aos outros (não só no aspecto físico, mas também nos aspectos psicológicos e sociais) ...” Ee2

“...o poder auxiliar os outros, contribuindo para o bem-estar das pessoas e da sociedade. Auxiliar na melhoria da saúde das pessoas...” Ee3

“...o tratar das pessoas, o lidar com as pessoas, ...poder ajudá-las...” Ee4

“...é uma profissão muito gratificante, ...se dermos o nosso melhor é como se estivéssemos a fazer boas acções todos os dias. Além disso é uma profissão de relação, comunicamos com as pessoas e sentimo-nos bem por poder ajudá-las...” Ee5

“...a relação com as pessoas é espectacular, dá-nos ...uma certa realização...” Ee6

“...fazemos alguma coisa por alguém, ...os enfermeiros têm o privilégio de estarem todo o tempo com os doentes, coisa que mais nenhum profissional da área da saúde tem, ...e o facto de estarmos tanto tempo com eles, recebemos coisas que só eles nos dão e que nos enriquecem bastante ...” Ee7

“...é uma profissão muito gratificante. Ajudar os outros, cuidar das pessoas são aspectos de que gosto muito ...” Ee8

“...a humanização, ...o querer ajudar as pessoas. Gosto muito de me relacionar com as pessoas e este é um aspecto que se realça muito nesta profissão ...” Ee9

“...o contacto com as pessoas, com os doentes, ...o contacto humano, o toque, os afectos, o carinho, ...” Ee10

“...a interacção com os doentes, ...” Ee11

“...o relacionamento com as pessoas, ...” Ee12

Aspectos negativos que associa à profissão

Quanto aos aspectos negativos que associam à profissão de Enfermagem têm mais a ver com a representação social e a identidade da profissão: a falta

de prestígio e de reconhecimento social; as falhas de comunicação e a falta de apoio entre os profissionais de saúde; o grande desgaste físico e mental pelo facto de lidar com vidas humanas.

“...ainda há muitos profissionais que não se relacionam com as pessoas, vêem mais a enfermagem como um trabalho, ...para ganhar dinheiro...” Ee1

“...é ainda uma profissão pouco reconhecida por parte das pessoas. Há ainda aquela ideia de que os enfermeiros são os “ajudantes” dos médicos, ...muitas vezes não lhes é atribuído o devido e verdadeiro valor que a profissão tem...” Ee2

“...exige uma grande entrega por parte dos enfermeiros, o que provoca um grande desgaste físico e mental. Temos de estar sempre presentes de corpo e alma, pois estamos a lidar com a vida humana...” Ee3

“...o stress dos horários, o tipo de contractos que nem sempre dão segurança, ...e a falta de comunicação entre os próprios enfermeiros, ...os cuidados deveriam estar todos interligados, os cuidados de saúde primários, os cuidados de saúde secundários e os cuidados de saúde terciários, de modo a haver uma continuidade de cuidados, ...e isso não se verifica...” Ee4

“...ainda se verifica alguma falta de apoio entre os profissionais...” Ee5

“...os enfermeiros não são uma classe muito unida, ...ainda se verifica muita falta de comunicação entre os enfermeiros e entre os enfermeiros e os outros profissionais. Outro factor é o facto de ser uma profissão ainda pouco reconhecida...” Ee6

“...ainda não somos reconhecidos convenientemente...” Ee7

“...ainda hoje é uma profissão com pouco prestígio, ...as pessoas no geral ainda nos vêem como ajudantes dos médicos, ...um ser um bocadinho abaixo...” Ee8

“...o facto das pessoas não darem o real valor à enfermagem, ...” Ee9

“...o facto de sermos um curso superior não nos valorizou aos olhos da maioria das pessoas, ...ainda continuamos a ser vistos como “criados” dos senhores doutores...” Ee10

“...ainda não somos bem reconhecidos pela sociedade, ...muitas pessoas ainda pensam que não temos conhecimentos, que estamos ali para fazermos higiene, tratamentos e darmos conforto aos doentes, ...” Ee11

“...ainda não nos é dado o valor que nós merecemos, ...no entanto somos aqueles que estamos sempre presentes, ...” Ee12

5.2 – ANÁLISE DOS DISCURSOS DOS SUJEITOS

5.2.1 – Professores e Estudantes: o significado e o sentido de cuidar em enfermagem

Nesta primeira dimensão procuraremos descrever a estrutura essencial da concepção de cuidar em enfermagem para os vinte e quatro indivíduos da amostra (professores e estudantes de enfermagem).

Assim, a análise da forma como os professores e estudantes percebem o que é o cuidar em enfermagem será abordada com base em duas categorias: *o conceito de enfermagem e o conceito de cuidar*.

Defender a perspectiva de que cuidar é a essência da enfermagem, é enfatizado por Watson (1988), ao referir que “...a enfermagem é uma profissão que cuida,...a enfermagem sempre esteve na posição de cuidar,...cuidar é a essência da enfermagem...” Watson (1988, p.32 – 33).

Os autores que definem o cuidar como uma característica humana, um imperativo moral (Morse et al, 1990), acreditam igualmente que cuidar é um termo que “pertence” à enfermagem e que é a base para todas as suas acções.

Segundo Honoré (2001), cuidar significa no senso comum ocupar-se de uma pessoa doente, proporcionar-lhe os cuidados correspondentes com o objectivo de restabelecimento da sua saúde, enquanto esta for considerada a ausência de doença. No entanto, na perspectiva da enfermagem cuidar sugere também: a atenção, o acolhimento, a preocupação pelo bem-estar e as necessidades do outro. O autor distingue o *significado* de cuidar, ou a forma como a acção é entendida por um grupo de pessoas, do *sentido*, o qual se assume na compreensão individual desse significado. Decorrente deste entendimento, define quatro princípios: o sentido é singular e pertence à pessoa; o sentido evolui com o tempo e com as situações; o sentido só pode ser compreendido, não pode ser descrito nem explicado (só se poderão enunciar traços de sentido nos significados); o que se diz sobre o sentido só se entende se a pessoa que

o diz for reconhecida como pessoa, tendo uma existência própria (Honore 2001, p.29-35).

Os significados identificados pela análise das entrevistas, bem como as unidades de significação ou asserções seleccionadas, dizem respeito quer ao significado propriamente dito, quer ao sentido, de acordo com os princípios enunciados.

5.2.1.1 – Conceito de Enfermagem

Nesta categoria, e a partir da análise dos significados das unidades de significação, encontrámos quatro subcategorias: **o eixo científico, o eixo técnico, o eixo relacional e a evolução do conceito ao longo dos tempos**, inerentes ao conceito de enfermagem.

Estes elementos que emergiram dos discursos são também os que parecem ser mais abordados por diversos autores.

Começamos por Florence Nightingale, figura emblemática da enfermagem que se referiu à enfermagem como uma arte: *“...a enfermagem é uma arte e, se se pretende que seja uma arte, requer uma devoção tão exclusiva, uma preparação tão árdua como o trabalho de um pintor ou de um escultor; mas, como pode comparar-se a tela morta ou o mármore frio com o ter de trabalhar com o corpo vivo, o templo de espírito de Deus? (...) é uma das Belas Artes, quase diria a mais bela das Belas Artes...”* (Carvalho 1996 citando Donahule, p.25). Para Florence Nightingale a arte não era um conceito imaginário, mas assentava numa devoção ao trabalho, meio pelo que possibilita “modelar” o enfermeiro e criar uma profissão.

Esta questão também foi por nós colocada aos nossos participantes, após um tempo de conversa sobre a profissão e a prestação de cuidados. No entanto, suscitou alguns silêncios ou sorrisos denunciando alguma dificuldade. O grupo de professores, no geral, explicitou com certa facilidade o que pretendia dizer, enquanto no grupo de estudantes a maioria só o fez

porque foi estimulado a isso.

Os discursos revelaram que se, por um lado os indivíduos têm a necessidade de enunciar o tipo de actividades inerentes ao seu trabalho, por outro isso não parece ser suficiente para explicarem o que entendem por enfermagem.

É na forma como vêem o interagir das actividades no processo de cuidados de enfermagem e na forma como procuram definir os contornos das suas competências que encontram a possibilidade de construir uma definição de enfermagem. Daí a maior dificuldade encontrada no grupo de estudantes, por não terem ainda anos de experiência profissional que lhes permita uma consolidação dos conhecimentos e conceitos representativos da profissão. No entanto, na generalidade tanto os professores como os estudantes entendem a enfermagem como:

“...uma profissão que envolve um corpo de conhecimentos, técnicas e relação que se traduzem no acto de cuidar...” Epf 12,1

“...a enfermagem assenta na capacidade de ajudar o outro (...) no cuidar do outro...” Epm 10,1

“...todas as tarefas que os enfermeiros realizam visam o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida das pessoas (...) é a essência da nossa profissão...” Epm 10,2

“...ser enfermeiro é ser gente que cuida de gente e não coisas que cuidam de coisas...” Epm 6,1

“... [a enfermagem] é a profissão que vê a pessoa numa perspectiva holística (...) a perspectiva do ser total, não sendo só o aspecto físico, psicológico e social, mas também o aspecto cultural, o aspecto espiritual e o aspecto moral...” Epm 6,3

“...uma profissão em que nos damos muito aos outros (...) estamos junto dos doentes 24 horas por dia, de modo a podermos satisfazer as suas necessidades...” Eef 11,2

“...a profissão que cuida dos seres humanos (...) e esse cuidar implica que façamos pelos outros aquilo que gostamos que nos façam a nós, por isso que as tratemos da melhor maneira possível...” Eef 9,2

“... [a enfermagem] é uma profissão onde se exige uma grande responsabilidade, porque estamos a lidar com pessoas e com o seu maior bem (...) a saúde...” Eef 6,2

Podemos deste modo, e de acordo com os nossos sujeitos, definir enfermagem como a ciência e a arte de assistir o ser humano (indivíduo, família e comunidade), no atendimento das suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais (Carvalho 1996 citando Horta, p.26).

Relativamente à forma como os participantes falam das tarefas que executam e pelo modo como articulam os elementos segundo as suas competências, encontrámos como já referimos quatro eixos (subcategorias) que se esboçam em torno do conceito de enfermagem: **o eixo científico, o eixo técnico, o eixo relacional e a evolução do conceito ao longo dos tempos.**

O eixo científico

Gândara e Lopes (1992), referem que o reconhecimento da função da enfermagem só acontecerá se os enfermeiros se conseguirem delimitar suficientemente da função médica, deixando de funcionar na sua sombra. Também Collière (1996) considera que as enfermeiras necessitam de uma grande diversidade de conhecimentos que lhes permita construir e alargar o património do saber em enfermagem. Partilhando destas ideias, também os nossos participantes fazem referência à importância do conhecimento quando mencionam que:

“...fazer por fazer qualquer pessoa o faz (...) agora, saber porque é que se faz (...) isso é que é enfermagem...” Epf 11,2

“... [a enfermagem] tem de ter conhecimentos científicos, acho que isso é um dado adquirido (...) e cada vez mais aprofundados...” Epm 9,1

Basto (1991) reforça a ideia de que para que haja mudança é fundamental ter a intenção de mudar e que esta mudança só se faz se avaliarmos de forma sistematizada a nossa prática, o que levará a uma melhoria dos cuidados de enfermagem e a um aumento do conhecimento próprio da enfermagem. Do mesmo modo, também os nossos participantes defendem esta intenção quando afirmam que:

“... [é necessário] um saber profundamente alicerçado na ciência, no conhecimento científico, na investigação científica...” Epm 5,1

“... [a enfermagem] é um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos que utilizamos para [cuidar das pessoas]...” Eef 6,3

Ao realçar estas ideias, os nossos sujeitos reconhecem a necessidade de os enfermeiros lutarem pelo reconhecimento da profissão através da aquisição de conhecimentos que lhes permita fundamentar as suas acções, nomeadamente face ao médico, e ter um bom desempenho prático, o que só se conseguirá com um investimento profissional contínuo.

O eixo técnico

Além do saber, é igualmente exigido aos enfermeiros que adquiram competências ou habilidades técnicas – o saber fazer.

As actividades de carácter técnico são normalmente decorrentes do diagnóstico e prescrição médica, frequentemente denominadas por cuidados directos, cuja razão de ser é ajudar a tratar dos doentes. No entanto, é curioso verificarmos que estas actividades só são consideradas de enfermagem se houver uma preocupação com a pessoa do doente o que implica uma “relação” com a pessoa em si e marcam todo um outro conjunto de tarefas paralelas apelidadas de ajuda. Os próximos testemunhos sugerem justamente esta associação entre a dimensão técnica e relacional:

“...em enfermagem é necessário haver alguma destreza manual (...) de modo a [minimizarmos o sofrimento do doente]...” Eem 4,2

“...nós portugueses ainda valorizamos muito o saber fazer (...) porque continuamos a achar que conversar (...) não é trabalhar, não é quantificável...” Epf 11,4

A relação faz de tal maneira parte da profissão de enfermagem, que tanto os professores como os estudantes consideram que sem ela não se cuida. O cuidar integra necessariamente uma dimensão relacional e técnica, não se podendo dissociar uma da outra.

O eixo relacional

“...a essência da profissão de enfermagem são as relações humanas...” Eem 12,1

“...quando penso em enfermagem, associo sempre a humanização...” Eef 9,1

“...a humanização implica uma comunicação com o doente, implica carinho, amor, (...) proporcionando bem-estar...” Eef 9,3

Num conceito filosófico, a enfermagem sugere ternura e apoio significativos à comunidade, o que lhe confere uma dinâmica e acções próprias. Assim, a enfermagem é para alguns uma ciência humana, na medida em que estuda a pessoa humana como um todo, um conceito pessoal e integral. Enfermeiro e doente são co-participantes num processo geral de saúde com responsabilidades acrescidas nos campos social, científico e metodológico (Watson, 1988).

Como disciplina a enfermagem é considerada metade arte e metade ciência, colocando entre a dicotomia um elo fundamental: o conhecimento, os saberes, sem os quais não há cultura nem sentido humanístico. “*O que é exigido para além dos saberes são os dotes ou qualidades morais e cívicas inerentes à própria pessoa*” (Carvalho 1996, p.26). Também os nossos sujeitos relacionam a enfermagem com o envolvimento relacional:

“... [a enfermagem] é uma profissão em que uma pessoa tem de dar muito de si, estar com as pessoas, cuidar das pessoas...” Eef 6,1

“...na enfermagem é essencial que se goste daquilo que se faz...” Eef 5,2

“...enfermagem é auxiliar os outros (...) é ajudá-los a recuperar de uma situação (...) de doença...” Eem 3,2

“...o enfermeiro precisa de ser sencível de modo a poder cuidar de todas as dimensões do ser humano...” Eem 2,2

“...a profissão de enfermagem é uma profissão essencialmente humana, (...) não estamos a mexer em papéis e em burocracias (...) é uma profissão onde se dá e recebe muito carinho...” Eef 1,2

Para Sousa et al (1989, p.20), a enfermagem é essencialmente relação de ajuda, marcada pelo dinamismo e preocupação com os outros, no interior da qual os enfermeiros ajudam o cliente (indivíduo, família e comunidade) a atingir e a conservar o melhor estado de saúde possível.

Este sentimento de ajuda também é mencionado pelos nossos participantes, quando referem que:

“...o sentimento de ajuda é essencial numa profissão como a de enfermagem, (...) numa perspectiva empática (...) colocamo-nos no lugar do outro, sem no entanto perdermos a nossa identidade e a nossa preservação...” Epf 8,2

“...a enfermagem é uma relação terapêutica (...) estabelece-se uma relação de ajuda nos cuidados de reparação e nos cuidados de manutenção da vida (...) e este conjunto de cuidados complementam-se (...) às vezes é mais importante uma palavrinha ou um sorriso do que administrar a injeção mais eficaz do mundo...” Epf 8,3

Frei Bernardo (1992, p.300) define enfermagem como: *“a ciência e a arte de assistir e servir a pessoa, a família e as comunidades, na satisfação das suas necessidades; tem uma função educativa de esclarecer, promover, apoiar e ensinar as pessoas (...) promover e participar na recuperação das pessoas, estimulando-as para a reintegração na vida familiar, profissional e social (...) e ainda, colaborar na preparação de futuros enfermeiros”*. Esta vasta e complexa dimensão da enfermagem, refere ainda o autor, deve ser exercida em profundo respeito pela liberdade das pessoas, assim como pela sua identidade sócio-cultural e pelos valores éticos e religiosos. Este aspecto também é valorizado por um dos nossos intervenientes:

“...é fundamental a relação de proximidade, a compreensão do outro que cuidamos enquanto pessoa...” Epm 9,3

Parece-nos assim oportuno salientar que, como nos diz Fortin (2000, p.61) *“pela sua natureza, a enfermagem é simultaneamente uma profissão e uma disciplina”*. Consiste na prestação de cuidados providos de meios para melhorar a qualidade de cuidar, procurando deste modo um campo distinto de conhecimentos e conseqüentemente uma melhor compreensão dos fenómenos do cuidar (Fortin, 2000).

Evolução do conceito

Podemos então considerar que falar de enfermagem nos dias de hoje não terá necessariamente a mesma dimensão de há alguns anos atrás. Os conceitos de enfermagem variam ao longo dos tempos, segundo as leis e os

campos de acção, as áreas geográficas, as funções dos enfermeiros, bem como as crenças das pessoas e dos grupos. Mas a grande ênfase é dada sempre ao respeito pela dignidade da pessoa humana, sendo o trabalho do enfermeiro dirigido à satisfação das necessidades básicas do indivíduo, família ou comunidade, tendo por conseguinte de possuir sólidos conhecimentos científicos e técnicos.

Partilhando desta mesma ideia, os nossos participantes professores reforçam, salientando que:

“...há uns anos atrás, o curso de enfermagem estava mais virado para as técnicas e para a relação e menos para o conhecimento científico...” Epm 5,5

“...o que aconteceu desde essa altura até agora, foi essencialmente o desenvolvimento do eixo científico e (...) das competências...” Epm 6,5

“... [os próprios professores] têm uma maior formação, ajudando-os a consolidarem conhecimentos e estratégias de ensino...” Epf 2,3

“...hoje em dia a enfermagem avançou muito nos conhecimentos científicos, isto é, adqueriu conhecimentos próprios da enfermagem...” Epm 1,7

No entanto, o grupo de estudantes não se manifestou sobre este aspecto, o que nos faz pensar que esta questão não é valorizada por eles, talvez pela sua inexperiência enquanto profissionais, não reflectindo ainda nem questionando sobre as suas práticas na tentativa de clarificar, definir, delimitar as dimensões do cuidar em enfermagem.

Encontramo-nos pois num período de viragem, de mudanças condicionadas provavelmente pela cultura, pelos valores, levando a que os debates sobre a enfermagem sejam cada vez mais frequentes.

A crescente e progressiva investigação desenvolvida é feita na tentativa de se encontrar uma dimensão unificadora para a enfermagem. Decorrente deste processo, e procurando dar respostas às pessoas, o termo “cuidar” tem dominado o mundo da enfermagem, na tentativa de ser clarificado. É neste sentido que se torna pertinente questionar as dimensões do cuidar em enfermagem.

5.2.1.2 – Conceito de Cuidar

Cuidar da pessoa enquanto ser biopsicosocial é um dos aspectos mais relevantes da enfermagem, é pôr em prática um programa de intervenções, é ser-se fiel a princípios éticos, tudo no sentido de se garantir a identidade da pessoa, o seu respeito, como valor supremo que deve guiar a deontologia profissional.

“Se a ciência nasce da vontade de saberes, se a medicina nasce da vontade de servir, o mesmo podemos dizer da enfermagem que nasce da vontade de cuidar...” (Carvalho 1996, p.48).

O saber e o cuidar traduzem uma linguagem científica e técnica, o modo de ser da enfermagem, na medida em que as suas capacidades são colocadas ao serviço do homem são ou doente.

Na nossa amostra, partindo da análise dos significados das unidades de significação encontramos nesta categoria – conceito de cuidar – três subcategorias: **características, o agir intencional e os factores condicionantes.**

Características

Inserida nas características do cuidar e de acordo com este nosso estudo, encontramos três sub-sub categorias: o respeito, a relação e o conhecimento.

Temos vindo a constatar que o cuidar comporta acções muito diversificadas e complexas. Através dos vários estudos realizados, podemos concluir que o conceito de cuidar é multidimensional e complexo. No entanto, há unanimidade em considerar o respeito como uma característica central do cuidar e o mais fundamental valor profissional.

Assim, no cuidar, o respeito pela pessoa é enfatizado por alguns autores nomeadamente por Watson, que na fundamentação filosófica da sua teoria

(*Human Care*) define cuidar como “*ideal moral da enfermagem e a sua finalidade é a protecção, realce e preservação da dignidade humana*” (Watson 1988, p.29).

Segundo esta autora, podemos afirmar que na relação enfermeiro / utente o respeito deverá estar subjacente e anteceder todos os cuidados. Também os nossos participantes revelam o respeito como pressuposto inseparável do cuidar, quando referem que:

“... [cuidar] tem a ver com o respeito pela vida e pelas pessoas (...) é todo um desempenho, é tudo aquilo que se faça para promover a qualidade de vida, a qualidade da existência...” Epm 5,4

“... [cuidar] é olhar para a pessoa na sua essência (...) no seu todo...” Eef 11,10

Para Lazure (1994, p.51), “*respeitar um ser humano é acreditar profundamente que ele é único, e que devido a essa unicidade só ele possui todo o potencial específico para aprender a viver de forma que lhe é mais satisfatória*”. O respeito implica olhar para a pessoa no seu todo, tendo em conta o que sente, o que pensa e dando-lhe liberdade para o expressar. Quem cuida deverá ser capaz de assumir a realidade da pessoa de quem cuida tendo em conta o seu bem-estar, ainda que vá alterar algumas rotinas:

“...as higiènes por exemplo não deveriam ser só de manhã, mas sim quando os doentes a quiserem (...) aquele rigor de todos os dias de manhã às 8 horas tomar banho (...) porque é que não podem tomar banho à tarde ou à noite se era assim que estavam habituados? (...) poderia-se ser mais maleável e respeitar mais a vontade dos doentes...” Eef 9,7

“*Reconhecer, respeitar e defender a autonomia das pessoas de quem cuida, apesar das suas dependências, é para o enfermeiro um princípio que se relaciona com o bem estar do doente e o seu próprio bem estar*” (Vidal 2003, p.112). Cuidar salienta-se assim como um imperativo moral que Morse (1990, p.1-7) define como uma adesão a um compromisso de manter a dignidade da pessoa que necessita de cuidados, como base para todas as acções de enfermagem. Partilhando desta mesma ideia, também um dos sujeitos refere que:

“...a essência da enfermagem é o respeito pelas pessoas (...) pela dignidade humana...” Eem 2,1

Saliente-se ainda que este respeito pela dignidade humana é reflexo do respeito que o enfermeiro tem por si enquanto pessoa e como profissional, recordando que *“todos os enfermeiros são indivíduos e todos têm passado – uma forma pela qual foram educados pelos pais, a terra de origem e o ambiente social, que é um todo que certamente exerce influência sobre o seu comportamento e sobre o que valorizam”* (Pearson E Vaughan 1992, p.4). O respeito por si próprio torna-se a base do respeito pelos outros. Esta questão é evidenciada por dois dos nossos intervenientes ao afirmarem que:

“...cuidar é fazer uma extensão do que gostaríamos que nos fizessem a nós próprios, (...) desde simplesmente me pentear o cabelo no dia em que eu não o puder fazer-lo...” Eef 11,8

“...cuidar engloba aquilo que a minha consciência manda, (...) aquilo que eu gostava que me fizessem...” Eem 12,4

Segundo Morse (1990), o cuidar define-se como uma relação interpessoal em que a relação é vista como o alicerce do cuidar humano ou o meio pelo qual é expresso, sugerindo que a relação é a essência do cuidar. Também na opinião dos sujeitos do estudo cuidar implica relação:

“...cuidar é relação...” Eef 6,7

“...não se cuida se não se estabelecer uma relação (...) os dias mais difíceis de estágio que eu tive foram nesse sentido, quando eu não consegui dar nada de mim (...) não me sentia bem comigo mesmo o que me dificultou a relação com os doentes...” Eem 2,9

“... [cuidar] é fazer com que o doente se sinta à vontade (...) e nisso nós enfermeiros temos o privilégio de estar as 24 horas do dia com eles, o que favorece essa relação...” Eem 12,8

“...para se cuidar de alguém é preciso estar de corpo e alma, porque cuidar implica relação, (...) implica estar com, (...) implica estar em...” Epf 12,3

A vertente relacional é uma das mais valorizadas pelos teóricos, em especial pelos teóricos da linha humanista e interpessoal. Watson (1985, p.23), realça que para se conseguir uma qualidade de cuidados é necessário que os enfermeiros estabeleçam uma relação de ajuda e confiança. Indo ao encontro desta ideia, também os nossos intervenientes salientam a necessidade de relação para o conhecimento das necessidades do doente:

“...não podemos cuidar de alguém se não nos aproximarmos, se não estabelecermos uma relação de proximidade...” Epf 12,14

“... [cuidar] é estabelecer uma relação com a pessoa, ajudando-a naquilo de que necessita no momento...” Epf 11,2

“...os alunos podem não se lembrar de um professor pelo o que lhes transmitiu, mas se calhar marcou-os quando os ajudou em alguma altura difícil das suas vidas, (...) e isso são valores e aprendizagens que os alunos fazem (...) e nós professores com certeza também estamos a contribuir para a sua formação moral e (...) como pessoas...” Epf 7,6

“...cuidamos enquanto enfermeiros, (...) cuidamos enquanto professores, (...) há determinados problemas que os alunos têm e nós nos apercebemos (...) se calhar até precisam de um cuidar nosso, de uma atenção, (...) de um questionar, (...) temos de ter sensibilidade para acompanhar estes alunos, não só no sentido do conhecimento, mas também noutra tipo de aprendizagens que eles têm como pessoas...” Epf 7,5

Estas unidades de significação vão ao encontro do que é referido por Chalifour (1989, p.99), quando afirma que *“para se prestar uma ajuda eficaz, a enfermeira deve aceitar investir na relação...”* e de Roach (1993, p.124) que defende que *“é a relação que restitui à prática de enfermagem um sentido humano, construindo-se o cuidar numa relação de responsabilidade e lealdade (confiança)...”*. Na opinião dos nossos participantes o cuidar em enfermagem:

“... implica um conjunto de verbos de acção e de relação...” Epf 2,9

“...a profissão de enfermagem é uma profissão essencialmente humana, (...) não estamos a mexer em papéis ou a tratar de burocracias (...) lidamos com pessoas...” Eef 1,2

Neste sentido, Basto (1998, p.49) preconiza que o que torna a enfermagem uma actividade profissional é exactamente o tipo de relação que define como *“uma comunicação deliberada, centrada no cliente, com a intenção de ajudar a tornar-se mais independente nas suas actividades ou decisões ou a aumentar o seu conforto”*. Também Watson (2002) reforça que o cuidar só pode ser praticado e demonstrado de forma interpessoal, por ser através das relações com os outros que aprendemos a ser humanos, ou seja, ao identificarmo-nos com o outro, a humanidade reflecte-se em nós próprios e é nesta inter subjectividade que o ser humano mantém viva a nossa humanidade.

A relação faz de tal maneira parte do cuidar, que também todos os nossos intervenientes consideram que sem ela não se cuida. O cuidar integra necessariamente uma dimensão relacional, técnica e científica, não se podendo dissociar uma das outras:

“...para se cuidar é necessário um conjunto de três componentes, (...) a componente científica, a componente técnica e por fim a componente relacional que está sempre envolvida no acto de cuidar (...) a competência científica ligada ao saber, às competências propriamente ditas, (...) a competência técnica com o conhecimento e o manuseamento das técnicas (...) e a competência relacional associada ao desenvolvimento da formação humanista...” Epm 3,4

“...enfermagem é uma profissão que envolve um corpo de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais que se traduzem no acto de cuidar...” Epf 12,1

“...a enfermagem é composta por três grandes eixos (...) o saber (eixo científico), o saber fazer (eixo técnico) e o saber ser / estar (eixo relacional)...” Epm 6,2

Neste estudo, a importância do cuidar em enfermagem assumir um perfil profissional, centra-se deste modo no conjunto de conhecimentos, capacidades e atitudes, no sentido de integrar os diferentes saberes. É necessário um conjunto de conhecimentos gerais e específicos que permitam compreender as necessidades do outro e ser capaz de responder adequadamente a elas, pois o cuidar profissional não depende apenas de boas intenções, tal como refere um sujeito do estudo:

“...os enfermeiros cuidam com uma base científica, (...) depois há quem cuide por afectividade, por laços de família...” Eef 11,14

Como já referimos anteriormente, Leininger (1988) diferencia o conceito genérico de cuidar do seu sentido profissional, defendendo este último como *“comportamentos cognitivos e culturalmente aprendidos, técnicas, processos ou padrões que capacitam ou ajudam o indivíduo, família ou comunidade a melhorar ou manter uma condição ou estilo de vida saudável”* (Cohen 1991,p.900). Assim, relativamente aos conhecimentos do enfermeiro as declarações dos vários participantes são elucidativas quanto à importância dos conhecimentos científicos – saber para cuidar:

“...um saber profundamente alicerçado na ciência, no conhecimento científico, na investigação científica...” Epm 5,1

“...é importante ter-se conhecimentos, para se poder avaliar as situações de modo a se detectarem os problemas reais e potenciais dos doentes...” Epf 4,2

“...fazer por fazer qualquer pessoa o faz, (...) saber porque é que se faz (...) isso é que é enfermagem...” Epf 11,2

“...pela formação que temos, temos mais potencialidades para [cuidar], (...) por isso eu acho

que o cuidar profissional é científico...” Epm 10,3

“...cuidar é usar toda a informação, os conhecimentos (...) no sentido de promover a vida...”
Epm 5,8

Estes conhecimentos permitem ao enfermeiro interpretar as necessidades concretas do indivíduo ou do grupo, situá-las no seu contexto e, de forma reflectida, traçar as acções cuidativas que possam dar resposta aos seus problemas.

Para além do conhecimento científico, é igualmente importante que se adquiram competências técnicas – saber fazer. Como referem os nossos sujeitos:

“...em enfermagem é necessário haver alguma destreza manual...” Epf 4,5

“...é essencial ser-se um bom técnico...” Epf 4,5

“...os procedimentos, as técnicas, (...) são uma das partes da componente de cuidar (...) mas não deixam de ser importantes...” Epf 11,3

“...administrar terapêutica também faz parte de cuidar...” Epf 11,4

“...a parte técnica também deve ser valorizada no cuidar...” Epf 4,10

Segundo alguns autores como Watson, Collière, Leininger, quando uma pessoa necessita de intervenções e / ou tratamentos específicos, estas acções devem ser orientadas numa perspectiva de cuidar. Assim, a actividade prática necessita de um saber sobre o saber fazer, ou seja, há uma interligação de conhecimentos. Como refere um dos participantes:

“...quando o meu avô faleceu eu estava com ele, e na altura mesmo sendo uma pessoa de família de quem eu gostava muito, não entrei em pânico e comecei a tentar reanimá-lo (...) tal como tinha aprendido (...) toda a minha atitude se baseava no mais importante cuidado (...) preservar a vida (...) tentando preservar este bem, estava a cuidar dele...” Eef 9,1

Esta asserção ou significado apresentado, sugere o cuidar a partir de uma perspectiva humanista que tem, tal como refere Watson (1985), que basear-se necessariamente num conhecimento científico cada vez mais abrangente. O contraste entre cuidar (caring) e curar (curing) induz à autora o termo “carative”. Enquanto os factores “curative” têm como objectivo curar o cliente da doença, os factores “carative” convergem para o processo de cuidar que ajuda a pessoa a atingir ou manter a sua saúde, ou a morrer serenamente (Watson 1985,

p.7). Neste sentido, “a orientação para cuidar, mesmo quando se trata, é imprescindível ao bem-estar do doente” (Ribeiro 1995, p.17). “Tratar é um acto técnico. Cuidar é um acto de humanidade que em contexto de saúde, inclui tratamento” (Raposo 2003, p.95). A expressão antiga “cuidar de, tomar conta de” mostra bem que não se trata de lutar contra a doença, mas de se agarrar ao que vive, estimulando e fornecendo as condições favoráveis ao seu desenvolvimento (Collière, 1996). Também os nossos intervenientes têm esta perspectiva, quando afirmam que:

“...cuidar é estar ali (...) tratar é fazer as coisas mecanicamente, cumprir as rotinas, fazer as higiènes, algaliar, colocar um soro, dar medicação...” Eef 6,10

“...se agirmos como máquinas estamos a tratar (...) se estabelecemos relação estamos a cuidar...” Eem 12,1

Deste ponto de vista, emerge mais uma vez o significado de cuidar enquanto característica humana, em que a relação assume uma dimensão importante. O papel do enfermeiro é na verdade amplo, exigindo conhecimentos, habilidades, atitudes e comportamentos muito específicos. É, deste modo, no âmbito da competência relacional que o saber ser / saber estar, constitui a capacidade que é realçada como fundamental para cuidar. Tudo se encontra na forma como estamos, como comunicamos. “Esta perspectiva orienta-nos de facto para uma reflexão de natureza ética, dado que é no agir profissional que o enfermeiro se define como ser ético” (Ribeiro 2000, p.73).

Decorrente da história de vida, das experiências, do pensar e do reflectir, o saber ser e estar desenvolve-se em cada um de um modo próprio, além de que necessita de uma formação específica e treino adequados no âmbito da relação de ajuda.

Segundo Mayeroff (1990), o saber ser passa por um compromisso perante o outro e pela devoção, esta demonstrada pelo estar com, o que implica que o enfermeiro se centre nas necessidades da pessoa. Deste modo, considerando o cuidar como um processo interactivo, exige sensibilidade por parte do enfermeiro no interpretar das suas intervenções, tal como foi referido pelos sujeitos do estudo, onde a excelência do conhecimento inclui o saber, o saber fazer e o saber ser. É na articulação destas três dimensões que o cuidar em

enfermagem se fundamenta.

Ao pensarmos nesta amplitude do conhecimento, necessariamente está implícita a noção de competência, não podendo de modo algum ficar restringida a um saber ou mesmo a uma habilidade. Boterf (1995) refere que a competência é formada pelo saber, pelo saber fazer e por aptidões ou qualidades, sendo também fundamental querer agir para saber agir. O mesmo autor (p.41) salienta que para se ser competente é necessário *“um saber mobilizar em tempo oportuno, as capacidades ou conhecimentos que foram adquiridos (...) e saber aplicá-los quando necessário e em circunstâncias apropriadas”*.

Igualmente Roach (1993) reforça o sentido de que a competência é traduzida pela habilidade da aplicação dos conhecimentos técnicos e científicos tendo em conta a pessoa num determinado contexto. Decorrente desta linha de pensamento, podemos considerar que o saber, o saber fazer e o saber estar representam a competência profissional pretendida na intervenção do cuidar em enfermagem.

O agir intencional

No âmbito do agir intencional destacaram-se as seguintes sub-sub categorias: a pessoa, estar com, escutar, tocar, as pequenas coisas, a relação de ajuda e o ensino.

Relativamente à intencionalidade do cuidar em enfermagem, Swanson (1991) reporta-se às seguintes questões: será que o cuidar é um comportamento intencional do enfermeiro? Ou é uma percepção só identificável pelo cliente? Pode ser ensinado? É um ideal moral? Ou é uma maneira de estar no mundo? Segundo os pontos de vista dos nossos intervenientes, a intencionalidade do cuidar em enfermagem condiciona o tipo de acção a desempenhar.

Watson (1988, p.29) realça que o cuidar em enfermagem não é apenas uma emoção, uma atitude ou um desejo, é um ideal moral. Ideal este que constitui um ponto de partida, uma atitude, um desejo, uma intervenção, um

compromisso que se deverá expressar em actos de cuidar com a finalidade de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. Através de um estudo sobre o cuidar, Ribeiro (2000) verificou que a expressão do “agir intencional” é orientada pela individualidade da pessoa e pelo objectivo expresso em determinado contexto, o que nos leva a pensar que são consideradas as necessidades identificadas e os desejos dos doentes.

Procurando explicitar tais pressupostos, salientamos algumas acções reveladoras da decisão ou intenção de cuidar.

Ao utilizarmos a expressão pessoa, pretendemos realçar que as intervenções da enfermagem são direccionadas sobre a totalidade do indivíduo, preocupando-se assim em atendê-lo nas suas dimensões (Parse 1987, p.135-136).

Sendo a enfermagem uma profissão que se identifica como humanista e uma profissão que possui como essência o cuidar humano, entende o indivíduo como *“um todo unificado que possui uma integridade própria e manifesta características que são mais que a soma das suas partes e distintas delas”* (Marriner 1989, p.305). Cada pessoa tem uma individualidade própria da qual se salientam necessidades e desejos diferentes. Esta expressão ilustra a importância de se ter em conta que a pessoa é um ser complexo que não se reduz aos acontecimentos presentes, pois traz sempre consigo a sua história e a sua circunstância (Coelho 2000, p.173).

Centrados na pessoa do doente também os nossos intervenientes realçam que:

“...cuidar engloba tudo (...) engloba o ser humano na sua totalidade, fisicamente, psicologicamente, socialmente...” Epm 1,2

“...cuidamos quando estamos com as pessoas, quando satisfazemos as suas necessidades, (...) sejam elas quais forem...” Eem 10,1

“...cuidar é fazer tudo por tudo para que a pessoa se sinta bem, a todos os níveis (...) físico, mental e espiritual...” Eef 9,4

“...cuidar é ajudar os doentes em todas as dimensões, (...) física, psicológica...” Eem 8,4

Mayeroff (1990), citado por Watson (1988, p.30), diz-nos que “*para*

cuidarmos de alguém, temos de saber muitas coisas. Temos de saber por exemplo quem é o outro, quais os seus poderes e limitações, quais as suas necessidades e o que é que contribui para o seu crescimento...". Assim, cuidar requer uma pesquisa de conhecimentos, em que cada pessoa é vista como um ser com dignidade própria, com as suas particularidades, cuja compreensão se considera ser fundamental para ser cuidada. As asserções que se seguem enfatizam esta perspectiva:

"...ao cuidarmos temos de conhecer a pessoa, as suas necessidades (...) de modo a tentarmos corresponder às suas expectativas (...) sejam elas físicas ou psicológicas..." Eef 5,2

"...tive uma doente paraplégica que estava no serviço à espera de vaga para ser transferida para Alcoitão. Esta senhora já estava internada há 3 meses, e ao longo do internamento fomos estabelecendo uma "verdadeira relação". Durante a espera da transferência, planeou-se um fim-de-semana em casa, visto a senhora estar cheia de saudades da sua casa. Durante a visita médica, onde estava toda a equipa, a senhora fez-me sinal e disse-me que precisava de falar comigo quando toda aquela gente dali saísse. Assim foi, quando terminou a visita fui ter com ela e perguntei-lhe o que era que a estava a preocupar, porque eu já a conhecia bem e sabia que alguma coisa a preocupava. Foi quando ela se abriu e disse-me: "sabe que eu estou aqui há 3 meses e neste período todo o meu marido nunca mais esteve comigo, como pode imaginar agora vou para casa e estou cheia de medo, (...) o meu estado, a algália" (...) e foi assim que tivemos uma longa conversa e que em conjunto arranámos algumas estratégias..." Epf 12,2

A consciencialização de que todo o doente é pessoa obriga-nos a conhecê-lo na sua singularidade, num contexto cultural. É esta a visão de Leininger (1979) quando realça que a pessoa é um ser que não pode ser dissociado da sua bagagem cultural, os seus estilos de vida reflectem os seus valores, as suas crenças e práticas culturais. Noutra vertente Watson (1985), baseada numa perspectiva existencialista, espiritual e fenomenológica, salienta que ao olhar a pessoa o enfermeiro deverá ter em conta a globalidade da sua experiência, considerando-a como um ser que possui mente, corpo e espírito, possuindo um campo fenomenológico próprio. Assim, o enfermeiro deverá ter presente que cada pessoa tem uma filosofia de vida e uma visão do mundo muito próprias.

Decorrente da sua teoria de cuidar a médio alcance, Swanson (1991) enfatiza como fundamental o – "estar com", também encontrada nesta procura de sentido de cuidar. As respostas encontradas no nosso estudo são coerentes

com a literatura existente, estando as asserções directamente relacionadas com a vertente:

“...cuidar é estar com alguém, é ajudar no momento certo, é ajudar a pessoa a crescer, é ajudar a pessoa a nascer e a morrer, é ajudar a pessoa a restabelecer-se, é dar uma dica para que ela consiga ser autónoma, (...) é um conjunto de coisas tão diversificadas que implica necessariamente estar com outro e criar uma empatia com ele...” Epf 12,9

“...cuidar é fazer pelos outros e com os outros...” Epm 9,4

“...cuidar é quando estamos juntos...” Epf 7,3

“...cuidar é quando estamos próximos...” Epf 7,4

“...cuidar é estar junto de quem necessita...” Epm 5,1

“...cuidar é estar presente e minimizar os desconfortos...” Epf 4,4

Os intervenientes do nosso estudo relacionam deste modo o cuidar com a intenção de estar com o doente, de permanecer junto dele. “Estar com” é condição essencial de cuidar. As competências relacionais exigem um “estar mais com”, o que nem sempre é o que observamos, pois o estar implica “estar lá”, compartilhando sentimentos, mostrando disponibilidade, atenção e escuta empática:

“...cuidar é estar com a pessoa...” Epm 3,4

“...cuidar é olhar para a pessoa...” Epm 3,6

“...cuidar é ouvir...” Epf 2,3

“...cuidar é sermos sensíveis ao doente...” Epm 1,8

“...cuidar é sentar-me um bocadinho ao pé do doente...” Epm 1,4

“...cuidar é proporcionar condições favoráveis para a pessoa ter vontade de viver...” Epf 8,7

“...cuidar é proporcionar bom ambiente para que a pessoa se sinta bem...” Epf 8,8

Decorrente das observações dos intervenientes, subentendemos de novo implícito no cuidar o ideal moral, que Watson considera como uma “*atitude, um desejo, intenção ou compromisso de proteger e preservar a dignidade humana*” (1988, p.29). O estar com implica, pois, toda uma disposição para a relação humana. Também Chalifour (1989), realça a necessidade de reconhecer que o cuidar não poderá existir sem a presença de um laço significativo entre quem presta cuidados e quem os recebe. Neste sentido, pensamos que a disponibilidade física e emocional só poderá acontecer se houver sensibilidade

para o outro e prazer para estar com outro.

Assegurar uma presença física e emocional pela pessoa do enfermeiro é, assim, um dos aspectos considerados pelos intervenientes do estudo como importante para a qualidade dos cuidados e reconfortante para o doente. O “estar ali” permite ao enfermeiro centrar-se na pessoa, na sua totalidade e necessidades. Esta relação tem como objectivo dar resposta às necessidades afectadas, contribuindo assim para a satisfação e bem-estar do doente. Envolve ainda uma disponibilidade contínua, verificando-se um interesse pela experiência do outro.

O estar atento é assim visto como uma capacidade primordial no cuidar em enfermagem, o que pressupõe e implica uma necessidade de escuta. Ao explicitar a acção de escutar os nossos intervenientes referem que:

“...cuidar é escutar...” Epf 11,3

“...tive uma doente que uma noite por volta das duas da manhã tocou à campainha e pediu para falar comigo, não era nada de cuidados mas mesmo assim tive duas horas a ouvi-la falar. A senhora após a conversa acalmou e descansou, tendo dormido o resto da noite (...) passado uns dias a senhora teve alta e antes de sair do serviço andou à minha procura com um embrulhinho (...) disse-lhe que não era preciso que era o meu trabalho e que o fazia com o maior gosto (...) mas a senhora argumentou dizendo (...) aceite senhora enfermeira, é só um miminho pela paciência e carinho de me ter ouvido naquela noite...” Epf 11,1

“...cuidar é (...) estar com a pessoa (...) é escutar o que tem para nos dizer, permitir que ela desabafe, que fale dos seus receios, das suas preocupações (...) e nos diga o que sente para que a possamos ajudar...” Eef 6,8

A necessidade de escuta é assim evidente no entender de Lazure (1994), que confirma que escutar não é sinónimo de ouvir, já que podemos “escutar o silêncio”. Podemos escutar no silêncio atento à linguagem do corpo, no entanto, quantas vezes o corpo é entendido como linguagem! – da sua vida passada e presente; dos seus saberes, dos seus valores, dos seus sentimentos e emoções, das suas limitações e potencialidades – quando se ouve (apenas) a linguagem é lacónica e raramente reproduz o essencial.

Subjacente à acção de escutar, entende-se a necessidade de conhecimento da pessoa, o que está de acordo com Cavaco (2000) que alerta para a forma como a linguagem do corpo é entendida considerando-se esse corpo portador

de “sentimentos, emoções, espírito e alma”.

Indo ao encontro desse conhecimento, Lazure (1994) define como objectivos de escuta: manifestar-lhe que é importante; permitir-lhe que verbalize as suas emoções; ajudá-lo a verbalizar as suas necessidades e problemas; ajudá-lo a elaborar um plano de acção realista e eficaz.

A explicitar a acção de escutar, os nossos participantes reforçam a ideia de que:

“...cuidar é olhar para o doente e ver...” Eef 11,12

“...cuidar é apoiar (...) é ajudar...” Eef 6,2

“...diariamente cuidamos uns dos outros (...) quando ajudamos alguém, quando escutamos alguém...” Epm 9,6

“...cuidar é estar atento...” Epf 4,8

“...cuidar não tem fronteiras (...) tive a oportunidade de cuidar de uma aluna que se confrontava com alguma indecisão relativamente ao curso de enfermagem (...) tudo se passou durante um estágio, nunca falei no assunto mas estive sempre muito perto, muito atento. Fui falando, escutando, dando-lhe apoio no que necessitava, mesmo por vezes na brincadeira, e penso que assim ela conseguiu ultrapassar as suas dúvidas, (...) ou pelo menos começou a ver as coisas de outra maneira...” Epm 6,1

Escutar será deste modo um instrumento essencial que cada enfermeiro deverá desenvolver. Aprende-se a escutar desenvolvendo uma atitude de interesse pelos outros e por nós próprios, que Vasconcelos denomina de atitude activa – “*escutar é uma atitude activa, é um exercício contra o egocentrismo; é um acto sincero e caloroso; é receber a expressão alheia como a terra recebe a semente*” (1989, p.111).

Prossequindo na análise da intencionalidade que se reveste o cuidar, os intervenientes do estudo referem o toque, naturalmente entrelaçado noutras disposições, visto este não acontecer isoladamente:

“...através do toque (...) quando estamos junto do doente (...) há determinadas práticas (...) determinada forma de estar que traduzem esse cuidar, o cuidar de estar, de estar muito próximo...” Epf 7,2

“...cuidar envolve estar com a pessoa, olhar para a pessoa, ouvir a pessoa, tocar na pessoa, conversar com a pessoa...” Epm 3,5

“...nós cuidamos das pessoas, estamos com elas (...) cuidamos das suas necessidades (...) é tão importante um sorriso, um toque, um gesto de carinho...” Eem 10,3

“...são aqueles pequenos gestos que se fazem e que têm tão grande importância para os doentes (...) o pentear, o dar a mão, uma festa...” Eef 11,7

O toque descobre-se com a *“intenção de confirmar as palavras ou, na ausência delas, manifestar interesse, confrontar, concentrar-se no outro, afirmar-se uma presença física autêntica”* (Vidal 2003, p.107). Como refere Lopes (2001) *“tudo o que somos, fazemos e sentimos devemos-lo ao corpo; o corpo é inseparável do homem; é fábrica de sentimentos, emoções e projectos; é portador de uma intimidade e identidade”* (2001, p.40).

O tocar intencional faz portanto parte integrante da relação enfermeiro – pessoa cuidada. Ajuda a pessoa a abrir-se a esta relação e facilita o estabelecimento de uma convivência terapêutica. O toque apresenta múltiplas utilidades: pode servir para atrair a atenção de uma pessoa desatenta ou um pouco confusa, permite ao enfermeiro mostrar o seu interesse, apoiar uma palavra ou uma frase, tranquilizar uma pessoa ansiosa. Mas é principalmente nos momentos de grande emotividade que o tocar se revela mais precioso.

Associado ao toque, os nossos intervenientes valorizam igualmente as necessidades designadas pelas pequenas coisas que ajudam na definição de cuidar. Vejamos que pequenas coisas dão sentido ao cuidar:

“...cuidar é fazer um levante ao doente...” Eef 11,2

“...cuidar é dar alimentação a um doente...” Eef 11,4

“...cuidar é fazer a higiene a um doente...” Eef 11,5

“...cuidar é simplesmente mudar uma fralda...” Eef 11,6

“...cuidar é pentear um doente, caso ele não o possa fazer...” Eef 11,9

“...cuidar é quando fazemos um sorriso...” Eem 10,2

“...cuidar é quando fazemos um gesto de carinho...” Eem 10,4

“...cuidar é fazer pelos outros aquilo que eles não conseguem fazer sozinhos...” Eem 8,3

“...cuidar é observar, é estar atento...” Eef 5,4

“...cuidar é ter sensibilidade...” Eef 5,5

“...cuidar é ter pequenos gestos...” Eem 3,5

Não são necessariamente actos técnicos que asseguram funções vitais ou aliviam sintomas, mas são aquelas pequenas coisas traduzidas em gestos simples com subtileza e que dão sentido à vida:

“...encaminhar um doente para o sítio certo, para a pessoa certa...” Epf 12,6

“...hoje em dia as pessoas não estão viradas para as pequenas coisas, interessa tudo aquilo que é imediato, que é quantificável (...) parece que só isso é que tem valor (...) que só isso é que é importante (...) e, no meu entender faltam as tais pequenas coisas que passam eventualmente por dar os bons dias a um doente...” Epf 12,8

“...por muito pouco tempo que se tenha, há sempre lugar para uma palavra, para um sorriso (...) para ajudar as pessoas a sentirem-se melhor na sua condição de pessoa...” Epf 8,5

“...cuidar é olhar o doente nos olhos...” Epm 1,5

“...cuidar é dar a mão ao doente...” Epm 1,6

Os cuidados de enfermagem são então entendidos pelos nossos intervenientes como *“múltiplas acções que são sobretudo, apesar do lugar tomado pelos gestos técnicos, uma imensidão de pequenas coisas que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares (...) as pequenas coisas são anódinas, tão pouco sofisticadas e tão pouco aparentosas, que fazem parte da vida de todos e são, portanto, necessárias à promoção da saúde das pessoas. Por vezes são mesmo tanto ou mais necessárias que as acções complicadas, de alto tecnicismo”* (Hesbeen 2001, p.47).

Todos estes contributos – verbos de acção que compreendem o cuidar em enfermagem – vão ao encontro das necessidades humanas e resultam de uma relação rica centrada nas intervenções de enfermagem. Esta relação contudo possui um carácter particular. Implica que a pessoa do enfermeiro esteja essencialmente voltada para o outro, para o seu vivido, para o seu sofrimento. Este seu envolvimento procura favorecer no outro o crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, o melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida. Assumindo igualmente a relação com o doente como uma importância primordial, os nossos intervenientes valorizam-na quando afirmam que:

“...a enfermagem assenta na capacidade de ajudar o outro, no cuidar do outro...” Epm 10,1

“...a essência da enfermagem baseia-se na ajuda ao próximo, (...) ajuda no aspecto físico e psicológico, técnico e humano...” Eef 11,1

“...quando penso em enfermagem, associo sempre a humanização...” Eef 9,1

“...a enfermagem é uma profissão onde damos muito de nós e onde os doentes também dão muito deles...” Eef 7,1

Podemos então afirmar que a relação de ajuda constitui uma condição “sine qua non” da eficácia dos cuidados, seja qual for a condição que guia o enfermeiro nas suas actividades.

Neste sentido, Basto (1998, p.49) preconiza que o que pode tornar a enfermagem uma actividade profissional é exactamente o tipo de relação que define como “*uma comunicação deliberada, centrada no cliente, com a intenção de ajudar a tornar-se mais independente nas suas actividades ou decisões ou a aumentar o seu conforto*”. É a qualidade do encontro com o outro que constitui o elemento determinante da eficácia dos cuidados. Esta qualidade está assegurada, segundo Lamontagne (1988, p.82), quando o enfermeiro é capaz de se centrar no cliente e família e de escutar, com a sua disponibilidade, com todos os seus sentidos e sensibilidade, o que têm para lhe dizer. Por vezes sabemos não ser fácil pôr de parte os nossos juízos, a nossa escala de valores, as nossas preocupações. Trata-se no entanto de aceitarmos e compreendermos o outro sem fazer juízos de valor, pois é fundamental que o outro se sinta aceite e compreendido.

Também os nossos sujeitos do estudo definem o cuidar pela relação, como sendo essencial à vida, quando afirmam que:

“...cuidar é dar um pouco de nós para que essa pessoa fique melhor...” Eem 10,8

“...cuidar é dar tudo de bom à pessoa, (...) carinho, amor, afecto...” Eef 9,3

“...cuidar é estar junto do doente...” Eef 9,8

“...cuidar é ouvir o doente...” Eef 7,5

“...cuidar é tentar compreender o que eles sentem...” Eef 6,5

“...cuidar é estabelecer uma relação empática...” Eef 6,6

“...cuidar é corresponder às expectativas e às necessidades da pessoa, (...) sejam elas físicas ou psicológicas...” Eef 5,2

“...cuidar é ajudar as pessoas...” Eem 4,2

“...cuidar é ajudar o doente, (...) proporcionar-lhe meios para que ele se possa restabelecer, para que ele consiga adquirir um bom estado de saúde...” Eem 3,1

“...cuidar é uma relação terapêutica, (...) estabelece-se uma relação de ajuda nos cuidados de reparação e nos cuidados de manutenção da vida, (...) este conjunto de cuidados complementam-se, (...) às vezes é mais importante uma palavrinha ou um sorriso do que administrar a injeção mais eficaz do mundo...” Eef 8,3

Defender a perspectiva de que o cuidar é uma relação interpessoal significa que é pela interação com a pessoa que o enfermeiro expressa o cuidar.

Partindo do princípio de que cuidar é relação, consideraram-se ainda alguns aspectos referentes à comunicação, porque “*a comunicação não é só uma manifestação de um conceito abstracto, ela é a própria relação*” (Sundeen 1981, p.94).

Relativamente a esta vertente, salientamos os significados que se seguem, onde demonstram que os intervenientes do estudo consideram que a capacidade de cuidar pressupõe a capacidade de comunicar:

“...o doente aprecia o enfermeiro que está disponível para o ouvir, para dar um conselho, para estar um bocadinho ao pé dele, (...) a conversar...” Eef 4,4

“...o relacionamento com o doente, a comunicação com o doente e a família, são factores extremamente importantes...” Eef 11,7

“...cuidar é comunicar com os doentes...” Eef 9,9

“...cuidar é ter tempo para conversar com os doentes...” Eem 8,1

“...cuidar é estar ali, (...) junto, (...) quando eles precisam...” Eef 6,4

“...cuidar é estabelecer uma relação de empatia...” Eem 4,6

“...humanização implica comunicação com o doente, implica carinho, amor, (...) proporcionando bem-estar...” Eef 9,3

“...a sensibilidade também é muito importante, (...) o olhar para um doente e aperceber-se da sua tristeza...” Eef 5,4

A relação é assim uma questão de linguagem, que Renaud (1990) define como um conjunto de sinais que cada homem aprende a interpretar desde que nasce, dando-lhe um significado, um sentido, o que torna possível a comunicação, o encontro com o outro. Sendo a comunicação uma necessidade

de todo o ser humano, ela é inerente a qualquer processo relacional.

Uma vez que o processo de cuidados assenta na relação entre quem cuida e quem é cuidado, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada, pelo que deverá ter consciência do papel da comunicação e considerá-lo como imprescindível no acto de cuidar. Tal como afirma Collière (1995, p.52) “*é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico*”. É durante a relação terapêutica que o enfermeiro apoia o doente, orientando-o e/ou ensinando-o para que o doente se torne um “sujeito activo” ou “participativo” nos seus cuidados. Também neste estudo o ensino surge como um aspecto fundamental, tanto o orientar como o ensinar constituem assim um dos elementos integrantes dos cuidados de enfermagem.

Também Watson (1988) salienta que a orientação e o ensino obrigam o enfermeiro a conhecer o sentido do percurso do outro e as suas capacidades, a fim de identificar formas e conteúdos personalizados e reveladores do respeito que a sua singularidade merece. Mais uma vez, a relação interpessoal é determinante destas duas acções identificadas pelos intervenientes do estudo:

“os familiares também cuidam dos doentes, principalmente quando estes têm alta e ainda precisam de cuidados, (...) aí os enfermeiros têm um papel extremamente importante (...) orientando-os e ensinando-os...” Eef 9,10

“...cuidar é prevenir, (...) não deixando que as pessoas adoçam...” Eef 7,8

“...cuidar é promover a saúde das pessoas...” Eef 7,9

“...cuidar é todo um desempenho, tudo aquilo que se faça, que se ensine de modo a promover a qualidade de vida, a qualidade da existência...” Epm 5,5

“...cuidar é ensinar, (...) integrar o doente na família e na sociedade...” Epf 4,1

“...cuidar é ensinar...” Epf 2,5

Neste processo de educação, a aprendizagem é um processo de comunicação especial (...) que implica mais que uma exposição da informação. Trata-se de um processo de assimilação em que a nova informação promove uma mudança permanente da conduta. A educação é um processo de comunicações sucessivas, com o propósito previamente definido, cuja

finalidade é a alteração do comportamento.

Factores condicionantes

Nesta sub categoria, verificámos que os participantes do estudo se referiam à existência de condições que influenciam a intervenção do cuidar. Assim surgem duas sub-sub categorias: os saberes e as experiências, vivências de cuidar. Estas condições fazem alusão à vivência de ser cuidado, à experiência de cuidar e aos conhecimentos sobre o que é na realidade cuidar. Se por um lado estas condições actuam como um estímulo, por outro podem funcionar como um obstáculo a esse desempenho. Segundo Griffin (1983) cuidar é algo que está latente no ser humano e cujo aperfeiçoamento depende das vivências e das experiências do dia a dia (Griffin 1983, p.289-295). Numa abordagem filosófica, a autora refere que o cuidar faz parte da própria pessoa, e é no meio familiar e através das relações interpessoais que se desenvolvem as atitudes de cuidar. Este aspecto também foi referido por dois intervenientes ao afirmarem que:

“...a opção de escolha da profissão de enfermagem foi talvez devido ao facto de a minha mãe ser doente (...) desde que me conheço, me lembro dela doente, (...) tenho ao longo destes anos acompanhado a sua evolução (...) o seu sofrimento...” Eem 4,4

“...eu nasci com uma luxação congénita da anca, e sofri diversos tratamentos, (...) fiz ao todo oito cirurgias até ficar bem (...) durante os internamentos tive a oportunidade de conviver muito de perto com os enfermeiros, (...) os meus pais viviam longe e eu tive de ficar muitos dias sem eles (...) eram os enfermeiros que cuidavam de mim, eram os meus amigos, uma ajuda, (...) o que tornou os meus internamentos mais agradáveis, (...) tenho mesmo boas memórias desses tempos e desses enfermeiros, (...) foi durante esse tempo que eu comecei a ver o trabalho dos enfermeiros (...) gostei bastante da relação que eles estabeleciam com as crianças e as suas famílias (...) desde essa altura, comecei a dizer que um dia ainda iria ser enfermeira...” Eef 5,4

Podemos deste modo salientar que ser cuidado é essencial para o desenvolvimento da capacidade de cuidar, pois ao ser cuidado e cuidar, as pessoas reconhecem a sua humanidade. Nesta perspectiva Roach (1984, p.4), reconhece que apesar de todas as pessoas terem capacidade para cuidar, “a *experiência própria de cada um, em ter sido cuidado, influencia a habilidade de*

cuidar". Esta habilidade não é então igual em todas as pessoas, pois ela é influenciada pelas experiências de vida.

Partilhando da mesma opinião, os nossos participantes do estudo também o referiram ao afirmarem que:

"...existem diferentes conceitos de cuidar (...) cada pessoa tem uma interpretação diferente, (...) cada pessoa tem a sua personalidade, a sua maneira de ver as coisas, de perceber as coisas..." Eem 10,6

"...nem toda a gente pensa da mesma maneira, (...) essa diferença de pensar leva a que a prestação de cuidados seja por vezes diferente..." Eef 9,5

"...certamente que há outros conceitos de cuidar, (...) cada pessoa é diferente, tem diferentes experiências e vêem a vida de maneiras diferentes..." Eem 8,5

"...somos todos diferentes, (...) com virtudes, defeitos, competências mais ou menos desenvolvidas, (...) tudo aquilo que fazemos temos como princípio as referências que aprendemos ao longo da nossa formação (...) depois temos empenhamentos diferentes, maneiras de ser diferentes que nos levarão a cuidar de formas diferentes..." Epm 9,10

"...para o cuidar não há receitas (...) é uma área muito complexa e muito complexa de transmitir..." Epm 9,13

Jean Watson (1985, p.5) considera que a atitude de cuidar não é transmitida de geração em geração, através dos genes, mas sim transmitida pela cultura da profissão, através da interação com os outros. Aprende-se a cuidar pela experiência e com o tempo. Como é referido também pelos nossos sujeitos:

"...à medida que o curso vai caminhando (...) a autonomia do aluno vai sendo progressiva, (...) também vão sofrendo influências, principalmente dos enfermeiros orientadores (dos estágios), (...) aí, vai depender um bocadinho da influência na construção do conceito..." Epm 5,11

"...não sei se há vários conceitos de cuidar, (...) as situações em si, os contextos organizacionais e mesmo a mudança dos tempos é que levam as pessoas a valorizarem mais uns aspectos relativamente a outros..." Epm 3,8

"...os alunos não podem ter a mesma visão do cuidar do que os enfermeiros ou os professores, (...) eles têm realmente a teoria, mas ainda lhes falta trabalhar as competências, (...) falta-lhes a experiência..." Epm 3,9

Neste sentido, Honoré diz que o cuidar se vai renovando nas experiências que vão acontecendo ao longo da vida, sendo o tempo considerado enquanto

possibilidade de preservar, acumular experiências, as quais vão influenciando a capacidade de resposta a situações posteriores. *“As referências adquiridas deverão ser utilizadas tendo em conta a sua renovação na experiência singular, única, sempre reactivada pela compreensão da situação nova”* (Honoré 2001, p.114).

Nesta linha de pensamento, também Canário (2000) refere como decisiva a importância dada aos saberes adquiridos pela experiência e ao seu papel de âncora na produção de novos saberes, procurando-se articular uma lógica de continuidade (sem a referência à experiência anterior não há continuidade) com uma lógica de ruptura (a experiência só é formadora se passa pelo crivo da reflexão crítica). É pois nesta perspectiva que alguns dos participantes do estudo referem a importância dos conhecimentos sobre o que é cuidar:

“...para cuidar das pessoas utilizo um conjunto de conhecimentos e técnicas, além da relação que estabeleço (...) e é do conjunto destes saberes que diferem as maneiras de cuidar, (...) porque cada um de nós tem a sua individualidade (...) eu trato os doentes segundo a minha perspectiva de cuidar, outros tratarão segundo a perspectiva deles, (...) o que faz que o cuidar seja diferente...” Eem 12,6

“...não sei se existem vários conceitos de cuidar entre os enfermeiros, agora uma coisa eu sei, é que o empenho que os vários enfermeiros dedicam ao cuidar é diferente, (...) alguns fazem-no de uma forma mais conhecedora, mais reflectida do que outros e é aqui que residem as diferenças do cuidar...” Epf 12,12

“... [os enfermeiros] podem ter os mesmos conhecimentos técnicos e científicos, mas cada um põe aquilo que de mais pessoal tem a cuidar dos outros, (...) penso que isso é importante (...) tenho mesmo alguma dificuldade em entender a uniformização do cuidar...” Epm 9,9

“...cuidar passa por um processo de maturação...” Epm 3,2

É quando o pensamento exerce a sua faculdade reflexiva e criativa que o cuidado descobre novas possibilidades no sentido de persistir na existência, expandindo-se.

Segundo Honoré (2001), é através dos conhecimentos e das técnicas de que nos apropriámos, que fizemos nossos para integrar, em diferentes domínios, o nosso saber e o nosso saber fazer. Esta ideia de apropriação significa que, para apoiar as situações em que nos encontramos, colocamos esses conhecimentos e essas técnicas à prova, de tal maneira que elas servem

de base ao cuidado que dispensamos a novas situações (Honoré 2001, p.178). O autor recorda ainda que *“estes conhecimentos e técnicas que na sua origem, tiveram para nós um sentido ganham outro por via dessa apropriação. É nesse sentido, particular a cada um, que vai condicionar o cuidado, um sentido que dá à acção uma orientação que pode ser modificada a favor da nossa experiência, enriquecendo-se com novas aquisições”* (Honoré 2001, p.178).

5.2.2. – A formação e o cuidar

Nesta segunda dimensão, procuraremos descrever a importância da formação no desenvolvimento dos saberes propícios à prática de cuidar, que Collière (2003) diz estar: em saber reencontrar o sentido original dos cuidados de manutenção de vida.

A análise da forma como os professores e estudantes percebem a formação no contexto de cuidar será abordada com base apenas numa categoria: *processo ensino / aprendizagem*.

Formar-se faz parte da história de vida de cada pessoa e consiste no processo de apropriação, reflexão e consciencialização do contexto que marca o percurso educativo de cada adulto (Costa, 2002). Neste processo de formação ou de desenvolvimento e de estruturação da pessoa, o sujeito é agente da sua formação ao relacionar-se com as condições reais de trabalho, onde a dialéctica teoria / prática se exerce entre o mundo real da vida quotidiana da pessoa em formação e o sistema conceptual elaborado com a ajuda do formador (Lesne, 1984).

Neste sentido, a pesquisa permite descobrir e fazer emergir os saberes, *“a partir do que o profissional faz, do que sente, do que se apercebe, alimentando esta liberdade de sentir e decidir com um vasto leque de experiências e conhecimentos”* (Vidal 2003, p.32). A formação para cuidar demonstra-se na experiência como possibilidade de cuidar e procurar o conhecimento no adequar e integrar na experiência formadora. Como refere Vidal (2003, p.32) *“cuidar e formar serão assim conceitos interdependentes que se alimentam*

mutuamente, na necessidade de estreitar o fosso entre a teoria e a prática”.

Interessava-nos pois conhecer quais os factores, do ponto de vista dos sujeitos que aprendem e dos sujeitos que ensinam, que influenciam a aprendizagem do cuidar.

5.2.2.1 – Processo ensino – aprendizagem

Nesta categoria e a partir da análise dos significados das unidades de significação, encontrámos três subcategorias: **os aspectos valorizados no processo ensino / aprendizagem, as barreiras encontradas no processo ensino / aprendizagem e as estratégias utilizadas** neste processo.

Aspectos valorizados no processo ensino / aprendizagem

Neste âmbito, surgem quatro sub-sub categorias: a relação, os saberes, as experiências e o crescimento pessoal/profissional.

Através das respostas encontradas, vários dos intervenientes do nosso estudo valorizam a relação como aspecto essencial no processo ensino / aprendizagem:

“...o que mais valorizo no processo ensino / aprendizagem é a relação com os alunos, (...) ajudá-los a perceber que têm competências e orientá-los para que as desenvolvam...” Epm 10,4

“... [a formação implica] uma interacção muito grande entre docentes e discentes...” Epm 9,6

“...o diálogo com os alunos é fundamental, a relação de proximidade, de empatia, transmitindo a noção de que o nosso objectivo final é exactamente igual ao deles... [cuidar]...” Epm 9,8

“...foram os estágios que confirmaram que era isto que eu na realidade queria (...) que enfermagem é cuidar dos outros, é estar com eles, (...) foi na relação que tive com os professores e com os doentes que compreendi na realidade o que é ser enfermeiro...” Eef 7,5

Poletti (1983) refere que o ensino de cuidados de enfermagem não pode constituir somente uma redacção de objectivos em termos comportamentais, a

transmissão da informação, uma prescrição de leituras a fazer e o controlo dos resultados. Este ensino deve constituir-se a partir de um perito em didáctica, uma pessoa capaz de proporcionar um clima propício à aprendizagem, de criar uma estrutura de diálogo permanente com os estudantes; o que lhes permite desenvolver a capacidade de analisar dados e utilizar processos mentais conducentes à criação de paradigmas que facilitem a prática.

A mesma autora faz ainda referência ao papel do professor como apoiante do estudante, sustentando o seu ideal ético, o seu investimento intelectual e afectivo e o seu desejo de diálogo acerca dos cuidados que aprende a prestar. Isto supõe que, quer em sala de aula como nos ensinamentos clínicos, os professores sejam os peritos da aprendizagem, devendo ensinar aos estudantes como aprender, como pensar criticamente, como encontrar o significado dos elementos presentes nos actos que praticam e utilizar a sua experiência (Poletti 1983, p.76). Segundo esta ideia, também os nossos participantes salientam a importância do professor na relação ensino / aprendizagem:

“...sou uma pessoa um bocadinho ansiosa por natureza, (...) a entrada para o curso foi um grande choque (...) o ritmo de estudo, os horários que são bastante pesados e por fim os estágios no final da teoria (...) já não falando da ansiedade que se cria à volta dos estágios (...) quando iniciei o estágio estava tão cansada, tão sensível que entrei em grande ansiedade, quase em pânico (...) mas a professora que estava comigo apoiou-me muito, deu-me confiança e motivou-me a continuar (...) nunca me esquecerei da forma como fui ajudada...” Eef 6,1

“...no processo ensino / aprendizagem pretende-se que em vez do professor se limitar a transmitir saberes que construa saberes, e essa construção passa por um processo conjunto de professores e alunos (...) cada um com a sua quota partes, com os seus conhecimentos, com a sua experiência...” Epm 10,5

“...quando não sei alguma coisa digo logo que não sei mas que me vou informar para depois conversarmos (...) os alunos ficam um pouco admirados (...) pensam que os professores sabem tudo (...) daí concluí ser importante os professores [não terem medo de se expor] utilizando-se também como objecto de ensino / aprendizagem (...) pois somos gente que cuida de gente...” Epm 6,5

Citando Queirós (1999), o ensino pode caracterizar-se como uma actividade dirigida ao longo da aprendizagem e praticada de tal forma que respeite a integridade intelectual do estudante e a capacidade de decisão independente. O ensino consiste na resposta planeada às exigências naturais do processo de

aprendizagem e deve ser encarado como resultante de uma relação pessoal do professor com o estudante. Também para Bordenave (citado por Queirós, Silva e Santos, 2000), o segredo do bom ensino é o entusiasmo pessoal do professor, que vem do seu amor à ciência e aos estudantes. Este entusiasmo pode e deve ser canalizado de modo a incentivar o entusiasmo dos estudantes para realizarem, por iniciativa própria, os esforços intelectuais e morais que a aprendizagem exige.

Pelo que tem sido exposto, parece importante que os docentes de enfermagem se consciencializem de que a sua intervenção, neste processo de ensino / aprendizagem se reveste de grande importância na construção e veiculação de modelos, valores e atitudes. Na realidade, uma boa parte do sistema de comportamentos, valores e conhecimentos é aprendido na escola, contribuindo para isso a sua organização, em geral, e o desempenho do professor em particular.

Partilhando da mesma opinião, também os nossos sujeitos do estudo consideram que as pessoas que assumem significado na aprendizagem do que é cuidar, são os professores:

“...a nossa forma de ser, de estar face à profissão, o desempenho e o gosto (...) são muito importantes [na aprendizagem dos alunos]...” Epm 9,9

“...temos de ser nós professores a transmitir, na nossa prática diária, na nossa postura (...) o que é assumir essa responsabilidade [de ser enfermeiro]...” Epm 9,11

“...o modelo do professor na formação dos alunos é extremamente importante (...) logo devemos ser coerentes na formação que fazemos (...) ex: o ser assíduo e pontual (...) não me sentiria bem pedir ao aluno que o fosse se eu própria não o fosse...” Epm 9,9

“...acho importante que nós alunos tenhamos [referências] ao longo da nossa aprendizagem (...) há bons professores, bons profissionais, e se nós tivermos a sorte de calhar com eles, acabamos por adquirir algumas coisas e alguns jeitos que eles têm, (...) e isso é bastante importante...” Eef 7,7

“...aquilo que me fez acreditar na enfermagem não foi só aquilo que eu gosto de fazer, mas também aquilo que eu vi certos enfermeiros fazerem (...) nem todos os profissionais são maus (...) há muito bons profissionais que se empenham, se dedicam, se preocupam com os doentes (...) são pessoas muito humanas e que conseguem estabelecer verdadeiras relações de ajuda...” Eef 1,4

Ao indicarem quer os professores, quer os enfermeiros como elementos

importantes na apropriação do que é cuidar, foi interessante verificar que não são genericamente “os professores” e/ou “os enfermeiros” que são referidos como elemento facilitador da aprendizagem, mas um certo “professor” e/ou um certo “enfermeiro” que corresponde a determinado perfil. Com isto podemos subentender que os nossos intervenientes consideram que cada um destes elementos, e de acordo com o perfil que o caracteriza, pode agir como facilitador ou inibidor da aprendizagem do que é cuidar. A forma como o professor assume as suas funções, os modos de trabalho pedagógico que desenvolve, determinam o seu papel formativo, a sua influência positiva ou negativa na formação.

Outro aspecto que também é valorizado pelos nossos intervenientes no relacionamento estudante / professor é a aquisição de saberes necessários para descrever, explicar e modificar a prática, desenvolvendo o saber fazer e o saber ser:

“...estamos bem preparados em termos de conhecimentos, o que faz com que nos sintamos seguros e independentes nas nossas actividades...” Eem 12,3

“...sinto que chego ao final destes quatro anos de curso bem preparado para exercer a profissão de enfermagem, tanto a nível técnico como a nível relacional (...) a capacidade de comunicar, a desinibição, a confiança, a forma de transmitir, a maneira de estar, (...) evoluíram bastante ao longo desta caminhada...” Eem 10,1

“...uma vez uma professora disse-nos uma coisa que me ficou na cabeça (...) vocês estão a tirar um curso de enfermagem não é para serem caracterizados por saberem dar injeções, fazer pensos ou outro tipo de técnicas, vocês têm conhecimentos, e, esses conhecimentos são para serem usados para ajudar as pessoas...” Eef 6,4

“...à medida que vou adquirindo conhecimentos e mais experiência, apercebo-me de tão vasta é a profissão de enfermagem, (...) e tenho agora a sensação, no final do curso, que ainda tenho tanto que aprender...” Eef 5,4

“...um professor tem de ter bons conhecimentos científicos, (...) tem de estar na posse de informação actualizada e de qualidade...” Epm 5,15

Assim, se a visão actual da enfermagem é a de uma profissão de interacção humana, de cuidar e promover contextos de desenvolvimento social, então a formação deve adequar-se a este interesse prático. Como refere Poletti (1983), exige um desenvolvimento de processos inerentes ao “conhecimento construído” e não a um conhecimento tecnológico. Este tipo de conhecimento é

contextual, é construído pelo estudante à medida dos seus progressos. Integra aspectos objectivos e subjectivos, assim como todos os modos de saber e todas as formas de conhecimento, permitindo-o ainda ser aberto e criativo.

Contudo, torna-se também necessário explorar e analisar situações de cuidados de enfermagem em meio hospitalar ou em meio extra hospitalar, que permitam desenvolver a observação, a comunicação, a relação de ajuda e o conhecimento de si próprio como profissional. Só assim é que os conhecimentos utilizados podem constituir um “património” que gere outros conhecimentos e sirva de alicerces permanentes ao crescimento pessoal.

A importância das experiências também é mencionada pelos nossos sujeitos do estudo, ao considerarem-nas fundamentais para integrar a teoria na prática:

“...quando acabamos o curso ficamos com uma noção do que é enfermagem, (...) mas faltamos a experiência, as vivências...” Epm 5,12

“...tive uma doente em fase terminal (...) durante o tempo que estive com ela, cuidei dela da melhor maneira que sabia, e senti que ao longo deste tempo consegui dar-lhe um pouco de alegria, de carinho (...) foi uma experiência muito importante, muito gratificante e onde dei muito de mim...” Eem 10,2

“...tive um doente idoso que tinha uma série de úlceras de pressão (...) através dos nossos cuidados, onde fazíamos os pensos diariamente, posicionamentos de duas em duas horas, levante (...) falámos com o dietista a fim de haver um reforço proteico na sua dieta (...) verificámos que ao fim de um mês e pouco as feridas estavam em cicatrização (...) deu-me uma grande satisfação ver que o nosso esforço e os nossos cuidados tiveram êxito (...) foi muito gratificante...” Eef 9,2

“...lembro-me de ter tido um doente com um AVC (...) não conseguia falar e quanto mais nós tentávamos comunicar com ele, ele chorava porque não conseguia fazer-se entender, (...) foi uma grande aflição (...) fez-me ver o tão importante que é conseguirmos comunicar, seja [verbalmente ou de forma não verbal]...” Eem 8,3

“...chumbei no terceiro ano à unidade curricular de enfermagem de saúde infantil e juvenil (...) [a minha relação com as crianças e com os pais não foi a melhor] (...) tive um ano parada, o que não foi nada agradável, mas (...) no fundo acho que cresci na relação com os outros, com o mundo, o que se tornou bastante positivo para mim...” Eef 7,4

Partindo do pressuposto de que a experiência é formadora, que melhor forma de integrar a prática na teoria do que “reflectir sobre a experiência”, que *“significa o reconhecimento do que o processo de enfermagem se prolonga na,*

com e pela prática, tornando consciente algum saber tácito – criticando, examinando e melhorando. Supõe eleger como actuar à luz de uma situação particular, na qual nenhuma técnica aprendida ou dominada pode evitar a deliberação e a decisão” (Costa 1998, p.27).

A prática, como fonte de conhecimento e de investigação no contexto da prestação de cuidados, permite ultrapassar as lacunas de um conhecimento profissional tradicional, baseado na reprodução do conhecimento académico dictomizado entre teoria e prática.

Na opinião dos nossos entrevistados, também as experiências contribuem para um crescimento pessoal e profissional, proporcionando a reflexão como instrumento facilitador de uma aprendizagem integradora:

“...ao longo destes anos, sinto que cresci muito e que estou muito mais maduro...” Eem 10,6

“...é na escola que nós aprendemos a cuidar a todos os níveis, em todos os aspectos (...) mas isso demora o seu tempo, é ao longo destes quatro anos e (...) não só...” Eef 9,3

“...ao longo destes anos, principalmente nos estágios, (...) aprendi muito e cresci muito [pessoalmente e profissionalmente]...” Eem 8,1

“...o curso ajudou-me bastante no relacionamento com as pessoas, não é que eu não me relacionasse bem, mas uma pessoa “cresce” a nível do relacionamento, (...) quer na comunicação quer na compreensão...” Eem 2,3

“...é importante ajudarmos o aluno a crescer, (...) a formação passa também por chamar a atenção para determinados valores e por educar certos princípios do saber estar, do saber ser...” Epf 2,10

Segundo Honoré (2004), *“a reflexão sobre as práticas constitui uma prática de formação, que dispõe para a expressão de um dizer sobre aquilo que cada um vivencia na sua participação na acção. A reflexão sobre as práticas, não consiste apenas em descrever o que fazemos e como o fazemos, apontar as dificuldades e procurar as soluções para as resolver. Trata-se aí de uma análise da prática que conduz, principalmente a explicá-la”* (Honoré 2004, p.244). Ainda segundo este autor a reflexão sobre a prática é considerada como uma abertura ao diálogo. Ela é a experiência de um pensamento com os outros a propósito da acção, permitindo aceder a possibilidade de sentidos, portanto a possibilidade de perseverança e de desenvolvimento de si, na sua

existência (Honoré 2004, p.245).

Uma condição para o sucesso desta aprendizagem é a possibilidade de quem aprende viver situações de aprendizagem em presença do formador, num clima socio-afectivo securizante que suscite o assumir de riscos e favoreça a implicação efectiva de quem aprende. Segundo Poletti (1991), esta atitude assemelha-se à do “caring”, quer dizer à do cuidar, onde se exige ver e escutar o aqui e agora: requer que seja atribuída uma grande importância ao que o outro vive e experimenta, à sua dimensão fenomenológica do ser.

Barreiras no processo ensino / aprendizagem

Quanto às barreiras do processo ensino / aprendizagem destacam-se duas sub-sub categorias: as características do estudante e o condicionamento e os recursos inerentes à situação de formação.

Pelas seguintes unidades de significação, podemos constatar que a pouca relação existente entre professor / estudante é considerada pelos nossos sujeitos como factor de dificuldade no processo ensino / aprendizagem:

“...hoje em dia com turmas tão grandes verifica-se uma massificação do ensino, (...) antigamente com turmas mais pequenas havia mais partilha e espaços de reflexão, ainda me recordo de histórias que os professores contavam evidenciando a importância da relação e do cuidar...” Epf 12,1

“...turmas de oitenta alunos é um disparate autêntico, (...) veio transformar por completo a relação entre o docente e o formando...” Epm 10,3

“...oitenta alunos espalhados pela sala (...) e nós ao fundo nem sabemos quem está lá, nem os vemos...” Epm 9,5

“...com turmas de setenta, oitenta alunos não funciona (...) temos de mudar as metodologias e isso significa (...) um ensino menos individualizado...” Epm 5,7

Evidenciando as relações professor / estudante, Byrnes (citado por Queirós, Silva e Santos, 2000) considera necessário ao processo de ensino / aprendizagem uma educação humanista ligada à extensão da finalidade incluindo o desenvolvimento afectivo durante o período de formação. Isto implica que, “*se esperamos que o estudante de enfermagem preste cuidados*

em função de uma concepção holística e humanista como referência, com certeza devemos atender ao seu desenvolvimento pessoal como uma orientação humanística” (Queirós, Silva e Santos, 2000,p.91).

Analisando a recente evolução do ensino de enfermagem (formação superior), também Collière (2003) alerta para o risco de metodologias racionais e didáticas que podem perverter o sentido dos cuidados. Concordamos com a autora quando refere que ensinar não será cuidar, se o compromisso com os cuidados for menor que o interesse por uma instrução apenas alimentada por conceitos que se referem aos cuidados de modo teórico e ideológico, desvalorizando uma prática analisada.

Outro factor mencionado pelos nossos entrevistados, também ele inerente à situação de formação no nosso país, é a diversidade de orientadores nos ensinos clínicos:

“...nós professores leccionamos a teoria aqui na escola (...) depois na prática clínica os alunos são entregues a orientadores nos respectivos serviços (...) são esses enfermeiros que eles vêm trabalhar, a prestar cuidados, logo serão eles os seus modelos de formação...” Epm 10,2

“...ter em estágio doze ou quinze alunos é impensável (...) temos que os separar e recorrer à colaboração dos colegas dos serviços...” Epm 9,4

“...são muitos os alunos, são muitos os orientadores...” Epm 1,5

Esta justificação dada pelos sujeitos professores é constatada pelos sujeitos estudantes, ao explicitarem que as suas aprendizagens são feitas face a diferentes modelos de enfermagem perfilhados pelos seus professores e/ou pelos enfermeiros que contactam na prática:

“...os nossos orientadores são muito importantes para nós (...) e até na maneira como nós vamos trabalhar daqui para a frente (...) e eu tive muita sorte com os orientadores, tive em equipas excelentes que me proporcionaram tudo aquilo de que eu precisava, além de espaço para crescer...” Eef 7,6

“...fiz um estágio de Pediatria que foi horrível (...) não gostei da relação da equipa (...) pensava que em Pediatria os enfermeiros tinham mais sensibilidade, mais paciência (...) fiquei chocada e decepcionada (...) nunca tinha estado numa equipa assim, se me voltar a calhar outra equipa assim (...) acho que morro...” Eef 6,2

“...algumas situações ocorreram com enfermeiros orientadores (...) dizem respeito à falta de

apoio quando mais precisamos que é quando estamos a aprender algo de novo...” Eem 2,4

Parece possível dizer-se que estamos perante uma situação em que a apropriação do que é “cuidar” acontece num contexto em que há divergências de actuações em matéria de qualidade de cuidados e de linguagens utilizadas. Esta situação leva a que os estudantes construam a sua identidade fazendo face a conflitos que resultam do facto de terem que agir de acordo com referentes diferentes em momentos diferentes de formação.

Esta constatação leva-nos a acreditar, tal como defende Martin (1991, citado por Bento) que “*os alunos aprendem por identificações sucessivas, incorporando e rejeitando diferentes modelos*” (Bento 1997, p.123).

A análise dos dados permite-nos ainda dizer que os estudantes valorizam como “*perfil do professor*” que *facilita a aprendizagem nos estágios o professor que “cuida”, que “assiste o aluno*” (Costa, 1994). Isto é, aquele que facilita a apropriação do que é cuidar, que desenvolve uma acção comum com os estudantes, os quais conhece e lhes permite ter em conta as suas necessidades. Contudo, é de realçar algumas opiniões negativas dos nossos intervenientes face ao processo de avaliação:

“...o facto de sermos avaliados por diferentes orientadores (...) todos eles têm diferentes pontos de vista, o que faz com que as notas sofram grandes discrepâncias (...) penso que os professores da escola deveriam estar mais de perto das orientações, acompanhando-nos mais de perto (...) já expressei a minha opinião a vários professores, mas todos eles referem ser impossível devido ao número de alunos e à diversidade de campos de estágio...” Eem 12,2

“...quando interpelamos os orientadores quanto às competências relacionais dos alunos, as respostas geralmente são vagas (...) é jeitosinho, é rápido, é pontual, é bonzinho (...) a própria organização da profissão se calhar valoriza os enfermeiros em função das actividades visíveis (as higiènes, a terapêutica, a alimentação, a mobilização, os exames aqui e acolá...) e a componente relacional, na realidade pouco se vê, (...) logo é deixada para segundo plano...” Epm 3,3

Este aspecto mencionado por alguns intervenientes é referido por Martin (1991, citado por Bento) quando afirma que “*o espectro da avaliação contamina ainda os professores da prática clínica, levando a que situações que poderiam ser de aprendizagem, sejam muitas vezes percebidas pelos alunos como avaliação*” (Bento 1997, p.122). É também neste sentido que Costa (1994,

p.88) afirma que *“os alunos precisam de tomar conta de si próprios (...) por seu lado os professores precisam de deixar de controlar os estudantes, e confiarem mais nos alunos”*.

Por fim, outros dos aspectos referidos pelos nossos entrevistados dizem respeito às características do estudante e simultaneamente aos seus saberes:

“...muitos dos alunos sofrem com o afastamento das suas famílias (...) a própria estrutura do curso (teoria e estágio), a pesada carga horária (trinta e cinco horas semanais) (...) é um embate muito violento para quem sai do secundário...” Epm 10,1

“...eles vêm para a enfermagem porque, mais uma vez, não entraram noutra curso (...) e, a enfermagem ainda vai tendo emprego...” Epf 8,1

“...estes jovens hoje em dia têm dificuldades, quer na linguagem quer na comunicação, quer na relação (...) resultantes talvez da falta de contacto social (...) e também na escrita (...) sendo esta uma espécie de espelho daquilo que já se passa na comunicação interpessoal...” Epm 5,5

“...os alunos vêm muito egocêntricos, um pouco egoístas, (...) e com valores muito voláteis...” Epf 2,9

“...não sei se todos gostam de enfermagem...” Epm 1,3

Nestes últimos anos, aquilo que era designado pelo “mundo da saúde” está em rápida mudança. Os progressos tecnológicos são enormes, a sociedade vai-se modificando, a saúde é percebida de um modo mais global e sobretudo as necessidades dos utilizadores de cuidados aumentaram.

A enfermagem deve então preparar um grupo de profissionais com elevado nível de competências, quer no domínio científico e técnico, quer no domínio relacional e ético. Espera-se destes jovens um espírito aberto, uma capacidade de aprender e transformar os seus conhecimentos na prática quotidiana em relação com os utentes / doentes e com os seus colegas de trabalho.

A questão de como preparar estes jovens com características específicas resultantes dos novos tipos de sociedade, coloca-se então com pertinência e acuidade.

Postic (1984) afirma que *“na sociedade actual o papel do docente torna-se menos fácil de delimitar, porque a sua acção ultrapassa o âmbito da escola. A função docente exige dos seus membros uma adaptação a papéis cada vez*

mais diversificados e mudanças de atitudes. Ele é mediador entre o mundo social actual e o aluno” (Postic 1984, p.111-112).

Não importa tanto a listagem de conteúdos a ensinar, mas antes o processo, o percurso e inter-relações entre o que foi e o que pode ser. A formação contribui, assim, para uma forma de mudança social, em que o poder e a autoridade individuais deverão ser progressivamente extintos a favor de verdadeiras competências de desenvolvimento e raciocínio (Gray 1984, Bowers 1987, citado por Watson, 1988).

Concordamos com Nóvoa (1988) quando afirma que *“formar-se não é algo que se possa fazer num lugar à parte. Bem pelo contrário, é um processo que se confunde com a própria vida das pessoas. O que conta é criar meios e ensejos de formação, colocar ao dispor dos formandos um repertório de possibilidades que lhes permitam compreender melhor o seu trabalho e aperfeiçoar as suas competências profissionais, reflectir sobre os seus percursos pessoais e sociais, adquirir conhecimentos e sistematizar informação”* (Nóvoa, in perfácio Canário, 1999).

Estratégias utilizadas no processo ensino / aprendizagem

Nesta sub categoria sobressaem neste estudo cinco sub-sub categorias: a reflexão, a utilização de exemplos práticos, os meios auxiliares de ensino e novas metodologias, a motivação e a colaboração professor / orientador.

Nesta perspectiva, verificamos que o maior problema do ensino / formação não consiste tanto na selecção dos conteúdos e actividades, mas sim questionarmo-nos sobre que estratégias escolher, de modo a favorecer a aprendizagem desejada e que tipo de transacções docente-discente melhor permitirão essa aprendizagem.

Esta preocupação é bem visível no discurso dos nossos participantes professores. A atenção que dedicam às diversas metodologias demonstra o seu conhecimento de que não pode haver um método único e válido em todos os casos que os métodos são múltiplos e devem ser aplicados em diversas

combinações, conforme os objectivos que se pretende alcançar. O seu objectivo é a aprendizagem do estudante e a modificação que ocorre no seu comportamento.

O aspecto mais focado pelos nossos professores diz respeito ao pensamento reflexivo dos estudantes e dos próprios professores:

“...é fundamental tanto no exercício como na docência nós reflectirmos sobre as nossas práticas, sejam elas práticas de cuidar em relação aos doentes, em relação ao ensino ou em relação à gestão (...) a reflexão é fundamental, pois só assim conseguimos avaliar o que fazemos, como fazemos e se estamos a fazer correctamente (...) deveria haver mais espaços de reflexão sobre “cuidar” com os alunos (...) pois o cuidar tem muito a ver com a nossa forma de estar na vida, com a nossa educação, com a nossa cultura (...) e isso não se aprende nos livros...” Epf 12,4

“...tento dar o exemplo (...) fazendo a minha reflexão, análise enquanto formador (...) permitindo ao aluno perceber que eu, apesar de formador também tenho de reflectir nas coisas, pesquisando, analisando (...) isto também passa pela formação...” Epm 3,6

Aprender a pensar é hoje considerado como objectivo educacional prioritário. Também na enfermagem se tem verificado um interesse na exploração dos caminhos de aprendizagem profissional, em particular no potencial da reflexão como instrumento de aprendizagem. Actualmente é reconhecida a necessidade de integrar a teoria na prática, sendo a reflexão um instrumento facilitador de uma aprendizagem integradora.

Basto (1994) defende que o arranjar formas de proporcionar aos estudantes experiências de aprendizagem onde tenham a oportunidade de “pensar a prática” é o caminho a seguir, se queremos que a formação tenha influência na melhoria e mudança dos cuidados. Neste sentido, também a Ordem dos Enfermeiros no fórum: “Enfermagem, o desafio futuro” sugere o crescimento da visibilidade social do enfermeiro e o desenvolvimento da sua auto-estima. Considera fundamental criar tempo para pensar / reflectir os cuidados e exercer a autonomia profissional, o que implica ter consciência e acreditar no poder decorrente da capacidade que os enfermeiros têm de gerir oportunidades e intervir. Esclarece ainda que essa autonomia deverá ser exercida no quotidiano do trabalho, acreditando no valor da relação com o utente e demonstrando, em cada momento, as razões que assistem às tomadas de decisão (Ordem dos

Enfermeiros, 2003).

Outra das estratégias mencionadas pelos nossos professores e que vão ao encontro da importância da integração da teoria na prática e (vice-versa), é a utilização de exemplos práticos quando leccionam os conteúdos teóricos:

“...a utilização de exemplos práticos nas aulas teóricas é fundamental (...) principalmente quando falamos de cuidar (...) ajuda a explicar que tanto se cuida quando se prima para que um catéter funcione bem, como o estar desperto para o bem-estar do doente, como no estar atento no aconchegar da roupa, ao saber ler nos olhos do doente (...) ajuda-nos a transmitir sob uma forma real o que são esses cuidados...” Epf 12,5

“...utilizo muito os casos práticos e a reflexão conjunta (...) é uma forma de lhes transmitir aquilo que realmente se passa na realidade...” Epf 11,2

“...é importante durante as sessões lectivas recorrerem-nos da nossa experiência prática, dando exemplos, ilustrando as diversas situações e estimulando-os à pesquisa...” Epm 10,7

“...os exemplos práticos são muito úteis, pois ajudam-nos [na transmissão] e aos alunos a perceberem (...) para que serve aquilo que se está a falar, quais são as suas aplicações (...) e por outro lado tornam as aulas mais interessantes, mais ligadas à prática, à realidade...” Epm 5,13

“...é importante dar-mos vida [ao que ensinamos] exemplificando com casos práticos (...) puxar da experiência deles (alunos), das suas vivências (...) normalmente os alunos gostam e aderem...” Epf 2,8

Verificamos que os nossos professores privilegiam o modelo de formação integrado, inteirando simultaneamente a teoria e a prática. Neste modelo, “o professor procura oferecer a teoria necessária para descrever, explicar e modificar a prática; proporcionar a prática necessária para assimilar e interrelacionar a teoria e para que o aluno possa desenvolver o saber fazer e o saber ser” (Bento 1997, p.66). Ainda na opinião da autora, este modelo concebe o processo de formação integrando a teoria e a prática e nelas todos os tipos de saberes necessários para que o formando desenvolva os vários aspectos que lhe permitem aproximar-se do perfil do enfermeiro profissional esperado. Nesta prática pedagógica, o professor recorre a estudos de caso, análises multidisciplinares de diversas situações, a realização de projectos e muitas outras que ajudem ao pensamento crítico e reflexivo dos estudantes.

Com o surgimento de novos métodos pedagógicos houve a necessidade por

parte dos formadores de recorrer a recursos auxiliares, que pudessem atender a uma maior dinamização das sessões lectivas. Deste modo, as novas metodologias e os novos meios de auxiliares de ensino também eles foram referidos como estímulo ao processo de aprendizagem do estudante:

“...o próprio desenvolvimento da sociedade e das tecnologias de informação e de comunicação, também nos permitem adoptar novas metodologias (...) novos meios de auxiliar de ensino...” Epm 10,9

“...utilizo diversos meios auxiliares de ensino (...) de modo a tornar a minha mensagem mais real, a criar mais impacto (...) facilitando a compreensão dos alunos...” Epf 7,4

“...gosto muito de informática e recorro muito a ela (...) procuro levar para as aulas coisas actualizadas (...) gosto de jogar com as imagens, de tocar-lhes na sensibilidade de alguma maneira...” Epf 2,5

Como refere o educador Leslie Briggs (citado por Vilarinho 1983, p.105) “os meios auxiliares de ensino são sinónimo de instrução ou veículos para apresentação de estímulos, isto é, são todos os procedimentos adoptados pelo professor”. De acordo com o autor esta visão torna-se bastante abrangente recorrendo-se do simples sorriso do professor, a uma palmada encorajadora, a um filme, a uns slides.... O importante é pois a sua utilização correcta e objectiva de forma a permitir ao estudante processos como: observar, reflectir, sintetizar, criticar, analisar, avaliar e deduzir, importantes no desenvolvimento da sua aprendizagem.

Na opinião de um dos nossos professores também o humor foi considerado como estímulo, quando refere:

“...uma das coisas que eu utilizo muito, embora com muito cuidado, é o sentido de humor (...) se mostrarmos uma pitadazinha de humor e formos buscar os acontecimentos que para além de verdadeiros e de históricos têm alguma coisa de engraçado, ainda que subtil, até ajuda a quebrar um pouco da rigidez da aula (...) o humor é apenas um tempero que ajuda a passar um momento menos interessante, mais difícil (...) tem é de ser usado com muito cuidado para que as aulas não se tornem uma palhaçada (...) e deixar de ter o seu valor (...) há momentos certos para o usar, começa-se a perceber o cansaço (...) então nesse momento aligeira-se, conta-se um episódio (...) há uma decompressão e a seguir retoma-se novamente (...) as aulas não têm de ser um momento cinzento da vida dos estudantes, têm de ser momentos alegres, coloridos, enfim com a importância que têm (...) sem perder o tal rigor, a formação pedagógica...” Epm 5,23

Na sua perspectiva, o humor é um valor a considerar, pois vai enriquecer uma relação na estreita ligação com o respeito pela individualidade de cada um.

Sponville (1995) faz referência à importância do humor, também ele ligado aos cuidados de enfermagem. Para o autor o humor faz parte de uma intervenção terapêutica espontânea e natural, que ajuda os doentes a sentirem-se bem e a viver (Sponville 1995, p.232).

Também Jana (2000), com base no seu estudo sobre o humor, afirma que os doentes consideram que este lhes traz enormes benefícios tais como: promove a relação com os profissionais de saúde, ajuda a viver, a acalmar, ajuda a atenuar o sofrimento e a solidão e por fim ajuda a lidar com as situações e a desdramatizá-las.

Todos estes aspectos que temos vindo a mencionar como facilitadores do processo ensino / aprendizagem, visam uma motivação, por parte dos professores, para a aprendizagem dos estudantes.

Considerando-se a aprendizagem como uma modificação de comportamentos que tende a perdurar, integrando-se em todo o sistema de ajustamento do indivíduo, verificamos que ela só ocorre quando satisfaz motivos individuais, que impulsionam o sujeito à actividade necessária para aprender.

Seja uma aprendizagem motora ou uma aprendizagem que envolva a compreensão de relações, conceitos ou a apreensão de valores, só haverá realmente aprendizagem se houver envolvimento do formando que por sua vez necessita de motivos para despertá-lo à acção.

É nesta perspectiva, e tendo conhecimento profundo dos problemas da motivação e as suas relações com o processo ensino / aprendizagem, que os nossos professores a referem:

“...temos de ir ao encontro dos alunos (...) temos de encontrar mecanismos (...) para os motivar, para que eles percebam que é uma formação diferente...” Epm 9,10

“...valorizo muito a relação (...) acho que a relação professor-aluno é extremamente importante para a motivação do aluno, para uma boa aprendizagem (...) o aluno ao sentir que

está apoiado (...) que tem à frente uma pessoa que o entende, vai-se empenhar mais e sente-se com certeza mais motivado...” Epf 8,4

“...gosto de estimular os alunos (...) de motivá-los, mesmo espicaçá-los (...) principalmente quando estamos em estágio (...) é tudo mais real...” Epf 4,2

“...cada vez é mais importante responsabilizar o aluno pela sua formação (...) não é possível ensinar-se tudo na escola (...) não acontece em nenhum curso (...) daí o aluno ter de ter iniciativa para pesquisar, para aprofundar, [para interessar-se]...” Epm 10,11

“Cabe ressaltar que o professor não pode motivar o aluno, uma vez que a motivação é um processo interior ao formando. No entanto, pode incentivá-lo tentando despertar nele os motivos correspondentes” (Vilarinho 1983, p.19). A relação motivação – aprendizagem faz-nos então perceber, que de um modo geral os estudantes motivados aprendem com dinamismo e sucesso; já a falta de motivação pode destimular a aprendizagem.

Abordarmos a motivação relativamente aos estudantes fez-nos recordar algumas declarações feitas pelos nossos estudantes referentes à diversidade de orientadores nas práticas clínicas. Essas declarações faziam referência à falta de motivação e de preparação por parte dos enfermeiros para orientarem as práticas de enfermagem.

Na medida em que o modelo de formação que parece estar implícito na aprendizagem da prática é um modelo em que o estudante aprende essencialmente observando os comportamentos de quem “faz a prática”, torna-se pertinente que os respectivos orientadores reúnam qualidades de modo a orientar a aprendizagem dos estudantes. Conscientes deste aspecto, dois dos nossos professores referem:

“...ter de haver uma maior relação entre os professores e os orientadores (...) devemos trazê-los à escola e envolvê-los na preparação dos estágios (...) dar-lhes formação (...) dar-lhes a conhecer com [antecedência] os objectivos e as competências que esses alunos irão desenvolver...” Epm 1,14

“...penso que os modelos da formação prática, cada vez mais, têm de ser os enfermeiros dos serviços (...) com preparação da parte das escolas, com certeza (...) nós iniciámos uma experiência interessantíssima, que foi trazer à escola os enfermeiros que iriam ser orientadores num próximo estágio (...) preparámos em conjunto o estágio acordando o que pretendíamos com esta experiência e quais os objectivos dos alunos (...) verificámos haver uma maior motivação por parte dos orientadores, e a colaboração foi fantástica (...) muito preocupados

com a aprendizagem dos alunos...” Epm 9,7

Reforçando esta ideia, Basto (1998, p.9) refere *“não ter qualquer dúvida de que, apesar do docente ter uma função primordial na formação (...) não são os docentes o principal modelo de enfermeiro para os alunos. Os principais modelos (...) são os enfermeiros que prestam cuidados”*. Deste modo, torna-se importante quando pensarmos nos factores facilitadores do processo ensino / aprendizagem incluirmos os orientadores da prática, visto ser através deles que os estudantes se apropriam de uma identidade profissional.

5.2.3 – O género e a enfermagem

Nesta terceira dimensão, procuraremos descrever como a construção da identidade profissional vai influenciar as percepções e as representações do cuidar em enfermagem. Torna-se pois fundamental para qualquer profissional, conhecer qual o conceito que a sociedade atribui à sua profissão. Assim, a análise da forma como os professores e estudantes percebem a identidade profissional no contexto da enfermagem será abordada com base apenas numa categoria: *representação social*.

As representações sociais não são uma simples reprodução da realidade quotidiana, mas também uma construção individual e colectiva que comporta uma grande parte de autonomia. Partindo desta ideia, atrevemo-nos a referir que os indivíduos não são simples receptores e utilizadores da informação, mas seres activos capazes de a produzir e criar. Por isso, as representações sociais referem-se a uma forma específica de conhecimento prático que cada um de nós constrói, de modo a adequar o seu comportamento às situações do dia a dia, permitindo orientarmo-nos no mundo em que vivemos. De acordo com Moscovici, as representações sociais são *“um sistema de valores, de noções e de práticas que têm uma ampla vocação. A de instaurar uma ordem que dê aos indivíduos a possibilidade de se orientarem no seu meio social e material e de o dominarem. Também de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade, de lhes pôr um código para as suas trocas e um código para nomear e classificar de maneira unívoca as partes do seu mundo,*

da sua história individual ou colectiva” (Moscovici 1976, p.11).

A representação que cada um de nós tem da realidade traduz-se deste modo num conjunto de conceitos e explicações que imprimem ao nosso quotidiano uma dinâmica própria. Sendo assim, a representação social refere-se à leitura avaliativa que cada um de nós faz do meio envolvente e dos acontecimentos que nele observamos.

Nesta categoria e a partir da análise dos significados das unidades de significação, encontrámos duas subcategorias: **A identidade profissional** e o **cuidar no feminino e no masculino**.

Identidade Profissional

A prática de cuidados em enfermagem é moldada pelos valores e ideias que os enfermeiros e outras pessoas têm da sua própria função.

Actualmente, a profissão de enfermagem é abalada por constantes e complexos desafios. Face a esta situação, os enfermeiros sentem a necessidade de reflectir sobre a clarificação, revalorização e afirmação profissional, com o objectivo de abandonar o mero estatuto de executante de prescrições médicas. Pretendem lutar pelos seus direitos, com a institucionalização dos seus estatutos e um reconhecimento académico que lhe é devido, face à nova reestruturação do plano curricular do curso.

Perante isto questionamos: face às múltiplas evoluções com que a enfermagem se tem deparado, será que a profissão e os seus profissionais são percebidos de modo diferente daquele que era considerado há umas décadas atrás?

Sendo evidente o vasto domínio que a enfermagem abarca, torna-se necessário que os enfermeiros sejam dotados cada vez mais de conhecimentos, capacidades e atitudes que atendam às necessidades reais do ser humano, reflectindo um conceito de indivíduo como um todo integrado – visão holística.

Deste modo, é fundamental que a formação nas escolas assuma uma responsabilidade nesta caminhada, de forma a responder aos desafios propostos à enfermagem. Tal como refere Salgueiro (1994, p.10) é *“necessário que a enfermagem seja preparada para actuar como membro da equipa e assuma o seu papel como agente de mudança; é necessário que as acções de enfermagem se justifiquem cada vez de forma mais alargada numa filosofia e numa teoria base do cuidar, virada para o paciente, na sua integridade biopsicosocial”*.

Partilhando esta mesma opinião, também os nossos sujeitos referem:

“...se não formos nós a dar a imagem que a enfermagem merece, não nos damos a conhecer e não podemos esperar que as pessoas valorizem aquilo que nós fazemos...” Eef 11,7

“...a maioria das pessoas não conhecem a dimensão da enfermagem (...) não têm conhecimentos (...) da importância (...) de tão gratificante que é ser enfermeiro (...) se for bem executada pode mudar em muito a vida das pessoas (...) é uma grande profissão...” Eef 5,4

“...a imagem social do enfermeiro passa essencialmente por: dar injeções, dar banho aos doentes, ajudar o médico (...) e isso é só um dos aspectos da enfermagem...” Eef 11,2

“...nós lutamos pela nossa representação social (...) e esta tem de ser demonstrada através dos cuidados que prestamos aos doentes...” Eef 11,7

Aceitar o desafio de construir uma imagem e autonomia próprias, de se ser regidos por um estatuto próprio e de se afirmarem como profissionais de saúde indispensáveis à sociedade, conduz a que hoje os entrevistados se possam orgulhar do nível de formação adquirida.

Decorrendo da evolução e perante os novos desafios existentes, também na opinião dos nossos intervenientes é importante continuar-se a qualificar a enfermagem:

“...houve nos últimos anos grandes mudanças na enfermagem (...) do nada passámos a bacharel, de seguida a licenciatura (...) [as mentalidades] têm de se adaptar a este novo estatuto...” Eef 7;2

“...o debate das situações, os momentos de reflexão sobre aquilo que se faz, a reflexão em conjunto (...) são momentos muito importantes na equipa de saúde (...) em alguns países é habitual se juntarem uma vez por semana toda a equipa de modo a reflectirem em conjunto sobre [as suas práticas] (...) nós ainda não valorizamos muito esses momentos (...) tão

importantes...” Epf 11,3

“...para entendermos a profissão como (a profissão do cuidar) temos de reflectir no que fazemos, na forma como o fazemos, no que está bem, no que está mal e no que é preciso fazer para se melhorar...” Epf 7,8

“...os enfermeiros não são um grupo profissional unido (...) o que é pena, deveria ser fundamental (...) penso que isto se deve às grandes mudanças que ocorreram na profissão de enfermagem...” Eem 8,1

Qualificar a enfermagem passa por criar-se uma identidade própria, pois como refere Poletti *“encontramo-nos numa encruzilhada: ou definimos a nossa função específica e o lugar que ocupamos na mudança, ou desaparecemos como profissão dentro de 15 a 20 anos”* (Salgueiro 1994, p.9). Esta preocupação está bem patente nos nossos intervenientes quando referem que:

“...a identidade sempre foi uma coisa que nos inquietou bastante (...) frequentemente vemos artigos a reflectiram sobre esta problemática, questionando a nossa própria identidade (...) enfim, a identidade é aquilo que nos identifica, são as características próprias da nossa profissão (...) mas para algumas pessoas isto ainda não está completamente claro...” Epm 10,3

“...[a enfermagem] tem a sua própria identidade, nós enfermeiros é que não somos capazes de mostrar aos outros, de forma objectiva, essa mesma identidade...” Epm 9,6

“...a representação que os doentes têm de nós enfermeiros com certeza fomos nós que lhes passámos...” Epf 7,3

A imagem que o cidadão comum tem do enfermeiro resulta ainda de um estereótipo tradicional que se matem. Quando este é confrontado com uma nova forma de actuação profissional, o seu conteúdo começa a ser lentamente reconfigurado. As atitudes bem como as representações sociais têm uma forte apetência para resistirem às mudanças, uma vez que se consolidam e sedimentam ao longo dos anos e até séculos.

Cuidar no feminino e no masculino

A representação social da enfermagem como profissão, tem sido ao longo dos tempos multifacetada, conduzindo assim à dificuldade em estabelecer-se uma imagem sólida. Enquanto o médico está associado à figura masculina, sendo considerado o detentor do poder e da decisão, do intelecto, da

sabedoria e da ciência, a figura feminina está associada à enfermagem. Neste contexto, também os nossos entrevistados fazem a associação entre a enfermagem e a feminilidade, justificando que:

“...a profissão de enfermagem é essencialmente feminina porque desde os primórdios da profissão que ela é dominada essencialmente por mulheres (...) as mentalidades daquele tempo não compreendiam que os homens entrassem neste tipo de profissão (...) de cuidar...” Eem 12,2

“...a profissão de enfermagem é essencialmente feminina porque ainda há aquele mito de quem cuida são as mulheres, as mulheres cuidam dos filhos, da casa, dos idosos...” Eef 11,1

“...o facto da profissão de enfermagem ser essencialmente feminina, vem de longe (...) o curso era conotado como curso de mulheres, enquanto que a medicina era um curso para homens...” Eem 10,1

“...quem escrevia sobre as mulheres achava que estas reuniam no seu património genético potencialidades, para o afecto, para a relação, tornando-se elas as mais aptas para cuidar...” Epf 12,2

“...a enfermagem está ligada ao feminino (...) o fazer um carinho, o apertar a mão, o compor a roupa, tudo isto está ligado à mulher (...) tradicionalmente os homens não têm, salvo raras excepções, esses bons costumes (...) não têm essas tendências (...) realmente o cuidar está mais ligado à mulher, a mulher cuidadora, a mulher que cuida...” Epf 8,2

Outro aspecto que também é mencionado por um dos nossos sujeitos do estudo é a característica da sensualidade:

“...[de acordo com alguns estereótipos] a enfermeira ainda hoje é um símbolo sexual explorado pelas temáticas eróticas (...) a enfermeira envolvida com o médico é uma situação muito comum, nalguns sítios faz quase parte da tradição de relações...” Epm 5,10

Esta característica da sensualidade torna ainda mais difícil à enfermeira que o seu desempenho seja conotado com responsabilidade e profissionalismo, tal como refere Hancock (1993, p.25): “*desde há muito que se atribui à enfermeira uma imagem de ser espiritual, perverso, sexy e carinhoso...*”. No entanto, nem tudo é desfavorável no que diz respeito à imagem social da enfermeira: existem muitos valores positivos que a sociedade atribui à enfermeira e à enfermagem, como sendo a competência, a credibilidade, a dedicação aos doentes e a compaixão. Os factores que se pensa estarem na base desta representação social dizem respeito ao facto de a enfermagem ser uma profissão, segundo Flores (1998, p.9) “*...que até há bem pouco tempo era do domínio quase*

exclusivo das mulheres, tendo a ver ainda com a forma como a mulher é estigmatizada na sociedade contemporânea e como foi estigmatizada, secundarizada, “coisificada ao longo dos séculos”.

De facto, os grandes alicerces da profissão de enfermagem foram os conhecimentos, a sabedoria herdada das mulheres consagradas, visando a prática do cuidar. Inicialmente, eram apenas mulheres que desempenhavam esta profissão, o que fez com que este estigma relativamente à mulher fosse transposto para a enfermagem. No entanto, nos tempos que correm tem-se vindo a verificar um aumento significativo do número de homens na profissão, levando-nos a pensar na possibilidade de alteração dos estereótipos. Partilhando desta ideia, os nossos participantes referem:

“...hoje em dia verificamos um aumento substancial de homens na profissão de enfermagem (...) porque mudaram as concepções de vida, mudaram as formas de pensar e a diferença de papéis não é tão acentuada (...) hoje em dia os rapazes e as raparigas não pensam tanto na desigualdade de papéis (...) e é por isso que há mais rapazes virados para as questões relacionadas com o cuidar...” Epf 12,5

“...nos dias de hoje começou-se a verificar a partilha de papéis, em casa os jovens começam a verificar que o pai ajuda a mãe em enumeras tarefas do dia a dia, sendo a divisão de papéis não tão marcada (...) isto vai repercutir-se também a nível da escolha profissional (...) quer seja a de enfermagem ou outra qualquer...” Epf 7,7

“...penso que culturalmente também já evoluímos (...) os doentes já não se mostram renitentes em serem cuidados em função do sexo de quem cuida...” Epm 6,4

“...o facto de estar a haver um aumento de homens na enfermagem demonstra que as mentalidades da nossa sociedade estão a mudar, estão a evoluir (...) outro factor tem a ver com o aumento da visibilidade da enfermagem como profissão...” Eem 12,4

“...o aumento de rapazes na profissão tem a ver com a evolução que a sociedade tem vivido (...) futuramente não me parece que vá haver profissões exclusivamente femininas, nem exclusivamente masculinas...” Eem 8,4

Embora se constate uma crescente entrada de homens na profissão de enfermagem e as percepções e representações face à profissão tenham mudado, a proporcionalidade relativamente ao número de mulheres mantém-se. A tendência de evolução futura próxima não aponta para uma mudança significativa na forma de olhar socialmente a enfermagem, com base na questão de género (Williams, 1989). Face aos números da distribuição dos

seus agentes pelos sexos, poderemos considerar “estável” o facto de a enfermagem tender para se apresentar como feminina.

Ao finalizarmos a análise dos discursos dos sujeitos do estudo, verificamos que o cuidar é considerado como a essência, o fenómeno central, o conceito principal dos cuidados de enfermagem (Leininger, 1981).

Pelo que foi referido e partilhado destas perspectivas, decidimos chamar ao nosso tema central –“Representação de cuidar em professores e estudantes de enfermagem”.

De seguida apresentamos as árvores do nosso estudo, relativas à estrutura central da “Representação do cuidar em professores de enfermagem” e da “Representação do cuidar em estudantes de enfermagem”.

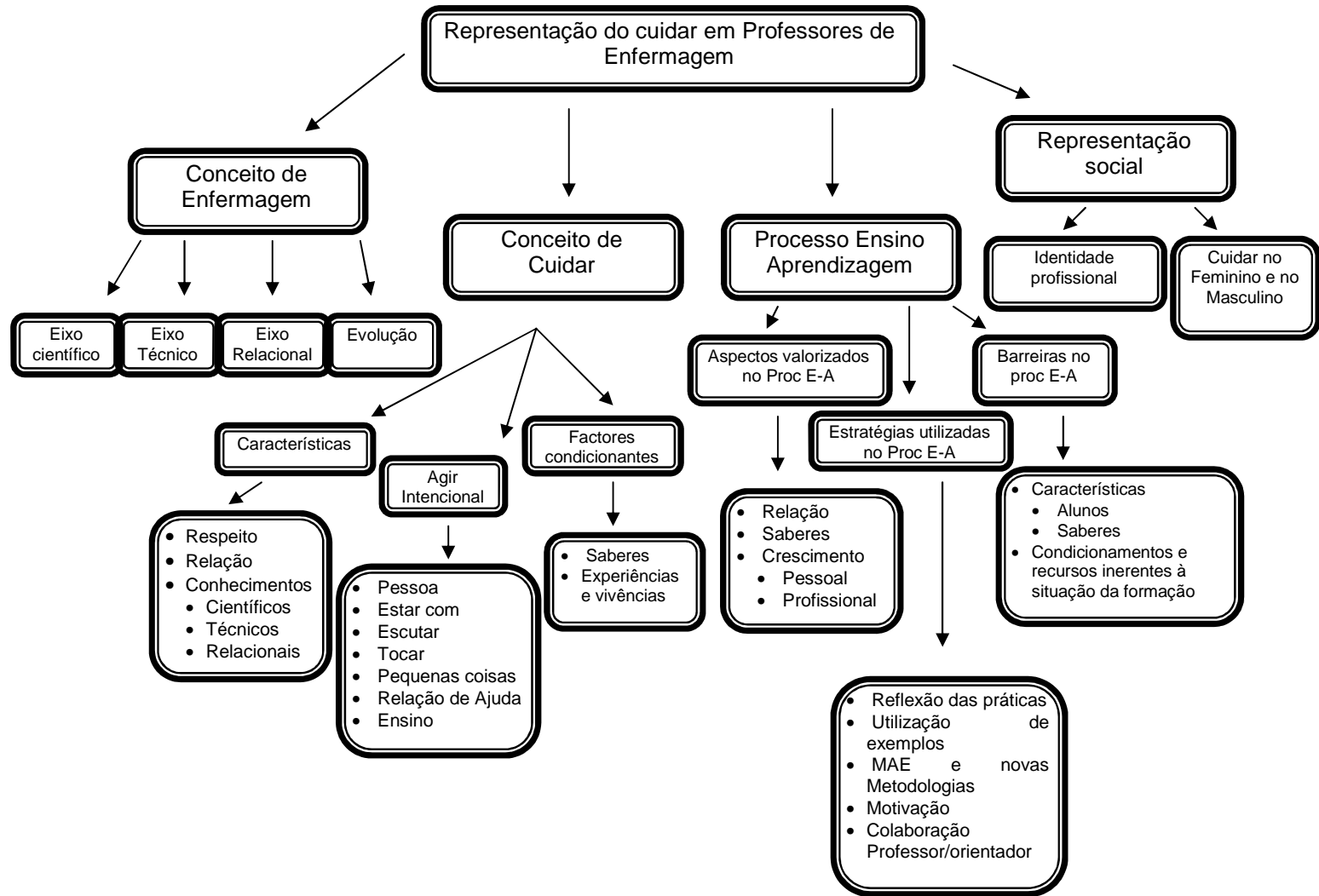


Figura 1 – Árvore da análise da representação do cuidar em professores de enfermagem

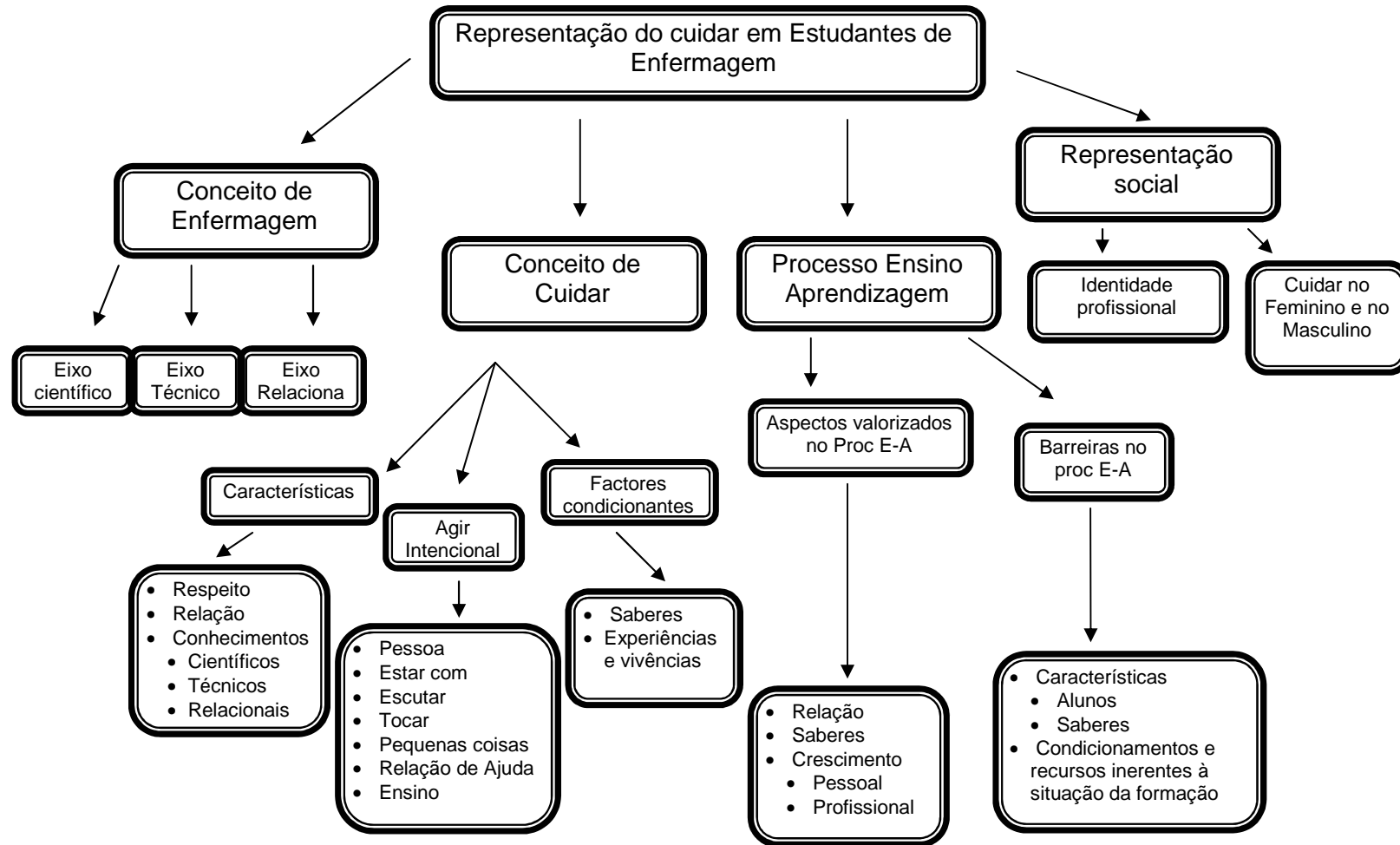


Figura 2 – Árvore da análise da representação do cuidar em estudantes de enfermagem

6 – CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

Ao chegarmos a esta fase do trabalho, torna-se importante lembrar que foi nosso objectivo realizar um estudo que nos permitisse compreender, no processo ensino-aprendizagem; *quais as representações do cuidar dos professores e estudantes de enfermagem, homens e mulheres.*

Dada a complexidade do tema, sentimos e acreditamos que este trabalho foi apenas uma etapa de uma longa caminhada, para a compreensão do fenómeno num mundo tão vasto como é o da formação.

O carácter qualitativo do estudo permitiu-nos deste modo entrar no universo simbólico de estudantes e professores, a que as representações dizem respeito.

Estamos pois conscientes de que as conclusões a que chegámos apenas dizem respeito aos intervenientes do nosso estudo, pelo que não são passíveis de serem generalizadas. A nossa intenção foi assim “mostrar” e “ilustrar” e não “demonstrar”. No entanto, reconhecemos que estes dados nos ajudaram a alcançar uma melhor compreensão do fenómeno “cuidar”, assim como permitirão a realização de novos estudos, contribuindo para um maior conhecimento deste fenómeno.

Ao longo da investigação fomos reflectindo sobre várias questões inerentes ao cuidar em enfermagem. No início, abordámos de forma sucinta a evolução histórica da enfermagem, assim como a da identidade da prática dos cuidados, conscientes que lembrar o passado constitui um pré-requisito para apreciar o presente e para um olhar prospectivo para o futuro.

Prosseguindo a reflexão, abordámos o cuidar como a essência da profissão de enfermagem. O progressivo avanço tecnológico e científico permitirá por certo descobrir novas formas de encarar a saúde e a doença, mas não dispensa a atenção e disponibilidade em relação ao outro, à sua pessoa, a esse ser único pertencente a um certo contexto familiar, socio-económico e

cultural.

Neste âmbito, o tema central versa a representação do cuidar em enfermagem dos professores e estudantes, homens e mulheres, resultando do cruzamento de três eixos de análise: “o significado e o sentido de cuidar em enfermagem”, “a formação e o cuidar” e “o género e a enfermagem”.

No primeiro eixo – “o significado e o sentido de cuidar em enfermagem” – identificámos duas categorias que revelam como o cuidar em enfermagem é concebido e vivido pelos professores e estudantes de enfermagem.

Na primeira – *conceito de enfermagem* – encontramos asserções em três vertentes: científica, técnica e relacional. É no conjunto destas três vertentes que se traduzem as práticas de cuidados, como fonte de saberes necessários à consolidação da enfermagem enquanto disciplina.

Na segunda categoria – *conceito de cuidar* – é reconhecida e valorizada, pelos nossos sujeitos, a existência de componentes ou atributos que o caracterizam. Existem assim determinados aspectos, valores e atitudes que são subjacentes e implícitos ao acto de cuidar em enfermagem. Destes salientam-se o respeito, a relação e os conhecimentos (científicos, técnicos e relacionais) como suas componentes essenciais.

Na visão dos nossos sujeitos, o cuidar também é revestido de um carácter intencional: não pode existir sem que o enfermeiro tenha a intenção de o colocar na prática no momento em que cuida. Para isso, torna-se necessário o conhecimento e a compreensão da pessoa enquanto “pessoa”. Assim, a intencionalidade do cuidar em enfermagem surge como um objectivo expresso, onde sobressaem diferentes aspectos: a pessoa como ser holístico, o estar com, o escutar, o tocar, o valor das pequenas coisas, a relação de ajuda e o ensino.

Os professores e estudantes reconhecem que o cuidar é universal e humano, mas que os processos e os modos de cuidar variam de cultura para cultura. O cuidar em enfermagem é um cuidar profissional, isto é, a sua operacionalidade é diferente de outras profissões. Assim, deverá considerar a pessoa nas suas diversas dimensões, (ética, espiritual, biofísica, psicológica e

emocional), a fim de proporcionar cuidados de forma verdadeiramente holística. Nesta linha de pensamento, é referido e reforçado pelos nossos sujeitos que o cuidar em enfermagem deve ser personalizado e individualizado, indo ao encontro das necessidades reais encontradas nos utentes / doentes.

Por fim, também são mencionadas pelos sujeitos situações e condições que podem influenciar o acto de cuidar. A capacidade de desenvolver uma atitude de cuidar pode, deste modo, ser estimulada pela vivência do ser cuidado como também pela experiência de cuidar, assim como pelos saberes adquiridos ao longo da vida. No entanto, um dos factores importantes mencionados pelos nossos sujeitos é a necessidade de se desempenhar algo de que se goste efectivamente – o gostar de cuidar.

Decorrente deste processo de análise, surge o segundo eixo – “a formação e o cuidar” onde identificámos uma categoria – *processo ensino-aprendizagem*. Nela encontramos asserções que nos permitiram concluir que o sentido de cuidar se descobre nos aspectos básicos da formação profissional, ou seja, na natureza, finalidade, intencionalidade e identidade que os cuidados assumem na prática, partindo do princípio de que é através da experiência que se vai descobrindo esse sentido.

A competência do professor passa essencialmente pela transmissão do cuidar aos estudantes, logo ele deve possuir um corpo de conhecimentos relativos ao ensino do cuidar baseado em resultados de pesquisas. Por sua vez, no decorrer do processo ensino-aprendizagem, os estudantes vivenciam um processo de socialização que os vai integrando no seu futuro papel de enfermeiros. Este papel será mais facilmente assimilado, se o professor utilizar na sua actuação uma filosofia de cuidar fundamentada em conhecimentos adquiridos quer em actividades específicas de formação, quer junto do utente.

O cuidar é aprendido através das relações que se estabelecem entre as pessoas, pelo que o clima relacional terá por certo uma importância fundamental em todo este processo. O papel do professor não se reduz somente a transmitir conhecimentos teóricos e técnicos, o professor influi na forma como o estudante se relaciona e está com os outros. A relação professor-estudante caracteriza-se pela empatia, cooperação e construção; é

capaz de pôr em prática estratégias que levem o estudante a saber analisar-se, saber descobrir o que necessita de aprender; é capaz de aproveitar as experiências vividas pelo estudante para fazer a integração teórico-prática, oferecendo a teoria necessária para descrever e explicar a prática, demonstrando na prática a utilização da teoria e apoiando os estudantes no desenvolvimento do saber fazer e do saber ser, incentivando-os à auto responsabilidade e à autonomia.

Sabemos que, desde a sua integração no Sistema Educativo Nacional, as escolas superiores de enfermagem têm vindo a elaborar os seus próprios currícula, podendo deste modo definir o perfil de enfermeiro que desejam que o seu estudante alcance. Tem sido dado maior relevo às Ciências Humanas e Sociais pretendendo-se enriquecer e desenvolver uma formação humanística e científica do aluno, contribuindo para um contínuo crescimento da sua personalidade. Assiste-se a um ténue desmoronamento do modelo biomédico; porém, ele continua na sombra a estruturar parceladamente a organização curricular. Torna-se deste modo importante a existência de quadros de referência que orientem o modelo curricular. Daí, a importância da reflexão sobre determinados conceitos, tal como o de cuidar.

Os nossos professores acreditam que, associada a uma formação científica, técnica e humana teremos forçosamente uma melhoria do cuidar. Cabe deste modo às escolas não só proporcionarem aos estudantes os conhecimentos teórico-práticos de natureza técnica e científica, mas também de igual modo estimular a aquisição de padrões de comportamentos adequados ao cuidar do outro, que passará inevitavelmente pelo auto-conhecimento, tomada de consciência de si e do outro, no contexto relacional. Por outro lado, se consideramos o cuidar como central para a prática de enfermagem, não se pode reduzir a uma simples inclusão de conteúdo curricular, mas antes, exige um clima relacional experimentado e vivenciado pelos intervenientes no processo ensino-aprendizagem. É pois fundamental que as interações professor-estudante e destes entre si, vividas no contexto da educação em enfermagem, permitam a clarificação dos sistemas de valores humanísticos fundamentais para o cuidar.

Torna-se deste modo fundamental que as escolas de enfermagem orientem

a sua formação na aquisição de concepções de cuidar consentâneas com o paradigma emergente, tornando os estudantes o centro da formação e agindo de modo a que vejam, naqueles que cuidam, o centro de toda a intervenção da enfermagem.

Na opinião dos nossos estudantes, os professores fornecem-lhes essencialmente um contributo teórico, por vezes desfasado da realidade, uma vez que lhes transmitem um desempenho que só é possível em condições perfeitas de atendimento; no entanto, os profissionais dos serviços alertam-nos para a realidade da prática, prática esta por vezes imperfeita e rotinizada devido a condicionalismos diversos, sendo no entanto o campo real de actuação dos enfermeiros.

Parece-nos assim que a influência dos professores e dos profissionais se complementa na formação inicial, fornecendo cada uma das partes um contributo considerado essencial pelos estudantes. Teoria e prática são dois componentes integrantes da aprendizagem, pelo que se torna indispensável a estreita colaboração entre professor e orientador, para que cada vez mais se possa clarificar e afirmar a natureza dos cuidados de enfermagem em redor do fenómeno cuidar.

Na continuidade da nossa reflexão verificámos ainda o papel activo que cabe às escolas na construção e produção de identidades. A representação social do enfermeiro, herdada e trazida pelos sujeitos à escola, altera-se e reorganiza-se encontrando significado e sentido no percurso das suas experiências práticas. É pois através das relações e da prática de cuidados que os enfermeiros constroem a sua própria identidade.

Por fim, surge o terceiro e último eixo de análise – “o género e a enfermagem” decorrente da associação da enfermagem com o género feminino. Identificámos uma categoria – *representação social* – através da qual se salientaram duas vertentes: o cuidar no feminino e no masculino e a identidade profissional.

A associação da enfermagem com o género feminino tem marcado nas mais diversas sociedades a actividade e a prática dos cuidados. Enfermeiras e enfermeiros, como qualquer outro grupo social, foram e são objecto de

representação. Estas representações não são somente meras descrições de características que “reflectem” as práticas desses sujeitos; elas são realmente descrições que os constituem e produzem.

A enfermagem é, para os nossos sujeitos, uma profissão de relação alicerçada no paradigma interaccionista, numa natureza comum – a essência do cuidar. Esta representação positiva e idealista da profissão assenta ainda na autonomia que acreditam ter, reconhecendo-lhe, porém, limites que tentam contornar. O que é verdadeiramente autónomo em enfermagem não tem visibilidade ou peso social. Já as práticas não autónomas, decorrentes da delegação de outros profissionais, principalmente do médico, têm maior visibilidade e valor social.

Simultaneamente, do ponto de vista da população que cuidam, os nossos sujeitos sentem que a imagem do enfermeiro ainda está ancorada ao início do século XIX, onde sobressaía a componente técnica, a pessoa “doente” e a submissão a outros profissionais de saúde, principalmente ao médico.

Subsiste uma desigualdade a fomentar a diferença dos demais profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) e, embora se reconheça importância aos enfermeiros, estes não conseguem ter visibilidade social. A diferença estabelece-se no domínio do subjectivo, e, enquanto os contextos estiverem dominados pelo programável, o observável, o palpável e o credível, será impossível dar-lhe alguma visibilidade.

Na continuidade desta ideia, não podemos dissociá-la da recente evolução que se fez sentir na profissão e que revalorizou a imagem pública do enfermeiro: a passagem do Curso Superior de Enfermagem a Curso de Licenciatura de Enfermagem. Constituiu um importante ganho social no contexto académico, no entanto ainda não transpareceu para uma nova representação do enfermeiro.

Perante esta realidade, sobressai dos discursos dos nossos sujeitos a necessidade de os enfermeiros se empenharem em promover a sua visibilidade, em mostrar-se, em clarificar qual o seu contributo específico para os cuidados de saúde e para a sociedade, reconhecendo ainda que este processo não é tarefa fácil. No entanto, é de consenso geral que é através

das relações e das práticas de cuidados que os enfermeiros constroem a sua identidade. E é através dela que a sociedade irá construir a sua nova representação da enfermagem.

Após a análise dos três eixos e a discussão das hipóteses decorrentes da questão orientadora do estudo, verificámos que o discurso dos nossos sujeitos não sofre grandes variações segundo as categorias que seleccionámos. O facto de se ser professor ou estudante, homem ou mulher não influencia grandemente a representação que têm do cuidar. A dominância do discurso realça, sim, uma forte adesão a um quadro de referência – escola – com uma cultura científica própria, salientando-se uma uniformidade de linguagem. O que provavelmente os iria distinguir seriam as práticas, mas tal dimensão não foi considerada neste estudo.

Após esta reflexão e dando continuidade ao trabalho iniciado, consideramos pertinente deixar algumas sugestões que podem constituir um estímulo para que novas investigações se venham a realizar neste âmbito, assim como operacionalizar hipóteses de solução para alguns dos problemas detectados tanto no ensino como na prática de enfermagem.

Assim sugerimos:

- A realização de estudos sobre a mesma temática com a utilização de outras metodologias como, por exemplo, a observação e/ou entrevista aplicada no exercício da prática clínica, possibilitando a validação dos contributos dados pelo processo ensino-aprendizagem;
- caracterizar a representação de “cuidar” ao nível dos utentes dos serviços de saúde;
- a discussão sobre situações de prestação de cuidados entre professores, estudantes, enfermeiros e outros profissionais da equipa de saúde;
- que as escolas (professores, estudantes, enfermeiros orientadores) promovam momentos de reflexão sobre situações vivenciadas, procurando identificar não só os comportamentos adoptados como também os valores

que defendem, de modo a clarificar a aprendizagem ao nível de ensinar / aprender a cuidar;

- que ao nível do ensino de enfermagem, se encare o cuidar com as percepções e vivências dos estudantes em diferentes etapas do curso, de modo a aprofundar e alargar o conhecimento do fenómeno, identificando de que modo o professor é modelo para o estudante na aquisição de um cuidar profissional.

Ao finalizarmos este trabalho, não queremos deixar de referir que estamos conscientes de que nos debruçámos apenas sobre uma parcela da problemática do cuidar em enfermagem. Pensamos que o acto de cuidar é parte integrante da profissão de enfermagem e foi com esta concepção que nos propusemos contribuir para a sua compreensão através da realização desta pesquisa. Procurámos ainda abrir caminhos para que o “cuidar” possa ser o organizador principal dos desenhos curriculares, bem como um ideal comum que faz a ponte entre o mundo da teoria e o mundo da prática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia – **Identities, Formação e Trabalho: da formatividade à configuração identitária dos enfermeiros (estudo multicaseos)**. Lisboa: [s.n.], 1998. Doutoramento em Ciências de Educação apresentada à Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação.

ABRIC, J. C. – **Pratiques sociales et representations**. Paris : PUF, 1994. 251p.

ADAM, E. – **Être Infirmière**. Montreal. H. R. W., 1983.

ALMEIDA, João F. – **Introdução à Sociologia**. Lisboa: Universidade Aberta, 1995.

ALMEIDA, Maria Cecília Pontel; JUAN, Stuarlo Yazlle – **O saber de enfermagem e sua dimensão prática** 2ª ed. São Paulo Cortez editora, 1989.

AMÂNCIO, Lígia – As assimetrias nas representações de género. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra: ISSN 0254-1106. nº 34(Fevereiro 1992), p.9-22.

AMÂNCIO, Lígia – Género: Representações e Identidades. **Sociologia – Problemas e Práticas** nº 14, (Setembro 1993), p. 127-140.

AMIGUINHO, Abílio M. – **Viver a formação, construir a mudança**. Lisboa: Educa, 1992.

AMIGUINHO, Abílio M. – **Formação e Inovação – o projecto “ECO” Arronches; Um estudo de caso centrado na vivência e na apropriação do percurso de formação pelos professores**. Lisboa; [s.n.] 1992. Dissertação de Mestrado apresentada à faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.

APARECIDA, S; IGNACIO, S. – **Valores em educação**. S. Paulo: Vozes, 1986,

144 p.

APPLETON, Cathy – The art of nursing: the experience of patients and nurses. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402. nº 18 (1993), p.892-899.

ARAÚJO, Maria Lucília – **Identidade sócio-profissional e género: contributos para o estudo da enfermagem**. Porto; [s.n.], 1995. Dissertação apresentada no âmbito do curso de Mestrado em Ciências da Educação, à Universidade do Porto.

BARDIN, Laurence – **Análise de conteúdos**. Lisboa: Edições 70, 1997 229 p. ISBN 972-44-0020-4.

BASTO, Marta L. – Consequências para a enfermagem das mudanças na sociedade. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025 vol. 9 nº 1 (Jan / Mar 1991), p.23-26.

BASTO, Marta L. – Cuidados de Enfermagem em Portugal, o como e o porquê. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. 39:2 (Março / Abril1991), p.75-80.

BASTO, Marta L. – **Da intenção de mudar à mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiros**. Lisboa: Rei dos Livros, 1998. 203p. ISBN 972-51-0760-8.

BELL, Linda P. [et al] – Une analyse du concept. **Recherche en soins infirmiers**. Lyon. ISSN 0297-2964. 58 (Septembre 1999), p. 19-28.

BENAVENTE, A. – **Escola, professores e processos de mudança**. Lisboa: Livros Horizonte, 1990.

BENTO, Maria da Conceição – **Cuidados e Formação em Enfermagem que Identidade?** Lisboa: Fim de Século, 1997. 145p. ISBN 972-754-112-7.

BENTO, Maria da Conceição – **Enfermagem que Identidade**. Lisboa: Fim de Século, 1997. 145p. ISBN 972-754-112-7.

BERNARDO, Frei – **Bioética e Saúde**. Porto, Amigos de Frei Bernardo, 1992.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – **Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. 336 p. ISBN 972-0-34112-2.

BOTERF, Guyle – **De la competence**. Paris: Les editions d'organisation, 1995. 175p. ISBN 2-7081-1753-X.

BOYKIN, Anne – **Living a caring – based program**. New York: National League for Nursing Press, 1994. 185 p.

CALADO, Maria Gabriela C. – **Ensinar/aprender a cuidar. Elementos reconhecidos e valorizados pelos professores de enfermagem na sua prática**. Lisboa: [s. n.], 1995, 123 p. Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

CARAPINHEIRO, Graça – **Saberes e poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: edições Afrontamento, 1998. 295p. ISBN 972-36-0306-3.

CARVALHO, MARIA Manuela Montezuma – **A Enfermagem e o Humanismo**. Lisboa: Lusociência, 1996. 420p. ISBN – 972-8383-00-2

CAVACO, Ana Luísa – Olhar e ouvir o corpo. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol.4 nº1 (1º semestre 2000), p.41.

CHALIFOUR, Jaques – **La relation daide en soins infirmiers: Une perspective holistique – humaniste**. Québec: Gaetan Morin, 1989. 296p. ISBN 2-89105-312-5.

CLARK, J. B.; WHEELER, S. J. – A view of the phenomenon of caring in nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402. 17:11 (November 1992) 1283-1290.

COELHO, M. Teresa. V. – Humanização dos cuidados ao doente hospitalizado. **Servir**. Lisboa. ISSN 0871-2370. 48:4 (Jul/Ago 2000), p.172-177.

COHEN, J. A. – Two portraits of caring: a comparison of the artists, Leininger and Watson, **Journal of Advanced Nursing** Oxford ISSN 0309-2402 vol

16(Agosto 1991), p.899-909.

COLLIÈRE, Marie Françoise – **Promover a vida – da prática das mulheres aos cuidados de enfermagem.** Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 385 p. ISBN 972-95420-0-7

COLLIÈRE, Marie Françoise – **Soigner...Le premier art de la vie.** Paris: Masson S. A. 1996. 456p. ISBN 2-294-00555-4.

CONDON, Ester H. – Theory derivation :application to nursing. **Journal of Nursing Education.** New Jersey. ISSN 0148-4834. 25:4 (April 1986), p.156-159.

CORREIA, Maria da Conceição B. – **Representação do cuidar em enfermagem – uma perspectiva dos alunos.** Porto: [s.n.], 1995. 113p. Dissertação apresentada no âmbito do 5º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.

COSTA, Maria Arminda – **Cuidar idosos. Formação, práticas e competências dos enfermeiros.** Lisboa: Educa, 2002. 327p. ISBN 972-8485-24-7.

COSTA, Maria Arminda – **Enfermeiros. Dos percursos de formação à produção de cuidados.** Lisboa: Fim de Século Edições Lda., 1998. 159p. ISBN 972-754-125-9.

COSTA, M. Arminda – Humanizar no ensino de enfermagem: o tempo e...o contratempo. **Servir.** Lisboa. ISSN 0871-2370. 42:2 (Março / Abril 1994), p.85-90.

DOISE, W. – **A articulação psicológica e as relações entre grupos.** Lisboa: Morais Editores, 1983.

DUBAR, Claude – **A Socialização Construção das Identidades Sociais e Profissionais.** Porto: Porto Editora, 1997. 240p. ISBN: 972-0-34124-6.

FERREIRA, M. José, T. P. – **Influência do enfermeiro docente na valorização do cuidar pelo aluno de enfermagem.** Lisboa: [s.n.] 1995. 132p. Dissertação apresentada no âmbito do 2º curso de Mestrado em Ciências de

Enfermagem.

FERREIRA, V. – O Inquérito por questionário na construção de dados sociológicos. In: Silva, Augusto Santos; Pinto, José Madureira; Vala, Jorge – **Metodologia das ciências sociais**. 11^a ed. Porto: Edições Afrontamento, 1986. p. 105-196.

FIGUEIREDO, Amélia M. F. S. – **Entre o Hospital e o Centro de Saúde. Estudo extensivo sobre as opções profissionais à saída da Escola dos alunos do ano complementar em enfermagem**. Lisboa: [s.n.], 2004. Dissertação apresentada à U. L. – Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação, no âmbito do Mestrado em Ciências de Educação – Área de Formação de Adultos.

FONSECA, J. Ernesto da – **Simbologia dos emblemas das escolas de enfermagem em Portugal. Um património da profissão de enfermagem**. Lisboa: Edições do Autor, 2003. 142p.

FORREST, Darle – The experience of caring. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402. 14:5 (1989), p.815-823.

FORTIN, Marie Fabienne – O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem. **Revista de investigação em enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-7695. nº1 (Fev. 2000),p. 61-68.

FORTIN, Marie Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. 338p. ISBN 972-8383-10-X.

GÂNDARA, M. Manuela e outros – Os Modelos Teóricos e a crise de identidade da enfermagem portuguesa. **Servir**. Lisboa ISSN 0871-2370 40 (3) (Maio/Jun. 1992), p.115-127.

GAUT, Delores A. – Development of a theoretically adequate description of caring. **Western Journal of Nursing Research**. Beverly Hills. ISSN 0193-9459. vol 5; nº4 (1983), p.313-324.

GAUT, Dolores; LEININGER, Madeleine – **Caring: the compassionate healer**. New York: National League for Nursing, 1991. 189p. ISBN 0-88737-518-9.

GRAÇA, L; HENRIQUES, A. – **Evolução da Prática e do Ensino de Enfermagem em Portugal**. [Em linha]. [s.n.]: URL, 2000. Disponível em <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos62.html>.

GRAÇA, L; HENRIQUES, A. – **Florence Nighthingale e Ethel Fenwick: da ocupação à profissão de Enfermagem**. [Em linha]. [s.n.]: URL, 2000. Disponível em <http://www.terravista.pt/meco/5531/textos63.html>.

GRÁCIO, Rui – **Os professores e a reforma do ensino**. Lisboa: 2ª ed. Livros Horizonte, 1980. 111p.

GRIFFIN, A – A philosophical analysis of caring nursing. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402. 8:2 (January 1983),p. 289-295.

GRIFFITH, J; BAKANAUSKAS, A. – Student – instructor relationships in nursing education. **Journal of Nursing Education**. New Jersey. ISSN 0148-4834. 22: 3 (March 1983), p.104 – 107.

HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. 201p. ISBN 972-8383-11-8.

HESBEEN, Walter – **Cuidar neste mundo**. Loures: Lusociência, 2004. 292p. ISBN 972-8383-71-1.

HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. 220p. ISBN 972-8383-20-7.

HONORÉ, Bernard – **A saúde em Projecto**. Loures: Lusociência, 2002. 231p. ISBN 972-8383-31-2.

HONORÉ, Bernard – **Cuidar: persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência, 2004 290p. ISBN 972-8383-58-4.

HONORÉ, Bernard – **Persévérer ensemble dans l'existence**. Paris : Seli Arslan, 2001. 256p. ISBN 2-84276-060-3.

HUGHES, Linda – Faculty – student interactions and the student – perceived climate for caring. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402 17

(1), (1992), p.10-15.

JANA, José Eduardo A. – **Para uma teoria do corpo humano**. Lisboa: Instituto Piaget, 1995. 193p.

JODELET, Denise – **Les Représentations Sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989. 250p. ISBN : 2-13-042102-4.

KAUPPINEN –TOROPAINEN,Kaisa ; LAMMI, Johanna – Men in female – dominated occupations. A cross – cultural comparison in WILLIAMS, Christine L. (ed.) – **Doing Women’s Work. Men in nontradicional occupations**. Newbury Park: CA: Sage Publications, 1993.

LAMONTAGNE, Lise – Del aprender a cuidar. **Revista Rol de Enfermeria**. Barcelona. ISSN 0210-5020. 119/120 (Julho/Agosto1988), p. 79-82.

LAZURE, H. – **Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermagem**. Lisboa: Lusodidata. 1994, 214 p. ISBN 972-95399-5-2.

LEININGER, Madeleine, M – **Qualitative research methods in nursing**. Orlando: Grune and Stratton Inc., 1985. XVIII + 361 p.

LEININGER, Madeleine, M – **Caring: an essencial human need**. Detroit: Wayne State University Press, 1988. 163 p.

LEININGER, Madeleine, M. – **The caring teacher of nursing, in: care: discovery and uses in clinical and community nursing**. Detroit: Wayne State University Press, 1988. ISBN 0-8143-1997-1, p.169-187.

LEININGER, Madeleine, M. – **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991. 432p.

LESNE, M. – **Trabalho pedagógico e formação de adultos** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1984. 255p.

LOPES, Manuel José – **Concepções de enfermagem e desenvolvimento socio-moral. Alguns dados e implicações**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2001. 216p. ISBN 972-98149-0-2.

MAGÃO, Maria Teresa G. – **Cuidar, significado e expressão na formação em enfermagem**. Lisboa: [s.n.], 1992. 114p. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende, no âmbito do 2º Curso de Pedagogia Aplicada ao Ensino de Enfermagem.

MARRINER, Ann – **Modelos y teorías de enfermería**. Barcelona: Ediciones Rol, 1989. 345p.

MARTIN, C. – **Soigner pour apprendre. Acquerir um savoir infirmier**. Giromagny [s.c.], editions LEP, 1991. 215p.

MAYEROFF, Milton – **On caring**. New York: Harper Perennial, 1990. 123p.

MORSE, Janice M. [et al.] – Concepts of caring and caring as a concept. **Advances in Nursing Science**. Frederick. ISSN 0161-9268. 13:1 (1990), p. 1-14.

MORSE, Janice M. – **Qualitative nursing research: a contemporary dialogue**. Newbury Park : Sage publications, 1994. ISBN 2504-682-6. p220-235.

MOSCOVICI, Serge – **Introduction à la Psychologie Social**. Paris : Larrousse Université, 1972. 323p. ISBN : 203-070365-6.

MURRAY, J. P. – Making the connection: teacher – student interactions and learning experiences, in: BEVIS, E. O; WATSON, J. – **Toward a caring curriculum. A new pedagogy for nursing**. New York: N.L.N, 1989. p.189-215.

NIETO, Manuel B. – Enseñar a investigar. Bilbao: Ediciones Mensajero S.A.V., 2002 172p. ISBN 84-271-2440-6.

NÓVOA, A – **Os professores e a sua formação**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1992. 158 p.

NÓVOA, A; FINGER, M. – **O método (auto) biográfico e a formação**. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos, 1988. 157p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Forum: Enfermagem o desafio futuro** [em linha]. Lisboa: 2003 [consult. Set. 2003]. Disponível em WWW. ordemenfermeiros. pt

PARSE, Rosemarie Rizzo – **Nursing Science major paradigms, theories and critiques**. Philadelphia: WB Saunders Company, 1987. 214p. ISBN 0-7216-1803-0.

PATTON, Michael Quinn – **Qualitative evaluation and research methods**. 2ª ed Newbury Park: Sage publications, 1990. 532p. ISBN 0-8039-3779-2.

PEARSON, A; VUGHAN, B. – **Modelos para o exercício de enfermagem**. Lisboa: Acept, 1992. 178p.

POLETTI, Rosette – Pourquoi faut il reparler des valeurs professionnelles? «Valeurs, identité, et pratiques infirmiers». **Journées de perfectionnement**. Paris: (Nov. 1983), p.76-100.

POLETTI, Rosette in preface. In: MARTIN, Christiane – **Soigner poure Apprendre. Acquerir un savoir infirmier**. Giromany: LEP, 1991.

POLIT, Denise F ; HUNGLER, Bernadette P. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p. ISBN 85-7307-101-X.

POSTIC, Marcel – **A relação pedagógica**. Coimbra: Coimbra Editora, 1984. 295p.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque – **Empatia e Respeito**. Coimbra: Quarteto Editora, 1999, 147p. ISBN 972-8535-03-1.

QUEIRÓS, Ana; SILVA, Lígia; SANTOS, Elvira – **Educação em Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2000. 131p. ISBN 972-8535-18-X.

QUIVY, Raymond; CAMPENHONT, Lucvan – **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 1992. 275 p.

RAMOS, L. – **A escola na inserção social dos jovens: Portugal anos 90**. Lisboa: [s.n.] 1992. Dissertação apresentada à Universidade de Lisboa, Faculdade de Ciências, no âmbito do curso de Mestrado em Ciências de Educação.

RAPOSO, João M. – O cuidar e o morrer. **Cadernos de bioética**. Coimbra. Nº

31 (Abril 2003), p. 91-108.

RAUEN, Karen C. – The clinical instructor as role model. **The Journal of Nursing Education**. New Jersey. ISSN 0148-4834. (August 1974), p.33-40.

RAYA, A. – Can Knowledge be promoted and values ignored? Implications for nursing education. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402 nº15, (1990), p.504-509.

RENAUD, Michel – O devir pessoal e a exigência ética. **Cadernos de bioética**. Coimbra: Nº1 (Jul. 1990), p. 28-41.

RIBEIRO, Lizete F. – **Concepções de enfermagem e orientação moral em docentes de enfermagem**. Lisboa: [s.n.], 1995. 132p. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda de Resende, no âmbito do concurso para professora coordenadora.

RIBEIRO, Lizete F. – **Cuidar e tratar em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral**. Lisboa: Educa, 1995. 109p.

RIBEIRO, Patrícia P. S. – **Um olhar sobre o cuidar em enfermagem**. Lisboa: [s.n.], 2000. 153 p. Dissertação apresentada no âmbito do curso de Mestrado em Comunicação em Saúde, à Universidade Aberta.

ROACH, S – **Caring: the human mode of being, implications for nursing**. Toronto: Faculty of Nursing – University of Toronto, 1984. VIII + 62 p.

ROACH, S. – **The human act of caring**. Ottawa: Ontário Canadian Hospital Association Press. 1993, 148p. ISBN 0-919100-83-X.

ROGERS, Carl R. – **Tornar-se pessoa**. Lisboa: Moraes Editores, 1970. 346p.

SANDNES, A. L.; TANEM, T. – **Frederick Nightingale, I presume? A study of Norwegian male auxiliary nurses**. Oslo: University of Oslo / Institute of Psychology, 1991.

SCHWEER, Jean E. – **Creative teaching in clinical nursing**. 2ª ed. Saint Louis: The C. V. Mosby Company, 1972. XIII + 316p.

SILVA, Augusto S; PINTO, José Madureira – **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Ed. Afrontamento – 2ªed. 1987, 312p.

SIMÕES, Joaquim – **Género e Enfermagem: da tradução no feminino ao presente no masculino**. Lisboa: [s.n.], 1999. 110p. Dissertação apresentada no âmbito do curso de Mestrado em Estudos sobre as Mulheres, à Universidade Aberta.

SKEVINGTON, Suzanne M. ; DAWKES, Derek A. – Minorities at work: men in a woma's world in Canter, D. et al. (editors) – **Environmental social psychology**. [s. l]. Kluwer Academic Publishers, 1988. p.272-280.

SORREL, Jeanne Merkle e REDMOND, Georgina M. – Interviews in qualitative nursing research: differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. **Journal of advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402. 21:6 (June 1995). p. 1117-1122.

SOUSA, Maria Margarida Oliveira et al – Conceito de Enfermagem. **Boletim Sindical**, 10 (6), (1989), p.20.

SPONVILLE, André C. – **Pequeno tratado das grandes virtudes**. Lisboa: Editorial Presença, 1995. 311p.

SUNDEEN, S.; STUART, G.; RANKIN, E.; COHEN, S: - **Nursing client interaction: implementing the nursing process**. 2ª ed. Saint Louis: The CV Mosby Company, 1981. 252p.

SWANSON, Kristen M. – Empirical development of a middle range theory of caring. **Nursing Research**. New York. ISSN 0029-6562. vol. 40:3 (May / June 1991), p.161-166.

TAVARES, J. ALARCÃO, I – **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem**. Coimbra: Almedina, 1989. 229 p.

TAYLOR, C – **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 37-69.

VALA, Jorge; MONTEIRO Maria Benedita – **Psicologia Social**. Lisboa:

- Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. 479p. ISBN: 972-31-0595-0.
- VEIGA, M. A. P. L. – **Cuidar da intimidade, intimidade no cuidar**. Lisboa [s.n.] 1994. Dissertação apresentada no âmbito do curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem, à Universidade Católica Portuguesa.
- VICENTE, Ana – **Os poderes das mulheres, os poderes dos homens**. Lisboa: Gótica, 2002. 327p. ISBN: 972-972-050-0.
- VIDAL, Maria Teresa de C. R. – **Formar-se para cuidar**. Lisboa: [s.n.] 2003. 219p. Dissertação apresentada no âmbito do curso de Mestrado em Comunicação em Saúde, à Universidade Aberta.
- VILARINHO, Lúcia R. G. – **Didáctica: temas seccionados**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora LDA, 1983. 145p. ISBN 85-216-0060-7.
- WALDOW, V. [et al.] – **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar – A enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998, 202 p.
- WATSON, Jean – **Nursing: human science and human care – a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1988. 111p.
- WATSON, Jean – **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boulder: Colorado Associated University Press, 1985. 221 p. + XX
- WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. 182p. ISBN 972-8383-33-9.
- WILLIAMS, Christine L. – **Gender differences at work: women and men in traditional occupations**. Berkeley: University of California Press, 1989.
- WILLIAMS, J. A. – Gender and intergroup behaviour: towards an integration. **British Journal of Social Psychology**. London. ISSN 0144-6665. vol. 23. (1984), p.311-316.

ANEXO 1 – Entrevista a um Professor

Entrevista 12 – Texto Integral

Professora de Enfermagem

E – Vamos dar início a mais uma entrevista cujo tema é a representação do cuidar relativamente a professores e estudantes de Enfermagem. Começemos pela sua idade?

e – 45 anos.

E – Local de nascimento?

e – Cabril, Pampilhosa da Serra. Faz parte do distrito de Coimbra.

E – A residência actual?

e – Castelo Branco.

E – O nível de escolaridade dos seus pais?

e – Ensino primário. Ambos.

E – E as suas profissões?

e – Comerciantes.

E – Tem irmãos?

e – 3 irmãos, dois dum primeiro casamento e uma dum segundo.

E – Rapazes ou raparigas?

e – Um irmãos e duas irmãs.

E – Mais velhos ou mais novos?

e – Um irmão e uma irmã mais velha e uma irmã mais nova.

E – É casada?

e – Sim sou.

E – Nível de escolaridade do seu marido?

e – O nível de escolaridade, neste momento, é superior também.

E – Tem alguma especialidade?

e – Sim tenho a de Enfermagem de Reabilitação.

E – Já sei que na vossa escola vocês não trabalham por departamentos nem por áreas científicas, trabalham ...

e – Por equipas de acordo com os anos, e, eu estou integrada na equipa do 2º ano, na área da enfermagem médico-cirúrgica.

E – Qual foi o seu motivo da escolha por esta profissão, o que é que a fez vir para enfermagem?

e – O que é que me fez vir para enfermagem? Na altura... não sei bem porquê, mas foi assim uma escolha que se me colocou como se colocaram outras. Por exemplo, eu lembro-me que nesse período andava bastante indecisa entre ser enfermeira ou ser hospedeira. Entretanto, como tinha acabado o 5º ano, o antigo 5º ano, o 9º ano actual, eu tive a percepção não ia a lado nenhum. Concorri para a escola, para esta, para actual escola superior de saúde e fiquei excluída porque foi o primeiro ano que entraram então com o antigo 7º ano, que era o curso complementar do liceu. Face a isso, eu comecei a tirar o 6º e 7º ano, e como já não podia fazer no ensino público, fui para Lisboa e fiz no particular. Nesse ano, entretanto, e porque enfermagem não era assim a única opção, tentei ainda as outras alternativas, nomeadamente inscrever-me na TAP, porque também era alguma coisa que... que, que me apaixonava, ... e não sei bem, mas era assim qualquer coisa que eu gostava de fazer era também ir para a hospedeira. Mas nunca entrei lá, nunca fui chamada, e quando completei o 7º ano voltei então a concorrer para a escola, então escola de enfermagem Dr. Lopes Dias. Ser enfermeira... ser enfermeira era porque estava excluída a hipótese de ir para o ensino superior na altura, porque os meus pais não tinham possibilidades e talvez porque, em parte, porque me identificava com a profissão se calhar, com o que eu hoje sei que é o cuidar.

Mas também, porque era uma... a possibilidade de ter emprego ao fim de 3 anos. Eu penso que isso também de alguma maneira contribuiu e pesou para essa opção.

E – Quantos anos de profissão, de experiência profissional tem ao todo?

e – 20 e tal anos, quase 21anos.

E – 21 anos, e de docência?

e – De docência 2.

E – Durante esses 19 anos, foram sempre na prestação de cuidados?

e – Não, durante esses 21 anos de exercício foram 18 e meio, à volta de 19 na prestação e 2 na gestão, na gestão não chegou a 3 anos, foram 2 anos e meio na gestão.

E – E o que é que ao fim destes anos todos lhe fez vir para a docência?

e – Em primeiro lugar foi o aspecto prático. Eu trabalhava a alguns quilómetros de casa...e o facto de concorrer para a escola me permitia estar mais perto do local em que residia, foi, digamos, o que pesou mais na decisão. Por outro lado, eu quando fiz a especialidade e fiz o estágio de pedagogia... quem me avaliou perguntou-me se eu nunca tinha pensado em ir para a docência porque lhes parecia que eu que teria jeito para o ensino e que realmente, era um dos aspectos sobre o qual eu devia pensar porque talvez desse uma boa professora. Mas nunca me passou pela cabeça e fiz o percurso normal e progredi na carreira na área da prestação, portanto, a parte de docência ficou sempre excluída, nunca mais pensei nisso. Quando chegou a altura, e uma vez que trabalhava a 27 quilómetros do local de residência e a possibilidade de vir trabalhar para o local onde residia, foi sem dúvida a opção que mais pesou. A outra foi também a experiência, ter uma experiência nova onde iria tirar as minhas conclusões.

E – Diga-me uma coisa, tirou a especialização enquanto estava na prestação de cuidados?

e – Sim enquanto estava no exercício.

E – Diga me uma coisa, enquanto profissional foi alguma vez orientadora de estudantes durante as suas experiências práticas?

e – Fui sempre orientadora de estudantes nos locais de estágio, para aí a partir o 3º ano, 4º ano de exercício. A orientar, aquela orientação usual que era um bocadinho diferente de hoje em dia. Também não havia tantos estudantes e os docentes passavam mais tempo pelos campos de estágio. Mas foi a partir aí do 7º, 8º ano que comecei a ficar mesmo com alunos, no roulement integrados comigo.

E – Daí também, se calhar, um bocadinho o “bichinho”,o gosto pelo ensino.

e – Pois, talvez tenha sido.

E – E diga-me uma coisa, como se sente, ...como é que idealiza a formação em enfermagem? E o que é que acha que é o ideal de formação para a enfermagem?

e – Eu não sei se sei responder a isso... Se calhar é mais fácil dizer o que é que eu acho que não está tão bem. Para mim, eu penso, sentia isso na prática e continuo a senti-lo agora enquanto docente, que é fundamental tanto no exercício, como na docência, nós reflectirmos nas nossas práticas, sejam elas práticas de cuidar em relação aos doentes, sejam elas práticas de cuidar em relação ao ensino ou em relação à gestão, em relação a qualquer outra área, porque eu penso que a reflexão é fundamentalmente e penso que só através da reflexão, nós avaliamos o que estamos a fazer. Se estamos a fazer bem, se estamos a fazer menos bem, se podemos corrigir, se está ao nosso alcance corrigir, eu penso que só assim é que é possível fazer um bom trabalho. Em relação ao ensino ideal, penso que o ensino, o nosso não é um ensino mau. Agora penso que deveria haver com os estudantes mais espaços para reflexão, sobre a área do cuidar. Eu penso que sim porque... o espaço de reflexão não está nos livros, quer dizer, eu penso que o cuidar tem muito a ver com a nossa forma de estar na vida, com a nossa educação, com a nossa cultura e isso não se aprende nos livros. Eu penso que algumas coisas podem estar descritas

mas a grande parte delas vêm da reflexão das práticas que nós fazemos. Já o tenho comentado com colegas que faz falta, ao longo dos anos, se calhar, uma disciplina que atravessasse os anos todos e que correspondesse, não sei que nome teria, mas onde poderiam estar integrados outros conteúdos, como a relação de ajuda, os diversos papéis que são pedidos aos enfermeiros, e seria, se calhar, uma disciplina que teria, uma abrangência das diversas temáticas, onde estaria obrigatoriamente incluído um espaço de reflexão sobre o que é que o cuidar. Esta reflexão seria elucidada com episódios do dia-a-dia, com episódios de situações onde não tivesse havido tanto cuidar, Não sei se seria o ideal, mas penso que era importante.

E – E diga-me uma coisa, o que é que mais valorizas no processo ensino-aprendizagem? Nessa relação profissão estudante?

e – O que é que se mais valoriza? Se calhar é isso mesmo, é o cuidado. Eu penso que... eu tanto cuido em casa, como cuido na escola, como cuido no exercício e eu penso que, pelo menos tenho tentado, não sei se tenho conseguido, mas tenho tentado e na relação que eu tento estabelecer com os estudantes é, sobretudo, uma relação de cuidado na medida em que eu também me preocupo com o bem-estar deles, na medida em que eu me preocupo com a aprendizagem, na medida em que eu me empenho na forma como transmito os conteúdos e se eles contribuem para a aprendizagem dos estudantes. Eu penso que, acima de tudo, eu também estou a estabelecer uma relação de cuidar e eu penso que é essa relação de cuidado que é necessária nas relações entre os humanos, independentemente da área onde estou.

E – E como é que transmite a esses estudantes esses ideais e esses valores que tanto acredita?

e – Com exemplos práticos. Habitualmente, recorro a exemplos nas aulas, quando, por exemplo, levantamos um diagnóstico de enfermagem e a seguir se enumeram as intervenções a seguir, eu recorro quase sempre aos exemplos, tenho inúmeras situações de cuidados e recorro-me delas... e tento passar-lhes essa ideia, e que houve várias etapas no nosso percurso enquanto enfermagem. Houve a etapa em que, realmente, o cuidar era visto como algo que tinha a ver com crenças e com valores que propriamente por aspecto

técnicos, nomeadamente cuida-se por amor ou cuida-se porque temos valores de ordem religiosa, de vocação, e houve mais tarde um outro período, penso eu, no desenvolvimento da prestação de cuidados que corresponde mais à implementação do modelo biomédico, parece que as máquinas, as técnicas vieram substituir toda a relação. O que eu tento fazer-lhes passar é que nem é vocação, nem é tecnicismo, mas é um conjunto desses dois aspectos que revela o cuidado. Quer dizer, eu penso que tanto cuido quando primo para que um cateter venoso funcione bem ou para que uma algália esteja permeável ou para que não infecte qualquer procedimento que tem que ter uma determinada técnica rigorosa, eu penso que isso é cuidar. Mas o estar desperto para o bem-estar, para o aconchegar da manta, para saber ler nos olhos da pessoa se a pessoa está bem disposta, se não está bem disposta, se precisa que eu fale com ela, isso também é cuidar. E então, eu, muitas vezes, recorro a exemplos pequeninos que eu tenho do dia-a-dia do meu exercício para lhes dizer, isto é importante, mas isto também é. E é engraçado que eu acho que eles gostam que eu fale nesses aspectos, nesses exemplos, muitas vezes quando lhes falo nisso, eu escrevo-lhes assim no cimo do quadro, a frase não é minha, “são de pequenas coisas que se constituem os cuidados de enfermagem”, justamente para lhes chamar a atenção da importância dessas pequenas coisas. O que é importante, realmente, é eles terem um corpo de conhecimentos sólidos, técnicos e científicos, mas a relação é fundamentalmente, mais que isso é imprescindível ao cuidar, que essa tem que estar presente porque, sem isso, não há cuidar.

E – Nota diferença de há uns anos para cá? O ensino de enfermagem também tem sofrido enormes alterações, nota alguma diferença nesse investimento relativamente ao cuidar ao longo destes anos, e que tenha repercussão nos estudantes?

e – Eu, sinceramente não acho. Acho que há muitas pessoas que dizem que sim, é frequente mesmo em contexto de ensino, os profissionais mais velhos dizer “ah, agora já ninguém se importa, os estudantes agora estão todos preocupados é com a licenciatura, é com as máquinas, as tecnologias e já não cuidam”, mas eu continuo a achar que eles sabem cuidar. Não são todos, como é óbvio, há uns que sabem melhor do que outros, mas eu penso que isso é um

problema de particularidades e não se gerações. Quer dizer, acho que nestes cursos novos, como nos antigos, havia pessoa que se dedicavam e que de alguma maneira se desenvolviam mais, que cuidavam, enquanto havia outros que não cuidavam tão bem, isto é a minha perspectiva, e é pessoal, mas penso que não tem a ver com o facto de hoje termos uma licenciatura.

E – E o facto de agora o ensino de enfermagem estar um pouco massificado, quer dizer, antigamente havia entradas de 20, 30 alunos, agora 60, 70.

e – Isso sim, mas por outro lado que penso que não é só por isso. Por um lado a massificação, por outro penso que quem ia estudar e eventualmente iria para enfermagem, não sei se será bem assim, mas penso que era mais quem desejava ir. Se bem que, hoje em dia, também isso se passa um bocado por aí porque também é preciso começar o investimento logo desde cedo porque senão a nota condiciona, não é, portanto, se pessoa tiver vontade mesmo de ser enfermeira e de estar num área onde a relação é importante tem que começar a trabalhar isso antes. A massificação, ... a massificação é complicada porque eu lembro-me, nas minhas aulas, sobretudo nas teóricas, havia mais essa partilha e esse espaço de reflexão porque eram turmas de 30 alunos e eu ainda hoje me recordo histórias que os professores contavam nas aulas e que diziam realmente respeito a essa parte da relação e a esse... a esse cunho do cuidar e que se calhar, hoje em dia, dadas as características das turmas, nomeadamente as nossas aqui, esse espaço não é possível de ser encontrado em sala de aula porque é muito difícil trabalhar com turmas tão grandes.

E – Diga-me uma coisa, acha que consegue se lembrar de alguma experiência que tenha vivido e em que sentiu que cuidou de alguém e esse alguém se tenha sentido cuidado?

e – Oh, tantas...Tantas, tantas. Mas eu conto isto muitas vezes aos meus alunos para elucidar essas pequenas coisas que são o cuidado. Aqui há uns anos tive, não era especialista sequer, e tive um rapaz que eu penso que ele era assim um bocadinho atrasado mental, ele era deficiente renal e foi internado para fazer a redução de uma hérnia umbilical em cirurgia. Eu falava

muito com ele e acompanhava-o, e cuidava dele o melhor que sabia e podia, e eu lembro-me que numa noite ele tocou a campainha, ele sabia que eu estava de serviço, ele tocou e eu fui ver o que é que ele precisava. Ele disse-me tão simplesmente “oh enfermeira, cácha-me lá” e o cácha-me era aconchegar-lhe a roupa ao corpo e eu nunca me esqueci deste rapaz e lembro isto muitas vezes aos meus alunos, isto também é cuidar. É claro que eu penso que ele para conseguir tocar a campainha para eu lhe aconchegar a roupa ao corpo é porque eu, se calhar, já tinha estabelecido uma relação com ele mais próxima que lhe permitiu, de alguma maneira, esse à-vontade porque, se calhar, com outras pessoas ele não teria tido a coragem de pedir isso. Mas tenho muitas.... Eu lembro-me que outra vez, estava na especialidade, isto para elucidar, tinha uma senhora em Coimbra, uma senhora também com uma paraplégica que estava à espera ir para Alcoitão e então, planeou-se um fim-de-semana para que ela fosse a casa passar um fim-de-semana enquanto estava à espera. Era familiar dum médico, nem sequer chegava a ter alta do hospital, dali ia directamente para o centro de medicina de reabilitação de Alcoitão. Então, planeou-se um fim-de-semana para ela ir passar com o marido porque lhe fazia bem, porque ela estava a entrar numa fase que já lhe custava muito estar internada. Eu cuidei dela ali durante uma semana, talvez isto se passasse na 6ª feira, depois da visita médica ela fez-me sinal com o dedo, estava toda a equipa lá, enfermeiros, médicos, a passar a visita e eu depois de saírem todos, do quarto perguntei-lhe “Dona Maria, precisa de alguma coisa?”, “ó senhora enfermeira, daqui a bocado, quando já não houver cá ninguém, eu preciso de falar consigo”. Eu saí e voltei mais tarde. Quando regresssei a senhora diz-me: “senhora enfermeira, eu estou tão preocupada”, “então, mas diga-me, posso ajudá-la?”, “não sei, mas eu acho que sim. Olhe, a senhora sabe que eu estou aqui há 3 meses e neste período todo, o meu marido nunca mais se serviu de mim, como pode imaginar, e agora vou para casa, mas vou com a algália e eu não sei como é que ele se vai servir”. Eu então eu expliquei à senhora que a algália não era impeditiva uma vez que a relação sexual não se fazia pela uretra, mas sim pela vagina e ensinei-lhe algumas dicas do que é que ela havia de fazer para que a algália não fosse um impedimento. Eu penso que tudo isto são situações de cuidado.

E – Então, depois destas experiências todas, o que é que é para si,

pessoalmente, cuidar? – Se calhar, antes de definir cuidar, eu falava em imperativos para cuidar. Em primeiro lugar, eu acho que para se cuidar de alguém é preciso estar, estar de corpo de alma porque cuidar implica relação, implica estar com e implica estar em. Depois, cuidar para mim também tem um significado, tem significado de ordenado ao fim do mês, como é óbvio, não é. Agora, o sentido de cuidar é que eu penso que difere um bocadinho de pessoa para pessoa e para mim o sentido do cuidar é, como já disse, estar com a pessoa, estar com a pessoa na totalidade e contribuir para o bem-estar dela, para a sobrevivência dela e isso tanto pode ser visível no conjunto de intervenções que eu faço para prevenir uma infecção, como num conjunto de intervenções que eu faço para que ela respire melhor, como no conjunto de intervenções que eu faço para que ela esteja confortável, também para que ela se sinta bem, tanto faz seja no meio hospitalar, como ser na comunidade. Por exemplo, eu trabalhei também na comunidade, eu penso que o simples facto de eu encaminhar uma pessoa para o sítio certo, para a pessoa certa, isto é cuidar. Se calhar, às vezes é estas pequenas coisas que são esquecidas e que, se calhar, às vezes as pessoas sentem que não são cuidadas porque as outras são importantes, as grandes, aquelas visíveis, mas estas pequeninas, eu penso que as grandes só são visíveis se nós dermos visibilidade ou se nós nos empenharmos nestas pequenas coisas. Por isto é que eu acho que o cuidado não se pode medir, quer dizer, o cuidado faz-se espontâneo. Se calhar podem-se desenvolver competências nessa área, penso que sim, mas que passam também por esses espaços de reflexão porque... não nossa sociedade, hoje em dia, as pessoas não estão muito viradas para estas pequenas coisas, é tudo aquilo que é imediato, que é quantificável, que é mensurável, parece que só isso é que tem valor, que só isso é que é importante e, no meu entendimento, faltam estas pequeninas coisas que passam, eventualmente, por dar os bons dias a um doente ou porque ele é uma pessoa, ou até uma pessoa na rua que não é doente, mas que está, quer sair do comboio. Eu lembro-me que, por exemplo, um dia destes viajei de comboio e estava um senhor com 3 sacos e eu, pura e simplesmente lhe disse “precisa de ajuda, que lhe pegue num saco?” e eu olhei para os olhinhos dele, foram duma gratidão tão grande, tão grande e são estes pequenos nada que eu penso que na prática, no exercício da profissão valem muito e que o ser

humano, enquanto ser humano, valoriza, independentemente da classe social, da origem do rendimento, independentemente de qualquer coisa, portanto, acima de tudo eu penso que cuidar é estar com alguém, é ajudar no momento certo, é ajudar a pessoa a crescer, é ajudar a pessoa a nascer, é ajudar a pessoa a restabelecer a saúde, é dar uma dica para que ela consiga ser autónoma, é... é esse conjunto todo de coisas que é tão diversificado que implica necessariamente estar com o outro e criar empatia com ele.

E – Então, para si, o cuidar não é exclusivo da enfermagem?

e – Não é exclusivo da enfermagem.

E – Todas as pessoas cuidam, de certa maneira?

e – De certa maneira. As mães cuidam dos filhos, penso que os professores cuidam dos alunos, os pais também cuidam dos filhos... os governos cuidam dos ambientes. O que distingue, se calhar, o nosso cuidar do outro cuidar é que o nosso é profissionalizado e, para além desse cuidar todo, há mais um conjunto de técnicas que não podem estar dissociadas desse cuidado que é universal e deve fazer parte de toda a humanidade.

E – Acha que todas as pessoas pensam da mesma maneira relativamente ao cuidar ou há muitos conceitos de cuidar?

e – Bem, eu penso que todas as pessoas sentem necessidade de ser cuidados e, de uma forma ou de outra, sentem que, se calhar, sentem que o cuidar está implícito naquilo que fazem. Poderão é estar uns mais despertos do que outros. Por exemplo, um homem que tem cuidado com o seu automóvel para que ele não se estrague está a ter cuidado. Claro se são coisas meramente materiais, não é, mas está implícito o cuidar, está implícito manter qualquer coisa porque que essa qualquer coisa possa persistir, não é. Eu penso que é esse, o cuidar é isso, nomeadamente os humanos, quer dizer, cuida-se para que a espécie humana consiga sobreviver e subsistir, portanto, o cuidar faz parte de nós enquanto ser humanos. Agora, não é exclusivo do ser humano porque os próprios animais cuidam das crias, não é. O ser humano o que fez, no meu entendimento, desenvolveu mais essa arte, se é assim que se lhe pode chamar, ou esse dom ou essa competência de cuidar e depois orientou-o para

áreas específicas. E nós, enquanto enfermeiros, orientamo-lo com base na relação e nos estar com o outro e na satisfação das necessidades humanas básicas que o outro não consegue por si só satisfazer, e depois acho que nós juntámos um conjunto de técnicas que também são inerentes ao próprio acto de cuidar, já que o cuidar consiste em manter um ser humano vivo, em dar continuidade à espécie e está implícito nisso.

E – E diga-me uma coisa, os enfermeiros como grupo profissional, acha que há vários conceitos de cuidar ou que dentro desse grupo existe só uma forma de pensar em enfermagem?

e – Eu não sei se há vários conceitos de cuidar nos enfermeiros. Agora, uma coisa eu sei, é que o empenho que os vários enfermeiros dedicam ao cuidar é diferente e é isso que faz com que haja, se calhar, enfermeiros melhores que outros. Se calhar, lá não fundo, essa necessidade é universal e universalmente sentida, tanto por quem recebe, como por quem presta. O que penso é que se calhar, alguns fazem-no de uma forma mais reflectida e outros fazem-no de uma forma mais irreflectida e nessa forma mais reflectida ou menos reflectida é que surgem as diferenças do cuidar.

E – E considera que os estudantes no final de 4 anos de formação, em que durante tanto tempo lhes foi falado sobre o cuidar, nas suas diversas vertentes, acabam o curso com uma representação do que é, “cuidar”?

e – Não sei. Alguns sim, outros não. Porque eu também penso que, cada vez mais, na nossa sociedade, nós damos importância ao imediato, como já disse, e ao quantificável e o cuidado não se pode quantificar. Eu penso que o cuidado é inquantificável, na medida em que é inquantificável e, de alguma maneira, também não é mensurável porque... cuidar é relativo. Eu posso estar com uma pessoa que necessita dum... Eu dizia, quando o número maior de cuidados, esses cuidados que, habitualmente, nós estamos habituados a enumerar por números, o lavar, o vestir, o despir, o cateterizar uma veia, o manter o soro em perfusão, etc., mas tenho ao meu lado, se calhar, tenho outra pessoa que não necessita desses cuidados e que precisa, se calhar, de outros cuidados que dizem respeito à relação, que, se calhar, são tão importantes como manter um soro em perfusão, como o fazer um telefonema para um familiar de um doente

que está numa ansiedade terrível porque o filho ou não sei quem foi viajar e esse doente está ansioso porque gostava de saber novidades desse familiar... Se nós conseguirmos transmitir isto aos alunos e eu penso que a alguns conseguimos, porque isto se calhar tinha que começar a ser trabalhado logo no liceu e, se calhar, até logo nas famílias. Estamos habituados, hoje em dia, a dar valor àquilo que se mede e àquilo que se quantifica e estas pequeninas coisas, habitualmente, passam despercebidas. E para aqueles estudantes que conseguem de alguma maneira captar esse sentido do cuidar, eu penso que eles, e penso que são muitos, eu penso que um número significativo sai do 4º ano com a ideia formada do que é o cuidar. Outros, se calhar aqueles que faltam mais vezes, que empinam aqueles conteúdos da médico-cirúrgica ou dos modelos de enfermagem ou da saúde materna para os testes, se calhar esses não ficam com uma ideia tão clara do cuidar, nem tão consensual. Os mais assíduos, aqueles que não perdem, sei lá, aquelas aulas em que os professores podem exemplificar com exemplos concretos, eu penso que esses ficam com uma ideia do que é o cuidar. Porque eles depois são muito críticos, quando eles depois se deparam nos estágios com situações de não cuidado por parte dos profissionais, eles sabem identificá-las e acham que é de uma terrível injustiça uma senhora ter ficado com a ligadura o fim-de-semana inteiro no corpo e depois ter ficado com flictenas. Portanto, eles conseguem avaliar uma situação de não cuidado, eu também penso que eles conseguem ter uma ideia do que é que é uma situação de cuidar.

E – E relativamente às chefias? Nós verificamos que se fala muito em cuidar, mas na prestação de cuidados não se verifica tanto como gostaríamos, acha que as chefias têm um papel importante?

e – No cuidar? O papel das chefias...

E – Já foi chefe, sabe o que isso significa.

e – Já fui chefe, e se calhar por isso mesmo sou suspeita. Não fui durante muito tempo, embora tenha coordenado por períodos curtos, na ausência do chefe, coordenei muitas vezes a equipa onde estava integrada, mas fui chefe durante 2 anos e meio. Se calhar é mais fácil dizer-lhe o que é que eu, enquanto chefe fazia para que existisse uma filosofia de cuidar. Em primeiro

lugar eu penso que existem modelos, existem teorias e são a nossa fonte, quer dizer, quem já escreveu sobre isso já reflectiu muito e, cá está, eu penso que passa muito pela reflexão. Pronto, já reflectiu muito e já tirou algumas conclusões. Então em primeiro lugar acho que é importante termos como base, como suporte, modelos e teorias que devem ser, digamos assim, o guia orientador das equipas, esse é um aspecto. Em segundo lugar, penso que é importante para que as situações de não cuidado não ocorram, é importante que existam procedimentos normalizados, que haja protocolos para minimizar as falhas dos aspectos técnicos, e essas normas e protocolos também podem estar obviamente, incluídas ou salvaguardadas naqueles aspectos relacionais da situação de cuidar. Como é que as fiz? Através, de... em primeiro lugar, ter um projecto de intervenção, definir muito bem o que é que se pretende em relação às necessidades daquele grupo ou dos doentes daquele serviço, o que é que se pretende atingir, portanto, fazer um projecto com objectivos claros. Depois esses objectivos têm que ser colocados em prática através das intervenções que serão, eventualmente, normalizadas com procedimentos. Tem que se fazer uma avaliação continua, reuniões, reuniões regulares para saber em que medida é que estamos a atingir aqueles objectivos, em que medida é que não estamos a conseguir e depois no final tem que haver indicadores que nos digam se, realmente, valeu a pena avançar com aquele projecto, se conseguimos atingir os objectivos ou não conseguimos atingir os objectivos. Eu penso que agora dizia-me assim “então, mas isso se calhar, está mais virado para a relação, como é que trabalha a relação e esse cuidar, invisível, como é que o trabalha?”. Penso que justamente pelos espaços de reflexão. Penso que o enfermeiro chefe não pode estar desligado dos cuidados, ele tem que reconhecer as necessidades dos utentes que a sua equipa cuida e tem que estar sensível também para o cuidado. E, muitas vezes, ser ele próprio, digamos que... a pessoa que chama a atenção para determinadas situações de não cuidado, para que possam ser reflectidas e para que se possam procurar alternativas. E eu tinha, tinha situações dessas. Eu trabalhei durante esse período de 2 anos e meio com uma enfermeira que era uma excelente enfermeira, mas ela também fruto das suas vivências, fruto da sua educação, fruto de tudo, era uma pessoa um bocado fria, fria na relação e eu tive necessidade de a chamar à atenção por causa disso. E lembro-me

que determinada altura ela disse “senhora enfermeira, eu fiquei órfã de mãe, eu não tenho muito mais para dar porque também não sei andar a apaparicar os doentes”, e eu tive que lhe dizer “eu entendo-a, mas nós temos que trabalhar isso um bocadinho melhor, podemos trabalhar a relação, podemos porque os livros ensinam-nos algumas coisas e podemos também tentar estabelecer para nós metas e, se calhar, hoje a senhora teve aquela resposta, mas se fizer um exercício mental para não ter resposta daquela, se calhar consegue ter porque a senhora, no fundo, é uma boa enfermeira, domina muitíssimo bem todos os aspectos técnicos, mas frequentemente é apontada por ter uma má relação. O que eu quero neste momento é procurar consigo formas de trabalharmos juntas essa relação, o que é que podemos fazer para trabalhar essa relação e para que a senhora seja uma enfermeira a 200%, em vez de ser a 99.” E isto foi trabalhado durante um ano e meio, ao fim do qual tive o feedback da equipa, que manifestou que a relação dela melhorou significativamente enquanto eu estive integrada naquela equipa; e a equipa agradeceu-me ...

E – Na realidade cada vez mais os alunos estão integrados nas equipas, e digamos que têm como modelo de referência esses profissionais. Se nós, às vezes, pomos em causa a qualidades dos cuidados que estes profissionais estão a praticar, pelo menos no que se refere à falta de relação, falta de investimento no cuidar de uma pessoa numa forma holística, no fundo é repensar um bocadinho e ter atenção aos modelos que os nossos alunos, no fundo, levam.

e – Foi, e eu tive esse feedback, uma vez que eu era autónoma na forma como gerir a equipa, foi ponto assente desde o início que uma vez por mês se houvesse necessidade reuníamos-nos para falar. do que é que temos andado a fazer, se valeu a pena fazer, se não valeu a pena, se temos tido problemas, se não temos tido problemas, para falar de situações particulares que poderiam, eventualmente exigir maior atenção da equipa, maiores situações de cuidados, quer dizer que eu enquanto enfermeira chefe estava sempre disponível para qualquer ajuda, para ir inclusivamente com as enfermeiras fazer visitas quando às vezes elas não se sentiam tão seguras de algumas coisas que era necessário fazer, e eu sempre mostrei disponibilidade, e considerei importantíssimo reflectir-mos sobre aquilo que andávamos a fazer. Antes de vir

embora eu tive a percepção que de alguma maneira, tinha feito um trabalho benéfico e essa percepção foi-me confirmada porque... a equipa, de uma maneira geral, toda me agradeceu e, sobretudo, disseram-me que eu tinha sido muito benéfica para aquela equipa, nomeadamente em relação até a essa enfermeira que era considerado o “lobo mau” lá do sítio e que tinha idade para ser minha mãe. Penso que também não pode ser só teoria, quer dizer, se calhar porque eu também tinha a preocupação de me preocupar com ela, como é que a senhora está, como é que estão as suas costas, está muito cansada, olhe vá-se embora hoje um bocadinho mais cedo porque já está cansada, como é que está a sua filha, como é que não está e penso que isso depois, o cuidar, é quase como um elo. Quer dizer, se nós damos, os outros sentem-se na obrigação de dar também. Enquanto que se forem situações de não cuidar, é como alguma coisa que se faz e está feito, e não há a necessidade de retribuir. Por isso é que eu digo que tanto se cuida de alunos, como se cuida de profissionais, como se cuida de doentes. A diferença está na especificidade de cada área de cuidar.

E – E agora diga-me outra coisa, por que é que acha que esta nossa profissão ainda é essencialmente feminina? Embora, actualmente, nas últimas décadas para cá, temos visto que há um aumento crescente do número de homens na profissão.

e –Eu penso que é, sobretudo, por causa da herança cultural, portanto, as mulheres toda a vida cuidaram, apesar de haver períodos distintos e do cuidar ter assumido formas diferentes. Inicialmente cuidaram de uma forma normal, enquanto forma de subsistência do grupo, mas enquanto que os homens estavam mais, nas sociedades mais arcaicas, ligados à caça, à defesa da comunidade em que estavam inseridas. Aqueles cuidados de pormenor e os tais cuidados de que sustentavam a vida, esses estavam ligados à práticas das mulheres. Depois, claro, teve aquele período da idade médias em que havia aquela relação tão má com o corpo em que, realmente, as práticas de cuidados ficaram um bocadinho mais esquecidas porque os cuidados iniciais tinham muito também a ver com a relação com o corpo, a relação com a maternidade, a relação com o dar à luz. Mas depois quando foi no outro período de São Vicente Paulo, nomeadamente, foram as mulheres que foram redimir o cuidado

outra vez, portanto, as mulheres, de forma gratuita, começaram logo a cuidar porque isso... toda a gente escrevia sobre isso, ou os poucos que escreviam, pelo menos, tinham essa ideia que a mulher, por ter o dom da maternidade, por ter o dom criação, se estaria mais apta para cuidar, vem dar uma dimensão nova ao cuidar, vem, realmente dar ao cuidar um valor de uso, um valor monetário que não havia até aí, mas ela própria apela às características da mulher, ao afecto que era necessário. Quem escrevia sobre as mulheres, achava que as mulheres reuniam no seu património genético potencialidades para o afecto, para a relação, também ela relacionada com a relação mãe e filho e que, então, seriam mesmo as mulheres as mais aptas para cuidar e que Florence Nightingale reclama isso para as mulheres, uma vez que se as mulheres tinham essas competências, por que é que não haviam de ser utilizadas. Contudo, a gente também sabe que os nossos homens, os nossos maridos, os nossos enfermeiros também sabem cuidar, desde que para isso abram a sua cabeça e o seu espírito, não é. Portanto, agora, por que é que continua a haver mais mulheres que homens? Eu penso que é, sobretudo, a herança cultural, penso que é isso. E depois eu também acho que também não é uma profissão bem paga e os homens toda a vida, ou durante um período muito grande, também como herança cultural, foram o sustento. E se um homem poder ter uma profissão mais bem remunerada, não tem uma menos remunerada, portanto, penso que há dois aspectos fundamentais. Por um lado é a herança cultural que está toda associada ao cuidar. Por outro lado, acho que também é o facto de não ser uma profissão muito bem remunerada.

E – Mas por que é que agora há um aumento substancial dos homens na profissão?

e – Não sei se há um aumento assim tão grande, mas pronto, de qualquer das maneiras, há um aumento. Por que é que há um aumento? Porque mudaram as concepções de vida, porque mudaram as formas de pensar e porque a diferença de papéis hoje em dia não é tão acentuada e eu só tenho filhas, mas não tenho dúvidas que se tivesse um filho da idade da minha filha também lhe tentava inculcar valores de cuidar na mesma como lhos inculca a ela, que inculca, não tenho dúvida, mas não tenho dúvidas que se tivesse tido um rapaz da mesma idade, se calhar, teria se calhar feito opções idênticas à que fez a

Joana, ele também podia ter optado por uma profissão de cuidar. Penso que hoje em dia não há, os rapazes e as raparigas não pensam tanto nesta desigualdade de papéis e será por isso que já há mais rapazes que estão virados para questões que estão directamente relacionadas com o cuidar, como sejam professores, enfermeiros... os "médicos"? Eu lembro-me de um livro que li, que era da Clara Pinto Correia, em que ela dizia que os juízes, chamava-se "A Arma dos Juízes", não são, não sei se ela chega a utilizar este termo, mas ela o que quer dizer é que os juízes estão acima do ser humano e ela justifica porquê. Ela diz que isso é de tal maneira, e embora isso não esteja escrito em lado nenhum, isso sente-se. Quem se relaciona com os juízes sente isso e que lhes conferiu esse estatuto foi a sociedade, na medida em que os colocou acima de todas as suspeitas e, então, ela diz que isto é de tal maneira interiorizado por eles na sua formação, não directamente, mas indirectamente, que ela faz esta afirmação "se tu chegares a estão audiência ou que estejas... sozinha com a juíza e eu te oferecer a cadeira para te sentar, ele faz esse gesto com a mão para te indicar a cadeira, fá-lo com a mão esquerda e nunca com a mão direita", e segundo a Clara Pinto Correia, isso é intencional. E ideia de ele a fazer com a esquerda é para que a pessoa que se vá sentar ali, que se calhar é um réu, não pense que ele lhe quer estender a mão, estender a mão, ter contacto físico, é um acto de intimidade e eles querem é promover o distanciamento, não é a intimidade. Eu falei nisto porquê? Eu penso que os médicos são um bocadinho assim Eles eram donos do saber e nós éramos donos do cuidar. Neste momento, como nós também já temos algum saber, eu penso que também houvesse necessidade que introduzissem algum cuidado. Isto é que leitura que eu faço, não sei se está correcta, mas eu penso que a leitura é essa porque cuidar implica, necessariamente, relação, não é? Eu não posso cuidar de ninguém se não me aproximar, se não tiver uma relação de proximidade com alguém e eu penso que isso é uma boa forma de chegar ao cuidar, é através da relação e penso que isso foi bom, se é assim acho que foi muito bom.

E – Acho que estamos a chegar ao fim, acha que ficou alguma coisa por dizer que não tenha sido falada e que ache que é importante fazer referência relativamente ao tema?

e – Eu acho que não, acho que já foi tudo dito. Não sei é se correspondo às suas expectativas?

Entrevista 12 – Declarações significativas

Professora de Enfermagem

MOTIVO DA ESCOLHA DA PROFISSÃO. O QUE O/A TERÁ INFLUENCIADO? PESSOAS? SITUAÇÕES?

Não sei bem porquê, mas foi uma opção que se me colocou como se colocaram muitas outras. Quando terminei o 7º ano do complementar inscrevi-me nesta escola de enfermagem Dr. Lopes Dias, a hipótese de ir para o ensino superior estava excluída, porque os meus pais não tinham possibilidades, e em parte, pelo que sei hoje do que é cuidar, identificava-me com a profissão, além de ter emprego ao fim de três anos

FOI A PRIMEIRA OPÇÃO OU HAVIA OUTRA?

Não foi a primeira opção. A primeira opção tinha sido ser hospedeira, era algo que me apaixonava, adorava viajar; ainda estive inscrita na TAP, mas nunca cheguei a ser chamada.

ANOS DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

21 anos; sendo 17 anos na prestação de cuidados, 2 anos na gestão (como chefe num Centro de Saúde) e há dois anos aqui na docência.

MOTIVO DA ESCOLHA DA DOCÊNCIA

Em primeiro lugar foi o aspecto prático, na altura estava a trabalhar a 27km do local de residência e o facto de poder trabalhar perto de casa e das escolas das miúdas foi sem dúvida a opção que mais pesou. Além disso sempre fui orientadora de alunos nos serviços onde trabalhei, quando fiz o estágio de pedagogia na especialidade a equipa que me avaliou era da opinião que eu tinha muito jeito para ensinar, que dava uma excelente professora, e assim foi juntei o útil ao agradável e concorri aqui para a escola. Estou a gostar muito da experiência.

CONCEITO DE ENFERMAGEM

“...é uma profissão que envolve um corpo de conhecimentos, técnicos científicos e relacionais e que se traduzem no acto de cuidar...” p.6 Ep12,1

PROCESSO ENSINO APRENDIZAGEM

Barreiras ao processo de Ensino – Aprendizagem (Professor /Estudante)

“...hoje em dia com turmas tão grandes verifica-se uma massificação do ensino...antigamente com turmas mais pequenas havia mais partilha e espaços de reflexão, ainda hoje me recordo de histórias que os professores contavam evidenciando a importância da relação e do cuidar...” p.7 Ep12,1

O QUE MAIS VALORIZA NO PROCESSO DE ENSINO – APRENDIZAGEM

“...o cuidado...a relação que eu tento estabelecer com os alunos...uma relação de cuidado, na medida em que eu me preocupo com o seu bem – estar, na medida em que eu me preocupo com a sua aprendizagem, na medida em que eu me empenho na transmissão dos conteúdos...estou a estabelecer uma relação de cuidar, e penso que é esta relação de cuidado que é necessária nas relações entre os humanos...” p.5 Ep12,2

Estratégias utilizadas

“...penso que é fundamental, tanto no exercício, como na docência, nós reflectirmos nas nossas práticas, sejam elas práticas de cuidar em relação aos doentes, sejam elas práticas de cuidar em relação ao ensino ou em relação à gestão,...penso que a reflexão é fundamental, pois só assim conseguimos avaliar o que fazemos, como fazemos e se estamos a fazer correctamente...” p.4 Ep12,3

“...deveria haver mais espaços de reflexão sobre o cuidar, com os alunos,...pois o cuidar tem muito a ver com a nossa forma de estar na vida, com a nossa educação, com a nossa cultura...e isso não se aprende nos livros...” p.4 Ep12,4

“...a utilização de exemplos práticos nas aulas teóricas é

fundamental...principalmente quando falamos de cuidar...tanto se cuida quando se prima para que um cateter funcione bem, como se avalia a permeabilidade de uma algália...como se está desperto para o bem-estar do doente, como estar atento ao aconchegar da roupa, saber ler nos olhos do doente...só assim conseguimos transmitir de uma forma real o que são estes cuidados...” p.6 Ep12,5

REPRESENTAÇÃO SOCIAL

“...a profissão de enfermagem é essencialmente feminina...por causa da herança cultural,...as mulheres toda a vida cuidaram, apesar de haver períodos distintos e do cuidar ter assumido formas diferentes. Inicialmente cuidaram enquanto forma de subsistência do grupo, por sua vez os homens estavam mais ligados à caça, à defesa da comunidade em que estavam inseridos...mas aqueles cuidados de pormenor, aqueles cuidados que sustentam a vida esses sempre estiveram ligados à prática das mulheres...” p.16 Ep12,1

“...quem escrevia sobre as mulheres achava que as mulheres reuniam no seu património genético potencialidades para o afecto, para a relação, tornando-se elas as mais aptas para cuidar...” p.16 Ep12,2

“...o facto de os homens não escolherem tanto a profissão de enfermagem, tem a ver no meu ponto de vista por um lado a herança cultural que está associada ao cuidar, por outro o facto de não ser uma profissão bem remunerada, associando culturalmente também ao homem o sustento da família...” p.17 Ep12,3

“...hoje em dia verificamos um aumento substancial de homens na profissão de enfermagem, porque mudaram as concepções de vida, mudaram as formas de pensar e porque a diferença de papéis não é tão acentuada...” p.17 Ep12,4

“...penso que hoje em dia os rapazes e as raparigas não pensam tanto nesta desigualdade de papéis, e é por isso que há mais rapazes virados para as questões relacionadas com o cuidar...” p.17 Ep12,5

CONCEITO DE CUIDAR

“...tive um doente, um rapaz que tinha um atraso mental e que esteve internado no serviço onde eu trabalhava. Eu falava muito com ele e acompanhava-o, certa noite ele tocou à campainha, ele sabia que eu estava de serviço e pediu-me simplesmente para eu o “cachar” (aconchegar-lhe a roupa)...eu penso que ele para conseguir tocar à campainha e para ter coragem de pedir isto, é porque já tinha estabelecido uma relação de proximidade comigo que lhe permitiu de alguma maneira ter esse à vontade...isto também é uma forma de cuidar...” p.8 Ep12,1

“...tive também uma doente que era paraplégica que estava no serviço à espera de vaga para ser transferida para Alcoitão. Durante esta espera, planeou-se um fim-de-semana em casa porque a senhora já estava internada há três meses e estava cheia de saudades da sua casa. Durante a visita médica, onde estava toda a equipa, a senhora fez-me sinal com o dedo e disse-me que queria falar comigo quando toda aquela gente dali saísse. Assim foi quando terminou a visita fui ter com ela e perguntei-lhe o que era que a estava a preocupar, porque eu já a conhecia bem e percebi que alguma coisa a preocupava. Foi quando ela me disse: “sabe que eu estou aqui há três meses e neste período todo o meu marido nunca mais se serviu de mim, como pode imaginar agora vou para casa e estou cheia de medo, o meu estado, a algália...e foi assim que tivemos uma longa conversa e penso que a senhora se sentiu bastante apoiada e elucidada quanto a algumas estratégias...tudo isto são situações de cuidar...” p.8 Ep12,2

“...para se cuidar de alguém é preciso estar de corpo e alma, porque cuidar implica relação, implica estar com, implica estar em...” p.9 Ep12,3

“...o sentido de cuidar varia de pessoa para pessoa, porque tem a ver com a forma de estar na vida de cada um...” p.9 Ep12,4

“... [cuidar] é contribuir para o bem estar do doente, para a sobrevivência do doente, e isso tanto pode ser visível num conjunto de intervenções que eu faço

para prevenir uma infecção, como num conjunto de intervenções que eu faço para que o doente respire melhor, como num conjunto de intervenções que eu faço para que ele se sinta mais confortável...” p.9 Ep12,5

“...encaminhar um doente para o sítio certo, para a pessoa certa...isto também é cuidar...” p.9 Ep12,6

“...é nestas pequenas coisas que por vezes são esquecidas que as pessoas sentem que não foram cuidadas...” p.9 Ep12,7

“...hoje em dia as pessoas não estão viradas para as pequenas coisas, interessa tudo aquilo que é imediato, que é quantificável, parece que só isso é que tem valor, que só isso é que é importante, e, no meu entender faltam as tais pequenas coisas que passam eventualmente por dar os bons dias a um doente...” p.9 Ep12,8

“...cuidar é estar com alguém, é ajudar no momento certo, é ajudar a pessoa a crescer, é ajudar a pessoa a nascer, é ajudar a pessoa a morrer, é ajudar a pessoa a restabelecer-se, é dar uma dica para que ela consiga ser autónoma,...é um conjunto de coisas tão diversificadas que implica necessariamente estar com o outro e criar uma empatia com ele...” p.10 Ep12,9

“...as mães cuidam dos filhos, os professores cuidam dos alunos, os governos cuidam dos ambientes...o que o distingue do cuidar dos enfermeiros é que o nosso é profissionalizado e, para além desse cuidado, há um conjunto de técnicas que não podem ser dissociadas desse cuidar que é universal e que faz parte da humanidade...” p.10 Ep12,10

“...penso que todas as pessoas sentem necessidade de ser cuidadas e, de uma forma ou outra, sentem que o cuidar está implícito naquilo que fazem...poderão é estar uns mais despertos do que os outros...” p.10 Ep12,11

“...não sei se há vários conceitos de cuidar entre os enfermeiros, agora uma coisa eu sei é que o empenho que os vários enfermeiros dedicam ao cuidar

é diferente...alguns fazem-no de uma forma mais reflectida do que outros e é aqui que residem as diferenças do cuidar...” p.11 Ep12,12

“...na nossa sociedade damos importância ao imediato, ao quantificável e o cuidar não é mensurável...o cuidar é relativo. Eu posso estar com uma pessoa que necessita de diversos cuidados relativamente às necessidades humanas básicas, o lavar, o vestir, o alimentar, e posso estar com outra que necessita de cuidados que dizem respeito à relação. São tão importantes uns como os outros só que uns são visíveis e os outros não...é importante conseguirmos transmitir isto aos alunos...” p.12 Ep12,13

“...não posso cuidar de alguém se não me aproximar, se não estabelecer uma relação de proximidade...” p.18 Ep12,14

ANEXO 2 – Entrevista a um Estudante

Entrevista 2 – Texto Integral

Estudante de Enfermagem, 4º ano

E – Vamos dar início a mais uma entrevista cujo tema é o Cuidar em Enfermagem em que o grupo alvo é professores e estudantes de enfermagem. Começemos pela sua idade?

e – 23 anos.

E O seu local de nascimento?

e – Aveiro.

E – Vive ainda em Aveiro?

e – Vivo na Sertã.

E – O nível de escolaridade dos seus pais?

e – O meu pai tem o 6º ano e a minha mãe o 9º ano.

E –A profissão de ambos?

e – O meu pai é motorista e a minha mãe é auxiliar de acção educativa.

E – Tem irmãos?

e – Sim, tenho 2 irmãos.

E – Rapazes ou raparigas?

e – Um rapaz e uma rapariga.

E – Mais velhos ou mais novos?

e – A minha irmã é mais velha e o meu irmão mais novo.

E – O seu estado civil?

e – Solteiro.

E – Vive neste momento alguma situação de conjugalidade?

e – Não.

E – Qual foi o motivo da sua escolha profissional Por que é que você quis ser enfermeiro?

e – Em primeiro lugar, penso que foi porque sempre gostei de me relacionar com ou outros e... por outro lado... sentia-me com vontade de auxiliar ou ajudar os outros.

E – E foi isso no fundo que motivou a sua escolha?

e – Exactamente, depois, por outro lado, também a facilidade de emprego. Juntei o útil ao agradável, a facilidade de emprego em relação a outras áreas, uma vez que eu também gostava bastante de biologia.

E – Então, diga-me uma coisa, foi a enfermagem que foi a sua primeira opção ou foi a biologia que foi a sua primeira opção?

e –Foi a enfermagem.

E – E entrou logo no primeiro ano?

e – Sim, sim.

E – Quais são os aspectos positivos que você associa à profissão de enfermagem?

e – Ah...

E – O que é que mais salienta como positivo nesta profissão?

e – O... dar algo aos outros.

E – Dar algo aos outros, o que é que você quer dizer com isso?

e – Ah... Não é só naquele sentido de... de um tratamento físico, mas muitas vezes vê-se também situações de... do âmbito social, especialmente agora que

estive a estagiar num centro de saúde e... muitas desses casos, sente-se mesmo necessidade das pessoas em ter alguém próximo delas, por um lado, que as apoie a nível de saúde, mas por outro lado, também que as apoie, as escute, no fundo, é isso.

E – E acha que na profissão de enfermagem tem essa possibilidade?

e – Sim.

E – De ajudar nesse âmbito.

e – Exactamente, sim.

E – E quais são os aspectos negativos que você consegue ver na profissão de enfermagem?

e – Não sei, penso que, talvez, para algumas pessoas ainda... como hei-de explicar... Por vezes, é uma profissão pouco reconhecida por parte dos outros.

E – Porquê? Explique lá isso.

e – Por exemplo, já...ouvi pessoas a dizer que, é claro que não é essa a minha opinião, mas pronto, nível dos outros, que o enfermeiro é um “ajudante” e, por vezes, um criado dum médico e, muitas vezes não lhe é atribuído o devido e verdadeiro valor que a profissão tem.

E – Acha que hoje em dia ainda se nota isso?

e – Eu penso que menos, penso que menos, mas eu, quanto a mim, ainda senti isso. Ainda ouvi algumas pessoas a dizerem, a comentarem isso.

E – E diga-me uma coisa, o que é que você define como essência na profissão de enfermagem, o que é que acha que é essencial na profissão de enfermagem?

e – Ah... Talvez o respeito pela pessoa, pela dignidade.

E – E mais? Pense lá. O que é que na base da enfermagem, digamos, o que é que um enfermeiro precisa de ser?

e – Penso que precisa de ser sensível para poder cuidar em todas as dimensões do indivíduo, do ser humano.

E – Para poder cuidar. Ao longo destes 4 anos, digamos, da sua formação, que experiências de aprendizagem foram mais significativas para si sob o aspecto positivo. O que é que você ao longo desta formação, digamos, teve experiências positivas que foram muito significativas e que o marcaram mais nesta sua formação pessoal e profissional?

e – Ah... Agora assim de repente não é muito fácil, mas eu penso que...

E – Aquilo que você retirou de mais positivo no curso.

e – No fundo, eu penso que é que o que eu já falei há bocadinho, em relação ao respeito pelo... pelo outro, uma vez que... já, durante os meus estágios, já vivi situações em que as pessoas... já... não se deve ter assim esta visão pessimista, mas pronto, já não tinham muito... pelo qual esperar da vida e... e tudo aquilo que se pode dar, todo e qualquer esforço que se possa fazer para dar um novo ânimo à vida... pronto, penso que é bastante positivo.

E – Pensa que o curso lhe deu alguns subsídios para você, digamos, lidar com essas situações?

e – Sim, certamente sim. Eu lembro que logo no início, logo no meu primeiro estágio no 1º ano, eu por vezes ia para casa, a pensar nas situações que via no hospital e que tinha tido. De facto, uma pessoa, vivendo as situações passa a dar um pouco mais de valor à vida, e isso motiva-nos a conhecer aquilo que nos faz falta e a esforçamo-nos mais para conseguirmos dar de alguma maneira respostas.

E – E acha que foi isso de positivo que você tirou do curso, que o curso lhe deu?

e – Sim, eu acho que sim, principalmente, foi isso. E, por outro lado, também me facilitou um bocadinho o relacionamento com as outras pessoas, não é que eu não me relacionasse bem com as outras pessoas, mas uma pessoa... “cresce” a nível de relacionamento com os outros. Isso também terá sido um

aspecto bastante positivo. Quer a nível de diálogo, quer a própria comunicação em si, a facilidade de transmitir ideias, etc.

E – São subsídios que o curso lhe deu e você encara-as como aspectos positivos. E agora situações de aprendizagem que não tenham sido tão positivas, digamos, negativas que o marcaram?

e – Eu penso que o mais negativo, foram algumas situações em que os enfermeiros ou mesmo os professores não nos deram aquele apoio...quando nós estávamos a aprender algo de novo.

E – E que tipo de apoio é que você se está a referir?

e – Por vezes, até o próprio incentivo. Em vez de... criticar negativamente, eu acho que... ajudar a construir... a construir um novo saber e não só aquela crítica negativa que está mal, que não é assim, mas se não é assim, ajudar e, por vezes, algumas vezes isso não foi assim que aconteceu.

E – E isso marcou-o?

e – Sim bastante.

E – E também que experiências de aprendizagem o influenciaram e o levaram a compreender a enfermagem como profissão? Digamos que você teve várias experiências e, ao longo dessas experiências, consolidou, digamos, uma ideia de que é, na realidade, a profissão de enfermagem. Com certeza que há-de ter uma visão um pouco diferente da que tinha quando você pensou, como opção, que queria ser enfermeiro. Digamos, quais foram, as experiências que você teve e que o ajudaram a compreender a enfermagem como profissão?

e – Ah... bem, uma das situações foi porque eu tenho uma tia que é enfermeira e ela desde há algum tempo, não foi ela que me influenciou, claro,... a escolher esta carreira profissional, mas de algum modo, incentivou-me e sempre deu uma imagem bastante positiva da profissão de enfermagem. Ah... por outro lado, falo novamente de alguns professores e até mesmo pessoas, utentes, que me incentivavam durante o estágio e que reconheciam também o nosso esforço, o nosso trabalho, o nosso empenho e que, de algum modo, nos

ajudaram, dando-nos coragem para seguir.

E – Os 4 anos de formação ajudaram a consolidar essa ideia do que é a profissão?

e – Sim, sim. Ajudaram e...e penso que terá sido por aí, quer a nível de professores, quer a nível de... de utentes, a quem prestei cuidados. Eles reconhecem o nosso trabalho e diziam que realmente, é preciso ter um certo carisma para desempenhar a função. Assim de concreto, em si, não me recordo de nenhuma situação, mas... mas esta importância que muitas das pessoas atribuem à profissão, penso que dá mais... dá-nos uma visão mais positiva em relação à profissão de enfermagem.

E – E agora gostava que você recordasse uma situação que viveu recentemente, mas uma situação mesmo, quando eu falo recente é, pelo menos, há 6 meses para cá que o tivesse marcado e demonstrado todos esses aspectos que você referenciou como positivos e em que sentiu que cuidou de alguém. Você fala na importância do relacionamento com os outros, fala... o dar aos outros, a importância da escolha, da relação... do respeito, da sensibilidade que se tem que se ter para lidar com os outros e alguma situação que você tenha vivido recentemente em que tenham digamos, salientado todos estes aspectos em que, no fundo, você ache que, na realidade cuidou de alguém.

e – Sim, eu penso que sim. Até porque, pronto, eu agora estive a estagiar no centro de saúde da Sertã, que é a minha área de residência, e... cuidei de algumas pessoas que me conheciam, por exemplo uma colega da minha mãe ou assim e... foram-lhe falar acerca de minha postura e actuação, como eu as tinha tratado, como eu me tinha relacionado com elas, quer a nível de diálogo, quer a nível de cuidados em si e... é gratificante, é gratificante porque uma pessoa dá mais valor até ao seu próprio trabalho.

E – E, no fundo, você aí ficou motivado.

e – Exactamente.

E – Achou que foi reconhecido pela sua prestação de cuidados, foi?

e – Sim, não é que seja necessário... ouvir elogios para reconhecer o valor do nosso trabalho, mas... mas é gratificante, é gratificante ouvir algo de positivo em relação a nós e ao que nós fizemos.

E – Então, diga-me uma coisa. Depois disto tudo que você já referenciou, o que é que é para si cuidar? Como é que você define esta palavra de cuidar?

e – Penso que é... Penso que é ajudar... ajudar a pessoa... a sentir-se bem, não a nível, não será uma utopia a sentir-se bem, mas... pelo menos, a sentir-se melhor nas suas diversas dimensões, não só a nível físico, mas social e espiritual porque, como já falei no logo início, já situações que, especialmente a nível de centro de saúde, há situações sociais, são casos sociais, em que não têm apoio por parte da família e... aí considero que é cuidar, é estar, é dar um pouco àquela pessoa, conversar com ela, ajudá-lo a ultrapassar ou a esclarecer dúvidas, a ultrapassar algo, isto tudo é cuidar. Quando... quando estou, por exemplo, a realizar um penso a alguém estou a cuidar da pessoa uma vez que... uma vez que a sua dimensão física também não está bem, eu estou a cuidar da pessoa. Mas é claro que não se pode ter em conta apenas o... aquele aspecto físico, é necessário ir conversando com a pessoa, saber como se sente, as dúvidas que tem acerca do... acerca da sua situação. No fundo cuidar é... ajudar a pessoa a ultrapassar as dificuldades que tem. Não será... penso que não é muito utópico, como eu já disse há bocadinho, eu quando falo em ajudar as pessoas a ultrapassar as dificuldades penso que não porque, realmente, são problemas e situações que afectam a pessoa à sua dimensão, nas suas várias dimensões. Penso que é isso.

E – E diga-me uma coisa. Pensa que todas as pessoas pensam da mesma maneira ou pensa que há vários conceitos de cuidar?

e – Bem, não quer dizer que o meu conceito é que está mais correcto, mas... infelizmente, penso que nem toda a gente entende assim o cuidar ou, pelo menos, não o “utiliza”... ou se lhe dá outro significado diferente ou, por vezes, pode parecer mais fácil não cuidar... Ah...

E – Quer identificar algumas diferenças que você tenha identificado?

e – Por exemplo, às vezes assim situações, não me lembro de nenhuma situação agora, mas... por vezes, a desculpa da falta de tempo. É claro, ainda agora estive no centro de saúde estavam vários enfermeiros de férias, o que por vezes não é fácil, muitos utentes e poucos enfermeiros, mas quando se está a prestar os cuidados... pode-se atender os cuidados, neste caso eu estou a falar a nível físico, pode-se atender às outras necessidades, às outras dimensão da pessoa, pode-se se ir dialogando com a pessoa e etc., a pessoa vai colocando dúvidas e vamos respondendo... Mas, por vezes, aconteceu ao longo do curso, deparar com situações em que, por exemplo, nem se podia estabelecer um diálogo porque não havia tempo, mas pode-se ir falando enquanto se está a fazer outras coisas.

E – Por isso você acha que há pessoas que não valorizam, o cuidar na sua globalidade?

e – Sim. Valorizam mais a parte física e esquecem as outras componentes.

E – Que você acha que, no fundo, no seu conceito de cuidar, elas são muito importantes?

e – Sim, fazem parte do conceito.

E – Você não consegue um cuidar, digamos, sem a parte relacional?

e – Sim... é claro que pode acontecer e tive alguns dias que não estava assim muito bem comigo mesmo, mas... e sinceramente, o que mais me custava era estar no estágio e... não me sentia muito “bem disposto” comigo mesmo, o que mais me custava era que também não tinha aquele à-vontade e aquela disposição para estar a conversar com as pessoas. Para mim, os dias mais difíceis de estágio que eu tive neste ano foram nesse sentido, quando eu não pude dar essa parte de mim.

E – Você acha que para cuidar é importante nós estarmos bem conosco próprios, então?

e – Sim, sim, é necessário, é necessário e imprescindível mesmo.

E – Diga-me outra coisa por que é que você acha que a profissão de

enfermagem, hoje em dia, ainda é tão feminizada? Por que é que se continua ainda a ver um grande número de mulheres na profissão, relativamente ao número de homens?

e – Ah...Não sei se terá a ver com esse sentido de sensibilidade que é necessário ter e, muitas vezes, no caso do homem enfermeiro não seria tão fácil pôr a sua sensibilidade junta da sua prestação de cuidados.

E – Você acha que o homem tem uma sensibilidade diferente do que mulher?

e – Não é isso... é natural que sim, é natural que tenha... mas penso que não será só por isso, penso que se criou essa imagem de que é uma profissão mais para mulheres e, por vezes esse aspecto a nível de sensibilidade é mencionado. Claro que isto não é regra, mas a maior parte dos casos penso que uma mulher se entrega mais à situação e... e a nível de ser mãe também, penso que também condiciona de algum modo isso, esse sentido de cuidar... não sei.

E – Você acha que está associado, digamos, o cuidar dos filhos ao cuidar dos outros?

e – Pronto, é claro que é diferente, mas penso que, de algum modo, condiciona, se bem que em vertentes diferentes, mas é necessária uma mesma atenção, um mesmo cuidado... procurar responder às necessidades, penso que sim.

E – E diga-me uma coisa embora a profissão de enfermagem ainda seja, essencialmente, feminina, digamos, o número de mulheres ainda é superior ao dos homens, no entanto, tem-se verificado que, actualmente, tem havido um aumento de homens na profissão, há mais rapazes a optarem por esta profissão. O que é que fez com que haja este aumento, digamos, acha que este aumento está relacionado com quê? Você é rapaz.

e – Eu penso que...que esta mudança tem mais a ver com o social em si. Penso que ainda sou bastante jovem para dizer isto, mas... da informação que

nos chega, eu penso que de algum tempo para cá, a imagem e o papel, quer do homem, quer da mulher, tem mudado ...

E – Em que aspecto?

e – Bem, por exemplo... Era incompreensível que há alguns anos atrás o homem participasse nas tarefas domésticas ou que cuidasse dos filhos... se levantasse durante a noite para dar o biberão aos filhos ou que mudasse a fralda e... e penso que os papéis se têm sobreposto um pouco um ao outro e que já não há tarefas de homem e tarefas de mulher. E penso que isso terá condicionado de algum modo... neste sentido porque... e penso que se deixou de pensar, penso eu, que é exclusivamente uma profissão feminina a profissão de enfermagem. Há bocado quando eu falei em relação aos filhos, cuidar dos filhos, que a mulher estava já de há muito mais tempo direccionada nesse sentido em relação ao homem, claro que envolve outros sentimentos diferentes cuidar de filhos... Mas era nesse sentido de dar algo e de ajudar, auxiliar quem está à nossa volta. Por outro lado... pessoas perfeitas não há, mas lamento, por exemplo, que... nem estou a julgar ninguém, mas lamento que, por vezes, por exemplo, o que me apercebi ao longo destes estágios foi que há colegas meus que... que cuidam apenas para ter uma nota porque... só se conversa mais um bocadinho se está alguém por perto, só se dá um pouco mais se está o professor ou se está o enfermeiro que nos está a avaliar e... por vezes, pronto, isto aconteceu, por exemplo, no meu primeiro estágio lembro-me que... eu tinha um colega que tinha quase duas personalidades distintas, quando estava ser avaliado ou quando estava sozinho, era completamente diferente o seu trabalho e a sua entrega em relação à pessoa e à situação em si.

E – Você acha que o vai condicionar como profissional?

e – Ah, exactamente. Não sei, entretanto não tive já muito mais contacto que essa pessoa, isto aconteceu com outros colegas meus também, situações parecidas e penso que sim porque... não é que uma pessoa não possa mudar, mas uma pessoa apenas vai modelando a sua personalidade e... e se tinha já essa predisposição assim, penso que não é depois por ser profissional, que não é avaliado tão intensamente e que condicione as suas notas, etc., que a pessoa que vai mudar.

E – Por tudo o que acabou de referir você acha que cuidar é essencial na profissão de enfermagem?

e – Sim, eu acho que é base para tudo.

E – Não se pode ser um bom enfermeiro se não se cuidar?

e – Sim, eu acho que é a base para tudo e é a partir daí, do cuidar, que parte toda a nossa acção.

Entrevista 2 – Declarações significativas

Estudante de Enfermagem

MOTIVO DA ESCOLHA DA PROFISSÃO. O QUE O/A TERÁ INFLUENCIADO? PESSOAS? SITUAÇÕES?

Penso que foi porque sempre gostei de me relacionar com as pessoas...e por outro lado sentia-me com vontade de auxiliar, ajudar os outros. Depois também a facilidade de emprego em relação a outras profissões, isto é juntei o útil ao agradável.

FOI A SUA 1ª OPÇÃO OU HAVIA OUTRA?

Foi sempre a minha ideia, por isso a minha 1ª opção

ASPECTOS POSITIVOS QUE ASSOCIA A ESTA PROFISSÃO

O dar algo aos outros. Não só no sentido de tratamento físico, mas também no aspecto psicológico e social. Sente-se muito a necessidade das pessoas de terem alguém próximo, que por um lado as apoie a nível de saúde, mas por outro lado que as oiçam.

ASPECTOS NEGATIVOS QUE ASSOCIA A ESTA PROFISSÃO

É ainda uma profissão pouco reconhecida por parte dos outros. Ainda há pessoas a dizerem que os enfermeiros são os “ajudantes”, “criados” dos médicos... muitas vezes não lhes é atribuído o devido e verdadeiro valor, que a profissão tem.

CONCEITO DE ENFERMAGEM

“...a essência da enfermagem é o respeito pelas pessoas, pela dignidade humana...” p.3 Ea2,1

“...o enfermeiro precisa de ser sensível de modo a poder cuidar todas as dimensões do ser humano...” p.3 Ea2,2

PROCESSO ENSINO – APRENDIZAGEM

EXPERIÊNCIAS MAIS SIGNIFICATIVAS

EXPERIÊNCIAS DE APRENDIZAGEM POSITIVAS

“...durante os meus estágios vivi várias situações, em que me apercebi o tão importante que é todo o esforço que se possa fazer para dar ânimo às pessoas, nos momentos difíceis das suas vidas...” p.4 Ea2,1

“...através das várias situações que vivi, comecei a dar mais valor à vida; o ser humano na generalidade tem tendência por vezes a ter uma visão um pouco pessimista das coisas...mas quando presencia determinadas situações...damos o valor real ao que temos, e motiva-nos para lutar...” p.4 Ea2,2

“...o curso ajudou-me no relacionamento com as pessoas, não é que eu não me relacionasse bem, mas uma pessoa “cresce” a nível do relacionamento com os outros...quer a nível do diálogo, quer na própria comunicação em si e na facilidade de transmissão de ideias...” p.4 Ea2,3

“...por outro lado falo também de alguns professores e alguns utentes que me incentivaram durante os estágios, reconhecendo o nosso esforço e o nosso trabalho e que de alguma maneira me deram alento para prosseguir...” p.5 Ea2,6

EXPERIÊNCIAS DE APRENDIZAGEM NEGATIVAS

“...como aspecto negativo quero salientar algumas situações que ocorreram com os enfermeiros orientadores e/ou com os professores que dizem respeito à falta de apoio destes em alturas em que estamos a aprender algo de novo...” p.4 Ea2,4

“...falta-nos às vezes um incentivo...com maior facilidade nos criticam negativamente em vez de nos ajudarem a construir um novo saber...” p.5 Ea2,5

REPRESENTAÇÃO SOCIAL

CUIDAR NO FEMININO E NO MASCULINO

“...a importância que muitas das pessoas atribuem à profissão, dá-nos a nós enfermeiros uma visão mais positiva em relação à profissão de enfermagem...”
p.6 Ea2,1

“...a profissão de enfermagem é fundamentalmente feminina....penso que tem a ver com o sentido de sensibilidade que é necessário ter, e que no caso dos homens é mais difícil de se verificar... esta sensibilidade junto da prestação de cuidados...” p.9 Ea2,2

“...a sensibilidade do homem não é diferente da sensibilidade da mulher...penso é que se criou essa imagem, de que a enfermagem era uma profissão de mulheres...” p.9 Ea2,3

“...as mulheres entregam-se é mais às situações...penso que o facto de serem mães também condiciona de algum modo esse sentido de cuidar...” p.9 Ea2,4

“...cuidar dos filhos ou cuidar dos outros é diferente, mas penso que de algum modo condiciona,...é necessário uma mesma atenção, um mesmo cuidado, procurando responder às necessidades existentes...” p.9 Ea2,5

“...o facto de o n.º de homens na profissão estar a aumentar tem a ver com as mudanças sociais existentes hoje em dia, a imagem do homem e da mulher têm mudado de algum tempo para cá...” p.10 Ea2,6

“...era incompreensível que há alguns anos atrás o homem participasse nas tarefas domésticas ou que cuidasse dos filhos...hoje em dia os papéis têm-se sobreposto um pouco um ou outro, não havendo já tarefas exclusivas do homem ou da mulher...penso que isto condiciona de certa maneira a ideia e a entrada dos homens na enfermagem...” p.10 Ea2,7

CONCEITO DE CUIDAR

“...estive a estagiar no centro de saúde da Sertã, que é a minha área de residência...cuidei de várias pessoas que conheciam a minha mãe...estas pessoas foram falar à minha mãe da minha forma de cuidar, do meu relacionamento, da minha conversa, do nível dos meus cuidados...é bastante gratificante ouvirmos este tipo de comentários, sabermos que o nosso esforço foi reconhecido e damos mais valor àquilo que fazemos...[cuidar é dar e receber], também...” p.6 Ea2,1

“...[cuidar] é ajudar as pessoas a sentirem-se bem...” p.7 Ea2,2

“...[cuidar] é ajudar as pessoas a nível físico, social e espiritual...” p.7 Ea2,3

“...[cuidar] é conversar...” p.7 Ea2,4

“...[cuidar] é esclarecer dúvidas...” p.7 Ea2,5

“...[cuidar] é ajudar as pessoas a ultrapassarem algo, as suas dificuldades...” p.7 Ea2,6

“...nem toda a gente entende o cuidar da mesma maneira, ou nem toda a gente o utiliza da mesma maneira....por vezes pode mesmo ser mais fácil não cuidar...” p.7 Ea2,7

“...utiliza-se muito a desculpa de falta de tempo para não cuidar...” p.7 Ea2,8

“...não se consegue cuidar se não estabelecermos uma relação de [ajuda]...os dias mais difíceis de estágio que eu tive foram nesse sentido, quando eu não consegui dar nada de mim...não me sentia “bem disposto” comigo mesmo, o que me dificultou a relação com os doentes, na minha forma de estar, na disposição para conversar com os doentes...” p.8 Ea2,9

“...o cuidar é a base de tudo na enfermagem,...é a partir do cuidar que parte toda a nossa acção...” p.11 Ea2,10