

U.PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

SER ENFERMEIRO COM AS PESSOAS

**Perspectivas de enfermagem
em enfermeiros recém-licenciados**

Maria de Fátima Lemos Branco Saragoila

Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem

2007

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

SER ENFERMEIRO COM AS PESSOAS

**Perspectivas de enfermagem
em enfermeiros recém-licenciados**

Maria de Fátima Lemos Branco Saragoila

**Dissertação de candidatura ao grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar**

Orientador – Senhor Professor Doutor José Amendoeira

*A todos aqueles que comigo se orgulham deste caminho.
Em especial ao Carlos Alberto, ao Eduardo Alberto, ao Carlos Eduardo
e, como não podia deixar de ser,
aos meus pais Deolinda e Francisco.*

Agradecimentos

Agradeço:

- Ao Senhor Professor Doutor José Amendoeira, pelo privilégio que me deu em ser sua orientanda, pela sua orientação sábia e presente e pela sua capacidade em me incitar sempre a acreditar;
- À Escola Superior de Enfermagem de Santarém, nomeadamente ao seu Conselho Científico, pela disponibilidade concedida para o desenvolvimento deste projecto;
- À Sub-Região de Saúde pela autorização para a realização do estudo;
- Aos participantes, imprescindíveis no processo de construção do *corpus*;
- À Isabel Barroso, amiga e colega, pelo apoio integral demonstrado desde sempre;
- A todos aqueles com quem posso sempre contar.

*«Quando se viaja em direcção a um objectivo
é muito importante prestar atenção ao caminho.
O caminho é que nos ensina sempre a melhor maneira de chegar,
e enriquece-nos enquanto o cruzamos.»*

Paulo Coelho

CHAVE DE ABREVIATURAS

col. - colaboradores

ed. – edição

et. al. – e outros

ib. – ibidem

nº - número

org. – organizador

p. – página

s. d. – sem data

RESUMO

Através de uma estrutura teórica organizada em torno do conhecimento na disciplina de enfermagem, desenvolvemos o processo investigativo, cujo ponto de partida foi a questão: Que conceitos metaparadigmáticos orientam a prática dos enfermeiros recém-licenciados com o Curso de Licenciatura em Enfermagem por uma Escola Superior de Enfermagem quando desenvolvem o processo de cuidados em cuidados de saúde primários, especificamente numa Sub-Região de Saúde?

Definimos como objectivos:

- compreender os sentidos atribuídos por esses enfermeiros aos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem;
- compreender como os conceitos metaparadigmáticos orientam a prática dos enfermeiros.

Desenvolvemo-lo conforme uma abordagem qualitativa, considerando-o como um estudo do tipo exploratório em profundidade. Utilizámos as entrevistas semi-estruturadas enquanto técnica de colheita de dados.

Para a análise e compreensão do *corpus* constituído desenvolvemos uma estrutura e um diagrama de análise compreensiva que traduz os sentidos atribuídos pelos enfermeiros aos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem e ao modo como estes orientam o processo de cuidados.

Quanto às conclusões emergentes destacamos:

- Quer como individual e/ou grupal a Pessoa surge contígua e indissociável do Ambiente que abrange todas as condições internas e externas à mesma. Emerge pois, segundo uma conceptualização ampla e abrangente, surgindo indissociável da Pessoa, pelas relações mútuas e simultâneas e imprevisíveis estabelecidas entre ambos e reconhecidas pela Pessoa. Tais sentidos remetem-nos para uma perspectiva transformativa do conceito metaparadigmático de ambiente e para uma das proposições relacionais do metaparadigma de enfermagem, especificamente aquela que relaciona os conceitos Pessoa e Ambiente.
- O Ambiente, entendido como uma mina de recursos imprescindível ao desenvolvimento do Processo de cuidados em cuidados de saúde primários é assumido como promotor da situação de saúde vivenciada pela mesma. Esta conexão Pessoa-Ambiente-Saúde corresponde a outra das proposições relacionais do metaparadigma de enfermagem, especificamente a que se refere à disciplina de enfermagem como interessada nos processos humanos de viver e morrer, reconhecendo que os seres humanos se relacionam constantemente com o seu ambiente.
- Evidente importância conferida à mobilização de conhecimentos teóricos, emergindo em complementaridade que a consideração que os enfermeiros atribuem à Pessoa e à Saúde no Processo de cuidados, assim como a construção da sua postura ética, teve a sua génese nos conhecimentos adquiridos no seu percurso académico.
- Realce para o desenvolvimento de atitudes facilitadoras do Processo de cuidados, especificamente no âmbito da relação interpessoal, à qual subjazem relações e transacções, e ao estabelecimento da relação de ajuda, bem como ao desenvolvimento de atitudes facilitadoras da mesma sendo atribuída liberdade ao posicionamento da Pessoa pela sua própria Saúde, numa relação em que não é aceite qualquer orientação manipuladora.

ABSTRAC

Through a theoretical structure organized about the knowledge of the subject of nursing, we developed a research process, which starting point was the following question: «Which metaparadigmatic concepts guide the nurses' practise newly graduated on the Course of Nursing in a Nursing Higher School when they have developed a care process on primary health care, specifically in a health Sub-Region? »

As objects, we have defined:

- to understand the meaning these nurses give to the metaparadigmatic concepts of the nursing science;
- to understand the way the metaparadigmatic concepts guide the nurses' practise.

The research process has been developed in the scope of a qualitative approach, for we considered it as a study of a thorough explanatory type. The technique of data collect was semi-structured interviews.

For the analysis and understanding of the *corpus* constituted, we developed a comprehensive structure and an analysis diagram that translates not only the meanings given by nurses to those metaparadigmatic nursing concepts, but also the way these concepts guide the care process.

As far as the emergent conclusions are concerned, we highlight:

- Either as an individual and/or as a group, the Self comes out intrinsic and impossible to dissociate from the Environment that comprises all its internal and external conditions. In fact, it emerges, according to a broader and comprising conceptualization, coming out as something within the Self, once there are mutual, simultaneous and unpredictable relations established between both and recognized by the Self. Such meaning leads us to a transformative perspective of the metaparadigmatic concept of environment and to one of the relational propositions of the metaparadigm of nursing, specifically the one that connects the concepts of Self and Environment.
- The Environment, studied as a field of resources indispensable to the development of the care process in primary health care, is assumed as a promoter of the health situation experienced by that same person. This connection Self-Environment-Health corresponds to another of the relational propositions of the nursing metaparadigm, specifically the one that deals with the subject of nursing interested in the human processes of living and dying; recognizing that the human beings are constantly becoming acquainted with their environment.
- The importance given to the mobilization of theoretic knowledge is strongly evident whereas, at the same time the recognition nurses express to the Self and the Health within the care processes emerges, as well as the construction of their ethic posture since its origin lies on the knowledge acquired in their academic journey.
- We ought to enhance not only the development of attitudes that facilitate the care process, mainly when it deals with interpersonal relations, to which relations and transactions rely, but also the establishment of the support relation, as well as the development of attitudes that enable it by giving some freedom to the Self positioning towards its own Health, in a relation in which no manipulative orientation is allowed.

ÍNDICE

| | p. |
|--|-----|
| 0 – INTRODUÇÃO AO PERCURSO | 11 |
| PARTE I – ESTRUTURA TEÓRICA | 16 |
| 1 – O CONHECIMENTO NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM | 17 |
| 1.1 – A ORGANIZAÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM | 18 |
| 1.2 – O DESENVOLVIMENTO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM | 38 |
| 1.3 – FONTES E USO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM | 48 |
| PARTE II – ESTRUTURA METODOLÓGICA | 62 |
| 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 63 |
| 2.1 – ACESSO AO CONTEXTO, PARTICIPANTES E DADOS | 64 |
| 2.2 – TRATAMENTO E DOS DADOS | 69 |
| PARTE III – ESTRUTURA ANALÍTICA E COMPREENSIVA | 73 |
| 3 – OS ENFERMEIROS-RECÉM LICENCIADOS, ENFERMEIROS COM AS PESSOAS | 74 |
| 3.1 – A PESSOA CONCRETA EM AMBIENTE PROMOTOR DE SAÚDE E BEM-ESTAR | 76 |
| 3.2 – O PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E O USO DOS CONHECIMENTOS PELOS ENFERMEIROS | 89 |
| 4 - CONCLUSÕES | 126 |
| BIBLIOGRAFIA | 131 |
| ANEXOS | 138 |
| Anexo I - Planeamento das entrevistas realizadas aos participantes no estudo | 139 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | p. |
|---|----|
| Figura nº 1 – Estrutura hierárquica do conhecimento em enfermagem | 19 |
| Figura nº 2 – Estrutura holárquica do conhecimento em enfermagem | 20 |
| Figura nº 3 – Relação entre os níveis de desenvolvimento teórico | 41 |
| Figura nº 4 – Processo de teorização conforme Dicoff e James | 44 |
| Figura nº 5 – Sobreposição dos achados de Estabrooks <i>et al.</i> (2005) e Carper (1978) | 52 |
| Figura nº 6 – Representação diagramática da análise compreensiva dos dados | 75 |
| Figura nº 7 – Representação esquemática da relação ambiente-saúde-pessoa | 83 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | p. |
|--|-----|
| Quadro nº 1 – Estrutura hierárquica / Estrutura holárquica do conhecimento em enfermagem | 21 |
| Quadro nº 2 – Principais características dos paradigmas em enfermagem propostos por Kérouac <i>et al.</i> | 31 |
| Quadro nº 3 – Principais características dos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem de acordo com os paradigmas da categorização, integração e transformação | 34 |
| Quadro nº 4 – Estádios do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem | 40 |
| Quadro nº 5 – Principais características das categorias do conhecimento em enfermagem | 45 |
| Quadro nº 6 – Fontes do conhecimento prático para enfermeiros | 49 |
| Quadro nº 7 – Padrões do conhecimento em enfermagem – características principais | 51 |
| Quadro nº 8 – Exemplificação da análise de conteúdo | 70 |
| Quadro nº 9 – Estrutura de análise dos dados | 72 |
| Quadro nº 10 – O tema «A pessoa concreta em ambiente promotor de saúde e bem-estar» e as respectivas dimensões | 76 |
| Quadro nº 11 - Síntese do tema «A pessoa concreta em ambiente promotor de saúde e bem-estar» | 88 |
| Quadro nº 12 – O tema «O processo de cuidados e o uso dos conhecimentos pelos enfermeiros» e as respectivas dimensões | 89 |
| Quadro nº 13 - Síntese do tema «O processo de cuidados e o uso do conhecimento pelos enfermeiros» | 124 |

0 – INTRODUÇÃO AO PERCURSO...

Ao analisarmos o nosso percurso profissional, durante o qual a reflexividade na acção tem sido privilegiada, identificámos várias inquietações que nos incitaram a percorrer este caminho e que nos orientaram no processo de construção da problemática de investigação. Para explicitarmos essas inquietações organizámos a nossa actual reflexão de uma forma cronológica e aludindo aos dois contextos de trabalho onde até agora desenvolvemos o nosso percurso profissional.

Os primeiros passos como enfermeira foram dados em Janeiro de 1991 num centro de saúde. A prática de cuidados de enfermagem, inicialmente gerais e posteriormente especializados em cuidados de saúde primários, viria ainda a desenvolver-se noutros dois centros de saúde da mesma Sub-Região de Saúde. Enquanto enfermeira e actor social privilegiado, pelo conhecimento que fomos construindo das realidades do processo de cuidados no contexto onde simultaneamente nos íamos construindo como enfermeira, assumimos que sempre tentámos privilegiar a *«padronização dos procedimentos dos cuidados»* (Amendoeira, 2000, p. 70), a eficácia na sua continuidade e a melhoria da qualidade dos mesmos no sentido da promoção do bem-estar da pessoa cuidada, para o alcance da excelência no exercício profissional conforme a categoria dos enunciados descritivos de qualidade da Ordem dos Enfermeiros que descreve: *«na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem»* (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p.42).

Neste seguimento é oportuno assumirmos que acreditamos nas concepções de enfermagem como guias da intervenção dos enfermeiros na prestação, na gestão, na formação e na investigação em enfermagem, bem como no estudo e análise da prática enquanto contexto clarificador e que, conforme citado em Rebelo (1998, p. 15), cremos que *«a prática (...) só pode ser designada de enfermagem, se os objectivos dos cuidados e o cliente a quem são prestados forem perspectivados em função das teorias de enfermagem e se as tarefas desenvolvidas forem todas elas suportadas pelo conhecimento científico»* (Ellis, 1968; McCarthy, 1972).

Durante o processo de construção da problemática outras reflexões emergiram, fruto do nosso estatuto de observador privilegiado. Tais reflexões que passaremos a desenvolver constituíram-se como o nosso conhecimento empírico do contexto e organizaram-se noutra pilar da construção da problemática.

Desde 1993 os enfermeiros dessa Sub-Região de Saúde dispõem de um documento intitulado «Modelo Teórico / Quadro de Referência de Enfermagem» que surgiu justificado pelo facto d' «os *Enfermeiros (...) têm vindo a sentir a necessidade de adoptarem um modelo conceptual de enfermagem adaptado à realidade dos (...) Centros de Saúde, como quadro de referência para o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de Enfermagem, contribuindo desta forma para a garantia da qualidade dos mesmos*» (Dias *et al.*, 1993, p. 3). No entanto identificávamos com regularidade situações de padronização, de desarticulação e de descontinuidade de cuidados. Estes factos permitem-nos afirmar que apesar de formalmente implementado, não era adoptado pelos enfermeiros dos diversos centros de saúde, não servindo conseqüentemente alguns dos propósitos pelos quais foi criado, nomeadamente orientar, uniformizar e garantir a qualidade da prática de enfermagem nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde, concorrendo para aquilo que Adam (1994) identifica como a limitação da visibilidade do contributo dos cuidados de enfermagem na opinião da comunidade, de outros profissionais e até mesmo entre enfermeiros.

Ao longo do percurso, um conjunto diverso de interrogações foram surgindo: Teriam estas situações a sua origem no facto de não ter sido obtido o «acordo», preconizado por Pearson e Vaughan (1992), entre todos os enfermeiros prestadores de cuidados quanto à implementação e posterior adopção daquela concepção de enfermagem? Será que poderíamos considerar o referido Modelo Teórico / Quadro de Referência de Enfermagem efectivamente implementado? Será que para se considerar efectivamente implementado tal não faria supor a existência prévia de um processo faseado, mais ou menos longo, e partilhado por todos os intervenientes, assim como a avaliação desse processo para eventual introdução de medidas correctivas? Poderíamos identificar ainda a adopção de concepções de enfermagem distintas que guiavam a prática desses enfermeiros, nomeadamente aquelas que designamos de «formais», correspondendo às concepções em uso nos contextos académicos onde estes enfermeiros desenvolveram a sua formação e ao «Modelo Teórico / Quadro de Referência de Enfermagem»; e as «informais» correspondendo às concepções adoptadas individualmente ou em subgrupos de enfermeiros naquela organização? Quais os contributos relacionados com a adopção dessas concepções durante o processo de cuidados para o alcance da excelência no

exercício profissional?

Nesta lógica, parte do nosso interesse de pesquisa estaria relacionado com as concepções de enfermagem que orientavam a prática dos enfermeiros quando intervêm junto de pessoas no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Concomitantemente com o que temos vindo a explicitar, importante será referir o facto de, em Setembro de 2003, termos iniciado nova etapa do nosso percurso profissional. Decorrendo de experiências vivenciadas e reflectidas no quotidiano e enquanto enfermeira cooperante (orientadora e formadora) na formação inicial de estudantes de enfermagem no âmbito dos ensinamentos teórico-prático e clínico dos Cursos Superior de Enfermagem e Curso de Licenciatura em Enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem, bem como pela identificação que sempre assumimos em relação à filosofia e missão da mesma, escola na qual desenvolvemos a nossa formação inicial, decidimo-nos pelo investimento na área da docência.

Neste seguimento e em inter-relação com o que temos vindo a expor, de salientar que existe uma concepção de enfermagem transversal especificamente ao Plano de Estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, nomeadamente o Modelo Teórico de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney. De referir ainda que em certos momentos do desenvolvimento académico dos estudantes, relacionados sobretudo com abordagens específicas e complexas, outras concepções de enfermagem são integradas.

O facto da formação se realizar sobretudo à luz de uma concepção de enfermagem, com o que previamente referimos relativamente à nossa percepção da não adopção e uso pelos enfermeiros do Modelo Teórico / Quadro de Referência de Enfermagem, motivou-nos a compreender as concepções de enfermagem que orientariam o processo de cuidados dos enfermeiros recém-licenciados cuja prática profissional se desenvolvia em cuidados de saúde primários nessa Sub-Região de Saúde.

Mas o que entendemos quando falamos de «concepções»? Numa análise aprofundada ao termo, considerámo-lo demasiado abrangente, passível de interpretações diversas e conseqüentemente pouco clarificador para poder orientar um percurso: São paradigmas, teorias, são conceitos? E se são conceitos, a que conceitos nos referíamos?

Do questionamento que vínhamos desenvolvendo emergiu então a direcção que procurávamos e as questões orientadoras foram formuladas:

Que conceitos metaparadigmáticos orientam a prática dos enfermeiros recém-licenciados

com o Curso de Licenciatura em Enfermagem quando desenvolvem o processo de cuidados em cuidados de saúde primários, especificamente nessa Sub-Região de Saúde?

Decorrentes desta, outras questões emergiram:

Como explicariam os enfermeiros a adopção desses conceitos? Em que medida o percurso académico e o processo de socialização profissional, exerceram influência na adopção desses ou de outros conceitos? Que outros factores identificam como tendo influenciado essa adopção? Como são esses conceitos (re)construídos e usados?

Com este estudo pretendemos atingir a finalidade de contribuir para a compreensão das concepções de enfermagem que orientam a prática dos enfermeiros recém-licenciados com o Curso de Licenciatura em Enfermagem por uma Escola Superior de Enfermagem cuja prática profissional se desenvolve em cuidados de saúde primários. Cremos ainda poder contribuir para atenuar aquilo que Tolley (1995) denomina de «*brecha entre teoria e prática*» e que à luz de Donaldson e Crowley (1997) reformularíamos dizendo «a brecha entre as componentes académica e profissional da disciplina de enfermagem».

Quanto aos objectivos inicialmente definidos e que nortearam o processo investigativo, estes foram:

- compreender os sentidos atribuídos pelos enfermeiros aos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem;
- compreender como esses conceitos metaparadigmáticos orientam a prática dos enfermeiros.

Quanto à estruturação do presente documento, organizámo-lo em três partes fundamentais:

- Parte I – Estrutura teórica, na qual explicitamos os referenciais teóricos que considerámos indispensáveis e organizadores ao desenvolvimento de todo o processo, do qual salientamos o privilégio que atribuímos, sempre que tal foi possível, a desenvolvimentos teóricos recentes e nacionais;
- Parte II – Estrutura metodológica, onde apresentamos, descrevendo sinteticamente, os procedimentos metodológicos bem como as técnicas utilizados na construção do *corpus*;
- Parte III – Estrutura analítica e compreensiva, correspondente à análise e compreensão do *corpus*.

Realce ainda para o último capítulo (quarto capítulo) no qual apresentamos as principais conclusões do estudo e as sugestões decorrentes do mesmo.

PARTE I
ESTRUTURA TEÓRICA

1 – O CONHECIMENTO NA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM

N' «O conhecimento na disciplina de enfermagem» iniciamos com uma contextualização geral após a qual se seguirá uma abordagem aprofundada à organização do conhecimento em enfermagem, realçando aspectos que nos surgiram como de *major* consideração face à temática em estudo. Em continuidade, abordamos o desenvolvimento de conhecimento na disciplina relevando entre outros a sua importância como indispensável para a afirmação e legitimação da enfermagem enquanto área do saber. Concluiremos o capítulo aludindo os conteúdos teóricos que cremos serem os mais pertinentes relativamente à análise das fontes e uso do conhecimento em enfermagem.

Partindo daquilo que Donaldson e Crowley (1997) referem relativamente à organização do conhecimento humano, nomeadamente a sua organização em disciplinas, importa compreender no que se constitui uma disciplina. Conforme Kérouac, Pepin, Ducharme Duquette e Major (1996) a designam, é uma área de investigação e de prática marcada por uma perspectiva única ou uma forma distinta de examinar os fenómenos entendidos como «*o conteúdo de uma disciplina*» (Alligood e Tomey, 2003, p. 8), susceptíveis de serem descritos e explicados cientificamente (Keck, 1997).

Ainda para Donaldson e Crowley (1997), apesar da emergência da disciplina de enfermagem no interior do contexto de outras disciplinas, importa relevar a indispensável contribuição do pensamento crítico relacionado com objectivos significativos. Neste seguimento defendem que os sentidos essenciais da perspectiva da enfermagem, nomeadamente a preocupação com a saúde humana e o bem-estar, bem como o seu crescimento particularmente através da investigação e do desenvolvimento escolar, promoverão a sua visibilidade social. Na discussão que efectuam entre as disciplinas académicas e as disciplinas profissionais, posicionam a enfermagem no âmbito destas últimas, justificando o seu posicionamento quanto à finalidade prática da mesma que consequentemente deverá gerar teorias prescritivas e descritivas importantes sobretudo para a construção de conhecimentos abstractos.

De acordo com Amendoeira (2006^a, p. 20) «*Cada disciplina existe em parte, para providenciar conhecimento que será utilizado e isto tem associado um objectivo de*

aplicação na prática». Tal afirmação vem de encontro ao mencionado por Donaldson e Crowley (1997) quando se referem à disciplina e à profissão que apesar de inextricavelmente ligadas se influenciam mutuamente, devendo contudo ser distinguidas uma da outra. A existência de um corpo de conhecimentos, separado das actividades dos enfermeiros nos contextos da prática, contribuiu para que a enfermagem tenha sido considerada durante muito tempo como uma vocação mais do que uma profissão. Este facto concorreu para uma tardia efectiva aceitação da existência da disciplina de enfermagem, sendo todavia, na actualidade, aceite como disciplina e profissão, disciplina prática, ou melhor, uma disciplina integrando as componentes académica e profissional na sua estrutura e cujo centro de interesse reside no cuidado da pessoa que em interacção contínua com o seu ambiente, vive experiências de saúde (Kérouac *et al*, 1996).

Neste enquadramento valorizamos uma questão e a respectiva resposta dada por Alligood e Tomey (2003^b, p. 15): «*qual o significado dos trabalhos teóricos para a disciplina e profissão de enfermagem? (...) a teoria é vital tanto para a disciplina como para a profissão.*». A disciplina académica depende da existência do conhecimento de enfermagem, conhecimento esse transmitido aos que se pretendem formar na profissão como base para a sua prática. Assim sendo, a componente académica da disciplina, personificada nas teóricas de enfermagem, promove o desenvolvimento dos conhecimentos essenciais às formadoras que preparam as futuras enfermeiras práticas - componente profissional da disciplina.

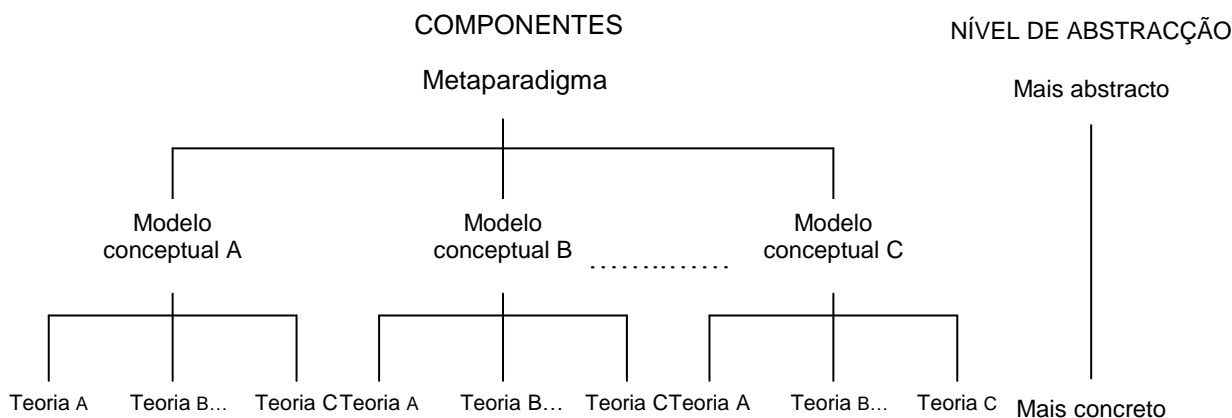
1.1 - A ORGANIZAÇÃO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

Como se estrutura o conhecimento em enfermagem? Muitos têm sido os pensadores em enfermagem que se têm colocado a mesma questão. Entre outros, Fawcett tem-se distinguido pela recorrente preocupação em busca da estrutura mais adequada. A sua anterior proposta de estrutura hierárquica do conhecimento em enfermagem deu lugar à estrutura holárquica do conhecimento contemporâneo em enfermagem. (Fawcett, 1989, 2005)

Que aspectos distinguem as duas estruturas que, embora não sendo específicas da disciplina de enfermagem, mas comuns a diferentes disciplinas, foram adoptadas pela autora? O que terá contribuído para a recente adopção da estrutura holárquica em detrimento da estrutura hierárquica?

Na primeira, organizada de acordo com os níveis de abstracção de modelos conceptuais e teorias (os primeiros mais abstractos que as segundas) conforme a figura nº 1, era representada a progressão de um metaparadigma para vários modelos conceptuais e, por sua vez, de cada modelo conceptual para múltiplas teorias.

Figura nº 1 – Estrutura hierárquica do conhecimento em enfermagem



Fonte: Fawcett (1989)

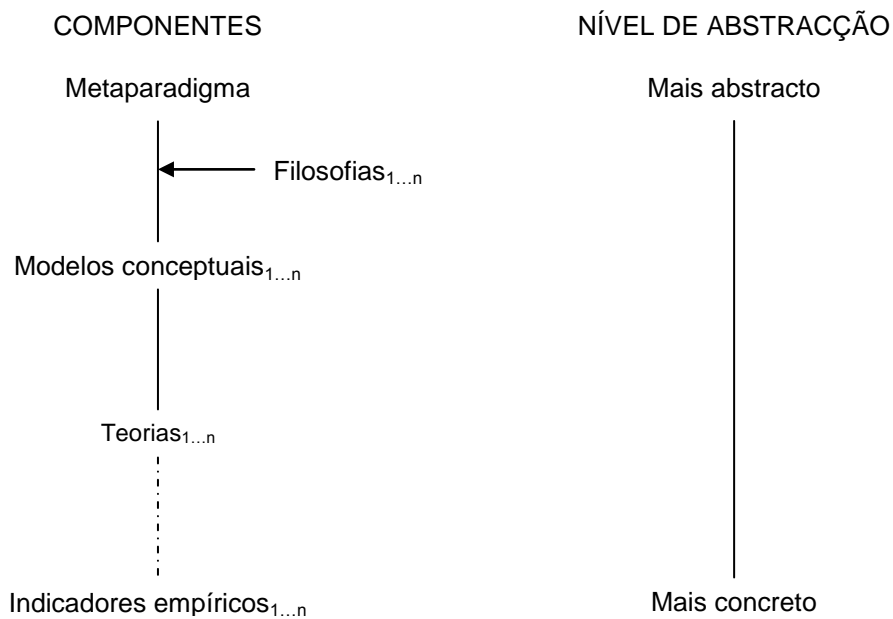
Nesta estrutura é preconizado que cada teoria é derivada ou está relacionada com um modelo conceptual que, pela sua complexidade, pode requerer várias teorias para descrever, explicar e/ou predizer a totalidade do modelo. De salientar que o modelo relacionado com cada teoria poderá nem sempre ser identificado podendo este facto estar relacionado com o estado de desenvolvimento de cada teoria. (Fawcett, 1989)

Tal estrutura foi consubstanciada em enfermagem pelos trabalhos de Silva (1986, 1987) citados em Fawcett (1989), que, em várias investigações publicadas e em dissertações de doutoramento, identificou relações com os modelos conceptuais de Johnson, Orem, Rogers e Roy e a grande teoria de Newman.

Na continuidade do seu interesse neste âmbito, na sua obra de 2005, Fawcett propõe como estrutura do conhecimento contemporâneo em enfermagem a estrutura holárquica, constituída por cinco componentes (metaparadigma, filosofias, modelos conceptuais, teorias e indicadores empíricos), organizados segundo os seus níveis de abstracção e que apresentamos na figura nº 2. Neste sentido refere-se à estrutura holárquica do conhecimento como «*a heuristic device that places the five components of contemporary*

*nursing knowledge into a holarchy based on level of abstraction*¹. (Fawcett, 2005, p. 4)
Para suportar a adopção desta denominação para a estrutura do conhecimento em enfermagem, cita Wilber (1998) o qual refere que o termo «holárquica» traduz que cada um dos componentes da estrutura é um todo integrado noutra todo mais abrangente.

Figura nº 2 – Estrutura holárquica do conhecimento em enfermagem



Fonte: Fawcett (2005)

Pelo que podemos constatar até ao momento, e pela observação de ambas as figuras, identificamos dissemelhanças entre ambas as propostas que apresentamos em quadro:

¹ Tradução livre: «um dispositivo heurístico que coloca os cinco componentes do conhecimento contemporâneo em enfermagem numa holarquia baseada em níveis de abstracção»

Quadro nº 1 – Estrutura hierárquica / Estrutura holárquica do conhecimento em enfermagem

| ESTRUTURA HIERÁRQUICA | ESTRUTURA HOLÁRQUICA |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">- constituída por três componentes: metaparadigma, modelos conceptuais e teorias- o metaparadigma progride para vários modelos conceptuais- de cada modelo conceptual derivam várias teorias | <ul style="list-style-type: none">- constituída por cinco componentes: metaparadigma, filosofias, modelos conceptuais, teorias e indicadores empíricos- o metaparadigma progride para um conjunto de modelos conceptuais por influência das filosofias- do conjunto dos modelos conceptuais derivam um conjunto de teorias que por sua vez apontam um conjunto de indicadores empíricos |

Fonte: Adaptado de Fawcett (1989, 2005)

Passemos agora a analisar com maior pormenor ambas as estruturas. Importa mencionar que no sentido de respondermos à questão anteriormente colocada «O que terá contribuído para a recente adopção da estrutura holárquica em detrimento da estrutura hierárquica?» optámos por apresentar a estrutura mais recente fazendo a ponte, sempre que tal se justifique, com a estrutura hierárquica.

Fawcett (2005), na introdução à explicação de cada um dos diferentes componentes da estrutura holárquica do conhecimento em enfermagem, refere que, à excepção dos indicadores empíricos, todos os outros componentes da estrutura são compostos por conceitos e proposições. Neste âmbito e pela importância de que os conceitos se revestem na nossa pesquisa importa analisar estes termos.

Ao que nos reportamos quando aludimos ao termo «conceito»? Para a autora um conceito é uma palavra ou frase que sumariza ideias, observações e experiências. Outros autores abordam-no, sendo unânimes em considerarem o «conceito» como a unidade básica do pensamento teórico, a unidade básica de uma teoria ou ainda como sendo «*uma imagem mental dum fenómeno, uma ideia acerca duma coisa ou de uma acção. Não é a coisa ou a acção é apenas a sua imagem*» (Kaplan, 1964, citado em Walker e Avant, 2005, p. 26), a ideia ou a imagem mental, ou mesmo, conforme Hardy (1974) «*concepts are the basic building blocks of theory*»² (Ib.). Ainda metaforicamente e citando Allgood e Tomey (2003, p. 8) «*os conceitos são as etiquetas utilizadas para identificar os*

² Tradução livre: «os conceitos são os blocos básicos de construção da teoria»

fenómenos », podendo corresponder a níveis de abstracção diferentes. Neste contexto e em complementaridade com o que exporemos de seguida, referência a Babbie (1998) em Fawcett (2005) que expõe os conceitos, que denomina de entidades não reais, como ferramentas que fornecem imagens mentais facilitadoras da comunicação acerca do entendimento de um fenómeno.

Sabendo ao que correspondem os conceitos, importa agora clarificar que são identificáveis dissemelhanças entre os mesmos que estiveram na génese de algumas classificações. Por nos parecer uma das mais completas e actuais, optámos por apresentar a classificação de conceitos enunciada por Walker e Avant (2005) que, suportando-se nos respectivos níveis de abstracção, nos sugerem três tipos:

- conceitos primitivos – correspondendo àqueles que possuem um significado comum para todos os indivíduos duma mesma cultura;
- conceitos concretos – observáveis na realidade e que, podendo ser definidos por conceitos primitivos, podem ser limitados no tempo e no espaço;
- conceitos abstractos – que podendo ser definidos por conceitos primitivos e/ou concretos são independentes do espaço e do tempo.

Neste sentido importa ainda realçar que a classificação ora apresentada apenas difere da referida por Alligood e Tomey (2003^a) e Bishop (2003) quanto aos conceitos primitivos, subdivisão não considerada por estas autoras. Também Watson corrobora com tal classificação. Ao identificar os conceitos como «*a base fundamental de qualquer teoria*» (2002, p. 10) classifica-os em concretos ou absolutos e abstractos ou relativos. Entende ainda, que os conceitos podem ser percebidos como um sistema de eixos correspondendo o horizontal a um *continuum* entre o abstracto e o concreto e o vertical, sobreposto ao horizontal, a um *continuum* entre o estático e o dinâmico.

Na linha de pensamento de Bishop (2003), os conceitos podem também ser classificados em discretos ou contínuos, correspondendo os primeiros, igualmente denominados de conceitos não variáveis, a categorias ou classes de fenómenos. Os fenómenos são pois identificados como pertencendo ou não a uma classe pressupondo dessa forma que a realidade do fenómeno é apreendida pela classificação. Exemplos de conceitos discretos podem ser a pessoa, o enfermeiro e o ambiente. Nos conceitos contínuos ou variáveis, os fenómenos são classificados em dimensões ou gradações que permitem a contabilização da sua diversidade total num contínuo. Como exemplo apontamos o «*grau de comunicação pessoa-enfermeiro*». Neste âmbito, de realçar que nos conceitos contínuos, apesar de se centrarem apenas numa dimensão de um fenómeno, não é

avocado que só essa dimensão capte toda a sua realidade. O realce para estes conceitos é efectivado por Hage, citado em Bishop (2003), quando defendeu que as principais descobertas em diversas áreas ocorreram quando o foco mudou dos conceitos discretos ou não variáveis para os conceitos contínuos ou variáveis.

Sabendo que uma proposição pode ser entendida como uma declaração acerca de um conceito ou acerca da relação entre dois ou mais conceitos (Fawcett, 2005), importa agora compreender o que é uma proposição. Haverão outros termos sinónimos? Porque é que, concordante com a perspectiva da autora as proposições e os conceitos não compõem os indicadores empíricos?

Fawcett (1989), nesta lógica de raciocínio, distingue dois tipos de proposições. Tal perspectiva, consubstanciada por Walker e Avant (2005) que lhe atribuem análoga denominação e significado, explicitamo-la agora:

- as proposições não relacionais que correspondem à descrição ou definição de um conceito e que, consoante estabelecem o sentido de um conceito ou como este é observado e medido, se denominam de definições constitutivas ou teóricas, conseqüentemente necessárias para todos os conceitos teóricos ou definições operacionais;
- as proposições relacionais que declaram a relação ou a ligação entre dois ou mais conceitos.

Em paralelo às perspectivas de Fawcett (2005) e de Walker e Avant (2005), mas não completamente sobreponíveis, realçamos, entre outros, os trabalhos de Alligood e Tomey (2003) e Bishop (2003). Que diferenças identificámos que nos permitem dizer não serem sobreponíveis? Efectivamente Alligood e Tomey (2003^a), quando mencionam as «proposições», assumidas como sinónimos dos termos «princípios» e «postulados», referem-se em exclusivo à segunda parte da definição de Fawcett, mais concretamente ao facto destas corresponderem à ligação entre dois ou mais conceitos. Por seu lado Bishop (2003), propõe uma classificação das mesmas em três categorias gerais, nomeadamente declarações de existência, definições e declarações relacionadas, nas quais indirectamente e especificamente nas duas primeiras categorias é assumida a primeira parte da definição de Fawcett. Relativamente às declarações relacionadas são, quanto ao seu sentido, sobreponíveis às proposições relacionais de Fawcett. Tais factos emergem da análise das definições das três categorias (Bishop, 2003):

- declarações de existência – declaram que um determinado conceito existe e que é

apelidado com o nome do conceito;

- definições – correspondem às descrições dos conceitos;
- declarações relacionadas – declaram as relações entre dois ou mais conceitos.

Tendo em vista a resposta integral às questões anteriormente colocadas, e sabendo que os indicadores empíricos medem conceitos, parece-nos evidente a excepção feita a estes quando, ao nos referirmos à composição dos componentes da estrutura holárquica do conhecimento, afirmamos serem os únicos que não são compostos por conceitos nem proposições. Todavia oportunamente aprofundaremos com maior pormenor os indicadores empíricos enquanto componentes dessa estrutura.

Voltemos à estrutura holárquica do conhecimento contemporâneo em enfermagem proposta por Fawcett (2005), à qual atrás nos referimos como constituída por cinco componentes e organizada de um nível *major* de abstracção para um nível de abstracção *minor*. Apresentá-la-emos seguindo uma direcção inversa. Mas que justificação suportou esta nossa decisão?

Partindo o nosso estudo dos relatos das práticas profissionais dos enfermeiros e considerando sobretudo o objectivo «compreender como os conceitos metaparadigmáticos orientam a prática dos enfermeiros», no nosso percurso teórico, considerámos congruente também partir de um nível mais concreto para um nível mais abstracto.

Começamos por abordar os indicadores empíricos, definidos como um instrumento, uma condição experimental ou um procedimento usado para observar ou medir um conceito de uma teoria de médio alcance. A sua principal função é prover cada teoria de médio alcance de instrumentos para produzir dados sejam estes de índole qualitativa ou de índole quantitativa. Em enfermagem, na forma de instrumentos de investigação ou de prática têm sido desenvolvidos indicadores empíricos diversos, concordantes com os modelos conceptuais e as teorias existentes.

Os indicadores empíricos encontram-se directamente relacionados com as teorias - figura nº 2. Pela mesma figura é ainda perceptível não existir conexão directa entre os indicadores empíricos e os modelos conceptuais, as filosofias e o metaparadigma, pelo que é compreensível que estes três últimos componentes da estrutura holárquica do conhecimento contemporâneo em enfermagem não possam ser sujeitos directamente à prova empírica pelos indicadores empíricos.

Nas teorias, são definidos de uma forma relativamente concreta e específica, um ou mais conceitos. As proposições não relacionais descrevem rigorosamente esses conceitos e as relacionais estabelecem, também elas de uma forma relativamente concreta e específica, as relações entre dois ou mais desses conceitos. Quanto às suas funções, destacamos o facto de estreitarem e explicarem na íntegra os fenómenos dos modelos conceptuais e de proporem uma estrutura concreta e específica para a interpretação de comportamentos, situações e factos. (Fawcett, 2005)

As teorias conforme o seu nível de abstracção e alcance variam, conforme Fawcett (2005), desde as teorias de médio alcance (mais concretas e estreitas) até às grandes teorias (mais abstractas e amplas).

Segundo a autora as teorias de médio alcance podem derivar directamente de modelos conceptuais. Mais estreitas em alcance que as grandes teorias, são compostas por um conjunto limitado de conceitos e proposições descritos num nível relativamente concreto e específico. Especificam e descrevem um fenómeno específico, justificam porque é que ocorre ou prevêem como ocorre.

Quanto às grandes teorias são compostas por conceitos e proposições definidos de uma forma geralmente menos abstracta que nos modelos conceptuais, mas não tão concretos e específicos como nas teorias de médio alcance. Derivam directamente de modelos conceptuais e podem servir como ponto de partida para o desenvolvimento de teorias de médio alcance.

Também Alligood e Tomey (2003^a, p. 7) se referem ao termo «teoria» como «*um grupo de conceitos que sugerem acções para conduzir a prática*». Organizam analogamente as teorias segundo níveis de abstracção:

- teorias de médio alcance – que correspondem ao nível menos abstracto do conhecimento teórico. Tendo um foco de interesse mais limitado que as teorias, incluem particularidades da prática de enfermagem;
- teorias – que podem ser extensas, mas limitadas em relação aos aspectos da enfermagem a que respeitam;
- grandes teorias – às quais se referem como quase tão alargadas, mas diferentes dos modelos conceptuais das quais provêm, uma que vez que propõem algo realmente verdadeiro ou testável.

Apresentamos ainda outra classificação de teorias, proposta por McEwen (s.d.) e resultante da compilação de trabalhos de diversos autores (Ketefian e Redman, 1997;

Higgins e Moore, 2000; Chinn e Kramer, 2004; Peterson, 2004; Walker e Avant, 2005; Whall, 2005), a qual aponta as grandes teorias, as teorias de médio alcance, as teorias práticas e as teorias parciais. Descreveremos resumidamente em seguida cada uma delas seguindo a coerência de um nível mais concreto e de menor extensão de conhecimentos, para um nível mais abstracto e de maior extensão de conhecimentos:

- teorias parciais – referem-se àquelas teorias ainda em desenvolvimento: alguns conceitos foram identificados, bem como algumas relações entre eles, mas a teoria não está completa.

- teorias práticas – também denominadas de micro teorias, teorias prescritivas ou teorias de situações específicas, são as menos complexas e mais específicas que as anteriores. São estreitas em alcance e, usando conhecimentos provenientes de outras teorias e contendo um pequeno número de conceitos, explicam um pequeno aspecto da realidade, sendo habitualmente limitadas a uma população específica, ou áreas da prática. São tendencialmente prescritivas;

- teorias de médio alcance – são específicas e englobam um número limitado dos aspectos do mundo real. Os conceitos, em número também limitado, são definidos operacionalmente e as proposições, relativamente concretas, podem ser testadas empiricamente;

- grandes teorias – são as mais complexas e amplas em extensão e explicam áreas amplas de uma disciplina podendo incorporar outras teorias. A maioria das estruturas conceptuais podem ser consideradas grandes teorias. De referir que o termo macro teoria é indicado para denominar uma teoria conceptualizada de forma mais ampla e geralmente aplicável a uma área específica de uma disciplina.

Enunciamos agora os modelos conceptuais, correspondentes ao terceiro componente da estrutura holárquica do conhecimento. Ao que corresponde o conceito «modelo conceptual»? Haverão conceitos sinónimos? Como entendê-lo?

Conforme Fawcett (2005), os modelos conceptuais, desenvolvidos a partir da observação empírica, de *insights* intuitivos dos teóricos ou de deduções combinando criativamente ideias de diversos campos de pesquisa, são entendidos como um conjunto de conceitos gerais, relativamente abstractos, relacionados com o centro de interesse da disciplina, as proposições relacionais amplamente descritas e as proposições não relacionais, também elas gerais e relativamente abstractas. Os conceitos e as proposições relacionais são de tal modo gerais e abstractos que não são observáveis empiricamente nem testáveis e as proposições não relacionais são definições constitutivas amplas. Na mesma lógica,

Alligood e Tomey (2003^a, p. 7) referem-se aos modelos conceptuais como «*estruturas (...) que fornecem um amplo quadro de referência para abordagens sistemáticas aos fenómenos com os quais a disciplina está relacionada*». Os modelos conceptuais ao fornecerem diferentes perspectivas da enfermagem, concordantes com as características do modelo, são caracterizados por proporcionarem uma visão ou perspectiva, mas não proporem verdades testáveis.

Outros conceitos, nomeadamente «estrutura conceptual», «sistema conceptual» e «matriz disciplinar» são apontados como sinónimos de modelo conceptual (Fawcett, 1989). Ainda conforme Keck (1989) os modelos, representações de aspectos da realidade, podem agrupar-se em duas grandes classificações: teóricos e empíricos, correspondendo estes últimos a uma réplica observável da realidade e os modelos teóricos, a uma representação da realidade por meio de símbolos linguísticos ou matemáticos.

Sendo tão abstractos, afinal qual é a sua pertinência?

Citando Eckberg e Hill (1979) de relevar que «*o conteúdo de cada modelo conceptual reflecte a posição filosófica, a orientação cognitiva, a tradição de investigação e a modalidade das práticas*» (Fawcett, 1989, p. 5). «*Como explica Fawcett^{13:16} um modelo conceptual fornece um quadro de referência distinto aos seus aderentes... isso indica-lhes como observar e interpretar os fenómenos de interesse para a disciplina*» (Alligood e Tomey, 2003^a, p. 9). A sua utilidade provém da «*organização que conferem ao pensamento, às observações e à interpretação do que é observado*» (Fawcett, 1989, p. 3) constituindo-se pois como fundamental na orientação do sentido que a disciplina dá à sua componente profissional, já que constituindo uma representação da realidade, fornecem uma aproximação dos conceitos considerados relevantes para a compreensão de fenómenos de interesse para a disciplina e incluem ideias sobre a natureza e o estatuto da pessoa e do enfermeiro, do ambiente, da saúde e dos cuidados de enfermagem. Neste sentido e estando o metaparadigma definido e descrito de forma diferente em cada modelo conceptual, a selecção do modelo a adoptar na prática dos cuidados está directamente relacionada com a forma como cada enfermeiro ou grupo de enfermeiros concebe os quatro conceitos do metaparadigma de enfermagem.

Conforme Adam (1994, p. 28) «*Um modelo conceptual **para**³ uma profissão é (...) uma imagem mental **da**³ profissão, uma concepção daquilo que a mesma poderia ou deveria ser*», é uma representação estrutural da realidade e não a própria realidade. Segundo a

³ No original em itálico e sublinhado.

mesma autora, um modelo conceptual é um quadro de referências, mas nem todos os quadros de referências correspondem a modelos conceptuais, justificando-o dizendo que todo o modelo é uma concepção, não sendo o inverso inevitavelmente verdadeiro, podendo a concepção ser «*clara e rigorosa ou demasiado difusa para ser verbalizada*» (Adam, 1994, p. 28).

Sendo uma representação mental estruturada da disciplina, um modelo conceptual de enfermagem é assim considerado completo e explícito sempre que comporte todos os componentes essenciais, enunciados rigorosamente. Tal enunciação detalhada permitirá também a sua clara comunicação e comparação quer com outras concepções da disciplina de enfermagem quer com concepções de outras disciplinas.

Pela importância que prevemos vir a assumir para a análise compreensiva dos dados pensamos ser oportuno um desenvolvimento sumário acerca dos componentes essenciais referidos por Adam (1979, 1994):

- postulados (ou suposições) que constituem o suporte teórico e científico do modelo conceptual, o fundamento teórico do mesmo, o *como*. São verificáveis, reconhecidos e aceites pelos enfermeiros que adoptam o modelo;

- valores ou crenças que apesar de não serem sujeitos aos critérios de verdade são concordantes com os valores da sociedade que a enfermagem cuida. Prendem-se com a própria profissão e são partilhados por todos os enfermeiros que se inspiram no modelo. Constituem o *porque* do modelo;

- elementos que, constituindo o *quê* do modelo, representam o seu âmago e orientam as actividades dos enfermeiros que o partilham. Em número de seis, dão sentido à vida profissional:

- o objectivo da profissão, ou seja aquela para que tendem os enfermeiros. O objectivo é ideal, indicando o «ideal» procurado por todos os elementos da disciplina, e delimitado, uma vez que define os limites, os parâmetros da profissão de enfermagem. Este objectivo, concordante com o da equipa de saúde, é específico e distinto, justificando assim a presença dos enfermeiros;

- o alvo da actividade profissional, ou objecto da actividade. Em enfermagem é o beneficiário, ou seja: a pessoa ou grupo de pessoas, alvo das actividades dos enfermeiros, percebidos de uma determinada forma e para os quais o enfermeiro dirige as suas intervenções. Explicita e clarifica a imagem que o enfermeiro tem do foco dos cuidados de enfermagem;

- a função do profissional designa o papel social dos membros da disciplina, necessariamente reconhecido e aceite pela sociedade. Respeita ao papel que o enfermeiro representa próximo da sociedade;

- a fonte de dificuldade indica a provável origem das dificuldades vividas pelo beneficiário e as quais, no sentido de serem minimizadas e/ou resolvidas, exigirão a competência do enfermeiro;

- a intervenção do enfermeiro compreende o centro da intervenção e os modos de intervenção. Relativamente ao centro da intervenção, este diz respeito ao foco no qual o enfermeiro concentra a sua atenção quando intervém junto da pessoa. Quanto aos modos de intervenção, estes são os meios que o enfermeiro dispõe no momento da intervenção. Não se tratam das intervenções concretas, mas de um conjunto de directivas descritas de uma forma abstracta e relacionada com as referidas intervenções;

- as consequências da actividade profissional, ou sejam: os resultados esperados, que são pretendidos, desejados e concordantes com o objectivo já descrito.

Aquele que Fawcett (2005) defende como o segundo componente da estrutura holárquica do conhecimento contemporâneo em enfermagem, ao qual esquematicamente nos referimos na figura nº 2, é a filosofia, entendida como uma declaração que circunda as pretensões ontológicas acerca dos fenómenos de interesse de uma disciplina, as pretensões epistémicas acerca de como esses fenómenos podem vir a ser conhecidos e as pretensões éticas acerca da forma como os seus membros devem fazer e o que valorizam. É-lhe atribuída a função de informar os membros de outras disciplinas e o público acerca das crenças e valores daquela disciplina em particular.

Concordante com outros autores, nomeadamente Higgins e Moore (2000) e Peterson (2004), também o conceito «metateoria» definido como as bases filosóficas da disciplina se constitui como sinónimo de «filosofia». (McEwen, s.d.) Neste sentido também Walker e Avant (2005) se referem à metateoria em enfermagem, reportando-se sobretudo a aspectos filosóficos e metodológicos nomeadamente a análise do propósito e do tipo de teorias necessárias em enfermagem, a proposta e crítica de fontes e métodos de desenvolvimento de teoria em enfermagem e a proposta de critérios de avaliação mais adequados à teoria da disciplina.

Tal como já referimos, em enfermagem, podemos afirmar que as filosofias envolvem pretensões ontológicas e epistémicas acerca do fenómeno de interesse da disciplina e as pretensões éticas acerca das acções e práticas dos enfermeiros. Mais especificamente diremos que as filosofias em enfermagem abrangem as:

- pretensões ontológicas acerca do que se acredita sobre a natureza dos seres humanos, do ambiente, da saúde e da enfermagem e os objectivos da enfermagem;
- pretensões epistémicas que fornecem informação acerca do conhecimento já existente e do que é necessário desenvolver acerca dos seres humanos, do ambiente, da saúde e da enfermagem;
- pretensões éticas que respeitam aos valores que guiam as relações enfermeiro – ser humano, ao carácter dos enfermeiros e aos valores que regulam a prática de enfermagem. Estão relacionadas com a dominante filosofia do humanismo e articulam valores como o respeito, a consideração pela dignidade humana, o cuidar, a autonomia, os direitos das pessoas aos cuidados de saúde e a beneficência. (Gortner, 1990 e Salsberry, 1994 citados em Fawcett, 2005)

Nas filosofias de enfermagem, as pretensões ontológica e epistémica traduzem uma ou mais visões do mundo. As «formas de ver e compreender o mundo» que promoveram a emergência das actuais concepções de enfermagem, resultam dos trabalhos que Newman, Sime e Corcoran-Perry (1991) e foram originalmente denominadas de perspectivas paradigmáticas: particular-determinística (semelhanças com as crenças e valores positivistas), interactiva-integrativa (semelhanças com uma perspectiva pós-positivista) e unitária-transformativa (perspectiva próxima do construtivismo). De salientar que em tais denominações, o primeiro termo descreve o modo como a entidade estudada é entendida e o segundo, a noção de como as mudanças ocorrem. (Lopes, 2001)

Estas perspectivas viriam posteriormente a ser renomeadas por Kérouac *et al.* (1994) de paradigmas: da categorização, da integração e da transformação. As suas principais características são apresentadas no quadro nº 2 que mobilizaremos quando desenvolvermos o componente mais abstracto da estrutura holárquica do conhecimento em enfermagem – o metaparadigma.

Quadro nº 2 – Principais características dos paradigmas em enfermagem propostos por Kérouac *et al.*

| PARADIGMA | PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS |
|----------------------|---|
| Categorização | <ul style="list-style-type: none">- os fenómenos têm propriedades objectivas e mensuráveis são isolados, classificáveis em categorias, classes ou grupos;- a pessoa é um todo formado pela soma de todas as suas partes, cada uma delas identificável e independente;- ênfase nas relações lineares e causais;- a mudança acontece como consequência de causas identificáveis e entendíveis. |

| | |
|----------------------|---|
| Integração | <ul style="list-style-type: none">- os fenómenos são multidimensionais e contextuais;- a pessoa é um todo formado pela soma de todas as suas partes que estão interligadas;- valorização idêntica aos dados objectivos e subjectivos;- a mudança surge como resultando de múltiplas causas e de relações probabilísticas. |
| Transformação | <ul style="list-style-type: none">- os fenómenos são únicos em interacção recíproca e simultânea com outra unidade global, mais ampla, o mundo que o envolve;- cada fenómeno pode ser descrito por uma estrutura, padrão único;- a pessoa é vista como um ser total e único;- a mudança ocorre por movimentos entre a organização e desorganização em direcção a níveis de organização superior. |

Fonte: Adaptado de Kérouac *et al.* (1994)

Quanto às filosofias, nem directa nem indirectamente podem ser sujeitas a prova empírica. Tal facto encontra-se obviamente relacionado com o facto destas corresponderem a crenças e valores. Podem no entanto, segundo Salsberry (1994), ser reconsideradas, rejeitadas ou modificadas como resultado da reflexão emergente do debate e da discussão entre os membros da disciplina. Também o metaparadigma como veremos em seguida, tal como a filosofia, apesar de não poder ser empiricamente testado, pode ser reconsiderado, rejeitado ou modificado, pelo debate acerca dos fenómenos de interesse da disciplina como um todo. (Fawcett, 2005).

Correspondendo ao mais abstracto componente, o metaparadigma, considerado pela autora (1989, p. 5) como «*a perspectiva mais global de uma disciplina (...) é o primeiro nível de distinção entre disciplinas*» e por Hickman (2000, p. 11), em complementaridade, afirmando que «*um metaparadigma identifica o conteúdo nuclear de uma disciplina*», é delimitado pelos conceitos globais que identificam os fenómenos de interesse da disciplina de enfermagem, as proposições que descrevem os conceitos e as proposições que estabelecem relações entre conceitos; em síntese: os conceitos globais, as proposições não relacionais referentes a esses conceitos e as proposições relacionais entre os mesmos.

Apesar de alguns autores, nomeadamente Allgood e Tomey (2003^a) explicitarem o metaparadigma de enfermagem referindo-se em exclusivo aos conceitos globais que identificam os fenómenos de interesse da disciplina, o posicionamento de Fawcett (2005) é quanto a nós dos mais completos e complexos. Porque o afirmamos? Porque sendo as disciplinas distinguíveis pelo seu metaparadigma e havendo disciplinas com os mesmos conceitos globais ou conceitos análogos, só a explicitação da forma como a disciplina entende cada um dos conceitos, bem como das relações que estabelece entre eles poderá transmitir efectivamente o centro de interesse da disciplina. Tal crença surge-nos em concordância com a opinião de Kim (2000) citada em Fawcett (2005) quando refere

que isoladamente os conceitos não são suficientes para identificar o conteúdo de interesse da disciplina ou para delimitá-lo do conteúdo de interesse de outra disciplina, não permitindo aos membros de uma disciplina comunicar a outrem o que surge como especial interesse para aquela disciplina ou, concordante com Fawcett (2005, p. 5), para que os membros de uma dada disciplina possam afirmar: «*This is who we are and what our work is all about. Similarly (...) what the discipline is not about.*»⁴

Sintetizando, e independentemente da disciplina, que propósito ou funções podemos atribuir ao metaparadigma? Novamente Kim (1989), citada em McEwen (s.d.) apoia-nos na resposta à questão, apontando-o como fundamental para sumariar as missões intelectual e social da disciplina e limitar o conteúdo da mesma. Para tal, Fawcett (2005) aponta quatro requisitos:

- o metaparadigma tem que identificar o centro de interesse da disciplina como distinto do de outras disciplinas - os conceitos e as proposições constituem-se numa perspectiva única para a investigação e a prática;
- o metaparadigma tem que conter todos os fenómenos de interesse da disciplina de uma forma parcimoniosa - os conceitos e as proposições são globais e não redundantes;
- o metaparadigma tem que ter uma perspectiva neutral - os conceitos e as proposições não devem representar uma perspectiva específica;
- o metaparadigma tem que ser internacional no alcance e substância - os conceitos e as proposições não devem reflectir crenças e valores nacionais, culturais ou étnicos.

E em enfermagem... haverá consenso em relação a estes requisitos quando o metaparadigma de enfermagem é abordado? A própria autora responde à questão apontando a ausência de acordo especificamente em relação ao terceiro requisito, facto que a faz arrogar que os requisitos por si sugeridos para o metaparadigma de qualquer disciplina não são ainda consensuais em enfermagem.

Remanesce agora apreender a génese do metaparadigma na disciplina. Conforme a literatura (Kérouac *et al.*, 1994; McEwen, s.d.), na década de 70, foi identificável um crescente consenso de que os fenómenos dominantes na disciplina de enfermagem, presentes desde 1859 nos escritos de Nightingale, giravam à volta dos conceitos de homem (pessoa), saúde, ambiente e enfermagem. Na mesma década, em 1978, Fawcett viria a denominá-los como conceitos centrais de enfermagem, tendo-os formalizado em 1984 como o metaparadigma de enfermagem (Fawcett e Malinski, 1996; citados em

⁴ Tradução livre: «*Isto é o que nós somos e qual é o nosso trabalho. Similantemente (...) é o que a disciplina não é.*»

McEwen, s.d.). Tal formalização decorreu da análise de estudos teóricos em enfermagem levada a cabo por Flaskerud e Halloran (1980) e Fawcett (1984) cujas conclusões apontaram para a referência muito frequente de forma explícita e por vezes implícita dos referidos conceitos (Kérouac *et al.*, 1994). Em consubstanciação com as conclusões anteriormente referidas, também Wagner (1986), pela análise em profundidade do metaparadigma de enfermagem, concluiu existir consenso de que pessoa, saúde, ambiente e enfermagem eram verdadeiramente os conceitos dominantes na disciplina. (McEwen, s.d.)

Referindo-nos ao metaparadigma proposto por Fawcett (2005), para além dos quatro conceitos, nomeadamente seres humanos, ambiente, saúde e enfermagem, é constituído ainda por quatro proposições não relacionais que os definem e por quatro proposições relacionais que os relacionam, providenciando deste modo uma forma única de o perspectivar e conseqüentemente de o distinguir do de outras disciplinas.

Tendo-nos referido à influência que as filosofias exercem sobre as «formas de ver e compreender o mundo» importa apreender os conceitos do metaparadigma de enfermagem à luz de cada uma dessas visões do mundo. Para tal decidimo-nos por mobilizar a já referenciada proposta que alude aos paradigmas da categorização, integração e transformação de Kérouac *et al* (1994). Por nos parecer de mais objectiva leitura, optámos mais uma vez por uma apresentação em quadro (quadro nº 3), o qual traduzirá os aspectos essenciais dos quatro conceitos olhado através das lentes de cada um dos paradigmas.

Quadro nº 3 – Principais características dos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem de acordo com os paradigmas da categorização, integração e transformação

| CONCEITO | PARADIGMA | PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS |
|------------|----------------------|---|
| PESSOA | Categorização | É um todo formado pela soma das suas partes, sendo cada uma reconhecível e independente. É impossível separar o corpo da mente. Não participa nos cuidados. |
| | Integração | É um todo formado pela soma das suas partes que estão inter-relacionadas. Pode influenciar e é influenciada pelo contexto. Participa nos seus cuidados. |
| | Transformação | É um todo indissociável, maior e diferente da soma das suas partes, com múltiplas dimensões que se constituem numa unidade. Em relação mútua e simultânea com o ambiente. Em mudanças contínuas na procura do mais alto nível de qualidade de vida. Orienta os cuidados segundo as suas prioridades. |
| SAÚDE | Categorização | Estado estável e altamente desejável, percebida como positiva. A doença é tida como negativa. |
| | Integração | A saúde e a doença são entidades distintas mas coexistem e interagem de forma dinâmica. A saúde é um ideal a atender segundo o contexto da pessoa. |
| | Transformação | A saúde é um valor e uma experiência vivida por cada pessoa, permitindo o potencial de realização de cada um. |
| AMBIENTE | Categorização | É separado da pessoa. O ambiente é físico, cultural e social. Percebido como devendo ser manipulado e controlado. |
| | Integração | Os contextos são diversificados: histórico, social, político... Rico em estímulos positivos ou negativos com necessidade de consequentes adaptações aos mesmos. |
| | Transformação | É o universo do qual a pessoa faz parte. Caracterizado pelo seu ritmo próprio e uma orientação imprevisível |
| ENFERMAGEM | Categorização | A intervenção é no sentido de «fazer pela» pessoa., eliminando os problemas, diminuindo os défices e suplantando as incapacidades da pessoa. O enfermeiro é o perito que possui conhecimentos e habilidades. |
| | Integração | «Agir com» faz parte da intervenção. São avaliadas as necessidades de ajuda da pessoa considerando a sua percepção e a sua globalidade. O enfermeiro é o perito-conselheiro que ajuda a seleccionar os comportamentos de saúde mais adequados. |
| | Transformação | «Estar com» a pessoa é a intervenção, acompanhando-a nas suas experiências de saúde. Os cuidados são individualizados. Enfermeiro e pessoa são parceiros de cuidados. |

Fonte: Adaptado de Kérouac *et al.* (1994)

Reflectindo especificamente nos objectivos do estudo, e pensando neles enquanto orientadores também da selecção de conteúdos a aprofundar, é de relevante interesse entender o que aos olhos dos diversos autores é entendido quando são referidos cada um dos conceitos metaparadigmáticos mais consensuais na disciplina de enfermagem: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. Deste modo, suportando-nos nos trabalhos de Wagner (1986) citados em McEwen (s.d.), de Kérouac *et al.* (1996) e de Thorne *et al.* (1998), faremos uma integração acerca das principais definições dos mesmos, emergentes do desenvolvimento teórico dos diversos autores em enfermagem, independentemente do paradigma em que os seus desenvolvimentos teóricos são contextualizados, do seu tipo, nível e alcance:

- «pessoa» – refere-se a: um ser com necessidades físicas, intelectuais, bioquímicas e psicológicas; um ser bio-psico-social integrado; um campo de energia humana; um ser holístico no mundo; um sistema aberto; um todo integrado; um sistema adaptativo; um ser que é mais que a soma das suas partes e ao beneficiário dos cuidados de enfermagem. Se bem que muitos autores incluam a família e a comunidade quando se referem ao conceito «pessoa», a maioria deles refere-se à pessoa individual como o foco de atenção da enfermagem;

- «saúde» – a literatura apresenta grande diversidade na sua explicação, sendo apresentada de formas diversas: em continuidade com a doença; como um valor; um estado; um reflexo de trocas na pessoa; a capacidade para funcionar independentemente; adaptação com sucesso aos stressores da vida; realização do completo potencial de vida de cada um e à unidade entre o corpo, a alma e o espírito;

- «ambiente» – duas interpretações aparecem frequentemente na literatura: uma conceptualização pouco abrangente relacionada com o imediato da pessoa e outra, mais ampla na qual pessoa e ambiente são contíguos e a pessoa surge como inseparável do cosmos. Assim sendo, são identificáveis explicações de «ambiente» referentes a: elementos externos que influenciam a pessoa; condições internas e externas sobre a pessoa, incluindo os membros da família, a comunidade e a sociedade, assim como o ambiente físico; outros significativos com que a pessoa interage; um sistema aberto com limites que permitem a troca de matéria, energia e informação com seres humanos e uma perspectiva individual, na qual é considerado o contexto imediato, mas também as estruturas sociopolíticas e económicas. Anteriormente visto como uma fonte de stress, é na actualidade entendido como uma mina de recursos;

- «enfermagem» – é uma ciência, uma arte, uma disciplina prática que envolve o cuidado.

Os seus objectivos incluem cuidar do bem, cuidar da doença, assistir com actividades de auto-cuidado, ajudar indivíduos a atingir o seu potencial humano e descobrir e utilizar as leis da natureza para a saúde. A finalidade dos cuidados de enfermagem incluem colocar o doente na melhor condição para que a natureza possa restaurar a saúde, promover a adaptação individual, facilitar o desenvolvimento e a interacção entre o enfermeiro e a pessoa com a qual foram validados um conjunto de objectivos nos quais se encontram objectivos comuns, e promover harmonia entre o indivíduo e o ambiente. Assim, a prática de enfermagem facilita, suporta e assiste indivíduos, famílias, comunidades e/ou sociedades a fortalecer, manter e recuperar a saúde e a reduzir e melhorar os efeitos da doença.

Nesta linha de desenvolvimento e análise importa agora deter-nos nas proposições não relacionais, simultaneamente definições constitutivas, dos conceitos metaparadigmáticos segundo Fawcett (1996, 2005). Relativamente a estas há a mencionar:

- o conceito metaparadigmático «seres humanos» refere-se aos indivíduos, se os indivíduos são reconhecidos numa cultura, tal como a famílias, comunidades e outros grupos ou agregados que são participantes no processo de cuidados em enfermagem;
- o conceito metaparadigmático «ambiente» refere-se aos outros significantes para os seres humanos e ao meio físico envolvente, bem como aos contextos onde o processo de cuidados de enfermagem ocorre (desde o domicílio particular, às instituições de saúde e à sociedade como um todo). Refere-se também a todas as condições culturais, sociais, políticas e económicas locais, regionais, nacionais e mundiais que estão associadas à saúde dos seres humanos;
- o conceito metaparadigmático «saúde» refere-se aos processos humanos de viver e morrer;
- o conceito metaparadigmático «enfermagem» refere-se à definição de enfermagem, às acções realizadas pelos enfermeiros em nome de ou em conjunto com os seres humanos e aos objectivos e resultados das acções de enfermagem, vistas como um processo mútuo entre os participantes em enfermagem e os enfermeiros. O processo envolve frequentemente actividades designadas de avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação.

E quanto às proposições relacionais? Dos escritos de Donaldson e Crowley (1978) e Gortner (1980) foram identificadas ligações entre os conceitos do metaparadigma de enfermagem: seres humanos – saúde, seres humanos – ambiente, saúde – enfermagem e seres humanos – ambiente – saúde. Ao que correspondem estas ligações? Às quatro

proposições relacionais do metaparadigma de enfermagem, as quais referem que a disciplina de enfermagem interessa-se pelo que concerne:

- os princípios e leis que regem os processos humanos de viver e morrer;
- os padrões das experiências humanas de saúde no contexto do ambiente;
- as acções de enfermagem ou processos que sejam benéficos para os seres humanos;
- os processos humanos de viver e morrer, reconhecendo que os seres humanos estão em constante relação com o seu ambiente. (Fawcett, 2005; McEwen, s.d.)

De referir que esta proposta do metaparadigma de enfermagem, a mais recente de Fawcett (2005), decorre do refinamento dos seus anteriores trabalhos. Salientamos entre outros a evolução que o actual conceito «seres humanos» apresentou no decorrer dos seus estudos: inicialmente «homem», substituído depois por «pessoa» e actualmente assumido como «seres humanos». Para tal refinamento indica como contributos relevantes as críticas ao seu desenvolvimento recebidas de autores como Leininger (1991), Kleffel (1991), Cody (1996), Thorne *et al.* (1998) e Jacobs (2001).

Voltando um pouco atrás... Cumprirá, a proposta metaparadigmática de Fawcett, com todos os requisitos por si definidos para sumariar as missões intelectual e social da disciplina de enfermagem e limitar o seu conteúdo? Em conjunto, os quatro conceitos, as quatro proposições não relacionais e as quatro proposições relacionais, objectivamente neutrais, identificam o centro de interesse da enfermagem como distinto dos de outras disciplinas, de uma forma parcimoniosa e sem reflectir crenças e valores nacionais, culturais ou étnicos? (Fawcett, 2005; McEwen, s.d.)

A anuência da comunidade científica ao metaparadigma proposto por Fawcett (2005), apesar de amplamente suportado e consensual, não tem sido pacífica. Várias foram e continuam a ser as críticas de alguns autores ao seu desenvolvimento. Explicitaremos algumas delas:

- Leininger (1991), pelo questionamento que faz à inclusão do conceito ambiente como conceito metaparadigmático, que apesar de o considerar muito importante em enfermagem, não é único à disciplina. Refere também que os estudos desenvolvidos no âmbito deste conceito são extremamente escassos para o considerar como tal. Quanto ao conceito saúde, apesar de não rejeitar a sua inclusão no metaparadigma, considera-o como sendo outro conceito que não é específico da enfermagem. E ainda alguma rejeição ao conceito enfermagem por consistir numa redundância e numa contradição denominá-lo pelo fenómeno estudado;

- Cody (1996), no que se refere à consideração atribuída por Fawcett aos conceitos ambiente e saúde, tece críticas semelhantes às de Leininger, pela constatação deste ser um conceito comum a outras disciplinas. Considera ainda a inclusão de enfermagem no metaparadigma de enfermagem como uma tautologia;
- Morse (1996), apesar de não explicar o porquê nem o como, nem de indicar outras alternativas, considera os quatro conceitos propostos pela autora inapropriados e restritivos;
- Meleis (1997), à semelhança de outros, também aponta a inclusão da enfermagem no metaparadigma de enfermagem como uma tautologia. (Fawcett, 2005)

Neste sentido outras propostas de outros autores (Newman, 1983; King, 1984; Kim, 1987, 1997, 2000; Newman, Sime e Corocoran-Perry, 1991; Malloch, Martinez, Nelson, Predeger, Speakman, Steinbinder, Tracy *et al.*, 1992; Leininger, Watson, Lewis, 1995; Meleis, 1995; Parse, 1997; Thorne *et al.*, 1998; Jacobs, 2001) têm surgido, ora incluindo novos conceitos, como os de «transição», «interacção», «papel», ou modificando os anteriormente propostos, como por exemplo a substituição do conceito «pessoa» por «cliente» ou «utente», ou excluindo conceitos do metaparadigma. De igual modo, novas proposições não relacionais e relacionais têm sido indicadas. Tais propostas têm contudo revelado uma menor projecção. (Fawcett, 2005; Walker e Avant, 2005)

Como pudemos constatar ao longo do desenvolvimento deste sub-capítulo, existem posições controversas e por vezes discordantes entre os autores em enfermagem, seja, no que respeita aos termos usados para denominar determinados aspectos do conhecimento, seja no próprio entendimento de conceitos denominados com o mesmo termo. Como nos dizem Payton (1994) e Polit e Beck (2004), citados em Fawcett (2005, p. 25), «*metaparadigmas, filosofias, modelos conceptuais não são entidades reais ou tangíveis (...) são antes tentativas de formulações que representam os melhores esforços dos estudiosos para entender os fenómenos*». Assim, o conhecimento contido nos metaparadigmas, filosofias, modelos conceptuais, e teorias não são ideologias inalteráveis mas antes ideias sujeitas a contínuas revisões e até a rejeições sempre que os resultados do diálogo, do debate e da investigação assim o sugiram.

1.2 – O DESENVOLVIMENTO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

A disciplina de enfermagem, nas componentes académica e profissional, tem-se desenvolvido, à semelhança de outras disciplinas, em harmonia com as correntes de

pensamento prevalentes em diferentes épocas. Essas filosofias, correntes de pensamento, também denominadas, de acordo com Kérouac *et al.* (1996), pelo físico Capra (1982) e pelo filósofo Kuhn (1970), de paradigmas, conforme já verificámos no sub-capítulo anterior, constituem-se em formas de ver e de compreender o mundo. A visão linear e unicausal dominante nas ideologias e na formação em todas as esferas de actividades no decurso dos dois últimos séculos, influenciou também o desenvolvimento do conhecimento na disciplina de enfermagem.

Os enfermeiros vão e vêm entre os diferentes paradigmas... Quando um paradigma guiou a compreensão do mundo durante um longo período de tempo, por vezes é discutível substituí-lo por outra forma de olhar, sendo até por vezes mesmo difícil de aceitar que hajam outras formas de olhar. Neste contexto, são apontados períodos de transição em que os paradigmas coexistem, durante os quais uma forma de olhar o mundo não foi completamente substituída por outra sendo esta coexistência sublinhada como importante para o desenvolvimento do conhecimento na disciplina de enfermagem.

Nesta continuidade importa compreender, de uma forma sintética, como se desenvolveu até à actualidade o conhecimento em enfermagem. No seu *Notes on nursing*, publicado em 1859, pela proposta das premissas básicas para a prática de enfermagem, advogando que as enfermeiras deveriam fazer observações astuciosas da doença e do ambiente, registar essas observações e desenvolver conhecimento acerca dos factores promotores da cura, enfatizando assim a utilidade do conhecimento empírico e acreditando nos conhecimentos desenvolvidos e usados pelas enfermeiras como diferentes dos conhecimentos usados pelos médicos, Nightingale viria a ser considerada por autores como Hilton (1997), Chinn e Kramer (2004), Kalish e Kalish (2004) como a primeira teórica em enfermagem (McEwen, *s.d.*).

De acordo com Kidd e Morrison (1988) em McEwen (*s.d.*), mais de um século terá passado até que outros desenvolvimentos teóricos em enfermagem acontecessem. Face a este reconhecimento e pela análise do mesmo, descrevem cinco estádios no desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, nomeadamente: conhecimento silencioso, conhecimento adquirido, conhecimento subjectivo, conhecimento processual e conhecimento construído. Acerca das principais características dos mesmos daremos conta no quadro nº 4:

Quadro nº 4 – Estádios do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem

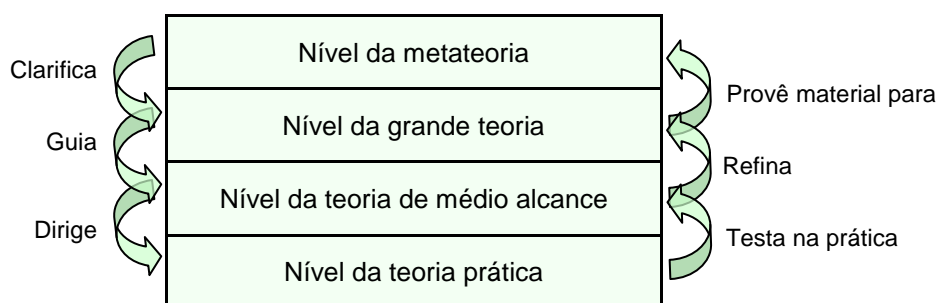
| ESTÁDIOS | FONTE DO CONHECIMENTO | IMPACTO NA TEORIA E NA INVESTIGAÇÃO |
|--------------------------------|---|---|
| CONHECIMENTO SILENCIOSO | Obediência cega à autoridade médica | <ul style="list-style-type: none"> - poucas tentativas para desenvolver teoria; - a investigação era limitada à colheita de dados epidemiológicos. |
| CONHECIMENTO ADQUIRIDO | Aprendizagem através da escuta dos outros | <ul style="list-style-type: none"> - as teorias eram «emprestadas» de outras disciplinas; - as enfermeiras adquiriam graus de doutoramento noutras disciplinas e contavam com a autoridade dos profissionais da educação, da sociologia, da psicologia e antropologia para encontrarem respostas às suas questões; - a investigação ocorreu primeiramente no âmbito da educação e da sociologia. |
| CONHECIMENTO SUBJECTIVO | A autoridade foi interiorizada e um novo sentido do self emergiu | <ul style="list-style-type: none"> - emergiu uma atitude negativa para com as teorias «emprestadas» e a ciência; - as teóricas focalizaram-se em definir a enfermagem e em desenvolver teorias acerca de e para a enfermagem; - a investigação em enfermagem era mais focalizada nas enfermeiras que nos clientes e nas situações clínicas. |
| CONHECIMENTO PROCESSUAL | Inclui ambos os conhecimentos: separados e relacionados | <ul style="list-style-type: none"> - proliferação de aproximações ao desenvolvimento de teoria; - a aplicação da teoria na prática foi frequentemente desencorajada; - a ênfase foi colocada nos processos utilizados para adquirir conhecimento, com especial atenção para a adequação de metodologias, de critérios para a evolução e de processos estatísticos para a análise dos dados. |
| CONHECIMENTO CONSTRUÍDO | Integração de diferentes tipos de conhecimento (intuição, racional, e conhecimento de si) | <ul style="list-style-type: none"> - a teoria de enfermagem deve ser baseada em anteriores estudos empíricos, literatura teórica, relatos de experiências clínicas e sentimentos, e a intuição da teórica ou conhecimento relacionado acerca do fenómeno de interesse. |

Fonte: Adaptado de McEwen (s.d.)

Conjuntamente e corroborando os aspectos que temos vindo a expor, outros autores, dos quais, pela sua actualidade, destacaremos Walker e Avant (2005) referem o desenvolvimento de conhecimento em enfermagem como um mandato para a evolução da própria enfermagem que apontam como uma disciplina complexa. Mas porquê a necessidade desta emergência? Walker e Avant (2005) apontam duas principais razões: por um lado, e pela necessidade de um corpo de conhecimentos alargado para a sua prática, a possibilidade de se poder estabelecer claramente a componente profissional da disciplina de enfermagem, e por outro, a possibilidade de ajudar os enfermeiros a desenvolver e enriquecer a sua compreensão do que é a prática e do que ela poderia ser, desenvolvendo assim a componente académica da mesma. Os conhecimentos permitem portanto servir como uma ampla estrutura para a prática e conjuntamente articular os objectivos da profissão e os seus valores nucleares. Assim sendo, uma teoria bem desenvolvida não só organiza o conhecimento existente, mas também coadjuva na produção de diferentes e importantes conhecimentos para o progresso da prática.

No sub-capítulo anterior, quando nos referimos à organização do conhecimento em enfermagem abordámos os diferentes níveis de desenvolvimento teórico. No entanto uma questão subsiste: como é que os diferentes níveis de desenvolvimento de teorias se relacionam uns com os outros? Walker e Avant (2005) propõem-nos um modelo relacionado com a forma como esses diferentes níveis se relacionam. Apesar de apresentar uma terminologia própria e nalguns aspectos diferente em relação a cada um desses níveis, optámos por apresentá-la por constatarmos contribuir para a compreensão dos sentidos atribuídos aos termos e por se revelar bastante explícita.

Figura nº 3 – Relação entre os níveis de desenvolvimento teórico



Fonte: Adaptado de Walker e Avant (2005)

O nível da metateoria, cujo âmago reside nas questões filosóficas e metodológicas relacionadas com o desenvolvimento de conhecimentos na disciplina, através da análise da teoria de enfermagem, clarifica a metodologia e as funções de cada nível de desenvolvimento teórico. Por sua vez, cada um desses níveis fornece material para promover a análise e a clarificação do nível da metateoria. Pelas suas perspectivas globais, as grandes teorias servem de guia para os fenômenos que respeitam ao nível das teorias de médio alcance que, como são testadas na realidade, se tornam pontos de referência para favorecer o refinamento do nível das grandes teorias com as quais podem estar relacionadas. As teorias de médio alcance também descrevem as prescrições para as teorias práticas almejando a obtenção de metas concretas. Finalmente, as teorias práticas, construídas a partir de proposições acerca da realidade, cientificamente testadas, aferem a validade empírica das proposições como práticas incorporadas nos cuidados de enfermagem. Estas proposições, mais relevantes para as teorias práticas, provirão provavelmente de teorias de médio alcance uma vez que a sua linguagem é frequentemente relacionada com situações concretas. (Walker e Avant, 2005)

Também Meleis (1991) acentua a importância da expansão de conhecimentos ao referir que o desenvolvimento de teoria de enfermagem é muito significativo para a evolução do conhecimento, designado como a pedra angular da disciplina de enfermagem. Similarmente, parafraseando Walker e Avant (2005) «*theory development provides a way of identifying and expressing key ideas about the essence of practice*»⁵ (Ib., p. 3). Complementam ainda que através do desenvolvimento do conhecimento essa essência poderá ser analisada em descrições e explicações quer gerais, quer mais específicas de pessoa, saúde, ambiente e enfermagem que também afirmam, referenciando outros autores, nomeadamente Fawcett, corresponder aos conceitos metaparadigmáticos da disciplina.

Neste prosseguimento de destacar que acreditamos no desenvolvimento de conceitos como essenciais ao desenvolvimento de teoria de enfermagem, concordando assim com o posicionamento de Meleis (1991) quando define a teoria de enfermagem como «*a conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenómeno central e relacionamentos) na enfermagem com a finalidade de descrever, prever ou prescrever os cuidados de enfermagem*» (Hickman, 2000, p. 12). Cremos pois constituir-se de relevante interesse o desenvolvimento e explicitação de conceitos em enfermagem, contribuindo desse modo para o desenvolvimento da teorização na disciplina. Para o mesmo Meleis (1992) apresentou seis características que segundo a

⁵ Tradução livre: «*a teoria provê um modo de identificar e expressar ideias-chave sobre a essência da prática*»

própria deverão orientar o desenvolvimento teórico na enfermagem neste século:

1. A disciplina de enfermagem é a ciência humana subjacente à disciplina que é baseada na compreensão do significado das experiências vividas diariamente como são percebidas pelos membros ou pelos participantes da ciência.
2. Há uma maior ênfase na orientação prática.
3. A missão da enfermeira é a de desenvolver teorias que enriqueçam as enfermeiras, a disciplina e os clientes.
4. Aceita-se que as mulheres possam ter estratégias e abordagens diferentes das dos homens para o desenvolvimento do conhecimento.
5. A enfermagem tenta compreender as experiências do consumidor com a finalidade de permitir que eles recebam o cuidado ideal e mantenham a saúde ideal.
6. Os esforços para ampliar as perspectivas de enfermagem incluem os esforços para compreender a prática da enfermagem nos países do terceiro mundo. (Hickman, 2000, p. 15-16)

Concordante também com a perspectiva de Walker e Avant (2005), o estudo da essência da prática de enfermagem deverá ocorrer em contextos delimitados e focando fenômenos específicos, aspectos que apontam fundamentalmente para o desenvolvimento, a partir da análise das práticas, como anteriormente já verificámos, de teorias de médio alcance entendidas como contendo um número limitado de variáveis, por isso testáveis, mas suficientemente gerais para serem cientificamente interessantes. Apesar das relações entre os níveis de desenvolvimento teórico, as autoras consideram que nenhum deles representa directamente os actuais métodos e estratégias para o desenvolvimento de conhecimento teórico em enfermagem. Nesse sentido referem acreditar que o desenvolvimento de teorias de médio alcance pode ser facilitado pela cuidadosa distinção entre o contexto da descoberta e o contexto da justificação na construção teórica e delineando estratégias específicas e procedimentos para a sua construção, que ora epilografaremos:

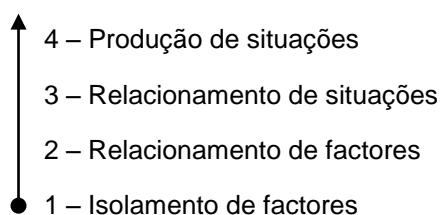
- o contexto da descoberta e o contexto da justificação correspondem aos processos de desenvolvimento e avaliação das ideias. Assim o desenvolvimento de teoria envolve inicialmente construção de teoria sem conhecimento imediato, ou sem utilidade ou exactidão. Por seu turno a avaliação da teoria serve para enfatizar a força e a fraqueza da teoria pela avaliação dos seus resultados na realidade e pela comparação da teoria com outros critérios, tais como a consistência lógica;

- no que se refere às estratégias e procedimentos mencionam serem necessários métodos claros e específicos de desenvolvimento teórico. Apontam para tal métodos coincidentes com os enunciados para o desenvolvimento de conceitos, nomeadamente: síntese de teorias, derivação de teorias e análise de teorias. Relevam ainda a importância da validação em contextos da enfermagem de metodologias válidas noutras disciplinas.

O que temos vindo a afirmar consubstancia a importância da análise das práticas e a

respectiva teorização sobre as mesmas já apontada por Dicoff e James (1978) ao proporem o processo de teorização baseado no aforismo «a teoria vem da prática para a prática», para o qual apontavam que no decurso das quatro fases do processo se deveriam desenrolar simultaneamente e paralelamente acções de descrição, explicação, predição e controle. (Walker e Avant, 2005) Tal processo de teorização, especificamo-lo na figura nº 4.

Figura nº 4 – Processo de teorização conforme Dickoff e James



Fonte: Adaptado de Dickoff e James (1978)

No encaço de teorias de médio alcance, também entendidas por Fawcett (2005) como respeitando a fenómenos relativamente concretos e específicos, conforme descrevam qual é o fenómeno, expliquem porque é que ocorre ou predigam como ocorre, situar-nos-emos respectivamente ao nível das teorias de médio alcance descritivas, de teorias de médio alcance explicativas ou de teorias de médio alcance preditivas. Sumariamente descreveremos cada um destes tipos:

- teorias de médio alcance descritivas – correspondem às mais básicas teorias de médio alcance. Descrevem ou classificam um fenómeno, abrangendo comumente um conceito;
- teorias de médio alcance explicativas – especificam as relações entre dois ou mais conceitos e explicam como e em que extensão um conceito está relacionado com outro;
- teorias de médio alcance preditivas – movem-se entre a explicação e a predição de relações precisas entre conceitos ou dos efeitos de um ou mais conceitos noutro ou noutros conceitos.

Neste seguimento e de acordo com Dickoff e James (1968), citados em McEwen (s.d.), para o reconhecimento da enfermagem como disciplina o desenvolvimento teórico deve avançar de um nível de descrição ou explicação para níveis mais elevados, nomeadamente teorias preditivas e teorias prescritivas, que, sendo ainda as mais difíceis

de identificar na literatura de enfermagem, permitem prescrever intervenções necessárias para alcançar metas definidas.

De acordo com Fawcett (2005), por si só as pretensões ontológicas das filosofias de enfermagem reflectem uma ou mais categorias de conhecimento, sejam derivadas unicamente da disciplina de enfermagem, sejam derivadas de associação com outras disciplinas, denominadas de auxiliares, fomentando cada uma dessas categorias o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos específico relativamente aos conceitos pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. Existem pois duas categorias do conhecimento na enfermagem que enunciaremos e descreveremos sucintamente no quadro nº 5:

- categorias de teorias derivadas da disciplina de enfermagem: necessidades e resultados, focadas na pessoa, focadas na pessoa-ambiente, focadas nas terapêuticas de enfermagem, campos de energia, intervenção, conservação, substituição, subsistência/suporte, fortalecimento;
- categorias de teorias derivadas de disciplinas auxiliares: do desenvolvimento, dos sistemas, da interacção.

Quadro nº 5 – Principais características das categorias do conhecimento em enfermagem

| CATEGORIA DO CONHECIMENTO | | PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS |
|---|----------------------------|---|
| TEORIAS DERIVADAS DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM | Necessidades | - o foco reside nas funções das enfermeiras e na consideração do doente em termos de uma hierarquia de necessidades; - quando os doentes não podem satisfazer as suas próprias necessidades, a enfermagem é requerida; - a função da enfermeira é providenciar as acções necessárias para ajudar os doentes a identificar as suas necessidades; - o ser humano é reduzido a um conjunto de necessidades e a enfermagem a um conjunto de funções. |
| | Resultados | - a ênfase é colocada nos resultados da prática de enfermagem e nas descrições compreensivas do beneficiário dessa prática. |
| | Focadas no cliente | - referem-se a um foco compreensivo do cliente, visto a partir de uma perspectiva de enfermagem. |
| | Focadas na pessoa-ambiente | - a ênfase é colocada nas relações estabelecidas entre os clientes e o seu ambiente. |
| | Terapêuticas de enfermagem | - a ênfase é colocada no que as enfermeiras devem fazer e em que circunstâncias devem intervir. |
| | Campos de energia | - incorporam o conceito de energia; - focam-se nos seres humanos como campos de energia em constante interacção com o seu ambiente e o universo. |

| | | |
|--|--|--|
| | Intervenção | - enfatizam as acções e as decisões da enfermeira profissional e consideram o doente como um objecto ao invés de um participante em enfermagem |
| | Conservação | - enfatizam a preservação de aspectos benéficos das situações dos doentes que estão ameaçados pela doença ou por problemas actuais ou potenciais. |
| | Substituição | - focam-se em providenciar substitutos para as capacidades que não podem ser desempenhadas ou que foram perdidas. |
| | Subsistência/ suporte | - focam-se em ajudar o doente a suportar agravos à saúde pelo desenvolvimento de mecanismos de coping psicológicos e fisiológicos. |
| | Fortalecimento | - a enfermagem é vista como um caminho para prover a qualidade à existência do doente após um agravo à saúde. |
| TEORIAS DERIVADAS DE DISCIPLINAS AUXILIARES | Desenvolvimento (derivadas da psicologia) | <ul style="list-style-type: none"> - a identificação de actuais e potenciais problemas de desenvolvimento e planeamento de estratégias de intervenção que fomentem o máximo crescimento e desenvolvimento da pessoa; - ênfase nos ambientes da pessoa; - as mudanças vistas como direccionais são o maior foco; - diferentes estádios dos seres humanos são analisados constantemente; - a mudança comportamental é possível através de quatro formas de progressão: unidireccional, em espiral, em ciclos e em ramificação; - as forças são vistas como factores causais que promovem o crescimento e o desenvolvimento; - os seres humanos são assumidos como tendo inerente potencial para a mudança. |
| | Sistemas (derivadas da biologia e da física) | <ul style="list-style-type: none"> - a identificação de actuais e potenciais problemas na função dos sistemas e planeamento de estratégias de intervenção que maximizem eficientemente o sistema; - ênfase na efectividade do funcionamento do sistema; - um sistema é visto como um conjunto de objectos com relações mútuas e com os seus próprios atributos; - os sistemas são vistos como abertos e fechados; - o ambiente é o conjunto de todos os objectos cujos atributos influenciam o sistema e que podem alterar-se por influência dos comportamentos do sistema; - o limite é a linha de demarcação entre o sistema e o ambiente; - a tensão, o stress, o esforço e o conflito são forças que alteram a estrutura dos sistema; - os sistemas devem tender para um equilíbrio entre as forças internas e as externas; - o feed-back é o fluxo de energia entre um sistema e o seu ambiente. |
| | Interação (derivadas da sociologia) | <ul style="list-style-type: none"> - a identificação de actuais e potenciais problemas nas relações interpessoais e o planeamento de estratégias de intervenção que promovam uma óptima socialização são enfatizadas; - os actos sociais e relações entre seres humanos são também enfatizadas; - as percepções dos seres humanos acerca de outras pessoas, o ambiente, situações e acontecimentos dependem dos sentidos ligados a cada fenómeno; - a comunicação é através da linguagem e envolve uma transferência de significados arbitrários das coisas entre um ser humano e outro; - cada ser humano tem vários papéis, aos quais corresponde um reportório de comportamentos; - o auto-conceito é definido como os pensamentos e os sentimentos que cada ser humano tem acerca de si próprio. |

Fonte: Adaptado de Fawcett (2005)

Também em Hickman (1995), embora de uma forma menos exaustiva e fazendo apenas referência, conforme a classificação de Fawcett (2005), às teorias derivadas de disciplinas auxiliares, é feita alusão a uma classificação das categorias de teorias de enfermagem contudo, de acordo com a autora, a «*atribuição a uma categoria é arbitrária, pois muitas delas têm elementos de outras categorias no seu interior*» (2000, p.17). Mesmo assim são apontadas pela mesma autora quatro categorias e indicadas algumas das teóricas cujos desenvolvimentos teóricos são enquadráveis em cada uma dessas categorias. Assim, identifica:

- teorias orientadas para necessidades/problemas, cujo foco são as necessidades e os problemas das pessoas, cabendo à enfermagem, pela utilização do processo de enfermagem, identificá-los e corrigi-los. São exemplos de teóricas Nightingale, Orem e Watson;
- teorias orientadas para a interação, que focam o processo de comunicação como intervenção importante na resolução dos problemas da pessoa. Os desenvolvimentos teóricos de Peplau e King enquadram-se nesta categoria;
- teorias orientadas para os sistemas, nas quais a pessoa é encarada como composta por diversas partes ou subsistemas que, quando em conjunto, são mais e diferentes da soma dessas partes ou subsistemas. Os trabalhos Neuman e Leininger são enquadráveis nesta categoria;
- teorias do campo de energia, das quais emerge a crença de que a pessoa é um campo de energia em constante interação com o seu ambiente e o universo. São exemplo os desenvolvimentos teóricos de Rogers e Parse.

Ainda em Hickman (2000), são exploradas algumas características que Torres (1990) aponta como comuns ao desenvolvimento teórico, independentemente do seu nível e alcance, e que deverão ser consideradas:

- «*As teorias podem inter-relacionar conceitos de tal forma que criem uma nova maneira de ver um determinado fenómeno*» (Hickman, 2000, p. 17) – a teoria deverá identificar mais do que um conceito, explicitamente definidos e as relações entre eles devem ser expressas de forma clara;
- «*As teorias devem ser de natureza lógica*» (*Ib.*, p. 18) – a relação estabelecida entre os conceitos deve ser sequencial e usada consistentemente na teoria, não devendo existir quaisquer contradições;
- «*As teorias devem ser relativamente simples e ainda generalizáveis*» (*Ib.*) – a par de ser

o mais simples possível, a teoria deverá descrever, explicar ou prever uma ampla diversidade de situações em enfermagem;

- «*As teorias podem ser as bases para as hipóteses serem testadas ou para a teoria ser expandida*» (Hickman, 2000, p. 8), podendo ser testadas sobretudo pela investigação quantitativa e expandidas pela investigação qualitativa;

- «*As teorias contribuem para o aumento do corpo de conhecimentos gerais da disciplina através da pesquisa implementada para validá-las*» (Ib.) – a validação das teorias habilita os enfermeiros a descrever, explicar, prever e/ou controlar a prática de enfermagem;

- «*As teorias podem ser usadas por profissionais para orientar e melhorar a sua prática*» (Ib.) – a sua utilidade na prática é fundamental, já que orientam, descrevem, explicam ou prevêm situações em enfermagem;

- «*As teorias devem ser consistentes em outras teorias validadas, leis e princípios, mas devem deixar abertas as questões não respondidas, que devem ser investigadas*» (Ib.) – as teorias apesar de consistentes e validadas noutros conhecimentos prévios devem apontar pistas para novas investigações acerca de aspectos do conhecimento ainda não investigados.

1.3 – FONTES E USO DO CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

Relativamente às «Fontes e uso do conhecimento em enfermagem» o artigo «Sources of practice knowledge among nurses»⁶ de Abril de 2005 de Estabrooks *et al.*, com base em dois estudos de caso etnográficos, veio a constituir-se num dos organizadores deste sub-capítulo, pelo que optámos por apresentá-lo resumidamente, sobretudo nos aspectos que viremos a mobilizar.

É importante, para iniciarmos, entendermos os procedimentos metodológicos inerentes a esses estudos. Trataram-se de dois estudos nos quais, após colheita de dados através de entrevistas etnográficas, observação participante e notas de campo de entrevistas em focus grupo, foram analisados os factores que influenciavam a utilização dos resultados de investigação por enfermeiros de sete unidades hospitalares. O material foi codificado e categorizado, tendo sido desenvolvida uma taxonomia das fontes de conhecimento para a prática em enfermagem e um modelo explicativo de factores que influenciam os enfermeiros na selecção das fontes de conhecimento. As conclusões apontaram para uma categorização das fontes de conhecimento necessários à prática de cuidados em

⁶ Tradução livre: «Fontes de conhecimento prático entre enfermeiros»

quatro grupos: interações sociais, conhecimento experiencial, fontes documentais e conhecimento à priori que apresentamos em seguida em quadro resumo:

Quadro nº 6 – Fontes do conhecimento prático para enfermeiros

| | | |
|----------------------------------|--|-------------------------------|
| INTERAÇÕES SOCIAIS | Informal | Enfermeiros |
| | | Outros profissionais de saúde |
| | | Pessoas alvo de cuidados |
| | Formal | Baseado na disciplina |
| | | Baseado na instituição |
| | | Unidade |
| CONHECIMENTO EXPERIENCIAL | O que funcionou/ Não funcionou antes | |
| | Conhecimento resultante das explorações dos enfermeiros | |
| | Intuição | |
| FONTES DOCUMENTAIS | Da unidade | |
| | Externas à unidade | |
| CONHECIMENTO À PRIORI | Crenças pessoais | |
| | Educação em contexto escolar | |
| | Senso comum | |

Fonte: Adaptado de Estabrooks *et al.* (2005)

Tendo dominado os resultados, a categoria das interações sociais refere-se tanto às interações informais como formais. Quanto às primeiras, dizem respeito aos processos informais através dos quais os enfermeiros comunicam, interagem e trocam informação com outros enfermeiros, outros profissionais de saúde e pessoas alvo de cuidados. As interações formais, diferindo das informais nomeadamente em relação ao momento e lugar onde ocorrem, incluem conferências, seminários, workshops, cursos de curta duração, formação em serviço, orientações, rondas e reuniões.

O conhecimento experiencial, outra das categorias, refere-se ao conhecimento adquirido, através das próprias observações e das dos outros, ao longo da prática de enfermagem. Baseia-se no que funcionou/não funcionou previamente, nas explorações dos enfermeiros e nas suas intuições. Conforme Estabrooks *et al.* (2005), em conjunto com a categoria anterior, constituem-se como as mais importantes fontes de conhecimento prático para os enfermeiros.

Quanto às fontes documentais consideram aquelas respeitantes à unidade onde

desenvolvem a sua prática, nomeadamente os processos das pessoas, as políticas da unidade, os manuais de procedimentos, vídeos e outros media, cartas informativas, livros de ocorrências, quadro de avisos e a internet. Também nesta categoria são consideradas as fontes documentais externas à unidade, designadamente livros e jornais, utilizadas segundo os autores, de uma forma limitada.

O conhecimento à priori, intrínseco a cada enfermeiro e que ele transporta consigo, inclui o conhecimento adquirido em contexto académico, o senso comum e as suas crenças. O conhecimento adquirido em contexto académico, identificado como uma valiosa fonte de conhecimento uma vez que fornece inicialmente um guia para a prática e para as actividades que os enfermeiros descreveram como directas (Exemplo: cuidados de higiene, administração de terapêutica), apesar de fundamental, foi frequentemente indicado como insuficiente na prática, sendo referido pelos enfermeiros que amiúde baseavam mais a sua tomada de decisão nos conhecimentos adquiridos no contexto de trabalho que no escolar.

No seguimento da identificação destas categorias sobrepuseram os seus resultados aos de outro estudo, o clássico estudo de Carper de 1978, considerado conforme Walker e Avant (2005) de metateoria, decorrente da investigação de literatura de enfermagem com posterior identificação e explicitação dos Padrões Fundamentais de Conhecimento em Enfermagem, que os enfermeiros valorizam e usam na sua prática, distinguíveis de acordo com a lógica do seu significado e designados de: empírico, estético, conhecimento de si e ético. Para melhor compreensão e suportando-nos em Carper (1997) e noutro estudo do qual fomos co-autores (Amendoeira *et al.*, 2003) no qual tais padrões de conhecimento foram mobilizados, sintetizamos em quadro as principais características de cada um dos mesmos, evidenciando a forma como na prática tais padrões são usados e identificáveis (quadro nº 7).

Quadro nº 7 – Padrões do conhecimento em enfermagem – características principais

| PADRÕES DO CONHECIMENTO | PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS |
|---------------------------|---|
| Empírico | <ul style="list-style-type: none"> - pela mobilização de conhecimentos teóricos - pelos conhecimentos construídos a partir da formação (geral ou específica) - pela utilização de princípios científicos na acção quotidiana de cuidado - pelo desenvolvimento de modelos teóricos em enfermagem - pelo conhecimento dos princípios físicos e biológicos das Ciências Naturais - pela avaliação da pessoa (identificação de necessidades humanas básicas) - pela organização científica do trabalho |
| Estético | <ul style="list-style-type: none"> - na avaliação da situação de acordo com os problemas das pessoas - na avaliação da pessoa pela capacidade de desenvolver as suas actividades de vida - nos conhecimentos sobre a situação das pessoas de quem cuida - na importância atribuída pelas pessoas cuidadas à especificidade dos seus conhecimentos - na importância do conhecimento pela experiência - na identificação de necessidades de ajuda na perspectiva do profissional - no analisar a situação em interacção com outros profissionais - na destreza com que executa as técnicas |
| Conhecimento de si | <p>Relação pessoal e autêntica entre o enfermeiro/pessoa, é baseada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - no conhecimento/experiência que o enfermeiro adquiriu em situações semelhantes - na autonomia na tomada de decisão em relação ao cuidado a desenvolver com as pessoas - na interdependência na tomada de decisão, quanto aos cuidados a prestar às pessoas - nos conhecimentos derivados da sua experiência - no conhecimento de si próprio - no estabelecimento de uma relação de ajuda, desenvolvendo como conteúdos específicos: uma relação interpessoal, atitudes facilitadoras da relação de ajuda e a disponibilidade do enfermeiro. |
| Ético | <ul style="list-style-type: none"> - no estar com a pessoa, escutando as suas referências - na consciencialização para a tomada de decisão ética - nos conhecimentos que a pessoa tem sobre a especificidade do conhecimento do enfermeiro. |

Fonte: Adaptado de Carper (1997) e Amendoeira *et al.* (2003)

Embora descritos separadamente, os quatro padrões fundamentais de conhecimento são usados interdependentemente, emergem da totalidade da experiência e, sendo os quatro igualmente necessários, contribuem de uma forma individual e essencial para a prática de enfermagem. (Waldow, 1998)

Conforme Carper (1997) os padrões de conhecimento traduzem significados major para a disciplina de enfermagem, nomeadamente:

- a disciplina não pode ser ensinada nem aprendida sem referência a dois dos componentes da estrutura da disciplina – os conceitos e os métodos, que determinam o tipo de conhecimento obtido e limitam o seu significado, finalidade e validade;

- cada padrão representa apenas uma necessária, mas não completa, aproximação aos problemas e questões da disciplina;

- todo o conhecimento está sujeito a mudar e a ser revisto.

Voltemos agora ao estudo de Estabrooks *et al.* (2005). Na sobreposição dos seus resultados com os de Carper, verificaram uma assimetria, constatando, conforme a figura nº 5:

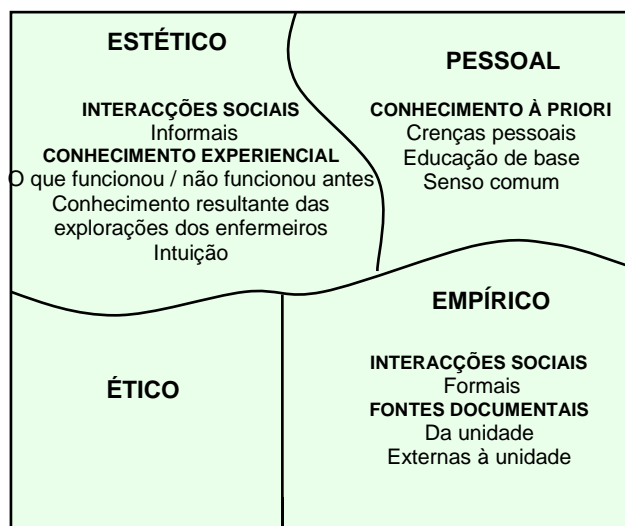
- um elevado peso do conhecimento estético que consideraram equivalente à categoria «interacções sociais» e «conhecimento experiencial»;

- que o conhecimento empírico foi identificado como menos fundamental que as suas expectativas iniciais justificadas pelo enraizamento da enfermagem na ciência;

- que o conhecimento de si ou pessoal apareceu como um «conhecimento à priori»;

- o conhecimento ético foi reconhecido na advocacia da pessoa, nas discussões entre enfermeiros e outros profissionais de saúde acerca das pessoas e no decurso dos cuidados na presença da pessoa e família.

Figura nº 5 – Sobreposição dos achados de Estabrooks *et al.* (2005) e Carper (1978)



Fonte: Adaptado de Estabrooks *et al.* (2005)

Os resultados desta investigação apontam ainda para o facto dos enfermeiros não usarem regularmente fontes de conhecimento formal, como a investigação, elegendo as fontes informais e experienciais, ou conforme Carper, o padrão do conhecimento estético.

A delimitação entre certas formas de conhecimento estético, nomeadamente as interacções sociais informais, e o conhecimento empírico, é considerado pelas autoras como pouco claro. Tal aspecto levanta-lhes a questão de quão do conhecimento estético, emergente daquilo que os enfermeiros mais mostram no seu conhecimento prático, originalmente é proveniente de fontes empíricas.

A confiança indiscriminada no conhecimento estético, particularmente o derivado de, ou criado no conhecimento experiencial, de acordo com Estabrooks *et al.* (2005) revela-se claramente inapropriada. Citam a este propósito um estudo de Thompson (2003) no qual foi defendido que o uso de atalhos cognitivos pode enviesar tomadas de decisão baseadas unicamente em conhecimento experiencial. Deste estudo é referida ainda a abundante evidência da partilha deste tipo de conhecimento entre enfermeiros que, quando confrontados com a incerteza, regularmente consultam os seus pares acerca da forma como estes lidaram com situações semelhantes de prática de cuidados.

Finalmente, e ainda no âmbito do estudo de Estabrooks *et al.* (2005), é sugerido que uma total compreensão das fontes de conhecimento em enfermagem deve ser minimamente requerida para que possa ser delineado o terreno do conhecimento prático (com o qual concordamos e que já foi anteriormente explorado), compreender as condições que conduzem os enfermeiros à selecção de diversas fontes de conhecimento e compreender as estratégias que facilitam a selecção da fonte de conhecimento mais adequada em situações de incerteza.

Concordante com algumas das questões que nos têm guiado neste percurso e dos objectivos do estudo, faz-nos sentido determo-nos num dos padrões do conhecimento em enfermagem reconhecidos por Carper, especificamente o padrão do conhecimento empírico. Este padrão, emergente sobretudo desde a década de 50, é entendido como a ciência de enfermagem. Organizado em leis gerais e teorias, o seu principal propósito é descrever, explicar e prever fenómenos de interesse para a disciplina, desenvolvendo assim um corpo de conhecimentos empírico específico da enfermagem. É factual, descritivo e direccionado para o desenvolvimento de explicações abstractas e teóricas. É ainda descrito como exemplar, discursivamente formulado e publicamente verificável. (Carper, 1997)

Neste contexto seguiremos estabelecendo uma conexão com o uso de conhecimento teórico em enfermagem. Para tal socorremo-nos de Adam (1994) quando alude às concepções de enfermagem, especificamente aos modelos conceptuais dizendo que um modelo conceptual, útil apenas àquela disciplina para o qual foi concebido, torna-se

realidade pela orientação que confere à prática, à formação e à investigação. Ou seja: concretiza-se à medida que se vão precisando as linhas directrizes da disciplina as quais, organizadas de acordo com uma lógica interna se constituem nos fundamentos da mesma. Neste sentido, um modelo conceptual de enfermagem enuncia *«uma maneira de conceber o serviço que as enfermeiras prestam à sociedade (...) a representação mental estruturada da sua própria disciplina»*. (Adam, 1994, p. 28)

Pela observação da realidade, seja no que se refere às instituições de formação em enfermagem, seja em relação às instituições de prestação de cuidados de enfermagem, identificamos uma diversidade de concepções institucionais adoptadas. Tal situação, conforme Adam (1979), é preferível à outra, também frequentemente identificável, de numa mesma instituição (e aqui reforçamos: de formação ou de prestação) os enfermeiros não adoptarem uma concepção comum, não possuindo assim um quadro de referências preciso. Apontado pela autora como promotor da ineficácia na comunicação pouco clara da natureza do seu contributo, concorre para a conseqüente limitação da visibilidade que a enfermagem ocupa na opinião dos outros profissionais, da comunidade, dos estudantes de enfermagem e até dos próprios enfermeiros. Este facto é corroborado por Amendoeira (2006, p. 27) quando se refere que *«apesar de existir a expectativa de que os enfermeiros adquiriram o conhecimento legítimo para agir junto do doente em situação, nem sempre esta competência é reconhecida (...) relacionada com a invisibilidade atribuída à função diagnóstica e de prescrição dos enfermeiros, pelos próprios e pelos outros actores do processo»*.

Mas ao que nos referimos quando falamos na adopção de uma concepção, de um modelo conceptual? Podemos afirmar que equivale a fazer sua determinada concepção da disciplina, ou seja: *«que nos inspiramos no modelo, que nos baseamos no modelo, que escolhemos o modelo como ponto de partida conceptual para planificar cuidados, organizar o ensino ou identificar um problema relacionado com a investigação»* (Adam, 1994, p. 258). Neste sentido também Amendoeira (2006, p. 25) se refere à *«necessidade de utilização de «modelos de cuidar», que permitam enquadrar os saberes de enfermagem (...) para uma «maior autonomia técnica»*.

Sabendo que cada enfermeiro possui uma concepção da enfermagem, a sua maneira de a compreender, realçamos a opinião de Pearson e Vaughan (1992, p. 5) ao afirmarem que *«as energias de cada enfermeira poderiam estar melhor canalizadas se a equipe tomasse em consideração as diferentes descrições do que é a enfermagem, e depois de as discutir, assentasse, na generalidade, em basear o exercício, numa só descrição»*, correspondendo essas descrições aos modelos de enfermagem.

Nesta linha quais são então as vantagens que podem ser identificadas e que decorrem da adopção de concepções, de modelos em enfermagem?

Recorrendo mais uma vez a Pearson e Vaughan (1992) é de salientar que acordar em basear a prática num modelo aceite pela generalidade dos enfermeiros de uma equipa ou de uma instituição, promove:

- maior consistência no processo de cuidados de enfermagem com conseqüente garantia da sua continuidade;
- menos conflito entre os enfermeiros;
- maior visibilidade social da enfermagem;
- maior orientação dos cuidados de enfermagem;
- uma tomada de decisão concertada;
- a selecção adequada de novos membros para a equipa.

Concordante com Adam (1994) as experiências pedagógicas, quer clínicas quer teóricas, apoiam-se forçosamente num quadro de referências, claro ou impreciso, reconhecido ou não. No mesmo seguimento, também Johnson (1987), citada em Fawcett (2005), reconhece ser importante notar que quadros de referências implícitos são usados por todos os enfermeiros. Contudo, e segundo a autora, infelizmente, as imagens mentais usadas pelos enfermeiros na sua prática têm tendência a ser desconectadas, difusas, incompletas e frequentemente carregadas de conceitos traçados a partir de esquemas conceptuais usados pela medicina, referindo também que em contrapartida, a adopção de quadros de referências explícitos fornecem orientações filosóficas e pragmáticas explícitas para a prestação de cuidados de enfermagem, correspondendo assim a uma dimensão de cuidados diferente de qualquer das outras fornecidas por quaisquer outros profissionais de saúde. Tal reconhecimento contribui também, como já atrás nos referimos, para a visibilidade da disciplina de enfermagem, não só no contexto dos profissionais de saúde, mas igualmente no da população em geral já que identifica concretamente o propósito e o alcance da enfermagem fornecendo conjuntamente estruturas para o registo dos resultados da disciplina. Afirma ainda que o uso de modelos conceptuais «*specify for nurses and society the mission and boundaries of the profession (...) clarify the realm of nursing responsibility and accountability, and they allow the practitioner and/or the profession to document services and outcomes*»⁷ (Fawcett, 2005,

⁷ Tradução livre: «especifica para os enfermeiros e para a sociedade a missão e os limites da profissão (...) clarifica o campo de responsabilidade da enfermagem, e eles permitem ao profissional e/ou à profissão documentar os serviços e os resultados

p. 18). Neste sentido é importante referir que para merecer a credibilidade e o reconhecimento torna-se necessário que os enfermeiros nos contextos da prática, gestão, formação e investigação revelem uma concepção muito clara da sua função social, sendo a unicidade de intenções essencial ao seu empenhamento, directamente relacionado com a asseveração da autonomia do enfermeiro, da visibilidade dos cuidados de enfermagem e até mesmo a própria satisfação dos enfermeiros e da população em geral.

Pela análise teórica que temos vindo a desenvolver assumimos acreditarmos na adopção e no uso de concepções explícitas como guias sistemáticos da intervenção dos enfermeiros na prestação, na gestão, na formação e na investigação em cuidados de enfermagem. Tal assunção, sendo promotora do desempenho da missão social dos enfermeiros, contribui para a excelência na qualidade dos cuidados de saúde, seja num contexto hospitalar, social ou comunitário. Perante a crescente multiplicidade de contextos em que a enfermagem intervém, cumpre aos enfermeiros demarcar e clarificar o seu contributo específico no âmbito da interdisciplinaridade no amplo contexto da saúde. Tal delimitação privilegia a sua autonomia no seio de uma equipa multiprofissional bem como o seu papel social.

Conforme Adam (1979, 1994) a adopção de uma concepção poderá assumir duas perspectivas: para uns uma mudança radical e para outros apenas uma mudança na linguagem não lhes trazendo a nova concepção nada de substancialmente desigual, pelo que a adopção intencional, oficial, institucional de uma concepção completa e explícita pelos enfermeiros, se constituirá num momento relevante.

Tal mudança exige uma rigorosa preparação que, para que seja duradoura, deve ser implementada segundo a mesma autora de uma forma lenta, num período que poderá variar entre algumas semanas e alguns anos, seguindo cinco etapas independentes, que por considerarmos importantes face à problemática em estudo as enumeramos e descrevemos concisamente:

- a sensibilização que corresponde sobretudo a fazer sentir a todos os enfermeiros do contexto, seja este a escola, a instituição de saúde... independentemente das suas categorias profissionais, a necessidade de mudança, apelando à consciencialização da sua provável insatisfação ou a criar insatisfação apelando aos méritos da adopção de uma determinada concepção precisa. Durante esta etapa, e à medida que vão sendo apresentados os argumentos favoráveis à sua adopção, emergem resistências que se constituem num elemento positivo, obrigando os promotores da mudança a aperfeiçoar

os argumentos favoráveis ou por outro serem convencidos de que aquele não é o momento propício para que a mudança ocorra, abandonando desse modo a sua intenção. Logo que a mudança seja considerada pela maioria como mais desejável do que a situação existente, os responsáveis pelo processo poderão passar à segunda fase;

- a selecção da concepção é uma decisão importante e deve ser acautelada, existindo conforme os contextos várias formas de proceder: um comité ou um pequeno grupo pode escolher pelos outros, cada pessoa participa na selecção, um comité ou um grupo aplica-se a elaborar ele mesmo uma concepção ou o grupo selecciona uma concepção conhecida, válida por um tempo definido, enquanto não elabora o seu próprio modelo. Existe ainda outra hipótese, no entanto desaconselhada, que consiste em colher aspectos de diversas concepções para elaborar uma nova. Pensando que a selecção terá em vista uma concepção clara, completa e precisa, tal forma é desaconselhada uma vez que, se tivermos em consideração que cada modelo conceptual apresenta postulados específicos, a lógica interna seria ausente e consequentemente incoerente;

- logo que seleccionada, o estudo aprofundado da concepção seleccionada deve ser iniciado no sentido da apreensão de todos os elementos que a constituem, podendo utilizar-se estratégias diversas que permitam a sua adequada compreensão. Esta é considerada uma fase longa e por vezes difícil, na qual poderão surgir novas situações de resistência, pelo que qualquer dúvida deverá ser ouvida e esclarecida. No final desta fase deverá existir uma integração e compreensão dos conceitos do modelo e uma imagem mental comum da forma de conceber a enfermagem aos diferentes níveis (prática, formação e investigação);

- a implementação e adopção da nova concepção, dependerá também do contexto onde seja suposto esta ocorrer. Numa escola, o modelo é habitualmente implementado no início de um percurso de formação, sendo o ensino (teórico e prático) adaptado à nova concepção e estando todos os professores envolvidos nessa mudança. Numa instituição de saúde, a autora considera funcional iniciar a implementação do modelo primeiramente numa unidade alargando-a progressivamente às restantes unidades que no final desta fase partilharão a mesma forma de conceber a enfermagem, não por associação à forma anterior, mas substituindo-a. De realçar ainda que a avaliação sistemática da sua implementação é imprescindível;

- adoptado o modelo, a última fase, a d'a estabilização corresponde a uma monitorização da sua implementação. Assim, podendo ser mais ou menos longa, a sua finalidade consiste em se assegurar que as directrizes estão estabelecidas de uma forma sólida. Esta fase corresponde também à informação da comunidade e de outros profissionais

acerca do *quê* consiste a recente forma de conceber a profissão de enfermagem e que poderemos relacionar com a afirmação da enfermagem na sociedade.

Mas se ao cabo de algum tempo se identifica que a «boa concepção» não foi a seleccionada? Também Adam (1979, 1994) sugere que se com a avaliação a longo termo a concepção se revelar menos útil, significativa e congruente com as razões que contribuíram para a sua selecção, novo processo de mudança deverá ser iniciado, mobilizando as aprendizagens adquiridas aquando do processo de implementação anterior.

Para rematar importa realisticamente realçar que a adopção de uma concepção não irá resolver todos os problemas da profissão, não indica como prestar os cuidados de enfermagem, não dita a natureza das respectivas intervenções, nem a forma de as executar, não vai melhorar relações interpessoais débeis, mas contribuirá para fortalecer as relações interpessoais já previamente existentes, orientará a natureza das intervenções, fornecerá uma forma de conceptualizar a disciplina e uma imagem mental à sociedade dos modos de intervenção dos enfermeiros.

Interessa agora também clarificar que os conhecimentos provenientes de outras disciplinas, nomeadamente da psicologia, da sociologia da antropologia da anátomo-fisiologia e da patologia, entre outros, são também indispensáveis à formação, à prática e à investigação, não sendo a adopção de uma concepção incompatível com o uso desses outros conhecimentos. (Adam, 1994)

Neste âmbito Fawcett (2005) fala-nos de teorias únicas, de teorias emprestadas e de teorias partilhadas em enfermagem. Ao se referir às primeiras, citando Smith e Liehr (2003), identifica-as como teorias desenvolvidas e usadas exclusivamente por enfermeiros. Segundo a autora outras teorias usadas em enfermagem foram emprestadas de outras disciplinas. Refere contudo que até ao momento poucos teóricos em enfermagem se preocuparam acerca do seu uso racional como guias para a disciplina, nas componentes académica e profissional, estabelecendo a ligação entre as mesmas e uma concepção de enfermagem. É por isso apontado o facto das teorias emprestadas serem muitas vezes usadas sem a adequação empírica necessária ao seu uso em enfermagem. É sugerida neste seguimento a necessidade de testar essas teorias com a finalidade de determinar a sua efectiva adequação empírica a situações específicas da disciplina.

Também McEwen (s.d.), se refere ao uso de teorias emprestadas *versus* teorias únicas em enfermagem, afirmando que tal discussão é persistente desde os anos 60, e tem

envolvido muitos teóricos. Os defensores da teoria única defendem que apenas teorias criadas em enfermagem podem efectivamente guiar as acções da disciplina e que nenhuma teoria que não envolva a área prática da enfermagem é substancialmente enfermagem. Refere ainda, citando Levine (1995), que o conhecimento da disciplina não pode ser manchado por conhecimentos vindos de outras áreas, não sendo a teoria na essência enfermagem se houverem conceitos emprestados. Os opositores a esta opinião, propondo o uso de teorias emprestadas de outras disciplinas acreditam que o conhecimento é da comunidade científica e, de um modo mais abrangente, da sociedade e não propriedade única de indivíduos ou disciplinas (Powers e Knapp, 1995; citado em McEwen, s.d.). Corroborando, também Levine (1995), aponta que o conhecimento não é privado de determinadas disciplinas e que o seu uso por outras disciplinas não se constitui um empréstimo, mas uma partilha (*lb.*), aspecto que se aproxima da perspectiva de Fawcett (2005) ao afirmar igualmente serem identificáveis teorias partilhadas em enfermagem. Neste âmbito também Amendoeira (2006^b) reconhece e enaltece a existência daquilo que denomina de constelação de saberes emergentes da pluri, inter e transdisciplinaridade como estratégias para lidar com a complexidade das situações de saúde no século XXI. Especial ênfase, conforme o mesmo autor, para o entendimento do conhecimento humano como universal/global, que embora, como já anteriormente analisámos, organizado e disponível na forma de disciplinas enquanto áreas do saber, não se poderá constituir como uma propriedade de cada uma isoladamente, mas sim usado e implementado por profissionais com idoneidade para transferir do conhecimento científico aquele que se constitui como fundamental para a sua prática.

As disciplinas partilham efectivamente conceitos e teorias como guias para o seu desenvolvimento teórico, investigação e prática. Somente usando conhecimentos de outras disciplinas não os convertemos em conhecimentos de enfermagem. É pois importante usá-los apropriadamente colocando a ênfase na redefinição e na síntese de conceitos e teorias concordante com uma perspectiva de enfermagem. (Cull-Wilby e Pepin, 1987; Levine, 1995, citados em McEwen, s.d.).

Em complementaridade e a este propósito Amendoeira refere-se à «*utilização de um «saber» adaptado à singularidade da situação»* (2006^a, p. 26) na qual cada enfermeiro interpreta «*cada situação de cuidar (...) que lhe permita tomar decisões de forma autónoma, e não como uma consequência produzida por factores exteriores»* (*lb.*, p. 25), tornando-se desse modo na «*única forma de conhecimento reconhecida num dado contexto de interacção como autónoma e não dependente de outros»* (*lb.*, p. 26) tendo «*a forma como os profissionais estruturam o conhecimento a partir das suas fontes e como*

usam esse mesmo conhecimento no quotidiano (...) uma importância crescente nas profissões de saúde, pela valorização dos processos de reflexão» (Ib., p. 25).

Em jeito de sinopse de referir conforme Adam (1979) que a adopção de uma concepção não se constitui numa receita, mas na relação entre a abstracção e a realidade efectivada pelo enfermeiro que ao usar os seus conhecimentos, o seu pensamento crítico, a sua criatividade, a sua originalidade e a sua intuição intervém do modo mais adequado com cada pessoa regendo-se por princípios, que de acordo com Kérouac *et al* (1996), indicam os elementos constitutivos e activos do cuidado de enfermagem. Tais princípios, pela importância que lhe atribuímos para a nossa análise empírica, passaremos de uma forma sucinta a enunciá-los:

Princípio 1 – O enfermeiro demonstra um compromisso pessoal e profissional no acto do cuidado (...)

Princípio 2 – O enfermeiro acompanha a pessoa, a família, o grupo e a comunidade nas suas experiências de saúde, mantendo a sua dignidade e respeitando as suas diferenças (...)

Princípio 3 – Pela sua presença, sua atenção e sua disponibilidade, o enfermeiro favorece o desenvolvimento do potencial da pessoa que vive experiências de saúde (...)

Princípio 4 – O enfermeiro inspira-se em conhecimentos específicos da disciplina de enfermagem e aplica os princípios específicos que guiam a sua arte de cuidar (...)

Princípio 5 – Para além dos conhecimentos específicos da disciplina de enfermagem, o enfermeiro integra conhecimentos de outras ciências na compreensão da experiência humana de saúde (...)

Princípio 6 – O enfermeiro aproveita recursos e conhecimentos com o fim de facilitar diversas transições vividas pela pessoa, família ou grupo e promover a sua saúde (...)

Princípio 7 – O enfermeiro compromete-se nos processos interactivos com o fim de promover a saúde e favorecer a cura (...)

Princípio 8 – O enfermeiro presta cuidados individualizados em colaboração com a pessoa, a família, o grupo e a comunidade, segundo um processo heurístico designado de «gestão clínica» (...)

Princípio 9 – O enfermeiro reconhece a sua própria competência e a de outros profissionais, que podem provir de outras disciplinas, e com estes contribui para o objectivo de otimizar o valor dos cuidados prestados. (Ib., p. 64-70)

Estes princípios, coerentes conforme os autores, com a heterogeneidade de concepções e com as recentes tendências na prática de enfermagem concorrem com aquilo que Amendoeira (2006^a, p. 23) destaca como «a necessidade de «recriar» o saber perante cada pessoa e em função dela própria (Benner e Wrubel, 1989; Bishop e Scudder, 1991; Watson 1985, 1988; Amendoeira, 1999)», para a relevância colocada nos conhecimentos abstractos que, alguns dos quais construídos em contexto durante o processo de cuidados, entendido conforme o mesmo autor (1999, p. 73) como um «processo de interacção, onde o centro da acção é a Pessoa⁸ e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado, que ele próprio executa e controla», irão influenciar o desempenho dos

⁸ Conforme o original, com a letra inicial maiúscula.

enfermeiros.

Relativamente aos princípios anteriormente citados, ainda de realçar que também estes incitam os enfermeiros à participação intradisciplinar, interdisciplinar e à não disciplinar, nomeadamente com o alvo dos cuidados e os significantes do mesmo.

PARTE II

ESTRUTURA METODOLÓGICA

2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No sentido de conferirmos um marco teórico ao processo científico que desenvolvemos, iniciamos com uma definição apontada por Guba e Lincoln (2000) para o conceito «paradigma» no âmbito da investigação, o qual corresponde a um sistema básico de crenças ou uma visão do mundo que estão em estreita relação com a forma como o investigador responde a três questões fundamentais: a ontológica (relacionada com questões sobre a natureza da realidade), a epistemológica (referente à relação entre o investigador e o fenómeno que pretende conhecer) e a metodológica (referindo-se ao modo como se obtém o conhecimento sobre o mundo). Apontam também que a resposta dada a qualquer uma das três questões, formuladas independentemente de qualquer ordem, limitará necessariamente a maneira como se responde às outras duas, funcionando estas como eixo principal ao redor do qual é possível analisar cada um dos quatro paradigmas considerados pelos mesmos autores: positivista, pós-positivista, teoria crítica e outras e construtivismo. Referem também que à excepção do positivismo, os restantes paradigmas ainda se encontram em fase de construção.

Também podemos relacionar o que expusemos com aquilo que Von Wright (1987) identificou como as duas tradições na produção de conhecimento:

- tradição galileana cujos objectivos são predizer e explicar fenómenos, ligada à corrente positivista, com grande ênfase na objectividade e no raciocínio lógico e dedutivo, só possível pelo uso de metodologias quantitativas;
- tradição aristotélica na qual o objectivo reside em compreender os fenómenos, ligada à corrente interpretativa e ao raciocínio indutivo, possível pela aplicação de metodologias qualitativas.

Nesta sequência, e pelo processo investigativo que desenvolvemos, faz-nos sentido enquadrarmos o nosso estudo na tradição aristotélica de produção de conhecimento, logo num tipo de investigação científica com enfoque qualitativo. Várias são as justificações, pelo que passaremos a enunciar aquelas que nos ajudam a conferir um maior suporte à nossa afirmação (Streubert e Carpenter, 2002; Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 1994):

- foram nossos objectivos, compreender os sentidos atribuídos pelos enfermeiros aos

conceitos metaparadigmáticos de enfermagem e compreender como esses conceitos orientam a sua prática, a partir das suas próprias perspectivas;

- o nosso *focus* foi a experiência humana;
- pretendemos uma interpretação holística e em profundidade de uma realidade individual, circunscrita, dinâmica, logo não generalizável a outras realidades, decorrente de um processo de raciocínio indutivo, ao qual subjaz o carácter da subjectividade, já que «*envolve significados subjectivos e experiências que são construídas pelos participantes nas suas situações sociais*» (Burgess, 1997, p. 85).

Tais justificações corroboram também para considerarmos o estudo do tipo exploratório em profundidade (Fortin, 2000; Gil, 1989), situando-se o objecto do mesmo no âmbito das concepções de enfermagem e o campo de investigação, entendido conforme De Bruyne, Herman, De Schoutheete (1991, p.28), «*como um lugar efectivo de trabalho dos pesquisadores (...) no qual se elabora uma prática científica que constrói objectivos de conhecimentos específicos, os quais impõem, por sua vez, uma matriz particular de apreensão e de interpretação de fenómenos*», na prática dos enfermeiros, especificamente no processo de cuidados pelos enfermeiros recém-licenciados.

2.1 – ACESSO AO CONTEXTO, PARTICIPANTES E DADOS

Conscientes que, conforme Burgess (1984, p. 48), «*ganhar acesso é uma fase essencial do processo de investigação*» e que, não sendo um processo imediato, deverá efectuar-se a diferentes níveis organizacionais, envolvendo fases de negociação e renegociação, influenciando por isso o processo do estudo, relativamente ao acesso ao contexto, participantes e dados, este aconteceu efectivamente de uma forma faseada, tendo-se revelado um processo mais moroso que o inicialmente planeado, relacionado sobretudo com alguns constrangimentos para os quais não estávamos despertos e que exporemos.

Considerando a nossa familiaridade com o contexto da Sub-Região de Saúde onde o estudo foi desenvolvido, iniciámos o processo com a marcação de uma entrevista, com a Senhora Enfermeira Directora, seleccionada enquanto testemunha privilegiada (Quivy e Campenhoudt, 1992) pelo seu percurso profissional e funções desempenhadas na actualidade. Para a entrevista, de âmbito exploratório, definimos os seguintes objectivos:

- explicar o objectivo geral do estudo;
- obter consentimento para a realização do mesmo e para o acesso aos participantes;

- identificar os possíveis participantes do estudo (entre os enfermeiros licenciados com o Curso de Licenciatura em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem e a exercer funções em centros de saúde da Sub-Região de Saúde);
- conhecer a realidade relativa à adopção de um quadro de referências de enfermagem no referido contexto.

A entrevista, ocorrida no dia 21 de Novembro de 2005, foi gravada em formato áudio e viria a revelar-se uma mais valia no sentido da «*ruptura com a especulação gratuita e os preconceitos*» (Quivy e Campenhoudt, 1992, p. 68).

Num segundo momento, em 12 de Dezembro de 2005, e após indicação expressa pela Senhora Enfermeira Directora, dirigimos um pedido escrito de autorização ao Senhor Coordenador da Sub-Região de Saúde no qual, para além da explicação do projecto de pesquisa, solicitávamos a autorização para a participação dos enfermeiros identificados pela Senhora Enfermeira Directora – um total de 14 enfermeiros recém-licenciados com o Curso de Licenciatura em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem distribuídos por 8 dos centros de saúde da Sub-Região, que se viriam a constituir na população do estudo - amostragem intencional (Burgess, 1997). De referir também que no mesmo nos responsabilizámos por assegurar todos os princípios éticos inerentes ao processo de pesquisa e garantimos que a participação dos enfermeiros se efectivaria única e exclusivamente após a sua voluntária decisão de participação.

Em 4 de Janeiro de 2006, na sequência de solicitação de esclarecimento pelo Senhor Coordenador da Sub-Região de Saúde relativo ao pedido de autorização para a realização do estudo, dirigimos-lhe novo ofício no qual explicámos a estratégia prevista para a recolha dos dados iniciais, sublinhando a imprevisibilidade, devido ao tipo de estudo, em antever rigorosamente da necessidade de outros momentos para colheita e/ou validação de dados, solicitando desde logo a sua autorização para a eventualidade desses momentos. Disponibilizámo-nos ainda para a divulgação dos resultados do estudo junto de quem viesse a entender ser pertinente.

No seguimento de contacto efectuado pela Senhora Enfermeira Directora no qual foram aludidos constrangimentos vários relacionados com o nosso pedido, nomeadamente no âmbito da estratégia prevista para a recolha de dados, após reformulação metodológica do projecto de investigação sem comprometer os objectivos do estudo, em 30 de Janeiro de 2006 dirigimos ao Senhor Coordenador da Sub-Região de Saúde outro ofício, dando conta da referida reformulação especificando-a e solicitando de novo autorização para a realização do estudo, disponibilizando-nos para fazer o contacto pessoal com os

enfermeiros logo que o estudo fosse autorizado.

O estudo viria a ser autorizado, sendo-nos referido que aos directores dos 8 centros de saúde seria solicitado informarem os enfermeiros chefes dos mesmos que, por sua vez, informariam os enfermeiros possíveis participantes no estudo.

De referir que este processo, pelos seus imprevistos e/ou obstáculos, não foi nem será certamente um processo ímpar. Tal afirmação podemos fundamentá-la à luz de Burgess (1997) o qual realça a necessidade da flexibilidade traduzida num ajustamento sucessivo, no qual «*o projecto e a metodologia da investigação estão continuamente a ser definidos e redefinidos pelo investigador*» (Ib., p. 33).

Na sequência da autorização e da informação obtida, optámos por contactar telefonicamente 13 dos enfermeiros (um deles encontrava-se em período de férias) e marcámos o primeiro encontro que viria a acontecer entre os dias 16 e 28 de Fevereiro de 2006.

Para o referido encontro, definimos como objectivos:

- apresentar a investigadora;
- negociar o processo de consentimento informado (Streubert e Carpenter, 2002) com os enfermeiros com vista à sua colaboração no estudo;
- solicitar a descrição escrita de uma situação de prestação de cuidados de enfermagem;
- considerar a eventual possibilidade de regresso ao terreno.

Estes encontros viriam a ocorrer conforme o previsto, tendo sido obtido acordo quanto ao processo de consentimento informado com todos os enfermeiros contactados. Este incluiu a formalização escrita do contrato entre investigadora e participantes, a vigorar durante e após a colheita de dados, do qual constavam os seguintes aspectos:

- os dados colhidos seriam usados apenas no âmbito do estudo, não sendo fornecidos a outras pessoas que não estivessem directamente implicadas na elaboração do mesmo;
- a privacidade seria cuidadosamente salvaguardada não permitindo que a sua identidade fosse reconhecida por ninguém;
- a participação seria voluntária, salvaguardando o seu direito a recusa no início, durante ou no fim da colheita de dados, sem daí advir qualquer prejuízo;
- os benefícios da sua participação relacionar-se-iam com os inerentes a uma reflexão acerca dos cuidados de enfermagem nos centros de saúde da Sub-Região de Saúde;

- no caso de dúvidas, necessidade de mais informação ou reclamações relativas ao estudo poderia contactar a investigadora cuja identificação e contactos foram fornecidos em documento próprio ficando em poder de cada um dos participantes.

Durante o prazo negociado individualmente com cada um dos participantes, foram recepcionadas 12 descrições de situações de prestação de cuidados de enfermagem, que viriam a corresponder a uma base de dados que, em conjunto com os dados obtidos aquando da entrevista exploratória, viriam a fornecer contributos fundamentais para a preparação do acesso aos dados e para a consubstanciação da relação investigadora-participantes que segundo Burgess (1997) é crucial.

A colheita dos dados, ou acesso aos dados, constituindo-se como a primeira etapa da fase empírica, permite ao investigador reunir informações junto dos participantes, com base em procedimentos bem definidos (Fortin, 2000). Tendo em consideração as características específicas do estudo no qual, partindo da perspectiva dos participantes, se considerou a necessidade de períodos de tempo durante os quais se deveria interagir com os mesmos (Mella, 1998), privilegiámos, após ponderarmos os prós e os contras a ele inerentes, o acesso aos dados pela investigadora enquanto instrumento de colheita de dados, bem como a selecção de técnicas de colheita de dados consentâneas com tal verificação, nomeadamente as entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas semi-estruturadas foram seleccionadas enquanto técnica de colheita de dados uma vez que permitem ao investigador fixar o planeamento da colheita de dados em termos dos tópicos por si definidos, determinando as respostas dos entrevistados os tipos de dados produzidos sobre esses tópicos, bem como a importância relativa de cada um deles. (Green e Thorogood, 2004). Ainda conforme Zweig (1948), citado em Burgess (1997, p. 113) *«este estilo de entrevista não pode desencadear-se sem um minucioso conhecimento e preparação (...) um conhecimento pormenorizado da situação é essencial antes que as questões possam ser formuladas e antes que as pessoas estejam preparadas para dar informações acerca do seu modo de vida.»*. Assim sendo foram, conforme Foddy (1996), definidos rigorosamente os tópicos e elaborado um guia de tópicos para o qual concorreram o conhecimento que tínhamos do contexto, a entrevista exploratória que realizámos à Senhora Enfermeira Directora da Sub-região de Saúde e a análise dos dados decorrentes das descrições escritas de situações de prestação de cuidados de enfermagem produzidas pelos participantes. O planeamento das entrevistas apresentamo-lo no anexo I.

Relativamente às entrevistas, num total de 5, ocorridas num período entre 16 de Maio e 23 de Junho de 2006, destacamos que foram planeados os seguintes objectivos:

- identificar os sentidos atribuídos pelos enfermeiros aos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem;
- interrelacionar os conceitos metaparadigmáticos identificados com a prática dos enfermeiros.

No decorrer das entrevistas, evitando o envolvimento pessoal e optando por uma atitude não directiva, não indutora nem sugestiva de respostas procurámos conduzi-las promovendo que os entrevistados estruturassem o seu pensamento em torno do objecto perspectivado e que simultaneamente, consoante as questões propostas reflectissem acerca de aspectos não explicitados (Albarello *et al*, 1997).

Os dados obtidos das entrevistas, desenvolvidas de acordo com o planeamento, constituíram uma base de dados com um total de cerca de 3 horas e 50 minutos de gravação em formato áudio, a qual sofreu um processo de tratamento e análise que explicitaremos no subcapítulo seguinte.

A selecção dos participantes processou-se de forma intencional tendo em consideração as suas disponibilidades. A justificação para a realização de 5 entrevistas relacionou-se com a convicção de que dados novos não emergiriam com a realização de outras entrevistas, ou, conforme Green e Thorogood (2004) se atingiria a saturação dos dados.

Contudo, no decorrer do tratamento e análise dos dados, devido à constatação da saturação dos mesmos não ter sido atingida, optámos por planear um segundo momento de entrevistas semi-estruturadas, a 3 dos 5 enfermeiros previamente entrevistados, e que ocorreram no período entre 15 e 17 de Dezembro de 2006.

Relativamente aos participantes, a selecção foi novamente intencional, tendo sido seleccionados aqueles que na primeira entrevista tinham demonstrado uma maior abertura para a necessidade de «regresso ao campo». O número de entrevistas esteve mais uma vez relacionado com a nossa convicção da saturação dos dados ter sido atingida após a terceira. Para esse momento de colheita de dados optámos pela elaboração de um guia de tópicos suportado nos dados produzidos anteriormente por cada um desses participantes, tendo por isso resultado a estruturação de três guiões específicos para a condução dessas entrevistas, para as quais foram definidos os seguintes objectivos:

- aprofundar os sentidos atribuídos pelos enfermeiros sobretudo aos conceitos saúde e ambiente;
- interrelacionar os referidos conceitos com a prática dos enfermeiros.

Estas entrevistas viriam a contribuir para a nossa base de dados com 1 hora e 6 minutos de gravação em formato áudio.

De evidenciar que nos dois momentos das entrevistas, para além de outros, consideramos pertinente expressar que foram tidos em atenção os aspectos éticos inerentes ao desenvolvimento de uma entrevista, a obtenção da validação do processo de consentimento informado, bem como a consideração de eventual necessidade de regresso ao terreno.

2.2 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

À medida que se ia construindo a base de dados a que já anteriormente nos referimos, que correspondeu a 4 horas e 56 minutos de gravação, procedia-se, pela transcrição integral de todas as entrevistas, à constituição do *corpus*, entendido como o conjunto de documentos que é considerado para ser sujeito a procedimentos analíticos (Bardin, 1995).

Com o objectivo de interpretar o seu conteúdo, todo o material foi integralmente sujeito ao mesmo tipo de procedimentos, nomeadamente à análise de conteúdo temático (Bardin, 1995; Ghiglione e Matalon, 1993).

Considerando o objecto de estudo, as questões de investigação e os objectivos da mesma, procedemos à codificação do material enquanto «*processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo*» (Bardin, 1995, p. 103-104)

Assim, os referidos procedimentos foram os seguintes:

- Leitura flutuante de todo o material;
- Identificação das frases significativas;
- Descontextualização das frases significativas, com identificação das dimensões emergentes;
- Recontextualização das frases significativas por dimensões no formato de texto procurando fazer emergir os sentidos atribuídos pelos participantes;
- Análise temática para identificação dos temas emergentes.

Foram entretanto definidas as unidades de análise:

- como unidade de registo, ou seja «o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa dada categoria» (Vala, 1986, p. 114), foi definida a frase significativa, conforme Morin (1969) recortada «en esprit et non à lettre» (Ib.);

- quanto à unidade de contexto, o «segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza a unidade de registo» (Ib.), permitindo ao investigador compreender esta última, definimos a resposta;

- relativamente à unidade de enumeração, entendida como «a unidade em função da qual se procede à quantificação aritmética» (Ib., p. 115), definimos o número de unidades de registo por dimensão.

A operacionalização da análise de conteúdo ocorreu, respeitando o critério da exclusividade, conforme o exemplo ilustrado no quadro seguinte:

Quadro nº 8 – Exemplificação da análise de conteúdo

TEMA: A PESSOA CONCRETA EM AMBIENTE PROMOTOR DE SAÚDE E BEM-ESTAR

| DIMENSÃO | UNIDADES DE REGISTO | UNIDADES DE ENUMERAÇÃO |
|--|--|-------------------------------|
| FOCALIZAÇÃO NA PESSOA | «...não consigo dissociar a pessoa da família...» (A) «...ver a pessoa no seu todo, independentemente de ser homem, ser mulher, ser novo, ser velho... ser uma saúde infantil, ser uma visita domiciliária...» (B) | 2 |
| FOCALIZAÇÃO NA PESSOA NO AMBIENTE | «É tudo aquilo que envolve a pessoa, a família, a comunidade...» (A) «...o ambiente que está (...) Tanto à volta dessa pessoa/família como entre nós todos...» (C) «...a pessoa é um todo, o trabalho é um todo, o estar bem perante o trabalho é um todo... isto está tudo interligado (...) não há que (...) estar a separar e dizer: (...) esta parte é só relacionado com isto, aquilo é só [com] aquilo...» (D) | 3 |
| FOCALIZAÇÃO NO AMBIENTE PROMOTOR DE SAÚDE NA PESSOA | «Os cuidados de enfermagem (...) nós estamos inseridos no ambiente externo...» (C) «É eu estar integrada num grupo, grupo comunidade e grupo sociedade; é estar integrada num grupo profissional, no grupo família; é estar bem (...) sentir-me bem também comigo própria e em todas as vertentes...» (E) | 2 |
| FOCALIZAÇÃO NAS EXPERIÊNCIAS DE SAÚDE E DOENÇA | «Para mim saúde (...) é muito diverso e depende de pessoa para pessoa...» (E) | 1 |

| | | |
|--|--|---|
| FOCALIZAÇÃO NO BEM-ESTAR COMO RESULTADO | «...quando pensamos em saúde, eu pelo menos penso em saúde como bem-estar e bem-estar a todos os níveis...» (D) | 1 |
|--|--|---|

No sentido de coadjuvar a compreensão das unidades de registo, de referir que utilizámos as sinaléticas:

- «... *texto* – para registarmos uma unidade de registo cujo início não coincidia com o início de uma frase;
- «*texto...*» – para registarmos uma unidade de registo cujo fim não coincidia com o fim da frase;
- (...) – quando omitimos texto;
- [*texto*] – quando tivemos a necessidade de adaptar o discurso;
- (*letra*) – identificação do participante.

Embora a análise de conteúdo nem sempre origine a categorização, em relação ao nível de análise que pretendíamos atingir, tal revelou-se de uma importância fundamental. Entendemos categorização conforme Bardin (1995, p. 117) como «*uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia)*» com a finalidade de proporcionar por concisão, uma representação dos dados brutos, reflectindo as intenções da investigação, as questões do analista e/ou corresponder às características das mensagens. Neste seguimento, pela adopção de um critério semântico de categorização e após um sucessivo processo de integração e refinamento, iniciados naquele que então designámos de «*esboço da estrutura de análise dos dados*», constituído por cinco temas e vinte dimensões, viria a resultar a estrutura de análise de dados que apresentamos no quadro nº 9. Suportando-nos nestes aspectos, a estrutura de análise de dados final revela simultaneamente os aspectos teóricos emergentes da Parte I - Estrutura Teórica decorrentes do objecto de estudo, dos objectivos e das questões da investigação e as características dos dados em análise.

De salientar também que cremos que as características de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objectividade, fidelidade e produtividade emergem da estrutura que propomos (*lb.*), a qual nos apresenta dois temas emergentes dos dados pela operacionalização dos procedimentos inerentes da análise de conteúdo, especificamente «*A pessoa concreta em ambiente promotor de saúde e bem-estar*» e «*O processo de cuidados de enfermagem e o uso dos conhecimentos pelos enfermeiros*»,

aos quais correspondem respectivamente cinco dimensões («Focalização na pessoa», «Focalização na pessoa no ambiente», «Focalização no ambiente promotor de saúde na pessoa», «Focalização nas experiências de saúde e doença» e «Focalização no bem-estar como resultado») e quatro dimensões («Centralidade da pessoa parceira dos cuidados», «Parceiros e contexto de cuidados», «Padrões do conhecimento» e «Visibilidade social dos cuidados de enfermagem»).

Quadro nº 9 – Estrutura de análise dos dados

| TEMAS | DIMENSÕES |
|---|--|
| A PESSOA CONCRETA EM AMBIENTE PROMOTOR DE SAÚDE E BEM-ESTAR | Focalização na pessoa Focalização na pessoa no ambiente Focalização no ambiente promotor de saúde na pessoa Focalização nas experiências de saúde e doença Focalização no bem-estar como resultado |
| O PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E O USO DOS CONHECIMENTOS PELOS ENFERMEIROS | Centralidade da pessoa parceira dos cuidados Parceiros e contexto de cuidados Padrões do conhecimento Visibilidade social dos cuidados de enfermagem |

PARTE III
ESTRUTURA ANALÍTICA E COMPREENSIVA

3 – OS ENFERMEIROS-RECÉM LICENCIADOS, ENFERMEIROS COM AS PESSOAS

O esquema analítico e compreensivo que propomos (figura nº 6), construímo-lo na interface entre os referenciais teóricos que suportaram o estudo e os procedimentos metodológicos seleccionados no decurso do mesmo.

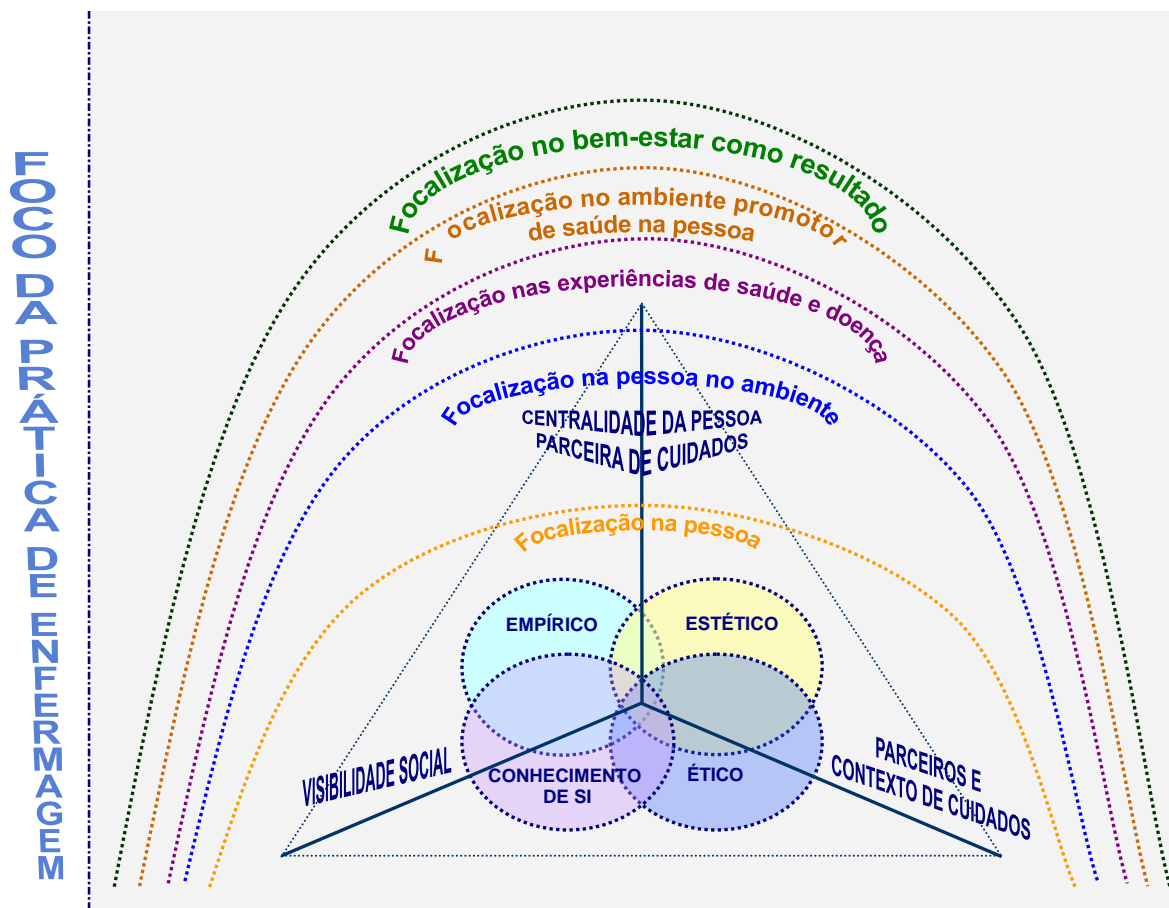
Os temas emergentes, nomeadamente «A pessoa concreta em ambiente promotor de saúde e bem-estar» e «O processo de cuidados de enfermagem e o uso dos conhecimentos pelos enfermeiros», consideramo-los centrais à estrutura da análise dos dados. O segundo tema, «O processo de cuidados de enfermagem e o uso dos conhecimentos pelos enfermeiros», quanto a nós na sua essência suportado sobretudo pelos Padrões Fundamentais do Conhecimento de Carper (1978), reporta-se aos conhecimentos, quanto às fontes e ao uso, que os enfermeiros mobilizam no decurso do processo de cuidados. Tais conhecimentos acreditamos serem possíveis de estruturar partindo dos padrões do conhecimento da autora e corroborados nos nossos achados pela valorização dada à «Centralidade da pessoa parceira de cuidados», aos «Parceiros e contexto de cuidados» e à «Visibilidade social dos cuidados de enfermagem».

Se relativamente aos intervenientes no processo de cuidados, aqui considerados por excelência os enfermeiros recém-licenciados a exercer funções em cuidados de saúde primários e a pessoa sujeito de cuidados no sentido mais amplo do conceito, a concepção teórica proposta traduz a discussão dos dados. Já em relação à emergência do conceito de pessoa, correspondente ao primeiro tema - «A pessoa concreta em ambiente promotor de saúde e bem-estar» - cremos tornar-se imprescindível a mobilização de outra concepção teórica que permita a compreensão deste fenómeno numa lógica de compreensão da diversidade da cultura de enfermagem no contexto estudado. Na estreita relação entre os conceitos pessoa-ambiente-saúde, a pessoa, considerada como o foco da prática de enfermagem dos enfermeiros recém-licenciados, surge quanto a nós como um conceito suportado na perspectiva da Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidar Cultural de Leininger (1991).

Assumimos pois que tais concepções teóricas, especificamente os Padrões Fundamentais do Conhecimento de Carper (1978) e a Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidar Cultural de Leininger (1991) quanto a nós complementares,

suportam a nossa análise compreensiva dos dados, sendo figuráveis conforme a representação diagramática que apresentamos:

Figura nº 6 - Representação diagramática da análise compreensiva dos dados



De referir ainda que nos subcapítulos seguintes apresentamos a análise compreensiva dos dados organizada em torno dos temas e dimensões que emergiram do *corpus* da investigação.

Impondo a análise compreensiva dos dados uma sistematização teórica e um relacionamento com o enquadramento assumido na Parte I – Estrutura Teórica, sempre que tal se verifique identificamos o nome do autor ou autores, seguido de confronto (cf.) e (p.), especificamente referente à página deste trabalho. Quando existir necessidade de suportar a análise em autores não mobilizados anteriormente seguimos a norma.

3.1 – A PESSOA CONCRETA EM AMBIENTE PROMOTOR DE SAÚDE E BEM-ESTAR

Cinco das dimensões decorrentes do *corpus* em análise vieram a constituir-se no tema «A pessoa concreta em ambiente promotor de saúde e bem-estar», tal como apresentamos no quadro nº 10.

Quadro nº 10 – O tema «A pessoa concreta em ambiente promotor de saúde e bem-estar» e as respectivas dimensões

| TEMA | DIMENSÕES | UNIDADES DE ENUMERAÇÃO |
|--|---|------------------------|
| A PESSOA CONCRETA EM AMBIENTE PROMOTOR DE SAÚDE E BEM-ESTAR | Focalização na pessoa | 25 |
| | Focalização na pessoa no ambiente | 20 |
| | Focalização no ambiente promotor de saúde na pessoa | 14 |
| | Focalização nas experiências de saúde e doença | 22 |
| | Focalização no bem-estar como resultado | 19 |

Focalização na pessoa

A dimensão «Focalização na pessoa» é, como já referimos, uma das dimensões provenientes do *corpus* e que concorreu para a génese do tema ora em análise.

Conforme os enfermeiros participantes no estudo, a pessoa, seja indivíduo e/ou grupo, é encarada como um ser total e único. Desta forma de olhar a «pessoa» parece emergir a influência do paradigma da transformação (Kérouac *et al.*, p. 34) para a qual terão concorrido os conhecimentos adquiridos em contexto académico enquanto fonte de conhecimentos.

Deste modo, quando focam a sua atenção na «pessoa», os participantes do estudo, encaram-na na perspectiva individual, na perspectiva grupal ou então ambas, mencionando-a como um «...*ser individual e grupal...*» (E).

Ao se referirem a esta enquanto ser individual, concretizam-no ora a denominando de pessoa, ora de doente, ora de utente, aspecto que nos surge em consonância com a

nossa estrutura teórica na qual identificámos, para além deste, outros termos, nomeadamente indivíduo, homem, ser humano, cliente e beneficiário. Consideram que «...os utentes podemos abarcar (...) todas as faixas etárias...» (B) «...qualquer que seja a etapa de vida e qualquer que seja a pessoa...» (B) «...que é única...» (C). De salientar a ponte emergente relativamente ao componente «etapa de vida» do Modelo Teórico de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (1995), em uso na Escola Superior de Enfermagem durante o percurso académico destes enfermeiros recém-licenciados, e que neste âmbito se poderá constituir como uma fonte dos conhecimentos especificamente dos conceitos que usam na prática.

A heterogeneidade de perspectivas quando aludem ao conceito «pessoa» parece estar em consonância com o que teoricamente é encontrado. De facto, e de acordo com Thorne *et al.* (1998), os modelos e teorias de enfermagem são frequentemente distinguíveis pela forma como conceptualizam o cliente da enfermagem ou o beneficiário das acções de enfermagem (Fawcett, 1989).

Em continuidade a «...pessoa individual ou pessoa grupal...» (E) é especificada quando afirmam que «...há aquelas pessoas que vêm para uma intervenção de enfermagem (...) e há também a comunidade.» (E), entendida como «... toda a população que nos envolve.» (E). Ainda nesta perspectiva outros referem-se a «[pessoas]... sobretudo família, doentes...» (A) ou a «[pessoa] barra família.» (C), chegando mesmo a relevar o que denominam de «... conceito de pessoa barra família.» (C). Explicam-no afirmando: «...não consigo dissociar a pessoa da família...» (A), «[está] sempre interligado. Uma pessoa não vive sozinha (...) [só] quando não tiver mais ninguém...» (C).

Ao invocarem a especificidade do contexto onde desenvolvem o seu exercício profissional, enunciam quase exclusivamente o grupo: «[nesta] área de cuidados de saúde primários penso no grupo (...) aqui é o grupo (...) a pessoa [está] (...) mas tudo o que está à volta conta e como conta... é o grupo e não só a pessoa em si!» (D). Esclarecendo o seu sentido de grupo especificam: «...cada pessoa está inserida numa família, está inserida num grupo de amigos, num grupo de conhecidos, num grupo profissional...» (E), «[em] cuidados de saúde primários trabalha-se muito com famílias...» (A). De realçar neste seguimento que o número de ocorrências referentes à «pessoa individual» é em número mais alargado do que aquelas que invocam a «pessoa grupal». Tal facto surge-nos em dissonância com os autores mobilizados na Parte I – Estrutura Teórica, os quais confirmam que apesar de uma grande parte de desenvolvimentos teóricos considerarem a pessoa grupal nomeadamente a família, determinados grupos particulares ou mesmo a comunidade, a maioria refere-se à pessoa individual (Thorne *et al.*, 1998).

Como já anteriormente nos referimos, para além da influência que os paradigmas exercem a um nível mais amplo, são também identificáveis, a um nível tão específico como o são os conceitos metaparadigmáticos, as modificações ocorridas por sua influência. Neste âmbito, importa analisar os dados integrando alguns aspectos que contextualizam o conceito pessoa em diferentes paradigmas.

Ao se referirem à pessoa, os recém-licenciados, fazem-no dizendo que «[é] o ser holístico...» (C), ou melhor: «[a] pessoa é o ser holístico, é o conjunto de tudo o que a rodeia, é o conjunto de tudo o que a forma e é o conjunto de tudo aquilo que ela é.» (D). Realçam igualmente «...ver a pessoa no seu todo, independentemente de ser homem, ser mulher, ser novo, ser velho... ser uma saúde infantil, ser uma visita domiciliária...» (B); ou seja: independentemente do que consideram ser pessoa e do contexto de cuidados «...temos que ver a pessoa de forma holística.» (A). Rematam ainda afirmando: «[já] que agora se fala tanto em visibilidade e em holismo (...) de facto em cuidados de saúde primários tudo isso é assegurado...» (B)

Tais declarações estão em estreita relação, de acordo com Newman, Sime e Corcoran-Perry (cf., p. 30), com o paradigma unitário-transformativo, perspectiva próxima do construtivismo, que ao fazer o apogeu do ser humano holístico evidencia a totalidade, a unidade e a multidimensionalidade do ser humano. Em concomitância, a Ordem dos Enfermeiros (2002) advoga a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa, que por isso deve ser vista como um ser uno e indivisível, facto evidenciado pelos recém-licenciados na unidade de registo em que realçam o olhar a pessoa «...como um todo de uma forma holística...» (A). De destacar ainda que para tal olhar terão contribuído os conhecimentos, cuja fonte foi o contexto académico, colocados em evidência na passagem: «...eu vou dizer uma coisa mesmo, mesmo à nossa escola: (...) a pessoa é um ser holístico (...) essa é aquela frase (...) que mais me ficou das aulas!» (D).

Focalização na pessoa no ambiente

A «Focalização na pessoa no ambiente» constituiu-se noutra das dimensões que nos fizeram sentido no decorrer da análise do *corpus*. Neste âmbito, a pessoa individual e/ou grupal surge como contígua e indissociável do ambiente, que abrange todas as condições internas e externas à mesma, com o qual se relaciona e é influenciada de uma forma mútua e simultânea como veremos seguidamente.

Quando se referem ao conceito pessoa não o dissociam do ambiente, reconhecendo que

«...eu não consigo ver a pessoa... só pessoa, vejo tudo (...) aquilo que estávamos a falar do ambiente que envolve essa pessoa...» (A). «[A] pessoa (...) tem toda a sua envolvência...» (A), correspondendo a envolvência «[a] tudo. Ao trabalho, à família, aos amigos... aos apoios a nível (...) de rede (...) que aquela pessoa tenha... igreja, desportos, tudo (...) o que aquela pessoa (...) tem inerente.» (D): «...é tudo o que [esteja] dirigido àquela pessoa e tudo o que a envolve.» (D).

Ao fazerem a ponte com a forma como entendem a pessoa, ser individual ou grupal, particularizam referindo ser «... tudo aquilo que envolve a pessoa, a família, a comunidade...» (A), «...podemos estar a falar das condições (...) a nível habitacional, (...) das condições de trabalho, (...) das condições familiares (...) estamos a falar de uma série de (...) factores...» (D). Personificam declarando que é «...o ambiente que está (...) [tanto] à volta dessa pessoa/família como entre nós todos...» (C), afirmando: «...não posso dizer que o meu ambiente é a minha casa, é a minha família que vive comigo, é o meu local de trabalho, não (...) é um conjunto (...) de tudo aquilo que nos envolve...» (A). «Nós não nos podemos dissociar de tudo aquilo que nos rodeia, por isso tudo aquilo que nos rodeia é o nosso ambiente e (...) que nos vai influenciar sempre porque mais que nós digamos que não necessitamos da sociedade, não necessitamos da família (...) isso influencia-nos e vai-nos influenciar sempre.» (A). Nesta sequência, e concordante com a perspectiva dos enfermeiros, o ambiente inclui também a família, outros significantes, a comunidade e a sociedade, com os quais a pessoa interage. (Wagner, Kérouac et al., Thorne et al., cf., p. 35). Subjazem ainda as ideias de dinamismo e de integração, bem como a indissociabilidade da pessoa do universo e as relações mútuas e simultâneas que segundo os mesmos a pessoa estabelece e reconhece com um ambiente que lhe é externo, especificamente às «condições culturais, sociais, políticas e económicas locais, regionais, nacionais e mundiais» (Fawcett, cf. p. 36).

Essa mesma perspectiva de pessoa-ambiente é novamente bem perceptível nos relatos: «[para] mim ambiente tem a ver com (...) a cultura, com aquilo que rodeia a pessoa, o meio onde a pessoa está inserida e aquilo que a pessoa é em termos de personalidade, em termos do sentir, do vivenciar...» (C), ou seja: «...as vivências, cultura... a... região onde nós estamos e vivemos... os conceitos que aquela pessoa, aquela família e nós profissionais temos e que temos que interligar na totalidade.» (C). Neste âmbito, advém ainda a conexão com o que é referido no enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros (2001, p. 16) relativamente ao conceito pessoa quando é enunciado que «os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente onde vive e se desenvolve, o qual é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais. Ao interagir com o ambiente, modifica-o (...) e sofre a influência dele durante todo o

processo de busca de equilíbrio e da harmonia».

Em concordância com os aspectos já referidos, é emergente, desta feita, a menção também ao ambiente interior, igualmente reconhecido pelos participantes: «[há] um ambiente interno e um ambiente externo.» (C). «Incluo (...) o interior: a personalidade, as características da pessoa (...) [estou] a referir isto [também] como ambiente porque interfere...» (C). «Aquele pessoa tem a sua individualidade de vida, tem um conjunto de problemas, um conjunto (...) de situações que vivenciou, que vivencia, transtornos, expectativas...» (E). «[A] pessoa é um todo, o trabalho é um todo, o estar bem perante o trabalho é um todo... isto está tudo interligado (...) não há que a gente estar a separar e dizer: (...) esta parte é só relacionado com isto, aquilo é só [com] aquilo (...). É mesmo um todo! (D). É pois possível afirmar a assunção pelos enfermeiros de uma conceptualização ampla e abrangente do ambiente que, ao surgir inseparável da pessoa é simultaneamente contíguo a ela (Wagner, Kérouac *et al.*, Thorne *et al.*, cf., p. 35) . Tal afirmação é novamente emergente dos sentidos que atribuem quando se olham enquanto pessoa e mencionam múltiplas vertentes: «...a vertente física, psicológica, social, cultural, até religiosa, político-económica, é sentir-me um agente dinamizador naquela sociedade, naquela comunidade que faço parte dela e que a sociedade me aceita como parte integrante.» (E).

Ao reflectirem no ambiente enquanto pessoa-enfermeiro consideram-se «...inseridos no ambiente externo...» (C) da pessoa, facto que vem valorizar também o contexto onde ocorre o processo de cuidados enquanto ambiente (Fawcett, cf. p. 36). Realçam que «...o ambiente (...) é o que nos rodeia (...) é tudo o que [está] à volta da pessoa quer seja a pessoa com quem a gente contacta no dia-a-dia, quer seja um nosso superior, quer seja o tempo que até [está] mau hoje, quer seja... a sociedade das notícias que vão passando e que influenciam a maneira como a gente está naquele dia, quer seja (...) o facto de naquele dia podermos estar um bocadinho mais deprimidos e já joga com (...) [a] parte psicológica e depois ouvirmos algo daquela pessoa que até nos toca particularmente e se calhar isso vai-nos deixar um pouco (...) mais sensibilizados (...) [para o] nosso dia-a-dia ou [para] fazermos o resto daquele dia de outra forma.» (D), emergindo assim o carácter de imprevisibilidade que assumem como inerente à pessoa-ambiente (*Ib.*). Ainda enquanto pessoa-enfermeiro sintetizam: «...é a sociedade à volta, (...) é as instituições, é as populações [que] vão interagir connosco, interação com o nosso trabalho, com a nossa maneira de ser, com a nossa maneira de estar e muitas vezes facilitam muito em determinados aspectos do nosso dia-a-dia.» (D). Neste contexto o ambiente é pois entendido como uma mina de recursos imprescindível ao desenvolvimento do processo de cuidados em cuidados de saúde primários (Wagner, Kérouac *et al.*, Thorne *et al.*, cf., p. 35).

Denotamos ainda que, pelos sentidos atribuídos pelos participantes e pela análise que

vimos desenvolvendo, particularmente quando reconhecemos a indissociabilidade pessoa-ambiente em mudança constante, mútua e simultânea, estaremos perante uma perspectiva transformativa do conceito metaparadigmático de ambiente (Kérouac *et al.* cf., p. 34) e perante uma das proposições relacionais do metaparadigma de enfermagem, especificamente aquela que relaciona os conceitos seres humanos e ambiente referindo que «*a disciplina de enfermagem interessa-se pelo que concerne (...) os padrões das experiências humanas de saúde no contexto do ambiente*» (Fawcett, McEwen, cf. p. 37).

Focalização no ambiente promotor de saúde na pessoa

Da análise da dimensão «Focalização no ambiente promotor de saúde na pessoa», e suportando-nos em afirmações como «*...o ambiente e tudo aquilo que envolve a pessoa pode mudar o sentido de saúde ou doença da pessoa.*» (A), compreendemos o ambiente interno e externo, integrado na pessoa, como promotor da situação de saúde vivenciada pela mesma.

Interessa-nos primeiramente entender que aos olhos dos enfermeiros «*[saúde] exige um bem-estar quer da pessoa quer da sua família quer da sociedade que a envolve (...) é sobretudo um bem-estar com a pessoa e com os que o rodeiam, com o ambiente que os envolve, esse bem-estar físico, psicológico...*» (A). Como pessoa-enfermeiro, emerge o seu próprio ambiente (interno e externo) como essencial na relação que estabelecem com a pessoa. «*[Acho] que consigo definir como ambiente não só o ambiente físico, o ambiente estrutural, também o ambiente a nível (...) de recursos que nós temos (...) por exemplo a nível do bom relacionamento (...) com o resto da equipa, a nível da relação que [se] estabelece com as pessoas, (...) a nível de estrutura física do edifício que [também] influencia a saúde da pessoa e o bem-estar dela... a nível do ambiente que (...) [é] proporcionado pelos recursos que a pessoa tem, porque se não tivermos recursos, não tivermos (...) umas boas condições, se calhar o ambiente do nosso dia-a-dia, o nosso ambiente de trabalho não vai ser propício (...) a um bom desenvolvimento.*» (D). Em continuidade do que já analisámos na dimensão «Focalização na pessoa no ambiente», de realçar mais uma vez a importância atribuída ao contexto onde se desenvolve o processo de cuidados, sendo-o especificamente na dimensão agora em análise promotor de saúde na pessoa. Asseguram até que para «*...proporcionar um bem-estar (...) ou um bom nível de saúde àquela pessoa (...) temos que estar bem com nós próprios (...) com tudo o que [está] à nossa volta e isso implica com os outros e com tudo o que nos rodeia.*» (D). Por oposição e em sequência são explícitos ao afirmarem que «*...as pessoas (...) se estiverem num meio envolvente que não seja saudável para elas, que elas não considerem que seja benéfico (...) não se podem considerar pessoas (...) muito saudáveis...*» (A).

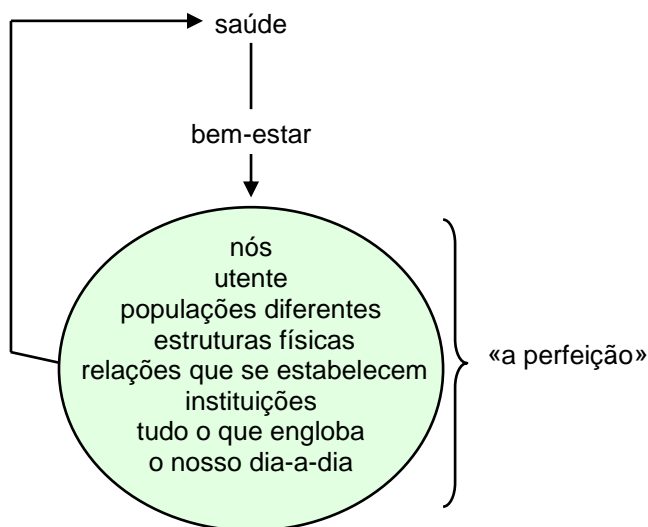
À semelhança do que tem acontecido na análise das dimensões anteriores, também nesta, ao elucidarem acerca do ambiente promotor de saúde na pessoa, fazem referências a si próprios enquanto pessoas e a vivências que exemplificam o discurso produzido. Assim explicam: *«[é] eu estar integrada num grupo, grupo comunidade e grupo sociedade; é estar integrada num grupo profissional, no grupo família; é estar bem (...) sentir-me bem também comigo própria e em todas as vertentes...»* (E), *«...se eu [estiver] a conseguir conjugar o meu interior com o exterior sinto que tenho saúde, sinto que [estou] a investir na minha saúde e que estou a preocupar-me com ela.»* (C). Realce nestes relatos mais uma vez para a importância do ambiente interno e externo como promotor de situações de saúde, ou para esta outra unidade de registo, em que o participante, declara não se considerar naquele momento como uma pessoa saudável em virtude do ambiente que o envolve: *«...não [estou] com a saúde em pleno, (...) [estou] cansado (...) fui pai há pouco tempo (...) isto altera o nosso bem-estar social e familiar e mesmo físico porque isto é um desgaste muito grande, mesmo emocional (...) neste momento sinto-me uma pessoa saudável (...) em relação à minha doença, mas em relação a tudo aquilo que me envolve, a todo o meu ambiente neste momento não estou a ser uma pessoa saudável (...) se se pode dizer assim.»* (A).

Seguem reforçando a importância da «Focalização na pessoa» no processo de cuidados, especificamente ao nível decisório, ao nível do exercício da sua autonomia, referindo que *«...depois vai depender da perspectiva que a pessoa toma do qual é o nosso papel e o que é que vamos fazendo, que parte do papel é que vai ter na sua vida (...); se houver uma boa interligação entre estes conceitos todos a pessoa vai vivenciar a sua vida, a sua saúde, o seu ambiente, de uma forma saudável; se houver interferências nestes conceitos já não vai ser bem assim: (...) a pessoa não vai vivenciar a saúde, não vai ter um ambiente propício à sua vivência, à sua vida normal.»* (C)

Ainda nesta dimensão, relevo particular para uma das unidades de registo que, pelo seu discurso esquemático, traduz o sentido atribuído por um dos participantes à relação ambiente-saúde-pessoa: *«[se] calhar até podíamos fazer tipo esquema (...) saúde tracinho bem-estar (...) depois uma setinha e depois à volta uma roda grande com tudo lá dentro: conosco, com o utente, com as estruturas físicas, com as relações que se estabelecem, com as instituições, com as populações diferentes (...), com tudo o (...) que engloba o nosso dia-a-dia... (...) acaba por ser o meu mundo e os que estão à minha volta (...) até se podia pôr assim uma chave assim ao lado a dizer «a perfeição» (...) porque eu acho que se essas coisas todas funcionarem... (depois vai outra seta lá para cima [para a] saúde)... a gente consegue atingir um bom nível (...) de saúde.»* (D).

Pelo interesse que nos despertou fizemos a representação esquemática da unidade de registo que apresentamos:

Figura nº 7 – Representação esquemática da relação ambiente-saúde-pessoa



De destacar nesta dimensão a constante alusão à conexão pessoa-ambiente-saúde, destacando-se uma interacção circular, constante e recorrente entre os conceitos saúde e ambiente (Kérouac *et al.*, 1994; Lopes, 1999). Essa interacção é coincidente com o paradigma da integração que evoca o ambiente como constituído por diversos contextos, facto que também é emergente.

Ainda de denotar que nesta dimensão, pela relação estabelecida entre os conceitos metaparadigmáticos pessoa, ambiente e saúde, estaremos novamente perante uma das proposições relacionais do metaparadigma de enfermagem, nomeadamente a que se refere à disciplina de enfermagem como interessando-se pelo que concerne os processos humanos de viver e morrer, reconhecendo que os seres humanos se relacionam constantemente com o seu ambiente. (Fawcett, McEwen, cf. p. 37)

Focalização nas experiências de saúde e doença

No âmbito da análise da dimensão «Focalização nas experiências de saúde e doença» são emergentes duas perspectivas paradigmáticas que parecem orientar a prática dos enfermeiros recém-licenciados: a da integração e a da transformação. Se por um lado a saúde é encarada como coexistindo e interagindo dinamicamente com a doença (ambas consideradas entidades distintas), por outro é sublinhada como um valor, uma experiência humana à qual é inerente a subjectividade individual.

Os enfermeiros recém-licenciados consideram que «...a saúde (...) é um bem-estar pleno e que não passa só pela ausência de doença.» (A), «... é muito mais do que (...) a ausência de doença.» (A). Fazendo a ponte com parte da definição da Organização Mundial de Saúde datada de 1946 chegam a opinar e a justificar: «...a Organização Mundial de Saúde diz que não é só a ausência de doença, eu concordo...» (A) porque «[eu] não acho (...) que saúde seja o oposto de doença, acho que pode haver desequilíbrios que levem à pessoa não se sentir tão saudável, com tanta saúde, mas não quer dizer que esteja doente.» (C).

Saúde e doença são referidas como «...interdependentes, (...) por qualquer motivo pode haver um desequilíbrio (...) uma vai depender sempre da outra. Não quer dizer que sejam vistas de maneira isolada...» (C) pelo que «...não consigo [estar] a dizer ou se é saúde ou se é um desequilíbrio para doença...» (C), «...nunca se pode dizer que uma pessoa (...) a partir [de] agora passou a ser doente porque há oscilações.» (A).

Pelo que foi expresso parece emergir uma visão da saúde à luz do paradigma da integração. Afirmamo-lo suportando-nos, por um lado, nas afirmações que claramente referem a saúde como sendo mais que a ausência da doença, e por outro, na distinção que os participantes apontam entre a saúde e a doença. A coexistência e interacção dinâmica destes dois estados são outros indicadores que nos coadjuvam na sustentação de tal enquadramento. (Kerouac *et al.*, cf. p. 34)

Outro aspecto relevante quando nos focalizamos nas experiências de saúde e doença reside na subjectividade que atribuem a estas vivências: «[para] mim saúde (...) é muito diverso e depende de pessoa para pessoa...» (E), «...é as pessoas se sentirem se são saudáveis ou não...» (A), «...varia de pessoa para pessoa, não há uma definição que se possa dizer: esta é a definição de saúde porque cada pessoa tem a sua definição, cada pessoa tem as suas noções (...) do que é a vida, do que é ser saudável (...) não há forma de definir...» (A), o que nos sugere, conforme expressámos no início da análise da presente dimensão, o carácter de subjectividade inerente à individualidade de cada pessoa que vive experiências de saúde e doença.

Em complementaridade, quando se referem à doença consideram-na «...diferente de pessoa para pessoa porque cada pessoa tem (...) o seu envolvimento, tem a sua cultura, tem (...) a sua definição de doença.» (A). Assim realçam que «[é] preciso que a pessoa se sinta bem como é e com (...) aquilo que a natureza lhe deu...» (A). «[Uma] pessoa até (...) pode estar doente e sentir-se bem (...) e conseguir lidar com isso numa outra maneira.» (C), emergindo desta forma a realização do potencial de cada pessoa no decorrer do processo humano de viver (Wagner, Kerouac *et al.*, Thorne *et al.*, cf., p. 35). Assim: «[em] relação à saúde é a pessoa sentir-se bem independentemente de ter alguma doença ou algum desequilíbrio (...)

porque a pessoa pode ter alguma doença, mas sentir-se com saúde e sentir-se bem...» (C). Exemplificam com uma situação específica de doença: «...uma pessoa com diabetes, é uma pessoa que tem uma doença (...) tem algum descontrolo em termos físicos, mas pode não se sentir doente (...) se encarar essa doença e conseguir cumprir com a medicação, com hábitos diários de vida... consegue ultrapassar (...) o estado que lhe conferem e que dizem que é uma pessoa doente. A pessoa pode não se sentir como tal.» (C). Tal sentido é justificado por este outro: «...eu sou diabético e não me sinto doente. Por isso, a minha noção de ser uma pessoa saudável, sou (...) e considero-me uma pessoa plenamente saudável embora tenha uma doença crónica que se calhar para outras pessoas é ser doente, [para] mim não é.» (A). De tais afirmações cremos emergir ainda o conceito de transição, ao qual subjaz uma vez mais a singularidade de cada pessoa que experiencia transições, antecipa transições ou completa o acto de transição «no que concerne a mudanças no estado de saúde, nas interrelações, nas expectativas ou nas capacidades» (Meleis, 1991, p. 103).

Complementam a subjectividade já apontada exemplificando com vivências da sua prática profissional, das quais destacamos: «...a idosa (...) estava já numa fase já muito avançada da doença (...) e disse-me que a única coisa (...) com que ela se sentia bem era a minha presença lá (...) alterava tudo nela (...) ela podia ser uma pessoa muito doente de manhã, quando eu ia à tarde passava a ser uma pessoa saudável (...) nunca se pode dizer que uma pessoa (...) a partir [de] agora passou a ser doente porque há oscilações (...) no próprio dia, mesmo na própria altura há períodos em que (...) há um bem-estar...» (A).

Encaram pois, conforme o paradigma da transformação, que a saúde corresponde à realização do potencial de criação da pessoa, ou melhor, de cada pessoa, pelo que destacam a subjectividade da saúde, relacionando-a com a particularidade individual. A saúde é assim, e sintetizando à luz de Kérouac *et al.* (1996), um valor e uma experiência vivida segundo a perspectiva de cada pessoa. (cf. p. 34)

Pela análise desta dimensão e em jeito de síntese, sobretudo pela diversidade dos sentidos atribuídos ao conceito saúde, concordamos com a posição de Thorne *et al.* (1998), quando afirmam que a maior parte da actual controvérsia relativamente ao conceito «saúde» reside na oposição das posições ontológica e epistemológica dos paradigmas da simultaneidade e da totalidade ou, conforme Kérouac *et al.* (1996) dos paradigmas da integração e da transformação (*ib.*).

Focalização no bem-estar como resultado

Os sentidos decorrentes na dimensão «Focalização no bem-estar como resultado»

surgem-nos no seguimento do já enunciado na dimensão anterior, voltando a identificar-se particularmente a diversidade quando abordam o bem-estar aqui encarado como sinónimo do conceito saúde.

Ao falarem sobre saúde referem «A saúde é o bem-estar.» (D). «Eu (...) se calhar não consigo definir o bem-estar porque para mim a definição da saúde já é o bem-estar (...) tenho um bocadinho de dificuldade em (...) pormenorizar mais...» (D). Contudo particularizam um pouco mais quando dizem: «...já a Organização Mundial de Saúde defendia que a saúde era um estado de completo bem-estar.» (E), «...é preciso haver um bem-estar geral para que a pessoa se sinta saudável.» (A). A alusão à definição da Organização Mundial de Saúde, na qual é enunciada a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, assumida como a primeira definição positiva de saúde (Bury, 1995), vem consubstanciar a visão paradigmática da integração que parece influenciar a conceptualização de saúde dos participantes no estudo. Tal facto é justificado pela referência a esse «estado de completo bem-estar» que de alguma forma alude a um ideal de saúde enquadrável neste paradigma (Kérouac *et al.*, 1994).

Mais uma vez aludem a exemplos da sua prática que coadjuvam nas suas explicações do bem-estar como resultado: «[não] é só estarmos a acudir à doença que aquela família tem, mas sim um bem-estar posterior a tudo o que envolve essa situação.» (A); ou ainda «[ela] estava a morrer e dizia-me que estava bem, (...) não tinha dores, (...) ria-se... uma pessoa que estava a morrer e ria-se (...) acho que é uma coisa que pode transparecer (...) o bem-estar...» (A).

Complementam ainda afirmando: «...é a pessoa estar bem, é a pessoa ter bem-estar em todas as actividades de vida diárias⁹ e não só dizer «Eu hoje sinto-me bem fisicamente», mas a parte psicológica não está bem...» (D). Mencionam até: «...quando pensamos em saúde, eu pelo menos penso em saúde como bem-estar e bem-estar a todos os níveis...» (D) e «[esse] bem-estar passa por todas as vertentes do ser humano (...); passa pela parte física, que é extremamente importante (...) passa também pela vertente psicológica (...)» (E). «[Se] estas duas estiverem bem, se calhar o que está à nossa volta também irá se complementar, portanto é um bem-estar que é amplo, é global. Atinge determinados aspectos que [estão] inerentes àquela pessoa.» (D), ou seja: alcançar «...um nível de saúde desejável não só ao nível...» (A) «...físico, psicológico, emocional, social, mesmo bem-estar familiar, eu acho que tudo isso é quando a pessoa consegue ter todas essas bases (...) a um nível que se considere bom, logo aí está com bem-estar.» (A).

Destas unidades de registo emerge a menção a diferentes níveis de bem-estar. Tal

⁹ Outra referência a um dos componentes do Modelo Teórico de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (1995) - as «actividades de vida».

menção é, quanto a nós, concordante com a perspectiva paradigmática da totalidade de Parse (1985, 1987), sobreponível à da integração de Kérouac *et al.* (cf. p. 34), nas quais a saúde é conceptualizada como reflectindo a pessoa nas suas diversas dimensões (fisiológica, psicológica, social e espiritual) ao invés da pessoa-todo preconizada pelos paradigmas da simultaneidade ou da transformação

Apesar da perspectiva sobretudo integrativa quando abordam o conceito de saúde, é também identificável a influência que o paradigma da transformação parece exercer sobre os enfermeiros recém-licenciados. Nas afirmações: «...independentemente da pessoa ter ou não uma doença, saber viver com ela, saber estar e (...) prevenir-se em (...) todos... os níveis de prevenção (...) em relação (...) ao atingir (...) dum equilíbrio e dum bem-estar... em todas as formas (...) do ser.» (C), ou «[é] quando para a pessoa, tem (...) todas as vertentes (...) de saúde (...) que possa conjugar e sente-se bem com elas todas (...). Não há qualquer interferência (...) no seu estado naquele momento...» (C), ou ainda: «[se] calhar a pessoa pode ter um bem-estar que dure pouco tempo, mas naquele bocadinho [está] bem consigo, com o exterior, portanto sente-se bem (...) realmente é um bocadinho relativo...» (C), sugerem novamente considerar a saúde como uma experiência humana na medida em que, a experiência de doença faz parte da experiência de saúde e a saúde vai para além da doença como sendo um aspecto significativo do processo de transformação da própria pessoa (Kérouac *et al.*, 1994). Tal constatação surge-nos em harmonia com outro excerto «[níveis] de bem-estar é algo que nós tentamos (...) temos o mínimo e temos o máximo (...) quando eu me referia a níveis (...) é esta distância (...) entre aquilo que temos naquele momento, mas que queremos ter mais, queremos ter melhor, queremos [estar] melhor no nosso dia-a-dia...» (C), bem como com o enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros (2002, p. 40) que se refere à saúde como algo que «cada pessoa procura (...) em cada momento de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca», sendo por isso o «reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto, emocional, espiritual e cultural». (Ib.)

Para concluirmos e no sentido de uma melhor compreensão da análise que desenvolvemos relativamente ao tema «A pessoa concreta em ambiente promotor de saúde e bem-estar» apresentamos uma síntese dos principais sentidos emergentes no quadro n.º 11.

Quadro nº 11 – Síntese do tema «A pessoa concreta em ambiente promotor de saúde e bem-estar»

| DIMENSÕES | SÍNTESE |
|--|--|
| FOCALIZAÇÃO NA PESSOA | <ul style="list-style-type: none"> • A Pessoa indivíduo e/ou a Pessoa grupo; • Termos utilizados para denominar a Pessoa: pessoa, utente, doente, família, pessoa/família, grupo, comunidade; • Ser total, único; • Ser holístico, entendido como o conjunto de tudo o que rodeia, forma e é a Pessoa; • Perspectiva paradigmática transformativa no olhar a Pessoa; • Ênfase nos conhecimentos adquiridos em contexto académico como contributos para esta forma de olhar a Pessoa. |
| FOCALIZAÇÃO NA PESSOA NO AMBIENTE | <ul style="list-style-type: none"> • A Pessoa é contígua e indissociável do Ambiente, relacionando-se com este de forma contínua, mútua e simultânea - proposição relacional do metaparadigma de enfermagem • Existe um carácter de imprevisibilidade inerente à Pessoa-Ambiente; • O Ambiente abrange todas as condições internas e externas à Pessoa; • O contexto onde ocorre o processo de cuidados é considerado como Ambiente externo; • Perspectiva paradigmática transformativa de olhar o Ambiente. |
| FOCALIZAÇÃO NO AMBIENTE PROMOTOR DE SAÚDE NA PESSOA | <ul style="list-style-type: none"> • O Ambiente, interno e externo, integrado na Pessoa é promotor da sua situação de Saúde; • A Saúde é entendida como bem-estar; • O Ambiente (interno e externo) inerente ao enfermeiro é relevante na relação que estabelecem com a Pessoa, à qual reconhecem um papel decisório; • Relação circular, constante e recorrente entre os conceitos Ambiente e Saúde coincidente com uma perspectiva paradigmática integrativa; • Ênfase na conexão Ambiente-Saúde-Pessoa – proposição relacional do metaparadigma de enfermagem. |
| FOCALIZAÇÃO NAS EXPERIÊNCIAS DE SAÚDE E DOENÇA | <ul style="list-style-type: none"> • Emergem duas perspectivas paradigmáticas da Saúde: <ul style="list-style-type: none"> ◦ A Saúde coexiste e interage dinamicamente com a doença, encaradas como duas entidades distintas - perspectiva integrativa; ◦ A Saúde é uma experiência vivida segundo a subjectividade e particularidade individual de cada Pessoa - perspectiva transformativa; • Ao vivenciar situações de saúde e doença a pessoa experiencia transições. |
| FOCALIZAÇÃO NO BEM-ESTAR COMO RESULTADO | <ul style="list-style-type: none"> • O bem-estar surge como sinónimo de Saúde e como um resultado esperado; • Perspectiva paradigmática sobretudo integrativa da Saúde, quando é aludido como resultado um «estado de completo bem-estar» e diferentes níveis de bem-estar; • Perspectiva paradigmática transformativa na consideração da Saúde como uma experiência humana (a qual abrange a experiência de doença). |

3.2 – O PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E O USO DOS CONHECIMENTOS PELOS ENFERMEIROS

Foram quatro as dimensões decorrentes do *corpus* em análise e que se vieram a constituir no tema «o processo de cuidados de enfermagem e o uso dos conhecimentos pelos enfermeiros», conforme apresentamos no quadro nº 12.

Quadro nº 12 – O tema «O processo de cuidados de enfermagem e o uso dos conhecimentos pelos enfermeiros» e as respectivas dimensões

| TEMA | DIMENSÕES | UNIDADES DE ENUMERAÇÃO |
|---|--|------------------------|
| O PROCESSO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM E O USO DOS CONHECIMENTOS PELOS ENFERMEIROS | Centralidade da pessoa parceira dos cuidados | 50 |
| | Parceiros e contexto de intervenção | 88 |
| | Padrões do conhecimento | 374 |
| | Visibilidade social dos cuidados de enfermagem | 101 |

Centralidade da pessoa parceira dos cuidados

Concordante com os dados emergentes dos participantes no estudo é evidenciada a importância da «Centralidade da pessoa parceira de cuidados» com um total de 50 unidades de enumeração. A pessoa é assumida como o foco de atenção da enfermagem, evidenciado ao declararem que a pessoa «...é aquilo [para] que nós temos que focar a nossa prestação de cuidados...» (C); «...tem que ser o foco da nossa situação...» (E). A pessoa é «...o centro da (...) prestação de cuidados.» (C), «...é o centro de tudo.» (A). É ainda, noutra nomenclatura designada «...como alvo dos (...) cuidados...» (D). Tais considerações são explícitas na unidade de registo: «...o utente (...) está no nosso foco, é o alvo...» (D), pelo que lhe atribuem «...o «papel principal»...» (D). Neste sentido referem: «...é impossível nós assumirmos o «papel principal» para ela ser a «secundária» (...) é a «principal» e nós vimos a seguir (...) ela tem sempre o «papel principal!» (D) pois «...é impossível nós delegarmos um «papel secundário» para aquela pessoa que nós temos à nossa frente, é impossível!» (D). Tal atribuição do «papel principal» à pessoa é também claramente identificável quando expressam: «[a] minha preocupação é mesmo acudir às pessoas quando elas precisam (...) é mesmo o utente, a gente está cá, vivemos mesmo, isto é mesmo [para o] utente! Não é [para os]

papéis que vêm, nem [para os] trabalhos que se fazem, nem [para o] currículo que eu posso ter...» (B); «...a preocupação última é sempre o utente.» (B). Da análise das unidades de registo emerge a importância que os enfermeiros atribuem a este conceito no contexto do processo de cuidados, no qual à luz de Amendoeira (1999) «o centro da acção é a Pessoa» (cf. p. 60). Tais considerações também podem ser depreendidas aquando das afirmações: «[nós] fazemos tudo em função dela e é tudo para ela!» (D), «...sem utente, sem família... nada faz sentido...» (A). « [Nós] existimos (...) [para a] (...) pessoa / família.» (C).

À pessoa, atribuem «...o estatuto mesmo de parceiro...» (B), «[a] pessoa é sem dúvida um interveniente!» (E), um participante nos cuidados de enfermagem. Esse estatuto é explicado quando verbalizam que «...o papel dela (...) é ser interveniente ao máximo...» (A), «...em todos os aspectos.» (C). «[Nós] estamos para fazer uma ponte, para conseguir equilibrar, mas a partir daí a pessoa tem que se sentir capaz de realizar as actividades.» (C). Defendem pois, conforme uma perspectiva transformativa, na qual «enfermeiro e pessoa são parceiros de cuidados», (Kérouac et al. cf. p. 34) que «...ao cuidar das outras pessoas deveremos envolvê-las (...) no próprio processo dos cuidados (...) temos que integrar a pessoa para que a pessoa possa efectivamente estar a par do que se passa e ser um agente efectivo...» (E) «...no seu processo de cuidados; tem que saber o que se passa até onde é minimamente aceitável; tem que estar por dentro (...) das coisas...» (E), sendo que a negociação com a pessoa se assume de extrema importância: «[há] um contrato muito grande entre as pessoas (...) mesmo uma parceria.» (B), existindo assim um processo no qual os enfermeiros, em conjunto com as pessoas, desenvolvem uma diversidade de actividades no âmbito do processo de cuidados (Fawcett, cf. p. 36) e que se releva concordante com o Princípio 8 de Kérouac et al. (1996), o qual realça a colaboração com a pessoa, ser individual ou grupal, de acordo com um processo que os autores denominam de «gestão clínica» (cf. p. 60) .

Não é só para a pessoa que esta parceria de cuidados se assume como vantajosa. Também para o próprio enfermeiro, o entendimento da pessoa como parceira, se traduz como vantajoso, podendo trazer, segundo os participantes, ajuda e apoio ao profissional, factos que mais uma vez relevam o dinamismo atribuído à pessoa e que, de acordo com Fawcett (2005), vem valorizá-la como participante, ao invés de beneficiária, no processo de cuidados.

Em momentos em que ao conceito pessoa é relacionada a família referem: «...temos que ver a família como elemento fundamental para a prestação de cuidados que nos ajuda muito.» (A). Especificam mesmo com uma ou outra situação da sua prática profissional das quais destacamos: «[sem] eles (...) não conseguia fazer nada. Sou sozinho na rua, não tenho auxiliar,

não tenho médico (...) é muito o meu papel com a família e o utente, sobretudo também o utente.» (A). Deste modo, reconhecendo e tendo em consideração os conhecimentos e habilidades da pessoa e dos membros da família, enfermeiros, utente e família agem em complementaridade (Kérouac *et al.*, 1996).

De acordo com o que já referimos, directamente relacionado com a ajuda, enquanto aspecto vantajoso da atribuição à pessoa do estatuto de parceiro de cuidados, está o apoio ao enfermeiro. Expressam-no referindo que *«...sem ela, sem o apoio dela (...) sem... as manifestações dela para a nossa intervenção não conseguimos fazer nada.»* (A). Salientam conjuntamente que *«...quando as pessoas estão conscientes e quando estão colaborantes (...) sem dúvida são eles que nos dão o grande apoio na prestação de cuidados.»* (A). Apesar de apontarem o apoio como aspecto significativo, chegam contudo a realçar que *«...se eu tiver uma pessoa (...) que... não [dá] apoio na prestação de cuidados e não [diz] o que [necessita] (...) temos na mesma que a envolver nos cuidados, nós não podemos fazer com que aquela pessoa seja... ali tipo um objecto...»* (A), facto que mais uma vez vem valorizar a consideração que estes profissionais atribuem à pessoa como parceiro de cuidados.

Ao *«... envolver aquela pessoa, pessoa individual ou pessoa grupal...»* (E), reconhecem que *«... aquela pessoa também é uma fonte de conhecimentos.»* (E) de extrema importância em todo o processo de cuidados. Justificam-no quando referem: *«...só se envolvermos a família (...) é que podemos recolher algumas das suas necessidades...»* (A). *«Inicialmente para nós (...) nos apercebermos (...) das necessidades que a pessoa tem e posteriormente para (...) ficar autónoma, para conseguir lidar com aquilo porque nós não estamos lá vinte e quatro horas...»* (C).

Realçam igualmente que *«...a pessoa tem que ter um espaço, tem que dar a sua opinião (...) temos que validar sempre com a pessoa a nossa intervenção (...) todo um conjunto de aspectos (...) é eu saber o que a pessoa faz, o que a pessoa é e o que a pessoa quer ser e até que ponto está disposta a ser.»* (E), pelo que *«...tem que ter sempre a tomada de decisão.»* (E). Nestes excertos é evidente que, para além do estatuto de parceiro e de participante activo nos cuidados, os recém-licenciados atribuem também importância à autonomia da pessoa como condição fundamental na continuidade dos mesmos. Relacionam-na directamente com a capacidade para lidar com situações diversas, com a sua capacidade decisória e com a qualidade dos cuidados de enfermagem, tal como é sugerido nas declarações: *«...tudo aquilo que ela puder fazer por ela numa perspectiva (...) de autonomia e numa perspectiva de (...) qualidade de cuidados...»* (A) *«... [está] (...) a fazer um trabalho (...) os nossos cuidados de enfermagem estão sempre... em equilíbrio.»* (C).

Em consonância com o preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 110) o qual expressa que o enfermeiro assume o dever de

«*respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado*», advogam que «*...nós só poderemos fazer com consentimento.*» (E), particularizando que «*...tem que haver (...) consentimento informado e (...) aquela pessoa (...) tem que conhecer tudo: os prós e os contras, tem que saber o porque sim e o porque não (...) tem que ser ela a ter a última palavra. Temos é que lhe mostrar tudo, pôr à sua disposição todos os materiais (...) para que ela possa escolher o que ela realmente acha que é (...) justo.*» (E). O termo «consentimento» sugere assim a aceitação por parte da pessoa, encontrando-se directamente relacionado com o princípio do respeito pela autonomia o qual prevê que a pessoa, em qualquer momento, possa invalidar livremente o seu consentimento (Convenção dos Direitos Humanos, 1948).

Parceiros e contexto de intervenção

Outra das dimensões decorrente da análise dos dados foi, com 88 unidades de enumeração, «parceiros e contexto de intervenção».

Entre os parceiros envolvidos no processo de cuidados, para além da parceria e centralidade assumidas em relação à pessoa e família, já evidenciadas na dimensão anterior, outros parceiros são considerados, tanto em relação à comunidade onde se inserem como em relação a parceiros do contexto dos serviços de saúde, factos que nos surgem consonantes com os princípios que indicam os elementos constitutivos e activos do cuidado de enfermagem os quais «*incitam os enfermeiros à participação intradisciplinar, interdisciplinar e à não disciplinar, nomeadamente com o alvo dos cuidados e os significantes do mesmo*». (Kérouac et al., cf., p. 61)

Quanto aos parceiros pertencentes à comunidade referem como parceiros «*...nós os três (...) eu, família e utente, mas acho que toda a comunidade.*» (A). Consideram que «*...os voluntários (...) que se entregam (...) e que prestam os cuidados até ser necessário (...) também são um elemento fundamental.*» (A), sendo sua opinião que estes, assumindo «*...um papel activo na prestação de cuidados, podem de alguma forma ajudar nos cuidados de enfermagem...*» (A), enquanto processo mútuo entre os participantes em enfermagem e os enfermeiros (Fawcett, cf. p. 36). No mesmo encadeamento é reformulada a ideia ao declararem: «*...nós os três mais os voluntários, quatro, a comunidade no geral...*» (A), particularizando então alguns dos recursos comunitários: «*...a junta de freguesia, a câmara, as assistentes sociais da câmara, as psicólogas da câmara, (...) todas as professoras de todas as instituições (...) a Unidade de Apoio Integrado...*» (B).

Apesar da diversidade de recursos comunitários que apontam, esta parece não ser comum a todos os participantes, havendo alguns que referem «...por vezes até gostaria de ter mais apoio (...) [estou] a falar em relação a instituições (...) porque acho que se conseguia fazer por vezes trabalhos muito mais completos...» (D). Justificam-no dizendo «... em relação às instituições eu vejo (...) um papel muito importante neles porque muitas vezes (...) os funcionários que [estão] junto das pessoas no dia-a-dia, que lhes fazem as higiènes, que lhes levam a alimentação (...) são eles a solicitarem (...) a nossa presença...» (D). Assim consideram que «... há uma boa interligação entre nós, e eles, mas (...) eu sinto a falta (...) de poder ter (...) outro tipo de recursos a nível (...) deste tipo de instituições.» (D)

Relativamente a parceiros do contexto dos serviços de saúde, realce para os pares, expresso em unidades de registo como «...os meus colegas ajudaram-me, houve sempre trabalho de equipa...» (B) ou «...fui eu e outra colega que também acabámos há pouco tempo o curso e que acompanhámos sempre tudo até ao fim!» (B).

Relativamente aos enfermeiros, referência ainda a outro participante, o enfermeiro chefe, considerado como essencial, certamente pelo estatuto que detém na gestão ao nível institucional dos cuidados de enfermagem, dos recursos humanos e dos recursos materiais: «...a enfermeira chefe (...) é aqui um elemento fundamental para nós!» (B).

Outros intervenientes no processo de cuidados são também apontados pelos enfermeiros recém-licenciados, nomeadamente «... os médicos, (...) o fisioterapeuta, (...) a técnica de electrocardiograma, (...) as administrativas, as auxiliares... Todos eles, com o seu contributo, conseguem fazer com que os cuidados de enfermagem (...) contribuam para o processo de recuperação daquela pessoa...» (E). Assim, novo ênfase para o trabalho em equipa, nomeadamente com profissionais de outras disciplinas «...completamente de equipa, [mesmo com o] médico (...) também com a terapeuta ocupacional, com a fisioterapeuta...» (B) «...todos os serviços de especialidade (...) onde os utentes vão...» (B). De destacar que destas unidades de registo emergem sentidos relacionáveis com o enunciado do Princípio 9 de Kérouac *et al* (1996), o qual afirma que o enfermeiro, pelo reconhecimento da competência de outros profissionais provenientes também de outras disciplinas, contribui para o objectivo de otimizar o valor dos cuidados prestados (cf. p. 60).

A disponibilidade que sentem em relação aos outros profissionais é reconhecida quando dizem: «[nós] chamamos e eles vêm logo (...) se for preciso fisioterapeuta nós telefonamos (...) se for preciso alguma parte de ajudas técnicas (...) telefona-se (...) [para a] terapeuta ocupacional e ela lá traz (...) seja o que for e vai fazer os ensinamentos...» (B). Neste contexto em que o trabalho de equipa com profissionais de outras disciplinas surge de uma forma tão enfatizada subsistem as dúvidas se, no sentido de alcançar os objectivos dos cuidados de saúde, os

enfermeiros exercem a sua autonomia e se as estratégias valorizadas e adoptadas seguem sobretudo a lógica da pluri, da inter ou da transdisciplinaridade (Amendoeira, cf. p. 59)

No âmbito do trabalho de equipa parecem ainda valorizar aquilo que designam de um «...*feed-back (...) não formal (...) a maior parte aqui das coisas não é preciso andar com guia de tratamento [para] frente, guia de tratamento [para] trás, ou então uma folha de registos qualquer [para a] fisioterapeuta... há uma articulação tão grande, porque telefona-se e é tudo na hora, cada um tem os seus registos e sabemos perfeitamente: no dia tanto às tantas horas houve um contacto tal, tal, houve o feed-back tal, tal...*» (B). Neste sentido interrogamo-nos se esta emergente informalidade nos registos, entendidos segundo Grais, Marques, Simões e Amendoeira (2000) como representando a comunicação escrita de factos essenciais, nomeadamente a documentação da complexidade do processo de cuidados, reflectirá o paradigma em que este é desenvolvido, a visibilidade, quanto à autonomia dos enfermeiros, das tomadas de decisão no processo de cuidados, bem como a perspectiva da continuidade de cuidados (Amendoeira *et al.*, 2003).

Conforme os sentidos atribuídos pelos participantes ao contexto da intervenção, a gestão de cuidados surge como relevante tanto a um nível organizacional, mais macro, como ao nível micro, especificamente ao nível da gestão dos cuidados de enfermagem por si prestados.

Ao se referirem a alguns documentos emanados pelo Ministério da Saúde, pela Direcção Geral da Saúde ou mesmo pela própria Sub-região de Saúde, organizadores dos cuidados em Cuidados de Saúde Primários, tecem críticas que apontam fundamentalmente para a sobrevalorização da avaliação quantitativa em detrimento da avaliação qualitativa como ilustram as expressões: «*Orientações Técnicas: (...) aquilo é tudo biomédico (...) têm que aumentar em 5% a percentagem das pessoas (...) ou diminuir 5% a percentagem de pess...*» (B), «*[o] que é que nos vêm dizer (...) as circulares (...) da Sub-região, (...) do Ministério? Eles querem tudo quantitativo...*» (B).

Um sentido semelhante parece emergir das expressões: «*...sou muito influenciado pela gestão dos serviços onde nós estamos (...) eu não consigo suportar que (...) só trabalhemos (...) para números...*» (A), «*...não basta (...) quando eu falava nas chefias (...) nós atendemos uma pessoa em dez minutos, mas (...) às vezes esses dez minutos não são nada naquilo que aquela pessoa precisa.*» (A). Advogam pois que «*[a] qualidade de cuidados não é sinónimo de quantidade de prestação de cuidados.*» (A) e que «*...é muito mais importante nós atendermos uma pessoa e (...) causarmos um bem-estar a essa pessoa do que propriamente atendermos dez ou vinte e no fim não temos resultados nenhuns, não temos (...) ganhos em saúde da população,*

da comunidade.» (A). Estes dados surgem-nos reforçando a importância da obtenção do bem-estar da pessoa, consonantes com a «Focalização no bem-estar resultado» já explorado no tema «A pessoa concreta em ambiente promotor de saúde e bem-estar».

É assim explícita a valorização que os enfermeiros recém-licenciados atribuem aos cuidados de enfermagem que privilegiem a individualidade de cada pessoa, directamente relacionados com resultados qualitativos, ao invés da prestação de cuidados estandardizada, na qual a quantidade é valorizada. Tal constatação é ainda suportada na afirmação «[quando] nós ao fim do mês entregamos a estatística e dizemos «Este mês atendemos duzentas pessoas.» e há um enfermeiro que atende mil, isto não significa que um enfermeiro seja melhor que o outro, se calhar até pelo contrário.» (A). Da mesma parece emergir a discordância relativamente a uma concepção de gestão de cuidados orientada sobretudo para a tarefa, na qual é valorizada a quantidade de atendimentos de enfermagem.

Apesar de parecer concordarem com a necessidade de orientações específicas, quer de âmbito teórico, quer legislativo, concluem: «...a nível teórico e de legislação (...) nós realmente somos um país muito à frente na Europa, o pior é o resto... porque realmente na prática (...) às vezes é complicado porque queríamos se calhar andar mais para a frente e (...) cortam-nos um bocadinho as pernas nesse aspecto» (B). Estará esta afirmação relacionada com alguma discordância quanto às concepções que orientam a gestão dos cuidados de enfermagem ao nível dos próprios contextos?

Outras circunstâncias, tal como a explicitada a seguir, vêm corroborar mais uma vez algum desacordo com as estratégias privilegiadas pelas chefias no que se refere à gestão dos cuidados de enfermagem: «...quando (...) iniciei as funções (...) nós começamos com imensas ideias e com imensos projectos (...) éramos só dois elementos, a extensão tem muita procura... chegou uma certa altura que não conseguimos conciliar aquilo que nós queríamos fazer, portanto os projectos a que queríamos dar resposta com a prestação efectiva de, de cuidados no dia-a-dia (...) recorremos à chefia, colocámos o problema... foi-nos... deixado transparecer que projectos teriam de ser postos de parte (...) aquilo que nós tínhamos que fazer era apenas nos limitarmos à prestação de cuidados... às pessoas que nos procuravam portanto no dia-a-dia (...) que era aquilo para que tínhamos tempo (...) o restante, teríamos que deixar em aberto...» (C). Tal justificação parece estar directamente relacionada com as constatações: «[tem-se] assistido muito, nesta Sub-região (...) a voltar à prestação de cuidados por tarefas...» (A), ou ainda «[nesta] Sub-região de Saúde... em (...) alguns centros de saúde e mesmo dentro (...) do centro de saúde em que eu trabalho, dentro de algumas extensões (...) ainda temos (...) alguns cuidados que são feitos à tarefa e isso para mim não é cuidados de saúde primários (...) é trabalhar à tarefa!» (C).

Para explicitarem o que entendem por «trabalhar à tarefa» socorrem-se de exemplos por si vivenciados: «...se andamos a saltitar (...) hoje estou na vacinação, amanhã estou nos pensos, amanhã estou na consulta de saúde infantil (...) nem dá para nós nos relacionarmos (...) nos entregarmos...» (A). Similarmente exemplificam com situações vivenciadas por outros colegas, também eles licenciados com o Curso de Licenciatura em Enfermagem pela mesma escola «...tenho duas colegas que continuam a ser enfermeiras tarefeiras...» (B), «...hoje faltou a enfermeira da vacinação (...) e lá [estão] elas que nem sequer [estão] nada habituadas àquilo (...) [vão para o] módulo de vacinação; hoje faltou a não sei das quantas, [vão para a] extensão não sei das quantas (...) não falta ninguém e [andam] só [para] lá a fazer as visitas (...) por lá, porque não (...) há qualquer tipo de continuidade; são literalmente enfermeiras tarefeiras.» (B). É neste sentido identificada aos olhos dos participantes por vezes ainda uma organização do trabalho segundo uma perspectiva medicocêntrica, baseada em tarefas/actividades correspondentes a cuidados parcelares, certamente traduzíveis na padronização dos cuidados e não dos seus procedimentos, que naturalmente na sua maioria se constituirão como promotores de um processo de descaracterização dos cuidados de enfermagem (Amendoeira, 2000) já que não são considerados, ainda conforme os enfermeiros, a centralidade e parceria da pessoa no processo de cuidados, a promoção do seu bem-estar como resultado e a continuidade dos cuidados.

Quando se referem à gestão dos cuidados que prestam indicam alguns constrangimentos que se tornam dificultadores da prática tal como a concebem, nomeadamente «...eu aqui gostaria de estar muito mais empenhada (...) no nosso mini projecto (...) mas lá está é assim: é preciso muito tempo para despendermos a este (...) não é nada que nós possamos dizer (...) amanhã vamos tirar este dia só para isto (...) o tirar este dia só para isto implica que depois fica apenas uma pessoa (...) para todo o resto das actividades que aqui fazemos e isso não pode ser (...) nem nós nos sentimos bem em saber que o outro colega está... sobrecarregado...» (D). Reconhecem mesmo que «...às vezes é um bocadinho a desenrascar (...) para chegarmos a toda a gente...» (B) e neste sentido desabafam: «...gostava de dar mais atenção às pessoas e não posso!» (B).

Dão como outro exemplo, que consideram influenciar também negativamente a qualidade dos cuidados que prestam, a gestão nomeadamente das viaturas no âmbito da visita domiciliária, dizendo: «...nem sequer posso conduzir as carrinhas daqui, porque sou contratada...» (B); «[se] for uma auxiliar comigo na carrinha (...) elas não conhecem, andam mais devagar (...) demoram muito mais tempo, as pessoas começam a ficar enervadas porque [estão] à minha espera e eu [também] queria rentabilizar o tempo doutra maneira e já não posso...» (B). Embora de uma forma mais dissimulada é novamente emergente a importância que a pessoa assume enquanto central no processo de cuidados, não só no momento em que

lhes prestam directamente cuidados, mas também quando gerem os cuidados a prestar e consideram a individualidade das diferentes pessoas, bem como as diversas actividades que lhes estão atribuídas.

De reforçar mais uma vez, pelos sentidos atribuídos pelos participantes a aspectos relacionados com a gestão dos cuidados, a centralidade que para os mesmos a pessoa detém no processo de cuidados. Tal sentido assume-se quanto a nós, e até ao momento, como transversal a toda a análise.

Ainda relativamente ao contexto da intervenção, e concretamente em relação aos recursos humanos, são relevados uma série de aspectos que traduzem constrangimentos do mesmo, especificados pela escassez de recursos humanos que identificam, bem como por, nalguns casos, uma inoperante gestão dos recursos existentes.

No que concerne à escassez de recursos humanos, esta é bem expressa na unidade de registo: «... ontem tivemos completamente de nos dividir, mas um dividir (...) quase em estar em dois sítios ao mesmo tempo...» (D). Particularizam dizendo «... nós temos praticamente seis mil utentes, é a maior extensão do centro de saúde (...) duas enfermeiras (...) é muito pouco e o nosso tempo fica muito limitado...» (D). Justificam a sua afirmação com o rácio enfermeiro/número de utentes no âmbito dos contextos comunitários preconizado pela Organização Mundial de Saúde: «...a Organização Mundial de Saúde preconiza (...) os mil e quinhentos, mas os mil e quinhentos aqui são largamente excedidos.» (D).

Relativamente à gestão dos recursos humanos consideram «...que esta Sub-região tem bons elementos (...) que se podem aproveitar para (...) que esta Sub-região seja uma Sub-região que um dia se ouça falar como uma Sub-região (...) de qualidade e com (...) alguma eficiência.» (A). Suportam a afirmação reconhecendo que «...já há centros de saúde com bons elementos e com elementos com vontade de mudar (...) mas é preciso que lhes dêem espaço para que isso aconteça. Se os estiverem sempre a empurrar para baixo só porque têm lá elementos em cima (...) nada vai mudar...» (A). Deste modo emergem sentidos que apontam para alguma insatisfação face à gestão dos recursos humanos praticada ao nível Sub-regional que testemunham não valorizar a motivação e as iniciativas para a mudança de alguns enfermeiros. Sugerem assim «...que se devia de apostar mais na iniciativa de cada elemento e de cada grupo...» (A), nomeadamente no que respeita aos elementos mais novos. «[Temos] muitos elementos novos (...) tenho pena de (...) não sermos tão bem aproveitados [para] também (...) tentar passar um pouco da nossa vontade (...) de trabalhar e (...) de fazer.» (C), porque os «[colegas mais antigos] se forem interpelados, se forem bem cativados fazem e, e interessam-se e motivam-se.» (C). Reconhecem ainda conforme afirmam «...um bocadinho a sobrecarga dos mais novos em detrimento (...) da divisão igualitária (...) de prestação de cuidados e de

actividades...» (C). Atribuem essa divisão desigual sobretudo ao facto de «... nesta Sub-região os elementos novos não são valorizados (...) [são] valorizadas são as divisas...» (A), «...esta Sub-região valoriza muito as divisas...» (A). Sentem que «...é importante valorizar as pessoas (...) pelo seu empenho e pela sua vocação, e não pela divisa que têm (...) a divisa não caracteriza nada um enfermeiro...» (A), «...isso é uma coisa que está completamente ultrapassada. (A). Criticam pois que «...há muitos elementos com divisas com falta de conhecimentos que... são postos à frente das coisas só porque têm essa tal divisa...» (A), emergindo mais uma vez a discordância relativamente às estratégias de gestão de recursos humanos que, concordante com os enfermeiros recém-licenciados é desadequada pois valoriza sobretudo, conforme o entendemos, nomeadamente algumas categorias profissionais dos enfermeiros, independentemente da avaliação do desempenho profissional de cada um. Sintetizam pois reforçando a necessidade de que «...cada vez mais se tem que valorizar as pessoas por aquilo que elas valem e não por aquilo que elas foram ou... adquiriram através de cursos ou pós-graduações ou seja lá o que elas tenham feito...» (A).

Quanto aos recursos materiais mencionam que «...a nível de condições materiais é mesmo (...) um problema a nível geral.» (D). Ao declararem que há «...falta de meios... [para] actuar...» (B) especificam com situações concretas: «...houve um mês que ficámos sem adesivo (...) quero fazer contenções elásticas e (...) não há ligaduras...» (B), «...na 6ª feira tive que fazer as visitas no meu carro porque não havia carro de serviço.» (A). «Nós aqui estamos extremamente limitados em termos daquilo que podemos realmente fazer.» (B). No contexto dos recursos materiais atribuem novamente algumas responsabilidades à gestão ao nível institucional: «... a falta de meios (...) também vem da parte da Sub-região porque eles também acham que nós não precisamos de mais coisas.» (B). Em jeito de desabafo lembram: «...o material não é o mais importante...» (B); «...falta mais apoio (...) não há recursos, mas às vezes não basta, não é necessário sobretudo os recursos, é mais a boa vontade das pessoas.» (A), expressões das quais, quanto a nós, parece emergir algum desapontamento em relação às suas expectativas de enfermeiros recém-licenciados.

A análise do contexto de intervenção não ficaria completa se não aludíssemos à estrutura física desse contexto. As referências efectivadas pelos participantes são-no sobretudo relativas a aspectos dificultadores, identificando-se a sugestão de um ou outro aspecto que segundo os mesmos poderia ajudar a ultrapassar tais contrariedades.

«Algumas extensões (...) [estão] um bocadinho velhas...» (B) pelo que a construção de «[novas extensões implicam] (...) outro tipo de condições que neste momento as que não foram feitas de raiz não têm...» (D). Tal facto contribui para afirmarem: «...estamos assim um bocadinho

limitados (...) e isso implica (...) muitas vezes o nosso esforço por não termos condições por exemplo a nível de boas salas...» (D). Outro aspecto realçado: «...em termos físicos (...) a extensão (...) tem seis degraus horrorosos, a pique até (...) à porta...» (B). Apesar dos aspectos que identificam como dificultadores, tentam procurar alternativas, que consideram nem sempre serem as mais adequadas, que visem adaptar as condições existentes às necessidades particulares dos contextos de prestação de cuidados: «... a nossa sala de tratamentos (...) temos a divisão com um biombo, mas é uma divisão que muitas vezes é interrompida pela própria pessoa que está do outro lado porque até conhece a outra que está do outro lado...» (D). Sugerem pois: «...termos mais do que uma sala era algo que nos facilitaria muito, principalmente aqui porque temos (...) muitas pessoas, somos muito solicitados.» (D).

É ainda referido que apesar de já existirem espaços que, de acordo com palavras suas, «foram feitos de raiz», alguns dos problemas subsistem, nomeadamente: «...é uma extensão nova só bastava terem posto só mais meio metro em cada sala [para] rentabilizar aquele espaço (...) é quase inócuo (...) outro dia até houve lá um tubo de esgoto que até já [estava] a deitar água para fora...» (B)

Padrões do conhecimento

As fontes e o uso de conhecimentos no contexto no qual os enfermeiros desenvolvem o processo de cuidados e que contribuem para o seu próprio processo de construção de conhecimentos emergiram de uma multiplicidade e diversidade de dados que considerámos pertinente analisar à luz dos padrões do conhecimento de Carper. De realçar que esta foi a dimensão mais representada, com um total de 373 unidades de enumeração, dado que só por si parece revelar a importância atribuída aos conhecimentos pelos enfermeiros recém-licenciados.

Da análise do corpus vários são os sentidos emergentes no âmbito do padrão do conhecimento empírico (49 ocorrências), entendido como essencial a todo o processo de cuidados e constituindo o primeiro padrão fundamental do conhecimento em enfermagem. Sistemáticamente organizado em leis e teorias gerais, é empírico, factual, descritivo e direccionado para desenvolver explicações abstractas e teóricas que digam respeito à disciplina de enfermagem (Carper, cf., p. 53).

Os enfermeiros recém-licenciados assumem que «...este conhecimento que nós temos é (...) um conhecimento que (...) mais nenhum profissional terá e é bom que (...) nós tenhamos essa consciência e que apostemos na nossa profissão enquanto (...) profissionais... com

conhecimentos...» (A). Reforçam afirmando: «...nós já temos conhecimentos, ao contrário daquilo que era antigamente...» (A); «...o curso de enfermagem agora é de quatro anos, é uma licenciatura, significa que há conhecimentos teóricos que só nós enfermeiros (...) os temos, senão não fazia sentido estarmos a apostar numa profissão durante quatro anos...» (A), remetendo-nos deste modo para a importância concedida aos conhecimentos teóricos pelos mesmos (Carper, cf., p. 51).

Quando reflectem no seu percurso académico explicitam: *«[o] primeiro ano era muito teórico mas era o teórico realmente que importava (...) que é necessário.» (D), «...comecei a ver que realmente a parte teórica do curso é o que nos distingue (...) não é o facto de eu saber fazer um penso que valida (...) o meu curso!» (D); «...o enfermeiro não consegue (...) desenvolver as suas actividades sem ter conhecimentos.» (E). E explicam: «...de facto os saberes teóricos são fundamentais (...) são eles que nos permitem ter aquela visão do mundo [para] saber (...) o que é que nós queremos, o que é que [estamos] aqui a fazer (...) como é que o vamos fazer, onde é que o vamos fazer...» (B). «Os conhecimentos são (...) uma das pedras angulares da prática de enfermagem. Não são a coisa mais importante (...) mas é uma das mais importantes.» (E), traduzindo assim também a importância que este padrão de conhecimento assume na organização do trabalho (Ib.).*

Pelos sentidos atribuídos pelos enfermeiros aos conhecimentos adquiridos em contexto académico é emergente a importância que lhes conferem ao se basearem em conhecimentos específicos da disciplina de enfermagem como orientadores no processo de cuidados (Kérouac et al., cf. p. 60), ou atribuindo-lhe o estatuto de *«uma valiosa fonte de conhecimento (...) que fornece (...) um guia para a prática»*, enquadrável no âmbito do conhecimento à priori (Estabrooks et al., cf. p. 50). Asseguram também: *«...a ideia que eu tinha antes do curso e comecei (...) ao longo dos anos a ter ou de certa forma a criar (...) deu-me uma ideia totalmente diferente da enfermagem e eu aprendi a gostar do curso (...) a gostar desta área.» (D). Desta expressão, mais uma vez reveladora da consideração que os conhecimentos, cuja fonte foi o contexto académico, assumiram no percurso de formação deste participante, emerge ainda a ponderação admitida quanto ao padrão de conhecimento empírico na construção da sua visão acerca da enfermagem durante o seu percurso académico.*

À semelhança do que temos vindo a referir pensam que os conhecimentos construídos a partir da formação inicial (Carper, cf., p. 51), *«[os] conhecimentos que a escola nos [transmitiu] são (...) o essencial, o básico, aquilo que nós realmente precisamos minimamente, são os suportes básicos da prática de enfermagem.» (5). Consideram também: «...realmente vimos bem preparados (...) temos que ser realistas (...) vimos bem preparados!» (B); «...da minha formação de base já vinha (...) com um background (...) que tenho a certeza (...) que se repercute totalmente naquilo que eu digo e naquilo que eu faço: quer na minha atitude quer no meu*

comportamento...» (B). No entanto referem: «...ninguém se pode cingir somente àquilo que (...) aprendemos na escola! Temos que procurar, mesmo enquanto estudantes (...) enquanto enfermeiros...» (E). Reforçam assim que «...uma coisa boa que a escola nos deu [foi] (...) conversa de... vão-se formando, isto não acaba aqui...» (B). Concordam pois que «...a nossa escola transmite-nos uma bagagem! Temos que a saber usar, temos que a saber mobilizar!» (E), cabendo pois ao enfermeiro mobilizar os recursos e os seus conhecimentos com a finalidade de facilitar nomeadamente a diversidade de transições experienciadas pela pessoa, individual ou grupal, e promover a sua saúde. (Kérouac et al., cf. p. 60)

Explicam que: «...os conceitos teóricos (...) que nós tivemos (...) encaixaram perfeitamente... na prática.» (C). Para exemplificar a sua afirmação referem exemplos vários, dos quais destacamos: «...tal e qual como nos foi dado ao longo do curso em termos teóricos (...) [vemos] a pessoa no centro (...) a pessoa (...) é o nosso alvo de cuidados...» (A); «...(ver pessoa / família) fomos treinados para isso, na nossa formação inicial.» (C). « [Temos] uma perspectiva (...) uma concepção da saúde ... que... quebrou realmente (...) com aquilo que é o negativismo e o puro tratamento» (B). Realce ainda para «...aquela postura que a gente consegue ter (...) aquele *savoir faire*...» (B). Novamente de denotar, conforme a perspectiva destes enfermeiros a evidente importância que conferem à mobilização de conhecimentos teóricos, emergindo em complementaridade que a consideração que os enfermeiros recém-licenciados atribuem à pessoa e à saúde no processo de cuidados, já anteriormente analisadas, terá tido a sua génese nos conhecimentos adquiridos no seu percurso académico. Sintetizam esclarecendo: «[ali] a nossa escola não é fácil! (...) quem passou por lá (...) tem a obrigação de ser bom...» (B).

Apesar dos aspectos positivos já referenciados, são contudo referidas algumas críticas arrojadas como importantes, nomeadamente quando mencionam: «...acabamos por ter (...) um conjunto de conhecimentos (...) que se calhar estão um bocadinho mais direccionados para os cuidados diferenciados do que propriamente para os cuidados de saúde primários.» (D). Outros aspectos são também apontados como é o caso de «...às vezes também se prendem muito no que é a teoria...» (B) e «...ao nível da prática, a nível daquela destreza (...) que é emergente na altura (...) se calhar às vezes temos alguma dificuldade porque se calhar não conhecemos...» (B). Nessa sequência chegam a sugerir: «...a escola (...) precisava (...) duma reviravolta em certas coisas que (...) não estão tão bem e se calhar não se adequam nada ao que (...) depois é a vida profissional...» (B). Atribuem-se pois alguma «...falta de preparação para lidar com uma diversidade de situações que nos podem acontecer...» (A), identificando ainda existirem «... coisas que nós aprendemos na escola (...) que quando nós chegamos ao terreno não conseguimos na totalidade aplicar...» (C). Deste modo, os conhecimentos cuja fonte é académica, apesar de reconhecidos como essenciais e fundamentais, são identificados

como insuficientes na prática (Estabrooks *et al.*, cf. p. 50), havendo por isso necessidade da aquisição de outros conhecimentos, nomeadamente no contexto da prática de cuidados conforme ilustraremos seguidamente.

Assim, ao se referirem ao contexto profissional como contexto de aquisição de conhecimentos arrogam: «...aprendemos coisas novas, mas não aprendemos nada de muito novo porque (...) a base, nós trazemos da escola! E como trazemos da escola é mais um mobilizar os conhecimentos...» (E) «... [cabendo] a cada um (...) adequar e aprofundar os conhecimentos consoante aquilo que realmente acha que é (...) importante para a sua prática.» (E). Realçam ser indispensável «...sabermos usar todos os recursos que nós temos, todas as ferramentas que a escola (e não só!) nos deram, para conseguirmos prestar cuidados de enfermagem efectivamente individualizados. (E). De situar que deste modo iniciamos a análise do *corpus* no âmbito do padrão do conhecimento estético, padrão representado por 200 ocorrências, e que conforme Carper (1997) corresponde ao conhecimento particular e único, mais do que a uma classificação exemplar, podendo conduzir a uma individualização dos cuidados.

Apesar da valorização que atribuem aos conhecimentos adquiridos em contexto académico chegam a confessar: «...cheguei aqui vinha assustadíssima porque eu dizia: «Eu não sei fazer nada! Vocês não me vão mandar para uma extensão sozinha! Vai ser o caos!» (B). Neste sentido assumem: «...quando iniciei (...) fiquei totalmente sozinha (...) o que fez com que eu crescesse muito (...) que eu tivesse de conhecer todos os produtos que havia no mercado que na escola nós não aprendemos (...) tivesse de saber todas as características de uma ferida que (...) na escola também ficamos um bocadinho limitados (...) precisei de investir muito mais, tive de (...) desenvolver a nível de destreza manual, algo que eu pensava que era impossível...» (D), «... ainda faltava muita coisa.» (D). Tais sentidos, apesar de identificados como constrangedores para os enfermeiros recém-licenciados, traduzem certamente a importância concedida ao uso do conhecimento cuja fonte é a sua própria experiência. (*Ib.*, cf., p. 51).

Também reconhecem: «...eu tento ao máximo fazer as coisas bem (...) e tento (...) ao máximo fazer aquilo que nos ensinaram na escola!» (D), pelo que «...de início fez-me um pouco de confusão determinadas coisas que eu achava que elas deviam ser feitas assim e depois senti que (...) tive de me adaptar no sentido de não sentir que as estava a fazer mal e tive de as adaptar (...) para ver que também as podia fazer daquela forma.» (D). Neste contexto exemplificam: «...aprendemos que (...) devemos de realizar por exemplo um penso em situações (...) de assepsia máxima mas também sabemos quando chegamos muitas vezes a determinadas casas (...) é totalmente impossível (...) manter-se as condições que a gente aprendeu na teoria. Tentamos manter ao máximo (...) porque temos a consciência que se não mantemos estamos a fazer mal mas...» (D), assim «...acaba por haver (...) alguns conhecimentos, neste caso práticos

que (...) não coincidem com os conhecimentos teóricos (...) tive de adaptar algumas coisas...» (D). Estes sentidos vêm reforçar novamente a importância dos conhecimentos experienciais conforme Estabrooks *et al.* (cf. p. 49).

Por outro lado e em complementaridade também referem: «... a área da saúde é uma área que está em constante dinâmica, está constantemente a evoluir (...) e temos que nos ir actualizando...» (E). «[Todos] os conhecimentos que nós adquirimos ao longo do curso e com a prática... são válidos e são (...) muito importantes...» (A). «[A] prática diária vem complementar aquilo que nós aprendemos na escola porque (...) foi tudo, foi a base de tudo.» (C). Contudo «[todos] os dias nos aparecem situações novas, situações com as quais nunca nos confrontámos ou que se outrora já nos confrontámos, não temos bem a certeza...» (E) «... ou (...) sentimos a necessidade de aprofundar (...) consultamos livros, vamos à internet, falamos com os colegas, (...) nas reuniões de serviço, com outros profissionais, com os profissionais de enfermagem...» (E) «...e é também no contacto com a pessoa, porque nós aprendemos muito a contactar com as pessoas.» (E). Tais declarações apontam a importância *major* que, à semelhança de Estabrooks *et al.* (2005), também os enfermeiros recém-licenciados concedem às interacções sociais enquanto fonte de conhecimentos. Neste âmbito maior ênfase é concedido às interacções informais e aos conhecimentos experienciais (cf., p. 49).

Referem que em contexto académico «...durante os (...) estágios temos uma visão um bocadinho imatura daquilo que é (...) lidar com as pessoas (...) [Com] o percurso profissional (...) aprendemos a estar de maneira diferente (...) [há uma] sensibilidade mas não tão imatura em relação (...) ao avaliar (...) e ao estar com aquelas pessoas...» (C), emergindo pois a consideração conferida aos conhecimentos adquiridos pela experiência profissional. Em relação aos conhecimentos, cuja aquisição aceitam ter ocorrido em contexto profissional, respeitam também à relação que estabelecem com as pessoas. Mais uma vez iniciam pelas vivências em contexto académico para expressarem as mudanças que identificam em si próprios: «[tendo] saído da escola há pouco tempo, ainda vinha com aquela noção que todas as pessoas quando chegavam a nós que eram acessíveis, que não discutiam...» (D), «...achamos que tudo é cor-de-rosa (...) que com um simples sorriso, com (...) umas «falas mansas» chegamos lá, mas (...) muitas vezes não chegamos lá...» (C). Reforçam ainda: «...nem tudo é perfeito (...) nem todas as pessoas reagem (...) de boa maneira connosco e [para] isso nós temos que criar mecanismos de defesa...» (C), «...desenvolver também... uma atitude perante situações que muitas vezes nos deixam assim um bocadinho tristes e com vontade se calhar de explodir no momento mas não podemos...» (D); «[sabemos] que temos pessoas lá fora para atender e pensamos assim: «Bom... isto agora tem de ser (...) temos de saber dar a volta nisto...» (D), emergindo desta forma as interacções sociais informais, especificamente com a pessoas de quem cuidam, e o conhecimento experiencial como fontes de conhecimento prático (Estabrooks *et al.*, cf. p. 49), nomeadamente no que se refere ao

desenvolvimento e uso da criatividade (Carper, 1997) perante situações adversas no decurso do processo de cuidados. Os mesmos sentidos podemos identificá-los quando referem: «[há] sempre uma ou outra pessoa mais complicada...» (B), sendo «...as situações específicas e individuais de cada pessoa que nos fazem ter alguns constrangimentos.» (A). «...Às vezes é complicado... colocarmos (...) a pessoa no processo de cuidados porque (...) há pessoas que têm feitios diferentes, há pessoas que têm formas de estar e formas de ser diferentes, há pessoas mais rezingonas e há pessoas mais alegres (...) pessoas mais bem dispostas, outras nem tanto!» (E). «A forma como a gente se relaciona, se calhar [também] não é fácil...» (B), «...há feitios, pessoas que nós encontramos que conseguem ser muito rudes...» (C) e «...o facto de muitas vezes as pessoas terem uma postura agressiva para connosco... muitas vezes naquele momento em que a situação está a decorrer faz-nos esquecer isso e faz-nos pensar (...) porque é que eu estou a dar tanto em prol desta pessoa e ela [está-me] a tratar tão mal?» (D). Outros sentidos consideramos emergirem também destas unidades de registo, nomeadamente relacionados com a sua preocupação em colocar sempre a pessoa no centro do processo de cuidados. Ao relevarem a importância de a colocar no centro, não estarão simultaneamente a colocá-la?

Chegam a assumir «...é óbvio que há pessoas que se nós pudéssemos agarrávamos por um braço e metíamos na rua...» (B). «...Não é fácil: as pessoas por vezes não aceitam, há coisas que não aceitam e há situações que não aceitam...» (E). Reconhecem que «...são muitas vezes essas pequenas frustrações que depois não nos deixam (...) fazer a nossa prática como deve ser porque (...) ficamos irritados, ficamos às vezes zangados...» (D). Declaram pois que «...no dia-a-dia é imensamente difícil lidar com as pessoas. É um desgaste enorme porque temos que... deixar entrar toda aquela informação, trabalhá-la e [estar] sempre bem disposto (...) com uma resposta certa (...) isso desgasta imenso (...) gera muito stress... no dia-a-dia!» (C) e «...às vezes em determinadas situações que acontecem... fico um bocadinho constrangida e se calhar esqueço um bocadinho aquilo que eu tento sempre pôr no meu dia-a-dia...» (D). Neste seguimento consideram que «...isto é um trabalho (...) muito desgastante (...) como alunos (...) não temos a mínima noção do que é que se faz aqui!» (B). Acreditam contudo: «...a nível pessoal ganhei muito desde que estou a trabalhar porque me faz estar desperta a muita coisa...» (D). «Quando se consegue fazer isso, que felizmente quando olho para trás penso nisso: ainda bem que já estive nalgumas situações (...) que me poderia exaltar... e que apetecia (...) e digo: ainda bem que não o fiz!» (C). Assinalamos neste seguimento, que pelo desenvolvimento de conhecimento experiencial, nomeadamente a partir de situações em que determinadas atitudes funcionaram/não funcionaram (Estabrooks et al., cf. p. 49) demonstram os seus compromissos pessoal e profissional no processo de cuidados (Kérouac et al., cf. p. 60).

Lembram ainda: «[acontece] qualquer coisa (...): e agora, o que é que eu faço?» (B) ou até

mesmo «[quando] por exemplo a pessoa me disse que a única coisa que eu posso fazer por ela era eu ir ao funeral, eu fiquei sem saber o que havia de fazer!» (A). «[Assusta-me] sempre o não saber (...) o que é que hei-de fazer (...) penso muito nisso: ou acontecer qualquer coisa, ou fazer uma coisa mal...» (B), «...ou mais grave ainda: fazer mal e não me aperceber a tempo de emendar, que acho que isso então é que é uma coisa que me assusta imenso (...) acontecer qualquer coisa e eu não conseguir agir (...) no momento correcto e, e a pessoa (...) precisar e eu (...) não fazer o que devia (...) acho que assusta qualquer pessoa (...) [com o] tempo não se pensa é tanto nisso, mas acho que assusta qualquer pessoa.» (B). Importância também concedida à «...filosofia de cuidados, (...) como nós falamos das coisas e... especialmente o juízo crítico...» (B) «...com o tempo... [conseguimos] fazer o tal juízo crítico (...) e actuar nas coisas da forma que realmente mais beneficia...» (B). Também na «... destreza técnica: não saber, o ter medo de não conseguir dar resposta a nível da destreza.» (E). Destes sentidos é emergente a preocupação especialmente conferida à destreza quer de raciocínio, quer manual, dimensões estas conferentes de visibilidade ao padrão do conhecimento estético Carper, cf., p. 51).

Neste contexto as experiências dos participantes são todavia diversas: se há participantes que afirmam «...até hoje não houve situação nenhuma que eu tenha ficado assim (...) [o] que é que eu tenho que fazer? Ainda não aconteceu, mas (...) penso muito nisso...» (B), outros há que assumem: «[eu] já me deparei, na minha primeira semana de trabalho com uma situação... que... foi complicada. Consegui resolvê-la mas de certa forma não consegui resolvê-la da melhor forma!» (D). «[Foi] o meu medo, foi a minha inexperiência, foi o querer resolver a situação...» (D). Das reflexões expressas estaremos decerto mais uma vez perante a consideração que parece ser concedida aos compromissos pessoal e profissional pelos enfermeiros recém-licenciados quando desenvolvem o processo de cuidados (Kérrouac et al., cf. p. 60).

Identificam contudo constrangimentos que concorrem para algumas das dificuldades apontadas na prossecução dos seus compromissos pessoal e profissional: «...dar (...) apoio emocional, (...) é muito complicado porque (...) também [estamos] a lidar com as nossas próprias emoções, (...) também temos a nossa história (...) e conhecemos as pessoas (...), lidamos com elas...» (B); «[eu] própria (...) não estar todos os dias com esta abertura de espírito.» (B), admitindo que «...às vezes [também] a gente centra-se um bocadinho em nós...» (B), ou ainda o facto de identificarem «[haverem] pouquíssimas coisas [para] nós enfermeiros... (B), conforme exemplificam: «... temos aqui uma biblioteca (...) livros de enfermagem (...) [são] um sexto ou um sétimo do que aqui [está]!» (B) e «...o problema maior é nós conseguirmos (...) avaliar o que é que é realmente importante, o que é que é realmente nosso.» (B). Quanto ao sentido relacionado com esta unidade de registo pensamos ser pertinente nos

questionarmos relativamente ao que é que este participante se estaria a referir quando assume constituir para si um problema «avaliar o que é realmente nosso». A especificidade dos conhecimentos da disciplina de enfermagem não suportará essa avaliação? Em caso afirmativo, que importância atribuirá então aos conhecimentos específicos da disciplina?

Quanto aos «... cuidados de saúde primários e quando falamos de cuidados de enfermagem é tudo o que esteja direccionado para o utente (...) e tudo o que ele tenha à sua volta...» (D), é «... tentar saber como aquela pessoa é (...) entrar nos meandros da individualidade daquela pessoa...» (E), emergindo pois o conceito «individualidade de vida», cuja fonte foi decerto o contexto académico (Modelo Teórico de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney) e que ao ser referido de forma explícita parece continuar a ser usado como orientador do processo de cuidados. Cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários são ainda «... cuidar a pessoa (...), mais que o tratamento, dar a injeção, fazer o penso (...) e especialmente (...) actuar também de forma a evitar problemas futuros (...) muito ao nível da promoção ou seja dos ensinamentos que fazemos, (...) do acompanhamento que fazemos à própria vida da pessoa...» (B) ou seja: «comprometer-se nos processos interactivos com o fim de promover a saúde e favorecer a cura» (Kérouac et al., cf. p. 60). Os «...«cuidados (...) de enfermagem... são muito, muito globais, são personalizados» (C) «... àquela pessoa / família na totalidade, na globalidade, sem [estar] a (...) espartilhar.» (C). Realçamos aqui, e em continuidade com o já analisado no tema anterior, a perspectiva paradigmática sobretudo transformativa que cremos orientar a prática destes enfermeiros.

Numa tentativa de explicarem o que significa para si ser enfermeiro em cuidados de saúde primários referem: «... para mim ser enfermeiro de cuidados de saúde primários (...) é seguir a pessoa no ciclo de vida (...) desde antes do nascimento, ou seja na preparação para o nascimento até à velhice. Isso para mim é ser enfermeiro de família e foi por isso que eu escolhi os (...) os cuidados de saúde primários.» (C) «... eu sou enfermeira de família, não sou enfermeira tarefaira.» (B), «...[sou] enfermeira das pessoas.» (B). De sublinhar mais uma vez a valorização atribuída à pessoa enquanto foco de atenção da prática destes enfermeiros, bem como a sua emergência deste conceito que, reconhecemos novamente, se tem revelado como transversal à análise e compreensão dos dados.

Ao reflectirem acerca da avaliação da situação das pessoas, emerge sobretudo uma avaliação centrada nas necessidades e/ou problemas das mesmas, facto evidenciado nalgumas unidades de registo dentre as quais seleccionámos as seguintes: «...descobri que afinal a senhora estava-se a sentir bastante, bastante sozinha (...) [pelo] facto do marido ter falecido há relativamente pouco tempo...» (E) e «...vimos adolescentes ainda hoje com necessidades de informação muito grandes a nível da sexualidade, a nível de, de hábitos de risco,

de consumos aditivos (...) e é aí que nós temos que intervir.» (A) Esclarecem que essas necessidades são avaliadas «[muitas] vezes (...) através do (...) diálogo (...) com as pessoas. (...) [É] claro que é uma avaliação (...) também (...) em termos de parâmetros técnicos (...) mas muitas vezes (...) [é] só através (...) do diálogo com a pessoa.» (D). Nessa avaliação realçam particularmente a necessidade de «...conhecer a forma como [a] pessoa está inserida [nos] diversos grupos a que pertence [para] tentar saber a sua dinâmica e de que forma é que essas relações, é que essa dinâmica influencia não só a pessoa mas também os outros intervenientes mesmo que não [estejam] em contacto com eles.» (E). Salientamos, decorrendo dos sentidos de algumas das unidades de registo, a identificação que é possível fazer dos conceitos pessoa, saúde e ambiente, bem como das relações entre os mesmos, sugerindo-nos uma vez mais a importância que os enfermeiros recém-licenciados atribuem aos processos humanos de viver e morrer, nos quais reconhecem uma constante relação entre os seres humanos e o seu ambiente - uma das proposições relacionais do metaparadigma de enfermagem (Fawcett, cf. p. 37), também já analisada anteriormente no tema «A pessoa concreta em ambiente promotor de saúde e bem-estar», nomeadamente nas dimensões «Focalização na pessoa no ambiente» e «Focalização no ambiente promotor de saúde na pessoa».

Expõem que a sua intervenção deverá «... ir de encontro às (...) necessidades e prestar cuidados globais de saúde e personalizados.» (C) «...[abrangendo]... uma multiplicidade (...) tanto de intervenções como (...) de etapas do ciclo vital.» (C). Mais uma vez, e conforme o padrão do conhecimento estético, realce sobretudo para intervenções que visem a satisfação de necessidades da pessoa (Carper, cf. p. 51). Particularizam assim que «... é p'ra isso que nós temos que trabalhar, é para que as pessoas se sintam saudáveis, embora tenham alguma doença, algumas limitações...» (A), defendendo neste sentido «...uma intervenção nos vários níveis (...) de prevenção, também [para] que a pessoa se aperceba que pode recorrer aos cuidados de enfermagem não só para uma parte por exemplo curativa, mas em todos os aspectos da sua vida, que nós podemos colaborar nesse sentido.» (C). Assim a intervenção poderá e deverá «... fazer com que as pessoas (...) procurem no sentido de melhorar a sua qualidade de vida e não (...) só para quando estão doentes ou quando estão só doentes.» (A). De reconhecer nestas últimas unidades de registo a ponte que reconhecemos com o conceito de saúde que defendem quando analisámos o tema «A pessoa em ambiente promotor de saúde e bem-estar», nomeadamente na dimensão «Focalização no bem-estar como resultado».

De referir ainda que também neste âmbito emerge a pessoa grupal, também já analisada na dimensão «Focalização na pessoa» do mesmo tema: «... tentamos fazer o máximo (...) ir ao máximo a todos os pormenores que nos abrange nesta comunidade (...) apoio com a Santa Casa (...) a nível das creches, das escolas...» (D), «... tentamos (...) abranger todas as áreas

que nos são possíveis aqui (...) na nossa zona.» (D) nomeadamente «... promoções da saúde com sessões de educação para a saúde nas escolas (...) desde o jardim-de-infância até... aos outros ciclos do ensino básico e ao ensino secundário (...) a nível de todos os temas (...) os casais de noivos...» (B), pelo que asseguram que «... acima de tudo a (...) contribuição para eles passa pela educação para a saúde...» (D), realçando neste âmbito que os «...ensinos todos que nós fazemos (...) só nós (...) os sabemos fazer (...) de forma global...» (A), assumindo deste modo uma lógica de relação na qual mobilizam os seus conhecimentos e os colocam à disposição da pessoa (Carper, cf., p. 51).

Reconhecem contudo que apesar de se «... [trabalhar] muito na promoção da saúde...» (A), «... muitas vezes (...) a nossa educação para a saúde vai um bocadinho além daquilo que as pessoas realmente sentem que é necessário para elas.» (D). Referem-se ainda àquilo que designam de «...pequenos constrangimentos pessoais que é (...) querermos que as coisas, que as pessoas façam de certa forma tudo aquilo que a gente sabe à partida que deveria ser assim e muitas vezes não acontece...» (D), seja porque as «[pessoas] (...) têm algumas limitações (...) Até a limitação do não querer ou... ou do não poder...» (B), seja porque as «...pessoas até são um bocadinho mentirosas (...) que a gente sabe que as coisas não são bem assim...» (B), chegando até a admitir que «[quando] elas não cumprem (...) a gente tem que tomar uma atitude mais paternalista...» (B). Parece-nos indispensável questionar: estará tal tipo de atitude relacionada com uma deficiente avaliação da situação das pessoas de quem cuida ou sobretudo com a não consideração no processo de cuidados, dos efectivos conhecimentos sobre a sua situação?

A mesma atitude também é identificável em situações no âmbito da prevenção secundária como no seguinte relato: «... o que é que eu disse? «Desculpem-me. Não me levem a mal (...) mas neste momento têm que sair (...) do quarto para eu fazer os cuidados! (...) toda a gente saiu da sala, tudo à porta à espera sem fazer barulho, porque eu disse que (...) já ia falar com eles...!»» (B). « [Eu] é que tratei de tudo! Os familiares aí ficaram todos em stand by.» (B). Onde se encontra, nestes casos, a centralidade da pessoa parceira de cuidados? E a família como interveniente no processo de cuidados? Poderemos identificar discrepâncias entre o discurso e a acção destes enfermeiros especificamente no que respeita ao estatuto atribuído à pessoa e família? Outro exemplo parece corroborar a nossa reflexão: ««[têm] que ter muita calma, chegou o momento eu vou mand... (...)» (...) já tinham expressado o desejo que queriam que a senhora falecesse em casa, (...) mas naquela situação que eu sabia que ainda ia durar umas horas (...) que ia sofrer muito com, com dispneia. (...) acordámos todos, mas isto tudo em contrato com a família, tudo sempre com um contrato (...). «(...) se você acha... você sabe bem que da nossa parte tem carta branca àquilo que você disser...»» (B). As mesmas questões poderiam ser equacionadas...

Por oposição, na relação com a pessoa realçam que «[é] importante sabermos ouvir, sabermos falar, falar pausadamente, com calma... e termos uma visão de que aquela pessoa está a precisar de nós.» (E), revelando deste modo e mais uma vez a relevância conferida aos conhecimentos sobre a situação das pessoas de quem cuida (Carper, cf. p.51).

Apontam também que «...quem vem para enfermagem não pode ver a enfermagem como mais uma profissão que tem futuro ou que (...) até se consegue ganhar (...) algum dinheiro com ela mas sim ver a enfermagem como uma profissão útil e extremamente necessária para... quem precisa de nós.» (A). Invocam algumas características que consideram essenciais a todos os enfermeiros, nomeadamente a vocação justificando: «...é preciso nós actuarmos com vocação (...) porque se vamos estar só a prestar cuidados por prestar acho que não vale a pena.» (A). Pensamos que os sentidos emergentes destas unidades de registo apontam para que a escolha a nível profissional se deva concretizar fundamentalmente em função daquilo que cada um pensa ser ou vir a ser. Tal convicção relacionamo-la com o conceito de vocação apresentado por Schlanger (1998, p. 64) ao considerar que «ter vocação (...) significa reconhecer-se e enveredar por uma determinada direcção em virtude de uma afinidade dinâmica que não é necessário contrariar».

«Tem que ser uma pessoa dinâmica (...) que goste do que faça...» (E), que demonstre «...responsabilidade...» (C), «...esforço e dedicação.» (E), com «...capacidade (...) de digerir bem as coisas e de pensar rápido...» (B), «...estar atento...» (C), «...dominar a técnica, (...) estar cientificamente actualizado e procurar-se actualizar...» (E), «...[mobilizar] recursos daqui, (...) dali, [improvisar]...» (E). «Uma pessoa activa, (...) preocupada com os outros e uma pessoa que tem que ter também (...) visão de grupo.» (E), «...que se dê bem (...) com a equipa, que saiba fazer, porque a parte técnica também é importante!» (E), «...é partilhar e (...) também [esforçar-se] por (...) haver alguma uniformidade...» (B) e «...reajustar (...) a linguagem...» (C). «É o falar (...) com a equipa, é tentar que a equipa nos oiça, (...) que nós oiçamos aquelas pessoas... que conseguimos também saber o que é melhor para aquele utente que está à nossa frente, que precisa de cuidados...» (E). «Nós somos os advogados dos utentes.» (E) pelo que «...devemos agir com a nossa equipa para o bem daquele utente...» (E).

Do exposto de realçar a importância que os participantes atribuem à análise das situações interagindo com profissionais de outras disciplinas (Carper, cf. p. 51), reconhecendo os conhecimentos específicos dessas disciplinas como contributos indispensáveis a uma análise global das situações das diferentes pessoas (Adam, cf. p. 58).

Por fim relatam também que nos momentos de orientação de estudantes em ensino clínico invocam a importância da qualidade do atendimento da pessoa conforme é

expresso: «...eu às vezes digo assim a eles: «...tentem investir, tentem conhecer, tentem saber mais, não se fiquem só por aquilo e tentem ao máximo sentir que fizeram algo bem e que vocês ficam com a satisfação de que foi bem feito mas que a outra pessoa também ficou com a ideia que tive um bom enfermeiro perante mim e sim senhora, fui bem atendida!» (D). Assim, «...se nós cumprimos com aquilo que aprendemos (...) e com a nossa vontade (...) de fazer e de (...) ajudar e de cumprir... [estamos] a realizar os cuidados de enfermagem...» (C), que segundo os próprios, e mais uma vez, «... não se centra só na parte curativa (...) centra-se essencialmente também noutra coisa muito importante que é o cuidar.» (E).

O padrão do conhecimento de si, pelo número de ocorrências (105), é o segundo padrão de conhecimento decorrente do *corpus* em análise mais representado. Conforme Carper (1997) corresponde ao padrão mais difícil de desenvolver sendo essencial para a compreensão do significado de saúde no sentido do bem-estar da pessoa.

Os participantes referem-se neste âmbito a duas dimensões distinguindo: «...conhecimento do próprio enfermeiro, que o enfermeiro tem de si próprio (temos que nos conhecer muito bem, saber como é que nós vamos reagir perante uma determinada situação (...); conhecimento do utente (...) O que é que aquela pessoa é realmente? O que é que ela precisa?» (E), sendo assim subjacente um processo de relação interpessoal enfermeiro-pessoa.

Quanto ao enfermeiro, consideram que «... tem que ser uma pessoa como as outras (...) se emociona, (...) fica doente, (...) se chateia, (...) há dias que não lhe apetece [estar] lá (...) tem as suas dúvidas (...) aprende todos os dias qualquer coisa...» (B), «... sobretudo (...) o enfermeiro que se sinta enfermeiro.» (A) e que «...com a sua sensibilidade, com as suas características próprias (...) se [saiba] moldar às características do utente.» (E). Exploram em seguida com maior pormenor o que entendem por «se saiba moldar às características do utente», afirmando: «[temos] que (...) saber arranjar mecanismos e mobilizá-los [para] conseguirmos chegar àquela pessoa, perceber realmente o que se passa, o que é que aquela pessoa valoriza, o que é que ela não valoriza, o que é que ela precisa realmente de nós...» (E), «...sabermos ouvir as pessoas...» (D), sendo neste sentido enfatizadas as atitudes facilitadoras do processo de cuidados, especificamente no âmbito da relação interpessoal (Carper, cf., p. 51). É em complementaridade realçado como importante «...mobilizar e aprender a controlar um bocadinho as (...) emoções e (...) saber estar na vida, saber estar com as pessoas (...) saber estar com aquela pessoa, dar-lhe o tempo que ela necessita (...) para aquela pessoa conseguir transmitir-nos o que ela realmente quer e que nós consigamos chegar a ela.» (E). Reconhecemos pois a valorização que conferem ao estabelecimento de uma relação de ajuda, bem como ao desenvolvimento de atitudes também facilitadoras da mesma (*ib.*).

Em jeito de síntese referem que o enfermeiro deverá «...perante as adversidades, perante os obstáculos, (...) ser uma pessoa que saiba estar, que saiba ser, que saiba fazer e que consiga

responder às situações...» (E), sendo portanto enfatizada a importância atribuída à atenção que o enfermeiro presta ou deverá prestar a si próprio identificando os seus próprios limites e otimizando os seus próprios recursos no sentido de se poder descontrair oferecendo serenidade, calor e compreensão (Hesbeen, 2001).

A entrega e a autonomia são neste âmbito especificamente valorizadas: «...*eu entrego-me... em tudo aquilo que eu posso, entrego-me às pessoas»* (A); ou, dito de outra forma: «*[dou] tudo o que eu [posso] em prol do outro!*» (D). Justificam-no afirmando «...*se nós não nos entregarmos às pessoas também nunca poderemos esperar que as pessoas nos digam tudo aquilo que têm... quais são os seus problemas, quais é que são as suas dificuldades...*» (A). «*[Só] assim é que faz sentido a nossa profissão.*» (A). Confirmam todavia a penosidade de algumas situações vivenciadas na sua prática: «...*entrego-me se calhar muito mais às vezes do que aquilo que (...) colegas meus o poderão fazer (...) até posso sofrer um bocadinho mais com isso, mas não me importo, o que interessa é que as pessoas tirem de mim tudo aquilo que necessitam.*» (A). No que se refere à autonomia, nomeadamente relacionada com a tomada de decisão quanto aos cuidados a prestar à pessoa (Carper, cf., p. 51) e valorizada no âmbito do padrão do conhecimento de si, é referido: «...*autonomia (...) é uma coisa que para nós é muito motivante e dá uma satisfação pessoal muito grande...*» (B), sendo por conseguinte de identificar a importância igualmente atribuída à «... *motivação (...) [e à] satisfação pessoal...*» (B). Reafirmam tal ideia dizendo: «*[gosto] muito do que faço...*» (E), «...*eu gosto deste curso, ou melhor, gosto desta profissão...*» (D), «...*sinto-me enfermeira, sinto-me realizada a cem por cento!*» (B), «... *sinto que ser enfermeiro num centro de saúde (...) é extremamente gratificante!*» (E). Reforçam declarando: «...*aprendi de tal forma a gostar e (...) a defender tanto (...) eu sou muito defensora dos cuidados de saúde primários dentro da enfermagem.*» (D), afirmação novamente reveladora do conhecimento que os enfermeiros têm de si próprios (*lb.*).

Neste padrão do conhecimento de si, realce especial também para a acessibilidade que descrevem como «...*o estar pronto sempre a receber (...) a pessoa... independentemente (...) da situação (...) da localização... do horário...*» (C); «...*é estar disponível para o outro (...) deixar de pensar um pouco em mim (...) mas pensar que a outra pessoa pode precisar muito mais de mim...*» (D); é «...*disponibilizamo-nos... tanto eu como a pessoa a estar ali...*» (C). Concluem dizendo: «...*tudo o que (...) precise de nós (...) devemos estar disponíveis...*» (D), destacando a disponibilidade do enfermeiro como indispensável no estabelecimento da relação interpessoal e consequentemente promotora da relação de ajuda no processo de cuidados (*lb.*). Directamente relacionado com o anteriormente apresentado consideram «...*[ter] que haver uma interacção, tem que haver uma relação interpessoal do utente conosco.*» (E) que pensam ter que passar por «...*darmos um bocadinho do que somos para podermos*

que a pessoa nos dê um bocadinho o que é.» (E) ou, conforme Carper (1997), por um processo de relação interpessoal ao qual subjazem relações e transacções, mais uma vez expressos pelos participantes quando afirmam: «...somos também pessoas e como pessoas gostamos de ser acarinhados, gostamos que cuidem de nós, portanto devemos de tentar fazer o mesmo pelos outros.» (E), ou seja «...sermos para aquela pessoa (...) o que nós gostaríamos que alguém, (...) estando nós do outro lado, fosse para nós.» (E).

Relacionam ainda a acessibilidade com «...um maior horário, (...) a colaboração (...) entre os profissionais...; uma procura (...) de [estarmos] todos em sintonia (...) na maneira de transmitir os conhecimentos, (...) de realizar os cuidados como na parte de registo.» (C). A tais características associam ainda «...temos que ser congruentes (...) com aquilo que passamos e com aquilo que sentimos...» (D). «[Temos] (...) de estarmos bem perante aquela pessoa (...) podemos a nível interior não estarmos muito motivados se calhar naquele dia, mas aquela pessoa sempre nos conheceu bem (...) sempre nos conheceram disponíveis, (...) alegres, simpáticos e (...) o facto de por vezes (...) não estarmos com essa disposição tão grande faz com que (...) sintam que não os estamos a tratar tão bem...» (D).

Da compreensão inerente aos sentidos emergentes das anteriores unidades de registo, de relevar que as mesmas nos remetem para o Princípio 3 de Kérouac *et al.* (cf. p. 60) que advoga a importância da presença, atenção e disponibilidade do enfermeiro como essenciais na promoção do desenvolvimento do potencial de cada pessoa que vive experiências de saúde.

Recorrem a situações por si vivenciadas para exemplificar a valorização que atribuem ao seu próprio conhecimento, especificamente às qualidades humanas e competências profissionais que, sendo adaptadas a cada situação individual, permitem olhar a pessoa na sua singularidade (Hesbeen, 2001) individualizando conseqüentemente todo o processo de cuidados: «...é muito gratificante, é muito gratificante mesmo!» (E): «...foi gratificante na sexta-feira quando eu fui lá, que foi a última vez (ela morreu na sexta-feira) e eu disse à filha: não lhe faça mais nada, sente-se simplesmente ali ao lado dela e fique a acompanhá-la porque ela está mesmo a morrer (...) a filha disse: era isso que eu esperava que você me dissesse...» (A). Outra situação exemplificativa: «...a Marta saiu na quarta-feira a mamar como a mãe sempre desejou (...) para nós foi muito, muito, muito, muito recompensador...» (D) porque «...investimos tanto durante as consultas maternas que depois acaba por ser de certa forma um bocadinho frustrante (...) como incentivamos tanto ficamos um pouquinho tristes depois quando isso (...) não acontece.» (D).

Para além do que já analisámos é também mencionado pelos participantes ser «...importante tentarmos conhecer como é que aquela pessoa (...) está a vivenciar cada

situação.» (E). Nesse sentido, apontam como sendo fundamental, uma adequada avaliação da situação da pessoa: «[se] nos preocuparmos também em colher dados, em saber o que se passa com aquela pessoa (...) conseguimos intervir, só conseguimos dar um bocadinho de nós se nós soubermos (...) como é que aquela pessoa está a vivenciar a situação.» (E). «[Muitas] vezes as pessoas quando (...) nos procuram (...) vão para a parte curativa (...) habitualmente eu tenho o cuidado de (...) tentar perceber como é que a pessoa [está] a reagir, não só perante aquela situação de intervenção como também no resto das suas actividades de vida...» (C). É referido também que «...muitas vezes a pessoa até me pode dizer: «Eu [estou-me] a sentir bem, [está] tudo ótimo, pode continuar a fazer isto, ou vamos continuar a falar disto e depois no fim fazer-me algo, ou fazer-me despertar para algo que (...) não era o que eu estava a pensar...» (D). Tentam pois «... identificar o melhor possível (...) a necessidade que aquela pessoa tem naquele momento (...) e sem ser só naquele momento. (...) [Prioritário] é a necessidade daquele momento, mas se tivermos oportunidade disso, tentar aprofundar e identificar necessidades pessoais, familiares, da comunidade (...) identificar grupos de risco e grupos que necessitem de vigilância e convocá-los para depois tentar perceber se têm necessidades ou não (...) de saúde.» (C), revelando a importância que atribuem à avaliação da situação individual de cada pessoa, condição considerada pelos enfermeiros recém-licenciados como fundamental para o desenvolvimento de um processo de cuidados verdadeiramente focalizado na singularidade da mesma, do qual é exemplificativa a seguinte unidade de registo: «...[tentei] procurar com a pessoa actividades que gostasse de desenvolver durante o dia (...) dando a conhecer actividades que poderia realizar (...) tentei passar a informação daquilo que havia na comunidade (...) negociar com a pessoa aquilo que poderia fazer (...) tentar também perceber se havia convivência com vizinhos, com alguém que [estivesse] mais próximo, algum familiar, mesmo que não tão directo... mas alguém a quem tivesse e que pudesse recorrer (...) tentei que a senhora... pensasse naquilo (...) que a [estava] a afligir mais... e de alguma forma conversasse com o filho (...), com a nora e netos sobre isso...» (C). Deste exemplo consideramos ainda de relevar a importância que é atribuída à liberdade de posicionamento da pessoa pela sua própria saúde, numa relação em que não é aceite qualquer orientação manipuladora (Carper, 1997).

Ainda relativamente à avaliação individual da pessoa explicitam que «[sempre] que a pessoa está ali daquela vez (...) ir de encontro às necessidades daquele dia...» (C), «... tanto aquilo que ela nos refere como aquilo que nos demonstra, não podemos [estar] só limitados a ela...» (C) «[Por] exemplo: acontece uma situação (...) dum corte (...) [não me vou] preocupar só (...) com aquela ferida... temos que ver outras coisas... a vacinação (...) tentar não deixar escapar nada em relação àquela situação que [está] a ocorrer...» (C), «...tentamos falar um bocadinho com a pessoa, muitas vezes até vamos (...) descobrir situações que estão muito alheias àquilo que a gente vê por exemplo só naquela ferida...» (D).

«Como é que eu avalio nessa pessoa se está bem, atingiu um bem-estar, um nível de bem-estar (...) [como] é que eu faço isso? Pelo fácies, pelo que a pessoa me possa dizer...» (C), «... tentar perceber... interpretar... as necessidades que a pessoa me transmite (...) seja... oralmente, seja (...) pelas expressões (...) em termos (...) de cuidados... técnicos... mas também psicológicos...» (C). Referem valorizar também «... como a pessoa está naquele dia (...) perceber se a pessoa está receptiva, se realmente está disponível para nos poder ouvir, se [está] disponível para realmente seguir determinadas indicações tendo em conta aquilo que ela [também] acha que é a situação...» (C) e ainda «...se [está] a atingir o meu objectivo que é o máximo, é maximizar o potencial daquela pessoa para ela estar bem, e ao mesmo tempo saber se ela está a perceber o objectivo.» (D). Concordam que se «...não valorizarmos a forma como a pessoa está naquele dia, (...) pode interferir para que não consigamos atingir um bom objectivo...» (D), aspecto que mais uma vez vem reforçar a necessidade da adequada avaliação daquela pessoa que é única, dando assim início a um processo de cuidados também ele único e singular, descrito pelos enfermeiros como «...[englobando] uma série de dimensões: engloba a parte do ser, do estar, do fazer, engloba tudo e mais alguma coisa que tenha a ver com aquela pessoa... a vertente cultural, a vertente socio-económica, a vertente política também...» (E). «[É] apoiar as pessoas a cem por cento (...) como a gente dizia lá na escola é mesmo estar com as pessoas (...) em tudo!» (B). «...[Não] é só (...) o ter pena, o querer ajudar, que era aquilo que eu sentia antes de fazer o curso...» (C) «...pretendemos acompanhar as pessoas (...) e estar com elas...» (C). «...É [estar] lá.» (B). É «...ver (...) holisticamente aquela pessoa, que não é igual ao ter pena e ao querer ajudar!» (C), evidenciando-se deste modo mais uma vez a forma como olham a pessoa.

Reconhecem também conforme o exemplo seguinte que «...há muitas técnicas que (...) não são bem conseguidas se (...) antes não conseguirmos estabelecer uma boa conversa [com] a pessoa (...) a boa conversa passa por a pessoa sentir-se bem (...) com a nossa presença!» (D): «...não concebo estar a fazer (...) um atendimento de enfermagem completamente muda e calada sem perceber (...) como é que a pessoa se está a sentir, se está a doer, se não está a doer, se percebeu... validar sempre se a pessoa percebeu a mensagem, se nos quer transmitir...» (E). «É tentar relacionar o conhecimento da pessoa com aquilo que vamos fazendo.» (D), «... temos de valorizar muito aquilo que a pessoa sabe e aquilo que ela [está] a perceber do que nós estamos a lhe dizer.» (D). Neste âmbito de salientar a importância mais uma vez conferida às interacções sociais, nomeadamente às informais, neste caso com a pessoa centro de cuidados, como fonte de conhecimento prático para os enfermeiros (Estabrooks *et al.*, cf. p. 49). Contudo, apesar do seu reconhecimento enquanto fonte de conhecimento mencionam que «... [Muitas] vezes o que eu noto é a falta (...) de conhecimento, a falta de adaptação (...) à realidade (...) aquilo que me satisfaz é (...) começar a ajudar aquela pessoa a entender o processo que passou e como o pode ultrapassar de uma melhor forma (...) conversando, esclarecendo... dúvidas...» (C), apelando deste modo, e mais uma vez, para as

transacções inerentes a uma relação interpessoal autêntica.

Ainda no âmbito do conhecimento usado pelos enfermeiros referência ao facto de identificarem que «...*muitas vezes (...) o sentir dos profissionais é: (...) este meu conhecimento (...) não o posso passar porque depois... fico sem ele (...) eu acho que não é nada assim!*» (C), Manifestam nesse sentido outra atitude: «... *somos profissionais (...) também [para] esclarecer as pessoas, [para] ajudá-las a ser autónomas... independentemente [de] eu estar (...) a ensinar aquilo que eu aprendi.*» (C); «...*eu gosto de passar esses conhecimentos (...) põem a pessoa muito mais independente e [ajuda-nos] também.*» (C), respeitando deste modo a liberdade de posicionamento da pessoa, ser autónomo e parceira de cuidados, enquanto ser em projecto (Carper, 1997).

Relacionado com o padrão do conhecimento ético, focalizado no conhecimento do que é certo e errado, condicionando as escolhas morais do enfermeiro em cada situação particular (Carper, 1997), é representado por 19 ocorrências.

Os participantes no estudo consideram que «...*um bom enfermeiro tem que ser essencialmente uma boa pessoa, tem que haver uma boa essência.*» (E). «*Tem que (...) saber ser uma boa pessoa [para] com os outros, o saber estar, saber ouvir, saber respeitar.*» (E). «...*[Alguém] em quem [as pessoas] podem confiar e (...) desabafar os seus problemas para assim eu os poder ajudar.*» (A). «...*[É] importante nós sabermos respeitar...*» (E) «...*nos entregarmos (...) de forma aberta... e... sem juízos de valor...*» (A). «*Quando a opinião (...) do utente não coincide com a nossa (...) não temos que aceitar, temos que respeitar (...) a individualidade daquela pessoa e daquela situação.*» (E). Referem ainda «...*[valorizar] imenso (...) a forma como a escola trabalhou (...) a nossa forma de ser e de estar...*» (C) «...*[trabalhámos] muito (...) o holismo (...) e isso (...) mudou-me imenso (...) mudou imenso a postura destes enfermeiros que estão a sair agora, em relação (...) à postura dos outros que já cá estão fora.*» (C). Relativamente aos sentidos emergentes destas unidades de registo de destacar mais uma vez a importância que os participantes atribuem aos conhecimentos adquiridos em contexto académico como indispensáveis também na construção da sua postura ética no processo de cuidados. acompanhando a Pessoa «*nas suas experiências de saúde, mantendo a sua dignidade e respeitando as suas diferenças*» (Kérrouac et al., cf. p. 60).

Nesta continuidade é ainda salientado: «*[não] devemos (...) em termos éticos, levantar a voz, (...) de mostrar... agressividade... Nunca me esqueci desses pressupostos (...) e é sempre o que eu tento fazer...*» (C). Esses pressupostos assumem valorizá-los até em situações constrangedoras para o próprio enfermeiro, tal como o expresso na seguinte unidade de registo: «... *no Atendimento Complementar tive uma senhora (...) muito fechada que eu não senti receptividade da parte dela (...) poucas falas (...) rígida... (...) diz-me estas palavras assim: «Você*

é médica?» (...) «Não. Não, não sou enfermeira.» «Ah!...» E faz-me aquele olhar (...) da ponta do cabelo até à ponta do pé... (...) «Mas tem competências para isto, não tem? É que sabe, é que isto é muito sensível!» E eu fiquei sem resposta e pensei «Espera lá! O que é que se está aqui a passar? (...) Eu não [estou] a ser respeitada! Se isto fosse uma situação do dia-a-dia eu respondia!» (...) [estava] no meu trabalho, [estava] perante uma pessoa que eu sabia que ia vê-la mais vezes e eu pensei: «O que é que eu respondo?» Mas o certo é que eu não respondi nada porque não me saiu absolutamente nada e continuei a fazer o que [estava] a fazer...» (D).

Visibilidade social dos cuidados de enfermagem

Relativamente à visibilidade social dos cuidados de enfermagem, decorrente do *corpus* com 102 unidades de enumeração, os participantes reconhecem que «...existe muita discrepância entre enfermeiros de uma Sub-região e enfermeiros de outra Sub-região. Não é enfermeiros, mas sim cuidados prestados a uma população.» (A), declarando ser «...triste num país tão pequenino (...) haverem ainda estas grandes discrepâncias.» (A).

Reconhecem igualmente que «...a nível da sociedade (...) as pessoas ainda continuam com aquela noção (...) de que há os médicos e há os enfermeiros e os médicos são de certa forma o topo e a seguir então vêm os enfermeiros (...) os médicos sabem (...) resolver tudo e nós (...) estamos num patamar supostamente abaixo tendo de certa forma de nos orientarmos por aquilo que eles dizem...» (D), relevando ainda que «...a forma como a gente contribui (...) para o bem-estar dos utentes passa por algo que as pessoas não valorizam tanto como a cura...» (D). Tal facto surge-nos em congruência com o referido por Hesbeen (2000, p. 50) o qual aponta «uma espécie de cegueira colectiva» na qual é socialmente valorizado quem desenvolveu estudos e exerce profissões de maior prestígio e que por desconhecimento do que efectivamente são os cuidados de enfermagem ou do que estes representam é atribuído aos enfermeiros um estatuto de inferioridade relativamente a outras profissões de saúde, especificamente os médicos. Neste seguimento importa questionar: estarão efectivamente os enfermeiros empenhados em dar visibilidade aos cuidados de enfermagem?

Opinião diferente parecem revelar outros participantes ao considerarem ser «... interessante ver que as pessoas também valorizam o [seu] papel enquanto enfermeiro e sabem distinguir bem o que é que é enfermeiro, o que é que é ser médico...» (A), sendo que o estatuto de «...empregados dos médicos (...) é uma coisa que socialmente (...) já se ouve muito menos...» (B). Neste sentido mencionam que «...há famílias que dizem... «Há médicos que deviam aprender com os enfermeiros...» (...) deviam de aprender a ser mais humanos...» (A),

sugerindo que «*a medicina científica não é (...) feita para o sujeito, não é (...) humana ou carregada de humanidade*» (Hesbeen, p. 20).

Apontam também a diferenciação que socialmente é comum entre enfermeiros que prestam cuidados em contextos de cuidados de saúde primários e enfermeiros que prestam cuidados em cuidados de saúde diferenciados: «*...a diferença que muitas vezes as pessoas fazem dos cuidados de saúde primários e dos cuidados diferenciados (...) daquilo que são e daquilo que às vezes as pessoas pensam que realmente é.*» (D). Neste sentido aclaram «*...muitas vezes as pessoas pensam, que é a ideia que nós temos, inclusive às vezes na escola nos primeiros anos de formação (...) que nos centros de saúde faz-se muito pouco... que somos enfermeiros que estamos parados, que estamos à espera que os utentes venham, que não somos dinamizadores e que não conseguimos nem queremos dinamizar os recursos que temos ao nosso alcance.*» (E); «*...(o enfermeiro do centro de saúde é aquele que só dá injeções e que só faz pensos) é uma ideia que se cria muitas vezes logo no meio dos alunos de enfermagem...*» (D). «*Acho que muitas vezes se cria essa ideia de que se calhar esta área não é tão visível, não é tão importante quando na realidade é.*» (D). Essa perspectiva é consubstanciada na expressão produzida por um dos participantes que também, ao se referir ao seu percurso académico, assume: «*...logo no meu segundo, terceiro ano comecei (...) a achar que este lado ficava desvalorizado e era desvalorizado pelas pessoas de fora quando na realidade eu achava que era uma área maravilhosa (...) que as pessoas deviam de valorizar (...) não fazia sentido nenhum as pessoas dizerem: «...eles não fazem nada (...) estão lá mas eles não fazem nada!»*» (D).

Por outro lado é também referido aquilo que Hesbeen (2000, p. 52) designa como «*uma hierarquia absurda mas significativa*» revelada pelos participantes nas unidades de registo: «*...eu faço dois paralelos sempre: é os médicos e os enfermeiros e a distinção que se faz entre o hospital (...) e o centro de saúde (...) são duas ideias tão erradas que a mim me fazem tanta confusão quando oiço as outras pessoas a falarem... e quem diz as outras pessoas de fora diz mesmo próprios enfermeiros.*» (D), que «*...olham para nós como: «[estão] lá, todo o dia sentados, a fazer as injeções (...) e os pensos... de vez em quando vêem uma tensão...*» (D); «*...faz-me muita confusão às vezes eu ver que (...) não valorizam aquilo que nós fazemos.*» (D). «*...ainda agora (...) há enfermeiros que saem (...) dos cuidados diferenciados numa perspectiva de «[vou] para o centro de saúde para descansar um pouco» e não é isso (...) que acontece e as colegas que têm feito essa transição (...) têm manifestado a sua experiência.*» (A). Ao se referirem aos enfermeiros do contexto dos cuidados diferenciados admitem que «*... eles fazem muitas técnicas (...) provavelmente sabem em determinado momento actuar mais rapidamente do que nós (...) mas (...) não desvalorizamos tanto como acabamos por ser desvalorizados pelo outro lado.*» (D). «*[Até] mesmo há uma certa rivalidade que faz com que «Eu sei muito porque eu faço muitas técnicas, tu [estás] lá só [para] os pensos!»*» (D), expressão

sugestiva de uma actividade mais interessante e valorizável, na qual o «complicado» parece ser valorizado face ao «complexo» e em que as competências relacionais, determinantes quando se preconiza a centralidade da pessoa no processo de cuidados, parecem ser desvalorizadas pelos pares. (Hesbeen, 2000)

No sentido de desmistificar a ideia que parece ser transversal tanto à comunidade como até aos próprios pares, de desvalorização pelos cuidados prestados no contexto dos cuidados de saúde primários, reconhecem dever assumir um «... *papel activo (...) [para conseguirmos] fazer com que a saúde em si também não seja muitas vezes vista com a imagem que muitas vezes é vista: que somos todos muito preguiçosos e que não fazemos nada!*» (E).

Alvitram pois que seria «...*importante haver mais união entre os enfermeiros do centro de saúde e os enfermeiros de hospital...*» (D). Outra estratégia apontada para desmistificar a referida ideia e contribuir simultaneamente para o aumento da visibilidade e da valorização social dos cuidados de enfermagem seria criar um sistema de rotatividade dos enfermeiros entre ambos os contextos. Tal estratégia é justificada da seguinte forma: «... *criar um sistema rotativo de tempos a tempos, acho que era também bom (...) para os profissionais, (...) para as pessoas porque viam (...) tal dia vi aquele enfermeiro lá no centro de saúde que é o meu enfermeiro de família (...) depois (...) precisei de ir (...) ao hospital e (...) ele [estava lá] (...) [atendeu-me] e sabia a minha história...*» (D) e, por outro lado, relativamente aos enfermeiros acreditam que «...*quem vinha do hospital (...) tinha outra percepção do que era aqui o nosso trabalho.*» (D). Relativamente a esta sugestão consideramos ser de questionar a sua eficácia nomeadamente no que respeita à continuidade de cuidados, já anteriormente identificada pelos enfermeiros como imprescindível na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Passará a valorização social efectivamente por uma estratégia semelhante a esta em que o enfermeiro e os cuidados que presta só se tornam realmente visíveis se o mesmo for visto a prestar cuidados no contexto hospitalar, ou por outras, nas quais os cuidados de enfermagem em contexto de cuidados de saúde primários venham a ser efectivamente revalorizados, reconhecidos e assim tornados visíveis?

Ao concretizarem a visibilidade social reflectindo em situações por si vivenciadas narram: «...*tive há pouco tempo (...) o meu pai internado e fui tentar saber como é que era a situação clínica dele (...) e aquilo que me responderam foi: pegaram naquilo que eu tinha dito e reformularam (...) depois disseram se eu quisesse saber mais que me dirigisse ao médico assistente (...) tinha ali uma sala de enfermeiros e que (...) não tinham a perspectiva (...) eu sou enfermeiro, passo as vinte e quatro horas [com] aquele utente, eu sei (...) como é que ele se tem estado a sentir, independentemente da parte (...) médica (...) apetecia-me ter dito: (...) tenho pena*

(...) que a enfermagem (...) não tenha aproveitado o interesse de um familiar [para] pegar e demonstrar aquilo que têm andado a fazer uma semana inteira de prestação de cuidados...» (C). Desta unidade de registo é emergente alguma revolta concordante com as unidades de registo: «... acho que muitas vezes negamos a nossa parte.» (C) sendo que «...quando nós temos e podemos agarrar (...) a nossa imagem, o nosso trabalho, não o fazemos.» (C). Tal revolta é vivenciada pelo participante enquanto beneficiário dos cuidados de enfermagem que, perante uma situação considerada por si como ímpar e propícia à promoção da visibilidade dos mesmos, é confrontado de uma forma directa com uma atitude de descomprometimento e desresponsabilização por parte dos enfermeiros face à situação de saúde do seu familiar e de uma forma indirecta de desvalorização por parte dos mesmos face ao processo de cuidados de enfermagem desenvolvido, traduzindo assim as diversas oportunidades menosprezadas pelos enfermeiros para valorizarem e darem efectiva visibilidade aos cuidados de enfermagem.

Sendo esta uma situação vivenciada no contexto dos cuidados de saúde diferenciados seria de questionar se semelhante tipo de atitude também emerge no âmbito do processo de cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários. Neste prosseguimento, um dos participantes realça: *«[a] pessoa foi uma daquelas (...) que marca (...) quando lhe perguntei o que é que poderia fazer mais por ela, ela só me disse que «A única coisa que eu quero que você faça por mim é que vá ao meu funeral» (...) isto marca (...) qualquer enfermeiro quando trabalha em comunidade e quando trabalha (...) com famílias (...) que realmente valorizam também aquilo que nós fazemos...» (A). «As pessoas valorizam o nosso acompanhamento e a nossa disponibilidade e (...) a nossa (...) vocação...» (A) e «...acho que isso (...) se repercute ao longo da minha prestação de cuidados e do meu tempo enquanto enfermeiro...» (A). Quanto às «... organizações... os gestores (...) dos serviços (...) [valorizam] mais em termos de números (...) não valorizam que são dez doentes que estão ali ou dez famílias que estão ali, que necessitam de nós e necessitam de algum tempo e quando esse tempo não existe (...) as únicas pessoas que nos valorizam é mesmo a família porque sabem que eu não estive muito tempo com aquela pessoa mas sabem que também estão mais nove à espera...» (A). Especificam ainda: «... as próprias pessoas (...) sabem... que nós estamos a dar tudo.» (A), «...vêem que nós estamos realmente a contribuir para que eles tenham algo de melhor ou naquele dia ou no dia a seguir.» (D) e «...as dificuldades que temos são todas ultrapassadas quando temos pessoas ao nosso lado que nos compreendem.» (A). Por tudo isso «... sinto que as pessoas olham para mim enquanto enfermeiro.» (A). Pelo que foi expresso parece podermos afirmar que, apesar dos constrangimentos já analisados anteriormente relativos à sobrevalorização da avaliação quantitativa por parte dos gestores, emerge a valorização, reconhecimento e visibilidade dos cuidados de enfermagem particularmente aos olhos da pessoa e família.*

Outros aspectos ponderados como relevantes e que concorrem para a afirmação da visibilidade social dos cuidados de enfermagem passam pel' «...a avaliação dos pares, a avaliação (...) das pessoas que passam por aqui, até dos colegas que [estiveram] cá a estagiar...» (B), pel' «...o tal reconhecimento (...) que é fundamental...» (B), bem como pelo respeito conforme passamos a ilustrar: «... quando aqui cheguei passei a ser tão enfermeira como os outros!» (B). «Portanto esse respeito acho que também é fundamental!» (B). Substanciam o atrás referido afirmando que «...o reconhecimento (...) nasce no nosso trabalho!...» (B), passa por «...lutarmos para que as pessoas tenham a saúde em pleno e é isso que (...) as pessoas também esperam.» (A). «[Para] nós, o nosso reconhecimento seria as pessoas estarem bem e viverem bem (...) com a sua saúde e consigo e com a família, sabendo que tínhamos sido nós que colaborámos um bocadinho para isso.» (C). Tal reconhecimento converge nomeadamente, e conforme outra expressão ilustrativa, para a «...imagem que as pessoas têm (...) quando me dizem que a parte que melhor funciona, ou a parte que funciona é a parte de enfermagem...» (D); «... eles valorizam muito a enfermagem...» (D). Concluem expressando: «...a enfermagem a meu ver tem ganho muito...» (D).

Que estratégias utilizam então os enfermeiros para promover a visibilidade social dos cuidados de enfermagem?

Primeiramente ponderam: «...temos que valorizar-nos (...) enquanto disciplina e enquanto profissão com conhecimentos válidos e com conhecimentos (...) que fazem todo o sentido que a população reconheça...» (A), já que «...parte muito primeiro de (...) nós enfermeiros, porque somos nós que nos vamos valorizar perante os outros antes de eles nos valorizarem a nós.» (D). «Eu acho que todos estes conhecimentos que nós temos têm de ser valorizados.» (A). Neste âmbito, especial realce para os conhecimentos específicos que, no processo de cuidados, ao permitirem ao enfermeiro fazer o diagnóstico e o planeamento dos cuidados, vão influenciar o seu desempenho e conseqüentemente a visibilidade dos cuidados que desenvolvem (Amendoeira, cf, p. 60).

Em estreita relação com os conhecimentos específicos da disciplina de enfermagem, interessa conjuntamente entender que a importância atribuída pelos participantes à visibilidade social dos cuidados de enfermagem está relacionada também com a valorização atribuída à componente profissional da disciplina de enfermagem, evidenciada nas unidades de registos: «[se] não mostrarmos (...) o quão é importante (...) [a] nossa consulta e o que eles podem vir a ganhar com isso, nunca seremos uma profissão de futuro, vamos ser sempre aquela profissão que estamos na retaguarda a dar apoio a outro...» (A). Reafirmam: «...ser enfermeira (...) é também... mostrar realmente aquilo que é o meu trabalho...» (B) para «... que as pessoas percebam (...) quando eu digo pessoas é população, é

comunidade, é chefias (...) é governos, é política (...) todos nós temos que perceber que os enfermeiros são (...) a chave de muita coisa.» (A). Dentre as sugestões específicas apontadas, explicitamos, pela sua clareza, duas delas: «...*não reduzir o nosso papel (...) a uma injeção (...) é uma coisa que nós ouvimos imenso: ...os enfermeiros barra pica. Não pode ser!* » (C); e ainda outra: «... *há colegas que fazem (...) preparação da consulta médica, (...) nós investimos (...) tanto para ter as nossas consultas porquê deixarmos isso para trás? (...) Isso não pode ser feito.»* (D). Advém assim particular destaque para as intervenções autónomas conforme declaram: «... *temos que nos valorizar nas nossas acções e nas nossas intervenções autónomas, porque sobretudo é nessas que nós podemos... nos valorizar...*» (A) e consequentemente tornar visíveis os cuidados de enfermagem.

Emerge conjuntamente a valorização da visibilidade social no sentido de «...*que as pessoas percebam que nós existimos pelas necessidades deles e não existimos porque até nos quisemos formar enquanto doutores e até nos quisemos valorizar enquanto elementos activos na equipa de saúde...*» (A). Em complementaridade afirmam também: «...*cada vez mais o enfermeiro tem que estar ao lado da população. Só assim é que se consegue valorizar a nossa profissão como já foi valorizada...*» (A); «...*podemos não dar mais porque não podemos mas as pessoas sabem que nós estamos a dar o máximo naquela altura e isso é (...) muito bom vermos a população, a comunidade a ter esses ganhos (...) e ver (...) que nós profissionais estamos ali para dar tudo aquilo que temos e eles próprios sentem a progredir no seu estado (...) de saúde...*» (A). Referimos ainda outra situação elucidativa: «*Muitas vezes as pessoas recorrem a nós para desabafar (...) e para terem outro sentido de vida (...) precisam de alguém que as oriente, (...) vamos-lhe mostrar os vários caminhos e elas próprias ao tomarem a decisão vêem que foram ajudadas...*» (A).

Por outro lado realçam a necessidade daquilo que designam de «*marcar uma posição*»: «... *se as pessoas (...) não souberem marcar a posição quer seja num serviço, quer seja num grupo de amigos, quer seja perante as outras pessoas ou mesmo dentro da família eu acho que (...) não conseguimos dar (...) aquele passo...*» (D). Como tal, relevam a importância que lhe atribuem nos momentos em que orientam estudantes em ensino clínico: «...*costumo dizer aos alunos que passam aqui «Quando vocês começarem a trabalhar lembrem-se que (...) têm de marcar uma posição (...) como somos encarados como recém-licenciados muitas vezes esquecem-se que também temos habilitações, a gente sabe fazer...*» (D), reforçando a indispensabilidade de «...*mostrarmos às pessoas que estamos a iniciar (...) não sabemos tudo, se calhar nem sabemos nada, mas sabemos um bocadinho lá no fundo...*» (D).

Evocam situações que coadjuvam na compreensão das estratégias que utilizam para evidenciar a visibilidade dos cuidados que prestam, nomeadamente «...*o simples entrar no posto de saúde e dizer bom dia, perguntar se [está] tudo bem, pedir desculpa pelo atraso; ou*

entrar dentro (...) do centro de dia (...) e ir lá só perguntar se [está] tudo bem (...) essas pequenas coisas...» (B), «...com as nossas pequenas grandes funções...» (C). Justificam: «...são (...) estes pequenos pormenores (...) que são muito grandes...» (D) e que não correspondem àquilo que «...alguns colegas dizem: «Perder tempo com algumas coisas.», mas para mim não é perder, é ganhar.» (E) e «...são essas perdas, que não são perdas de tempo que são ganhos em saúde.» (E). Tais sentidos surgem-nos consonantes com a perspectiva de Hesbeen, que subscrevemos, na qual é reconhecido que é partindo da «valorização da utilidade social de todas essas «pequenas coisas» que constituem os cuidados de enfermagem e as qualidades profissionais exigidas para lhes dar vida e sentido que a enfermagem poderá esclarecer e firmar a sua identidade provando (...) o seu contributo essencial para a saúde dos indivíduos» (2000, p. 47).

De realçar por fim que sugerem algumas estratégias de grupo que visam a promoção da visibilidade social dos cuidados de enfermagem, nomeadamente momentos de reflexão conjunta no sentido de identificar opções de resposta às questões «... o que é que a gente pode fazer [para as] (...) pessoas que vêm cá todos os dias nos vejam mais do que aquela pessoa (...) que avalia a tensão? Ou aquela pessoa que pesa o bebé?» (D). Sugerem também «...adoptar (...) novas actividades junto das pessoas (...) [para] que realmente eles dissessem «Olha, vou lá naquele dia porque vou ter com a enfermeira para isto ou para aquilo.» (D).

Apesar da evidente importância atribuída à visibilidade social dos cuidados de enfermagem, reconhecem que muitos são os aspectos que contribuem para que esta não se efective de uma forma homogénea e ampla. Quais serão então esses aspectos? A este propósito é referido que «...há muitos enfermeiros que prestam cuidados que não sabem o que é a enfermagem e que não sabem valorizar o nosso papel enquanto enfermeiros.» (A). Explicitam-no testemunhando existirem: «... muitos enfermeiros especialistas que prestam cuidados (...) mas se calhar não apostam muito na qualidade e isso é triste sabermos que há enfermeiros com uma especialidade, que supostamente deviam de prestar cuidados (...) mais específicos e logo se calhar com mais qualidade nessa área...» (A) e «... na verdade e no seu dia-a-dia isso não se vê efectivamente (...) não há essa visibilidade que supostamente devia de haver.» (A). Neste seguimento afirmam ser «... triste (...) vermos (...) graduados ou com especialidades a fazerem consultas que simplesmente é pesar e medir, escrever num papelinho e entregar ao médico.» (A). Destas unidades de registo emergem alguns sentidos já anteriormente analisados, nomeadamente aqueles relativos à gestão dos recursos humanos, com os quais os enfermeiros recém-licenciados discordam, em que é conferida evidência aos cuidados prestados por enfermeiros de categorias profissionais mais elevadas que as suas, aos quais parecem ser atribuídas responsabilidades no âmbito de algumas actividades sem uma prévia avaliação das suas competências para o seu

adequado desempenho, concorrendo assim para uma distorcida visibilidade social dos cuidados de enfermagem.

Outro impedimento à efectiva, homogénea e ampla visibilidade social dos cuidados de enfermagem é evidenciado na unidade de registo: *«[quando] eu vejo (...) enfermeiros olharem para uma criança e dizerem que «Está tudo bem, está com um desenvolvimento estatoponderal adequado, está com um desenvolvimento psicomotor adequado...», quando não avaliam o teste de Sheridan, não avaliam percentis, (...) não conseguem perceber o que isso significa e quais é que são as repercussões que têm, nem fazem os ensinamentos adequados...»* (A), *«...não é o que valoriza o nosso papel, nem mostra aquilo que realmente nós fazemos...»* (A). Tal constatação é suportada ainda noutra unidade de registo, na qual é referido que *«...quando se vê enfermeiros depois a fazer (...) os próprios utentes perguntam «Mas a mim nunca me fizeram isso, porque é que me estão a fazer agora?».»* (A), expressão que aponta para uma ainda heterogénea visibilidade social dos cuidados de enfermagem.

Relativamente ao futuro referem-se expectantes quanto à valorização social dos cuidados de enfermagem independentemente dos contextos de cuidados, conforme a unidade de registo: *«[eu] espero (...) desejo mesmo e acredito (...) que com esta fornada de novos alunos que agora vêm com as licenciaturas, com todas as pós-graduações, com essas coisas todas, se comece a despreconceituar aquilo que são os cuidados de saúde independentemente de serem no hospital, serem no centro de saúde ou de serem onde forem.»* (B).

Em jeito de conclusão e para coadjuvamos na compreensão da análise que desenvolvemos relativamente ao tema «O processo de cuidados de enfermagem e o uso dos conhecimentos pelos enfermeiros», apresentamos uma síntese dos sentidos resultantes no quadro n.º 13.

Quadro nº 13 – Síntese do tema «O processo de cuidados de enfermagem e o uso dos conhecimentos pelos enfermeiros»

| DIMENSÕES | SÍNTESE |
|--|--|
| <p>CENTRALIDADE DA PESSOA PARCEIRA DOS CUIDADOS</p> | <ul style="list-style-type: none"> • A Pessoa é o foco de atenção da enfermagem; é o centro, é o alvo dos cuidados; • À Pessoa (indivíduo e/ou família) é atribuído o estatuto de parceiro no processo de cuidados, conforme com uma perspectiva paradigmática transformativa, do qual resultam benefícios para ambas as partes; • Valorização da Pessoa enquanto fonte de conhecimentos; • Relevância para a negociação dos cuidados a prestar com a Pessoa e para o respeito pela sua autonomia como aspectos importantes na continuidade dos cuidados; • Referência à importância do consentimento informado. |
| <p>PARCEIROS E CONTEXTO DE INTERVENÇÃO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Os parceiros envolvidos no processo de cuidados são identificados nos contextos da comunidade e dos serviços de saúde; • A diversidade dos parceiros do contexto da comunidade não parece ser comum a todos os participantes; • Dos parceiros do contexto dos serviços de saúde são realçados os pares, o enfermeiro chefe, profissionais de outras disciplinas e outros, e enfatizando o trabalho de equipa; • Não é reconhecível se as estratégias valorizadas e adoptadas no trabalho de equipa se enquadram na pluri, na inter ou na transdisciplinaridade; • A gestão de cuidados surge como relevante, quer ao nível organizacional, quer ao nível da gestão dos cuidados que cada enfermeiro presta; • Parece emergir alguma discordância quanto às concepções que orientam a gestão dos cuidados de enfermagem (ao nível institucional); • Crítica para a avaliação sobretudo quantitativa dos cuidados de enfermagem e para alguma revalorização do «trabalho à tarefa»; • Identificação de constrangimentos dificultadores da prática como a concebem; • Escassez de recursos humanos e inoperante gestão dos recursos existentes; • Insuficientes recursos materiais face à especificidade de alguns cuidados que prestam; • Desadequação de algumas estruturas físicas, sobretudo em relação às extensões de saúde, face às quais tentam fazer algumas adaptações, nem sempre resultando da forma mais adequada. |
| <p>PADRÕES DO CONHECIMENTO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Padrão do conhecimento empírico: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ênfase nos conhecimentos específicos da disciplina; ◦ Os conhecimentos adquiridos em contexto académico, apesar de mais direccionados para o contexto dos cuidados diferenciados, são considerados essenciais; ◦ Crítica quanto à ênfase sobretudo teórica do percurso académico; ◦ Crêem-se academicamente bem preparados; ◦ Realce para a necessidade de saber mobilizar conhecimentos; • Padrão do conhecimento estético: <ul style="list-style-type: none"> ◦ É reconhecida a necessidade de, em contexto profissional, adaptar os conhecimentos adquiridos em contexto académico; ◦ Valorização do contexto profissional como contexto de aquisição de conhecimentos, maioritariamente complementares aos anteriormente adquiridos; ◦ Ênfase nas interacções sociais (informais) e conhecimentos experienciais (O que funcionou/ não funcionou antes) enquanto fonte de conhecimentos; |

| | |
|--|---|
| <p>PADRÕES DO CONHECIMENTO</p> | <ul style="list-style-type: none"> ○ Há constrangimentos que concorrem para a dificuldade na prossecução dos compromissos pessoal e profissional dos enfermeiros recém-licenciados; ○ A pessoa surge novamente enquanto foco da prática dos enfermeiros, embora sejam identificadas situações decorrentes do processo de cuidados que parecem contradizer o conceito teórico de pessoa que assumem; ○ Emerge a relação entre os conceitos pessoa-ambiente-saúde; ○ Ênfase na educação para a saúde; ○ Realçam as características essenciais aos enfermeiros em contexto de cuidados de saúde primários que promovem o padrão de conhecimento estético; ○ Atribuída importância à análise interdisciplinar das situações das pessoas; ○ Valorizam os momentos de orientação de estudantes em ensino clínico como promotores da qualidade do atendimento da pessoa; • Padrão do conhecimento de si: <ul style="list-style-type: none"> ○ Emerge a necessidade do conhecimento próprio do enfermeiro, bem como da pessoa, centro dos cuidados; ○ Subjaz um processo relacional e transaccional enfermeiro-pessoa, no qual é respeitado o posicionamento da pessoa em relação à sua saúde; ○ Realce para algumas características pessoais do enfermeiro que promovem o padrão do conhecimento de si; ○ Relevância para uma adequada avaliação da situação individual de cada pessoa e desenvolvimento do processo de cuidados, ausente de qualquer intervenção manipuladora, em conformidade com essa avaliação; ○ Ênfase nas interações sociais (informais – a pessoa) enquanto fonte de conhecimentos; • Padrão do conhecimento ético: <ul style="list-style-type: none"> ○ Relevância para a essência do enfermeiro, nomeadamente no âmbito do saber estar, saber ouvir, saber respeitar; ○ Os conhecimentos adquiridos em contexto académico são reconhecidos como importantes na construção da sua postura ética no processo de cuidados; ○ Os pressupostos éticos são valorizados mesmo em situações constrangedoras para o próprio enfermeiro |
| <p>VISIBILIDADE SOCIAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de discrepâncias nos cuidados de enfermagem prestados entre enfermeiros de sub-regiões de saúde diferentes; • Reconhecimento da diferenciação socialmente frequente entre a visibilidade dos cuidados de enfermagem prestados em contextos de cuidados de saúde primários e em contextos de cuidados de saúde diferenciados; • A diferenciação dessa visibilidade verifica-se entre estudantes de enfermagem e é também identificável entre enfermeiros; • A desvalorização social dos enfermeiros em relação aos médicos é sentida de forma dissemelhante pelos participantes: enquanto uns a consideram actual, outros consideram-na uma situação menos evidente na actualidade, referindo que a população já reconhece o papel do enfermeiro; • Promovem a visibilidade social dos cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários nomeadamente, entre outras, no âmbito da ênfase que colocam nas intervenções autónomas e na necessidade de «marcar uma posição»; • São identificados constrangimentos à promoção duma visibilidade social homogénea, nomeadamente aquilo que designam como «<i>muitas vezes negamos a nossa parte</i>», sendo os próprios enfermeiros os primeiros a não valorizar, por exemplo pelo desenvolvimento de práticas bastante díspares entre si; • São ainda sugeridas algumas estratégias promotoras da visibilidade social dos cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários, designadamente a desenvolver individualmente e em grupo; • A visibilidade social dos cuidados de enfermagem é encarada com expectativa face ao futuro. |

4 – CONCLUSÕES

Concordantes com o percurso que desenvolvemos, considerando o objecto de estudo, as questões de investigação, os objectivos do mesmo, a estrutura e o esquema de análise que propusemos, organizámos as conclusões que acreditamos traduzirem a dinâmica deste processo investigativo.

Apresentamo-las pois organizadas em torno dos dois temas emergentes e discutidos na Parte III – Estrutura analítica e compreensiva:

«A Pessoa concreta em Ambiente promotor de Saúde e bem-estar»

- A Pessoa é sobretudo entendida como um ser holístico sendo evidenciada a sua totalidade, unidade e multidimensionalidade, perspectiva no âmbito do paradigma da transformação.
- Quer como individual e/ou grupal a Pessoa surge contígua e indissociável do Ambiente que abrange todas as condições internas e externas à mesma. Emerge pois, segundo uma conceptualização ampla e abrangente, surgindo indissociável da Pessoa, pelas relações mútuas e simultâneas e imprevisíveis estabelecidas entre ambos e reconhecidas pela Pessoa. Tais sentidos remetem-nos para uma perspectiva transformativa do conceito metaparadigmático de Ambiente e para uma das proposições relacionais do metaparadigma de enfermagem, especificamente aquela que relaciona os conceitos Pessoa e Ambiente.
- O contexto onde se desenvolve o Processo de cuidados é valorizado como Ambiente externo.
- Duas perspectivas paradigmáticas emergem da forma de olhar a Saúde, entendida sobretudo como um bem-estar: é encarada como coexistindo e interagindo dinamicamente com a doença – paradigma da integração; é sublinhada como um valor, uma experiência humana à qual é inerente a subjectividade individual de cada Pessoa no decorrer do processo humano de viver – paradigma da transformação.
- O Ambiente, entendido como uma fonte de recursos imprescindível ao desenvolvimento do Processo de cuidados em cuidados de saúde primários é assumido como promotor

da situação de saúde vivenciada pela mesma. Esta conexão Pessoa-Ambiente-Saúde corresponde a outra das proposições relacionais do metaparadigma de enfermagem, especificamente a que se refere à disciplina de enfermagem como interessada nos processos humanos de viver e morrer, reconhecendo que os seres humanos se relacionam constantemente com o seu Ambiente.

- No Processo de cuidados, à Pessoa é atribuído o estatuto de parceiro e de participante activo assumindo neste âmbito a negociação com a Pessoa e a autonomia da mesma uma importância *major*.
- Reconhecidos e considerados os seus conhecimentos e habilidades, enfermeiros, Pessoa e família agem em complementaridade no Processo de cuidados.
- A centralidade e a individualidade que a Pessoa assume no Processo de cuidados, bem como a obtenção de resultados sobretudo qualitativos, são valorizados tanto nos momentos de prestação directa de cuidados, como também quando gerem os cuidados a prestar.

«O Processo de cuidados de enfermagem e o uso dos conhecimentos pelos enfermeiros»

- É revelada alguma discordância relativamente às estratégias de gestão de recursos humanos exercida ao nível Sub-regional não valorizando a motivação e as iniciativas para a mudança de alguns enfermeiros e valorizando outros enfermeiros independentemente da avaliação do seu desempenho profissional.
- Evidente importância conferida à mobilização de conhecimentos teóricos, emergindo em complementaridade que a consideração atribuída pelos enfermeiros à Pessoa e à Saúde no Processo de cuidados, assim como a construção da sua postura ética, teve a sua génese nos conhecimentos adquiridos no seu percurso académico.
- Especificamente o Modelo Teórico de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney (1995), em uso na Escola Superior de Enfermagem durante o percurso académico destes enfermeiros recém-licenciados, emerge como uma fonte de conhecimentos dos conceitos que usam na prática.
- É enfatizada a importância dos conhecimentos específicos da disciplina de enfermagem como orientadores do Processo de cuidados e da organização do trabalho.
- Cabe ao enfermeiro mobilizar conhecimentos e recursos com a finalidade de facilitar as transições experienciadas pela Pessoa, no desenvolvimento do Processo de cuidados.
- Os conhecimentos cuja fonte é académica, apesar de reconhecidos como essenciais e

fundamentais, são identificados como insuficientes na prática havendo necessidade de aquisição de outros conhecimentos, nomeadamente no contexto da prática.

- Elevada relevância concedida às interações sociais, sobretudo informais, e aos conhecimentos experienciais enquanto fontes de conhecimento que usam na prática.
- Os conhecimentos relativos à relação que estabelecem com a Pessoa foram sobretudo desenvolvidos em contexto da prática, designadamente nas interações sociais como fonte de conhecimento prático para os enfermeiros.
- O conhecimento experiencial emerge quando se referem ao desenvolvimento e uso da criatividade perante situações adversas no decurso do Processo de cuidados.
- Pelo desenvolvimento de conhecimento experiencial, nomeadamente a partir de situações em que determinadas atitudes funcionaram / não funcionaram demonstram os seus compromissos pessoal e profissional no Processo de cuidados.
- A avaliação da situação das Pessoas ocorre por vezes centrada nas necessidades e/ou problemas das mesmas, visando as intervenções a satisfação dessas mesmas necessidades, das quais emerge a preocupação especialmente conferida à destreza quer de raciocínio, quer manual.
- Noutra perspectiva, a adequada avaliação da situação individual daquela Pessoa que é única é fundamental para o desenvolvimento de um Processo de cuidados verdadeiramente focalizado na singularidade da Pessoa dando assim início a um Processo de cuidados também ele único e singular.
- É admitida a importância da análise das situações interagindo com profissionais de outras disciplinas, reconhecendo os conhecimentos específicos dessas disciplinas como contributos indispensáveis a uma análise global das situações singulares de cada Pessoa.
- Existem discrepâncias entre o discurso e a acção especificamente no que respeita ao estatuto atribuído à Pessoa e família.
- É valorizado o conhecimento pessoal do enfermeiro, especificamente as qualidades humanas e competências profissionais, que sendo adaptadas a cada situação individual, permitem olhar a Pessoa na sua singularidade individualizando consequentemente todo o Processo de cuidados.
- A entrega, a vocação e a autonomia são, em concomitância com a disponibilidade demonstradas pelos enfermeiros, especificamente valorizadas.
- Destaque para a disponibilidade do enfermeiro como indispensável no estabelecimento

da relação interpessoal e consequentemente promotora do desenvolvimento do potencial de cada Pessoa que vive experiências de saúde e da relação de ajuda no Processo de cuidados.

- Realce para o desenvolvimento de atitudes facilitadoras do Processo de cuidados, especificamente no âmbito da relação interpessoal, à qual subjazem relações e transacções, e ao estabelecimento da relação de ajuda, bem como ao desenvolvimento de atitudes facilitadoras da mesma sendo atribuída liberdade ao posicionamento da Pessoa pela sua própria Saúde, numa relação em que não é aceite qualquer orientação manipuladora.
- É explicitado que socialmente, por desconhecimento do que efectivamente são os cuidados de enfermagem ou do que estes representam, é conferido aos enfermeiros um estatuto de inferioridade relativamente a outras profissões de saúde, nomeadamente os médicos.
- A diferenciação que socialmente é comum entre enfermeiros que prestam cuidados em contextos de cuidados de saúde primários e enfermeiros que prestam cuidados em cuidados de saúde diferenciados, na qual emerge uma subvalorização dos primeiros, é apontada como uma ideia transversal à comunidade e aos próprios pares do contexto de cuidados de saúde diferenciados.
- Emerge a valorização, o reconhecimento e a visibilidade dos cuidados de enfermagem particularmente na perspectiva da Pessoa e família.
- A visibilidade social dos cuidados de enfermagem é encarada como relacionada com a valorização atribuída à componente profissional da disciplina de enfermagem.
- Existem oportunidades menosprezadas pelos enfermeiros para valorizarem e darem efectiva visibilidade aos cuidados de enfermagem.
- Os conhecimentos específicos mobilizados no Processo de cuidados influenciam o seu desempenho e consequentemente a visibilidade dos cuidados que desenvolvem.
- Estratégias de grupo, nomeadamente momentos de reflexão conjunta, são identificadas como promotoras da visibilidade social dos cuidados de enfermagem.
- Apesar da evidente importância atribuída à visibilidade social dos cuidados de enfermagem são reconhecidos aspectos que contribuem para que esta não se efective de uma forma homogénea e ampla.
- Quanto ao futuro existem expectativas relativamente à valorização social dos cuidados de enfermagem independentemente dos contextos de cuidados.

Não tendo sido nossa intenção chegar a conclusões definitivas, mas iniciar uma abordagem que permitisse contribuir para a compreensão das concepções de enfermagem que orientam a prática dos enfermeiros recém-licenciados com o Curso de Licenciatura em Enfermagem e cuja prática profissional se desenvolve em cuidados de saúde primários, acreditamos que as conclusões encontradas abrirão o caminho a reflexões tanto no âmbito da formação em enfermagem, como no âmbito dos contextos onde os recém-licenciados são integrados e desenvolvem a sua prática profissional.

Antes de finalizarmos, por considerarmos pertinente assumi-lo, é quanto a nós imprescindível referenciar que durante todo o percurso, nomeadamente nas fases: acesso ao contexto, participantes e dados, análise dos mesmos e divulgação dos resultados, estiveram e estarão sempre presentes todos os princípios éticos inerentes a qualquer processo investigativo.

BIBLIOGRAFIA

- Adam, E. (1979). *Être infirmière*. Montréal: Les Éditions HRW Limitée.
- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Albarello, L.; Dignette, F.; Hiernaux, J.; Maroy, C.; Ruqouy, D. ; Saint-Georges, P. (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva (Trajectos Portugueses).
- Alligood, M. R.; Tomey, A. M. (2003^a). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In: Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (org.). *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5^a ed.) (p. 3 – 14). Loures: Lusociência.
- Alligood, M. R.; Tomey, A. M. (2003^b). Significado da teoria para a enfermagem, enquanto disciplina e profissão. In: Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (org.). *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5^a ed.) (p. 15 – 34). Loures: Lusociência.
- Amendoeira, J. (1999). *A formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos? Um estudo etno-sociológico*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Lisboa, Lisboa.
- Amendoeira, J. (2000). O Cuidado de Enfermagem. Que sentido(s)?. In: Costa, M. A; Mestrinho, M. G. e Sampaio, M. (org.). *Ensino de Enfermagem: Processos e percursos de formação. Balanço de um projecto* (p. 66 – 77). Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Amendoeira, J. (2000). O cuidado de enfermagem. Intenção ou acção, o que pensam os estudantes de enfermagem. *Nursing*, 146, p. 8 – 14.
- Amendoeira, J. (2006^a). Enfermagem, disciplina do conhecimento, *Sinais Vitais*, 67, p. 19 – 27.
- Amendoeira, J. (2006^b). O paradigma emergente na saúde. A interdisciplinaridade como estratégia. Conferência proferida em Santarém no âmbito da abertura do ano académico do Instituto Politécnico de Santarém. Texto policopiado, 18 p..
- Amendoeira, J. (2006^c). *Uma biografia partilhada da enfermagem. A segunda metade do século XX*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- Amendoeira, J.; Barroso, I.; Coelho, T.; Santos, I.; Godinho, C.; Saragoila, F.; Marques, G.; Filipe, D. (2003). *Os instrumentos básicos na construção da disciplina de*

- enfermagem – expressões e significados*. Santarém: Não publicado.
- Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Basto, M. L.; Portilheiro, C. (2003). Concepções de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros, *Revista Investigação em Enfermagem*, 7, p. 42 – 51.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bertaux, D. (1997). *Les récits de vie*. Paris: Éditions Nathan.
- Bishop, S. M. (2003). Processo de desenvolvimento da teoria. In: Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (org.). *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.) (p. 57 – 70). Loures: Lusociência.
- Burgess, R. G. (1997). *A pesquisa de terreno. Uma introdução*. Oeiras: Celta.
- Bury, J. A. (1995). *Éducation pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles: De Boeck.
- Caria, T. H. (org.) (2002). *Experiência etnográfica em ciências sociais*. Lisboa: Edições Afrontamento.
- Carper, B. A. (1997). Fundamental patterns of knowing. In: Nicoll, Leslie H.. *Perspectives on nursing theory* (p. 247 – 255). Philadelphia: Lippincott.
- Chen, K. (2000). The focus of the discipline of nursing: caring in the holistic human health experience. *Graduate Research Nursing*, 2 (1), disponível em <http://www.graduateresearch.com/kueimin2.htm>, acesso em 11/09/2006.
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Condon, E. (1986). Theory derivation: application to nursing. *Journal of Nursing Education*, 25 (4), p. 156 – 159.
- Darras, E. (2004). O «cuidar» pedagógico. In: Hesbeen, Walter. *Cuidar neste mundo* (p. 263 – 292). Loures: Lusociência.
- De Bruyne, P.; Herman, J.; De Schoutheete, M. (2001). *Dinâmica de pesquisa em ciências sociais* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Francisco Alves Editores.
- Dias, A. C. ; Graça, E. P.; Guia, J. F. F. P.; Gouveia, M. G. T. G.; Moniz, M. R. L. S. M. V.; Fardilha, M. T. C. C. O.; Moreira, O. M. O. M. (1993). *Modelo teórico / Quadro conceptual de enfermagem*. Santarém: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Sub-Região de Santarém.
- Dickoff, J.; James, P. A. (1978). A theory of theories: a position paper. *Nursing Research*, 17, p. 197 – 203.

- Donaldson, S. K.; Crowley, D. M. (1997). The discipline of nursing. In: Nicoll, Leslie H.. *Perspectives on nursing theory* (3ª ed.) (p. 235 – 245). Philadelphia: Lippincott.
- Estabrooks, C. A.; Rutahumwa, W; O'Leary, K.; Profetto-McGrath, J. Levers, M. J.Scott-Findlay, S. (2005). Sources of practice knowledge among nurses. *Qualitative Health Research*, 44 (4), p. 460 – 476.
- Fawcett, J. (1989). *Conceptual models of nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary nursing knowledge. Analysis and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Foddy, W. (1996). *Como perguntar. Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.
- Fortin, M. (2000). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- George, Julia B. (2000). Madeleine M. Leininger. In: George, J. B. e col. *Teorias de enfermagem. Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.) (pp. 297 – 309). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Grais, A. Marques, G.; Simões, J.; Amendoeira, J. (2000).A importância da comunicação e dos registos na organização dos cuidados. In: Costa, M. A; Mestrinho, M. G. e Sampaio, M. (2000). *Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação. Balanço de um projecto*. (p. 136 – 151). Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ghigliione, R; Matalon, B. (1993). *O inquérito, teoria e prática* (2ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Gil, A. C. (1989). *Como elaborar projectos de pesquisa* (2ª ed.). São Paulo: Editora Atlas SA..
- Green, J.; Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. London: SAGE Publications.
- Guba, E.; Lincoln, Y. (2000). Competeting paradigms in qualitative research. In : Denzin, Norman; Lincoln, Yvonna. *Handbook of qualitative research* (2ª ed.). Thousand Oaks CA: Sage Publications.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Luores: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamentos e acção na perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hickman, J. S. (2000). Introdução à teoria de enfermagem. In: George, J. B. e col. *Teorias*

- de enfermagem. Os fundamentos à prática profissional* (4ª ed.) (p. 11 – 20). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Jacobs, B. B. (2001). Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. *Advances in nursing science*, 24 (1), p. 17 – 35.
- Keck, J. F. (1989). Terminologia del desarrollo de teorías. In: Marriner, A. (org.). *Modelos y teorías de enfermería* (p. 12 – 19). Barcelona: Ediciones ROL, S. A..
- Keck, J. F. (1997). Terminologia del desarrollo de la teoria. In: Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (org.). *Modelos y teorías en enfermería* (3ª ed.) (p. 17 – 25). Madrid: Harcourt / Brace.
- Kérouac, S., Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. (1994). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson, S. A..
- Kérouac, S., Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. (1996). *La pensée infirmière. Conceptions et stratégies*. Quebec: Maloine.
- Le Boterf, G. (1994). *De la competence: essai sur um attracteur étrange*. Paris: Les Editions d' Organisation.
- Leininger, M. M. (1991). *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. New York: McGraw-Hill.
- Leininger, M. M. (1995). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. New York: McGraw-Hill.
- Lessard-Hébert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lo Biondo-Wood, G.; Haber, J. (2001). *Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Lopes, M. J. (2000). *Concepção de enfermagem e desenvolvimento socio-moral. Alguns dados e implicações* (2ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lopes, M. J. (2004). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio moral dos alunos finalistas e dos enfermeiros – um estudo descritivo e comparativo, *Revista Investigação em Enfermagem*, 10, p. 38 – 57.
- McEwen, M. (s. d.). *Overview of theory in nursing* (p. 24 – 49). Disponível em <http://connection.lww.com/Products/mcewen2e/documents/PDF/Ch02.pdf#search=%20Overview%20of%20theory%20in%20nursing%20Melanie%22>, acesso em 12/09/2006.

- Mègre, P. (1998). Novas competências numa perspectiva de desenvolvimento profissional. *Pensar enfermagem*, 2 (2), p. 9 – 15.
- Meleis, A. I. (1991). *Theoretical Nursing: Development and progress* (2^a ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Mella, O. (1998). *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa*. Disponível em <http://www.reduc.cl/reduc/mella.pdf>, acesso em 06/09/2005.
- Mollina, S. D. (s. d.). *La metodologia qualitativa representada por la etnometodologia*. disponível em <http://www.monografias.com/trabajos22/etnometodologia/etnometodologia.shtml#origen>, acesso em 15/09/2005.
- Morse, J. M.; Field, P. A. (1996). *Nursing Research: the application of qualitative approaches* (2nd ed.). London: Chapman & Hall.
- Neuman, M. A.; Sime, A. M.; Corcoran-Perry, S. A. (1991). The focus of the discipline of nursing (1991). In: Polifroni, E. C.; Welch, M. (org.) (1999). *Perspectives on philosophy of science in nursing. An historical and contemporary anthology*. Philadelphia: Lippincott.
- Nieswiadomy, R. M. (1998). *Foundations of nursing research* (3rd ed.). Connecticut: Appleton & Lange.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Ordem dos enfermeiros*, 2, p. 15 – 18.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. *Ordem dos enfermeiros*, 6, p. 39 – 42.
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Pearson, A.; Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- Pereira, H. R. (2002). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento cognitivo*. Dissertação no âmbito do Mestrado em Educação, especialidade de Concepção e Desenvolvimento de Projectos Educativos não publicada, Universidade dos Açores, Ponta Delgada.
- Pinus, Ruben M. (2002). *Paradigmas de investigación en salud*. Disponível em

<http://www.monografias.com/trabajos13/parad/parad.shtml>, acesso em 19/09/2005.

- Poirier, J.; Clapier-Valladon, S.; Raybaut, P. (1999). *Histórias de vida. Teoria e prática* (2ª ed.). Oeiras: Celta.
- Polit, D. F.; Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - *Decreto-Lei nº 104/98*. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. "Diário da República", Lisboa, I série, 4 Set.1996.
- Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rebelo, T. (1998). Do fazer ao dizer enfermagem. Que obstáculos?. *Enfermagem*, 10, p. 14 – 20.
- Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio moral*. Lisboa: Educa.
- Roper, N.; Logan, W. W.; Tierney, A. J. (1995). *Modelo de Enfermagem* (3ª ed.). Alfragide: Editora McGraw-Hill de Portugal, Lda.
- Schlanger, J. (1998). *A vocação moderna. Ciência e arte como realização*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Streubert, H. J.; Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40 (3), p. 161 – 166.
- Thorne, S.; Canam, C.; Dahienten, S.; Hall, W; Henderson, A.; Kirkman S. (1998). Nursing's metaparadigm concepts: disimpacting the debates. *Journal of Advanced Nursing*, 27, p. 1257 – 1268.
- Tolley, K. A. (1994). Theory from practice for practice: is this a reality?. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (1), p. 184 – 190.
- Vala, J. (1986) A análise de conteúdo. In: Silva, A. S., Pinto, J. (org.). *Metodologia das ciências sociais* (p. 101 – 128). Porto: Afrontamento.
- Von Wright, G. H. (1987). *Explication y comprehension*. Madrid: Alianza Universidad.
- Waldow, V. R. (1998). Examinando o conhecimento na Enfermagem. In: Meyer, D. E.; Waldow, V. R.; Lopes, M. J. (Org.). *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea* (p. 53-85). Porto Alegre: Artmed.

Walker, L. O.; Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (4th). New Jersey : Pearson, Upper Saddle River.

Watson, J. (2002). *Enfermagem – ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Lusociência: Loures.

Welch, Alice Z. (2003). Madeleine Leininger – Cuidar cultural: teoria da diversidade e da universalidade. In: Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (2003). *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (5^a ed.) (pp. 563 – 591). Loures: Lusociência.

ANEXOS

Anexo I - Planeamento das entrevistas realizadas aos participantes no estudo

Planeamento das entrevistas a realizar aos participantes no estudo

Duração prevista: ± 1 hora

Objectivos:

- Identificar os sentidos atribuídos pelos enfermeiros aos conceitos metaparadigmáticos de enfermagem
- Interrelacionar os conceitos metaparadigmáticos identificados com a prática dos enfermeiros

Introdução:

- Justificação resumida da indispensabilidade da entrevista. É importante relembrar a “porta entreaberta” à qual nos referimos no 1º contacto e com a qual concordaram;
- Obtenção da validação do consentimento informado;
- Elucidação da metodologia prevista para a entrevista: versará sobretudo dois temas, a propósito dos quais irão sendo colocadas questões que se acredita virem a suscitar alguma reflexão por parte dos entrevistados;
- Solicitação de autorização para o registo áudio da entrevista;
- Informação de que a entrevista poderá parar em qualquer momento em que o entrevistado o solicite;
- Disponibilização para o esclarecimento de qualquer dúvida antes, durante e após a entrevista;
- Consideração da eventual possibilidade de regresso ao terreno.

- Como sabe, parte do meu interesse neste estudo está relacionado com os **cuidados de enfermagem em CSP**, gostaria que me desse a sua perspectiva acerca do que são os **cuidados de enfermagem**. (Justificar)

Situação de cuidados

- Neste seguimento e em complementaridade com o que respondeu anteriormente proponha-lhe que, com uma **situação de cuidados** vivenciada por si, elucidasse o que na sua perspectiva são os **cuidados de enfermagem**. (caracterização da situação, contexto físico, intervenientes, constrangimentos...)

- Quando há pouco explicitou as suas reflexões sobre o conceito **cuidados de enfermagem**, considera que a sua concepção de saúde se integra na referida explicitação de cuidados de enfermagem?

- No seu dia-a-dia, de que forma pensa contribuir para os ganhos em **saúde** das pessoas de quem cuida? Como?

- Quer-me falar então agora sobre **saúde**? O que é para si **saúde**?

É também importante reflectir acerca dos **intervenientes na prestação de cuidados de enfermagem em CSP**... Gostaria que me dissesse quem são para si estes intervenientes... (Justificar)

Enfermeiro

Referiu-se ao enfermeiro como um dos intervenientes neste processo...

- O que é para si **ser enfermeiro em CSP nesta SRS**?

- Vou convidá-lo a pensar alto acerca de alguns **aspectos** que o caracterizam como **enfermeiro nesta SRS**... (Justificar)

- E quanto aos (**saberes - termo que o entrevistado utilizar**). Que importância lhes atribui na sua prática diária? (Justificar)

- Importa-se de especificar a que (**saberes - termo que o entrevistado utilizar**) se tem estado a referir? (Justificar)

- Ao reflectir na sua prática como enfermeiro em CSP nesta SRS considera existirem alguns **constrangimentos** que exercem influencia na qualidade dos cuidados que presta? (Justificar)

| | |
|--|---|
| | - O que é para si ser enfermeiro em CSP nesta SRS ? |
| Pessoa (pessoa, cliente, utente, doente, cidadão, beneficiário...família, comunidade...) | <p>- Identificou como outro dos intervenientes na prestação de cuidados de enfermagem em CSP (<i>termo que o entrevistado utilizar</i>). Porque é que o considera como interveniente? (Que estatuto lhe atribui no processo de cuidados?)</p> <p>(Se não referiu outros intervenientes questionarei: - Considera existirem outros intervenientes? Quais? (Justificar)</p> <p>- Gostaria que me falasse de uma situação já vivenciada por si, de como na prática mobiliza o conceito «pessoa» em abstracto.</p> <p>- Quando voltou agora a revisitar esta situação recordou-se provavelmente de constrangimentos que dificultaram a contextualização do conceito «pessoa»... Pode-me falar desses constrangimentos?</p> |
| | <p>- Embora se trate de uma questão abrangente, gostava que me falasse da enfermagem...</p> <p>- Para finalizarmos, analisando o seu exercício profissional, como considera dar visibilidade à enfermagem tal como a entende?</p> |