UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

A INVISÍBILIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E A FACE QUALIFICANTE DO HOSPITAL

-VOL I-

MARIA MANUELA ALMENDRA MAGALHÃES

PORTO 1999

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

A INVISÍBILIDADE DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM E A FACE QUALIFICANTE DO HOSPITAL -UM ESTUDO DE CASO-

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, para obtenção de Grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, sob orientação do Professor Doutor José Alberto Correia.

MARIA MANUELA ALMENDRA MAGALHÃES

PORTO 1999

Agradecimentos

Às minhas filhas e marido pelo apoio incondicional, paciência e amor que me transmitiram neste *longo* tempo.

Ao professor doutor José Alberto Correia, pelo ânimo e confiança transmitidos nos momentos mais difíceis deste percurso, a salientar a sua orientação intelectual na concretização deste trabalho e no meu desenvolvimento pessoal.

Ás enfermeiras da unidade de cuidados onde decorreu o trabalho de campo, pela sua colaboração e disponibilidade que tornaram possível a componente empírica deste projecto.

O presente trabalho não teria sido concretizado sem a solidariedade e o estimulo intelectual e afectivo, que de diferentes formas me foi proporcionado por amigos, colegas, professores e familiares.

A todos o nosso mais sincero agradecimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 5

CAPITULO I

O HOSPITAL ORGANIZAÇÃO VERSUS AS ESTRUTURAS DE RACIOCÍNIO E RECOMPOSIÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM 17

1- A Evolução Histórica do Hospital e da Enfermagem em Portugal 17

1.1-O Hospital como Organização dos Saberes e Poderes 35

1.2-O Hospital Organização Qualificada e Qualificante 41

CAPITULO II

1ª PARTE - A METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

1- A Problemática em Estudo 47

2- Um Modo de Investigação – Um Estudo de Caso 51

2.1- O Contexto Organizacional do Campo de Observação 52

2.2- As Propriedades dos Actores Envolvidos na Investigação 63

2.3 - Características dos Actores do Contexto 68

3- Análise e tratamento dos dados 75

3.1- Categoria : O Contexto do Ocorrido 76

3.2- Categoria : A Observação, Escuta e Expressão 77

3.3- Categoria : O Imprevisível/Invisível e a Aprendizagem 78

3.4- Categoria: O Previsível/Visível e a Aprendizagem 78

3.5- Categoria : A Interactividade e a Disseminação do Conhecimento 79

3.6- Categoria : A Aprendizagem Táctica 80

2ª PARTE - AS DUAS FACES DO HOSPITAL: A VISÍVEL E A INVISÍVEL 82

1- O Hospital a Sua Face Visível, Previsível, Formal e Executiva 83

2- O Hospital a Sua Face Invisível, Imprevisível, Informal e Qualificante 113

REFLEXÕES EM JEITO DE CONCLUSÃO 143

BIBLIOGRAFIA

INTRODUÇÃO

A reflexão sócio-histórica científica e política das questões que envolvem o ensino, a prática e a formação em enfermagem, insere-se na procura de valorização e afirmação do seu espaço, identidade profissional e reconhecimento social.

Neste processo sócio-histórico é possível identificar três momentos diferentes de olhar a enfermagem, que se relacionam com a evolução das organizações de saúde, e que definem outras tantas formas de pensar a relação do contexto e a formação.

O primeiro momento decorre no período de 1930-1950. O modelo de actuação era o biomédico. A actividade das enfermeiras era indiferenciada, a descrição da profissão fundamentalmente técnica e o seu papel o de auxiliar do médico.

Esta forma de se pensar a profissão e a sua descrição, permitia distanciá-la do cariz feminino/serviçal e religioso, e era coerente com o sistema funcional de prestação de cuidados que se apoiava na fragmentação dos cuidados, das tarefas e portanto em função do acto médico. Também a formação era assim fragmentada.

A enfermagem demarca-se da disciplina médica, entre 1950-1970. Ela inspira-se em modelos conceptuais próprios da disciplina, e a intervenção de enfermagem tende a ser uma prática reflexiva e sistematizada. O doente é um ser bio/psico/social/espiritual e cultural.

A formação das enfermeiras realiza-se fora do hospital, e incorpora e integra os resultados das investigações na área da enfermagem. É neste contexto que se assiste a uma procura de formação académica superior e pós-básica, que leva á segmentação de várias categorias na profissão.

A partir da década de oitenta, ocorre a abertura das ciências de enfermagem ao mundo, influenciando a natureza dos cuidados, visando o "Estar Com". A definição dos cuidados de enfermagem referenciam-se mais acentuadamente ao utente, considerando-o como um todo indissociável.

A saúde é um valor e uma experiência segundo a perspectiva de cada pessoa. Saúde e doença são processos de mudança, e ambiente é o contexto do qual o indivíduo faz parte, que influencia e é influenciado.

Passando a enfermagem a ser sinónimo de Cuidar, conceptualizando este Cuidar como valor fundamental que obriga a defesa e autonomia da pessoa que é cuidada. Watson (1988:24) considera a enfermagem como a ciência humana das Pessoas, das experiências e vivências de saúde/doença do

Homem, que se *realizam em transacções humanas, profissionais, individuais, científicas, estéticas e éticas.* Este cuidar é traduzido nos cuidados de enfermagem, assegurando uma presença contínua aos diferentes utentes. Exige-se solicitude, acompanhamento nos momentos de dor, morte, agonia e incapacidade, ou seja, uma presença mesmo nas situações de insucesso. Requer-se por isso, uma articulação entre competências interpessoais, científicas e técnicas.

Esta evolução do modo de encarar a enfermagem serve-nos de pano de fundo para enquadrar a enfermagem em Portugal, as suas problemáticas e a sua evolução.

A criação das escolas de enfermagem no início do século, constitui um marco importante na criação da profissão, no entanto é durante a década de sessenta que se produzem alterações profundas tanto no sistema de formação como na prestação de cuidados. Com efeito é durante esta década que os cursos passaram a ser leccionado essencialmente por enfermeiros docentes e integradas problemáticas ligadas aos conceitos de saúde, à investigação. A formação centrava-se assim na enfermagem. Apesar disso persistiam diferentes formas de acesso á formação, um contexto marcado por uma grande carência de enfermeiras e um numero significativo de pessoas não qualificadas a exercer a profissão.

Em 1967 para colmatar esta carência estruturara-se a primeira carreira de enfermagem, carreira única – hospitais, saúde pública e ensino (Dec -Lei 48 166 27 de Dezembro de 1967)

É também no contexto da década de sessenta que se assiste à entrada de Portugal no Conselho Internacional dos Enfermeiros, e se verifica um interesse pela formação contínua e pela formação de formadores.

A década de setenta parece ser marcada por preocupações relacionadas com a necessidade de reduzir a heterogeneidade de formação da própria classe, e pela necessidade de fazer depender a entrada na profissão a posse dessa formação.

O primeiro congresso de enfermagem realizado em 1973, exprime estas preocupações; ele reivindica a integração do ensino de enfermagem num sistema nacional de educação, e a criação da ordem dos enfermeiros que controle e regulamente a entrada na profissão.

Compreende-se por isso que a grande preocupação da década de setenta tenha sido a formação das auxiliares de enfermagem, para poderem aceder à categoria de enfermeiros, e o investimento dos enfermeiros detentores do curso geral de enfermagem, nas áreas de gestão e pedagogia.

Se na década de setenta a preocupação foi a uniformização de uma formação que permite o acesso à

profissão, a década de oitenta parece marcada pela estruturação interna da própria profissão. Por um lado na definição da nova carreira (Dec- Lei 305/81 de 12 de Novembro) encontramos preocupações relacionadas com a definição das competências específicas da profissão e com a definição das especializações internas. Por outro lado, no campo da formação assiste-se à criação das escolas pós-básicas (Dec-Lei nº2655/83), que se destinam a promover uma formação que permite o acesso às especializações e aos cursos de pedagogia aplicada ao ensino de enfermagem e de administração de serviços de enfermagem.

Esta ligação entre formação e o acesso a determinadas especializações, contribuiu para uma procura desenfreada de acções de formação, que agora não se inscreve numa lógica de formação permanente mas antes num processo de formação profissional contínua. Que assim entende ser encarada como um **instrumento** de acesso e progressão na carreira.

No final desta década, com a integração da enfermagem no ensino superior politécnico (Dec-lei 480/88 de 23 de Dezembro) a formação profissional contínua tende a ser ministrada fundamentalmente através dos curso de estudos superiores especializados em enfermagem (CESEE), que permitem o grau de licenciado bem como o acesso a determinada especialização.

Na década de noventa formaliza-se uma tendência para a dissociação entre a formação em contexto de trabalho e a formação em contexto escolar.

O Dec - Lei 437/91 de 15 de Novembro, define uma nova carreira de enfermagem que deixa de incluir o pessoal docente das escolas superiores de enfermagem, ao mesmo tempo que institucionaliza a formação contínua e a figura do formador em contexto de trabalho.

Ora, se esta institucionalização constitui ou representa um avanço quantitativo e qualitativo na enfermagem, a verdade é que o facto do exercício das funções de formador estar dependente da posse de um grau académico, que só pode ser obtido em instituições de formação que já não são formalmente geridas por profissionais integrados na carreira, significa uma dissociação entre a formação em contexto de trabalho e uma formação em contexto escolar conducente a graus académicos.

Estas tendências são acompanhadas e reforçadas pelo aparecimento de um conjunto de instrumentos dentro dos quais se destacam:

1. O reforço dos dispositivos da avaliação de desempenho, que se sustentam na realização de entrevistas periódicas, na elaboração de um relatório crítico e de um projecto individual.

2. Regulamentação do exercício profissional de enfermagem, onde se clarificam conceitos e se especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los. Define ainda a sua responsabilidade, dissipando as dúvidas e prevenindo equívocos, no que diz respeito à função, junto dos elementos integrantes das equipas de saúde e junto da população em geral.
3. Pelo estabelecimento de uma relação mais íntima da formação académica e qualificação profissional, uma lógica onde os graus académicos mais elevados estão associados ao exercício de funções de responsabilidade, no domínio da concepção organização e prestação de cuidados mais complexos.
4. A criação da Ordem dos enfermeiros, que regulamenta e controla o exercício profissional, nomeadamente os seus aspectos deontológicos, disciplinares e de formação.

Ter-se-á de reconhecer que o actual desenvolvimento da formação contínua dos enfermeiros, e que o estabelecimento de relações íntimas entre a formação contínua e a carreira, constitui um avanço significativo da autonomia da profissão. Este avanço não significa no entanto que se integre um conjunto de situações ambivalentes que nem sempre reforçam esta autonomia profissional.

Na realidade, a tendência para separar a formação em contexto de trabalho da formação escolar, parece pressupor que os contextos de trabalho e exercício profissional dos enfermeiros, não são produtores de competências profissionais que importaria reconhecer e integrar no reconhecimento da própria profissão.

As tendências que temos analisado sugerem que o hospital é apenas um espaço de exercício de competências profissionais adquiridas nos contextos de formação, e não uma organização qualificante que produz, promove e reconhece competências, ao mesmo tempo que contribui para o não reconhecimento e para a desvalorização de outras competências.

A ideia de que as empresas/organizações são um campo de formação, são produtoras de competências profissionais necessárias ao desenvolvimento pessoal e melhoria da qualidade dos serviços, bem como a ideia de que estas organizações produzem a própria profissão, são relativamente recentes. Estas ideias, exigem no entanto que a enfermagem, num hospital encarado como um espaço qualificante, seja reflectida e incorporada na própria construção da autonomia profissional.

É neste contexto que se insere o nosso trabalho.

Interessa-nos saber até que ponto o hospital promove o desenvolvimento profissional da enfermagem, até que ponto a sua cultura organizacional aceita e contribui para o

desenvolvimento da enfermagem como profissão, para o reconhecimento das suas competências, dos seus saberes e dos papeis que as enfermeiras informalmente exercem.

Esta questão é central, pois hoje assiste-se a um hiperconsumismo da formação sem que haja uma reflexão aprofundada sobre as competências implícitas exercidas e produzidas pelos enfermeiros no contexto de trabalho.

O hiperconsumismo da formação, se não for acompanhado com esta reflexão pode conduzir à situação paradoxal onde as enfermeiras possuem por um lado uma formação qualificada, ao mesmo tempo que exercem um trabalho desqualificante.

A formação em serviço, que foi uma inovação na carreira de enfermagem, ao tender ser dissociada dos problemas da prática profissional para se referenciar à progressão na carreira, pode contribuir para este paradoxo.

Na realidade os planos de formação em serviço ao procurarem aprofundar apenas as competências técnicas "*o campo da formação dirige-se para indivíduos carentes e tendencialmente desadaptados e não para indivíduos experientes e agentes de mudança*" *Correia (94:23)*, pode contribuir para que se faça uma economia de reflexão e transformação dos contextos de trabalho. Por outro lado esta formação ao dirigir-se preferencialmente para os indivíduos e não para os contextos

relacionais do trabalho, pode reforçar um individualismo profissional e contribuir para uma solidão profissional.

Pelo contrário, e admitido com Colliére (1989:340) que a enfermagem é *"uma profissão que não se ensina, comunica-se"*. Uma formação que desenvolve as redes de comunicação interdisciplinar e intraprofissional, uma formação onde os profissionais *"se interroguem sobre os cuidados de enfermagem a partir de situações vividas com as equipas de cuidados"* (ibidem) pode contribuir para a recriação de um sentido da profissão que não se esgota no sentido da carreira.

Torna-se neste contexto necessário que as Unidades de Saúde e de Cuidados se assumam como Organizações Qualificantes, e que as práticas e formação profissionais sejam não reprodutivas, mas práticas de compreensão de situações singulares que potencialmente permitem generalizações, transformando-se assim o trabalho em instrumento de formação. É neste espaço que se valorizam as relações com os utentes e os pares, a discussão da prática clínica, o trabalho em equipa, minimizando o individualismo autónomo para dar lugar a uma aprendizagem do colectivo, do colaborativo e do social.

Por tudo isso importa reflectir:

- Sobre as experiências de trabalho que vivem as enfermeiras, como se integram na construção da sua própria formação, tendo por pano de fundo *"O*

reconhecimento da existência de uma décalage entre o trabalho real e o trabalho prescrito" e procurando questionar *"se o sentido social a atribuir ao trabalho se deve construir em torno da sua face visível, ou se pelo contrário, é o trabalho oculto que estrutura o sentido do trabalho visível"* *Correia (94:30)*

O nosso trabalho está dividido e estruturado em dois capítulos, o primeiro capítulo é constituído por uma só parte e o segundo capítulo é constituído por duas partes.

No primeiro capítulo, o foco de interesse é o contexto de trabalho onde se movem os actores - O Hospital. Este contexto organizacional é analisado à luz das relações dos *saberes*• *e poderes*, como organização qualificada mas também qualificante. Em simultâneo debruçamo-nos, também sobre a construção sócio-histórica do Cuidar e da sua influência na definição do trabalho da enfermagem.

Neste capítulo procuramos mostrar que o trabalho dos enfermeiros, integrados em contexto hospitalar, se definiu sempre numa tensão entre o trabalho prescrito e o trabalho real, com o intuito de discernirmos uma matriz teórica que nos permite a abordagem empírica desenvolvida no segundo capítulo.

Neste capítulo, dividido em duas partes procuramos definir mais detalhadamente a problemática em estudo, e os instrumentos metodológicos accionados.

O trabalho empírico foi um estudo de caso, realizado numa unidade de cuidados de um Hospital Central da Zona Norte do País, e onde pretendemos compreender em profundidade e pelo contacto directo a situação, o contexto sócio-profissional em que se enquadra a pesquisa e se movem os actores, ou seja dar conta de uma realidade social vivida pelos actores e a forma como eles descrevem essa realidade.

Apoiamo-nos por isso na realização de um conjunto de entrevistas, ao mesmo tempo que utilizamos a observação não participante e análise documental como técnicas complementares.

Este segundo capitulo é concluído com uma interpretação do funcionamento desta unidade de cuidados, onde procuramos contrastar a sua face visível com a sua face invisível, ou seja contrastar o trabalho prescrito com o trabalho real.

É na tensão destas duas faces da unidade que se constrói o contexto e quotidiano da prática da enfermagem.

CAPÍTULO I

O HOSPITAL ORGANIZAÇÃO VERSUS AS ESTRUTURAS DE RACÍOCINIO E RECOMPOSIÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM

A integração deste capítulo na génese conceptual da pesquisa tem como objectivos: compreender a evolução histórica do hospital no processo evolutivo e histórico da enfermagem; compreender o Hospital como organização dos saberes e poderes, e o lugar ocupado e/ou prescrito da enfermagem; analisar o Hospital como organização qualificada e qualificante

1- A Evolução Histórica do Hospital e da Enfermagem em Portugal

Analisar a evolução histórica do Hospital, o seu papel e posicionamento no sistema de saúde é importante para melhor ser analisado e compreendido o contexto onde a enfermagem é praticada. Isto dado que a enfermagem, nas suas vertentes prática e de formação/ensino foi pertença do hospital até meados da década

de setenta, quando as escolas de enfermagem conquistam a sua autonomia pedagógica e administrativa. A história da enfermagem cruza-se na história do hospital.

Carapinheiro diz-nos que ao longo das últimas décadas, o papel do hospital no sistema de saúde português tem vindo constantemente a ser balizado por um quadro legal, onde se evidenciam as influências políticas no sentido do reforço da orientação hospitalocêntrica ou do reforço da orientação sanitarista.

O Hospital retém e usa, segundo uma lógica organizacional que lhe é específica, um sistema próprio de normas e valores embora decalcado do modelo geral das normas e valores sociais. Adapta-se às mudanças políticas e económicas, mas conserva uma importante margem de definição e tomada decisão sobre políticas médicas e hospitalares particulares, a ele correspondem processos específicos de produção e reprodução das relações de poder.

Por tudo isto, a determinação do lugar que ocupa o hospital no sistema de saúde, passa pela determinação da posição do sistema de saúde na sociedade, razão pela qual a compreensão do hospital passa pela restituição da sua historicidade.

A abundância, a miséria, a paz e a guerra, o homem rural e o homem citadino, sedentário ou migrante, as sua concepções, em suma a sociedade sempre se reflectiram de forma directa nos hospitais.

Nesta construção histórica o aparecimento dos hospitais de Misericórdia está intimamente ligado à assistência a pobres, mendigos vagabundos e doentes. Num contexto de actividade caritativa e de beneficiência, surge como uma resposta ao aparecimento de um mundo citadino. Ele dá resposta à migração do homem rural para a cidade, reflectindo de qualquer forma uma concepção de sociedade onde a miséria, vagabundagem e doença são objecto de um tratamento caritativo a cargo das ordens religiosas. Por sua vez o aparecimento do Hospital da Universidade de Coimbra, surge no contexto da reforma pombalina, bem como o aparecimento dos Hospitais Civis de Lisboa, ilustram a emergência de uma nova racionalidade política e social, onde os problemas sociais não são objecto de tratamento do campo religioso. Na realidade os hospitais do Sec.XIX, já estavam abertos aos progressos científicos da medicina, embora só no Sec.XX esta se tenha instalado definitivamente. Foi neste contexto que gradualmente se

diferenciaram os cuidados médicos prestados, que se complexificou tanto a estrutura profissional do pessoal médico, como a estrutura do pessoal de enfermagem, administrativo e dirigente.

Foi também neste contexto que emergiu a preocupação com as condições de higiene das enfermarias, tendo-se produzido a separação dos doentes com diferentes estados de gravidade, ao mesmo tempo que se assiste a uma definição do princípio de individualização do tratamento dos doentes e a uma recusa da dimensão asilar dos hospitais.

Esta diferenciação dos cuidados de saúde, e consequente complexidade de funções vai estar na origem da enfermagem como um saber organizado. A nível internacional, surge em 1860 o primeira escola de enfermagem em Londres, é a enfermagem a demarcar-se da sua natureza caritativa e a assumir-se como profissão.

Também em Portugal Curry Cabral, em 1901, administrador dos Hospitais Civis de Lisboa dedica no seu relatório algumas páginas ao pessoal de enfermagem, onde refere a falta de preparação teórica e prática das enfermeiras para as funções que exerciam, e as suas repercussões no funcionamento dos Hospitais e na assistência

aos doentes. Para superar esta situação foi criada a Escola Profissional de Enfermagem em 1901, que constitui um marco na profissionalização da enfermagem, dado que se admite que as enfermeiras não se formam apenas na prática de enfermagem mas carecem de uma formação específica, tanto teórica como prática, que só pode ser adquirida numa instituição de ensino de enfermagem.

Também na estrutura do hospital são introduzidas mudanças importantes: a preocupação com as condições de higiene das enfermarias; a separação dos doentes com diferentes estados de gravidade; e o princípio de individualização do tratamento, defendido por Curry Cabral como suporte da reforma hospitalar. Esta inscreve-se num processo de construção de acordo com as regras da ciência e da higiene, tornando os hospitais úteis à higiene profilática e preparando-os para serem um meio valioso nas funções de assistência pública. Compreende também que a grande preocupação na preparação das enfermeiras era a assépsia e antissépsia.

Podemos dizer que os cuidados de enfermagem neste contexto histórico eram definidos como uma actividade indiferenciada, que se preocupava com a descrição das técnicas, equipamentos e na observação exacta dos procedimentos. Por isso, os pré-requisitos

para admissão no curso de enfermagem(Dec-Lei de 10/09/1901) eram: saber ler, contar e escrever, como é referido nos estatutos da Escola Profissional de Enfermagem, onde se afirma ser seu objectivo dar formação às enfermeiras para as preparar como auxiliares do médico, substituindo-o em tudo que não dependessem da sua orientação *"Dar aos indivíduos que se destinam à profissão de enfermagem a instrução doutrinária e os conhecimentos de prática, que as exigências da ciência actual reclamam, em que tenham de cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem...à administração cabe o poder de aproveitar o serviço de alunos nas enfermarias, quando tivessem que conceder licença aos empregados efectivos"* *(cit. Soares 97:37).*

Esta concepção hospitalocêntrica do hospital, fechado sobre si próprio e que colocava os diferentes profissionais na dependência dos médicos, sofreu perturbações na segunda metade do Sec. XX.

Assim, na década 50/60 embora o modelo saúde/doença estivesse ligado exclusivamente a factores biológicos, é verdade que se começou admitir os *"processos terapêuticos(...) formas de controlo social e as relações sociais médico/doente organizadas segundo um*

modelo de interacção social onde surgem bem definidos os papeis" Carapinheiro (1990:16).

As relações e acções puramente técnicas e individuais entre os médicos/doentes e enfermeiros /doentes são colocadas em causa e a reacção a este modelo aumenta na medida em que os conceitos saúde/doença se alteram.

O hospital como organização social complexifica-se, mas complexifica-se com base num conceito de saúde/doença que está ligado a factores biológicos.

Assim, os saberes de enfermagem ainda se inscrevem num paradigma da categorização, onde a doença é encarada como um fenómeno divisível e os cuidados de enfermagem orientados para a doença e incapacidade.

Neste contexto o modelo de actuação das enfermeiras é o modelo biomédico, a organização dos cuidados faz-se de acordo com o método funcional e em função da prescrição médica, a formação profissional das enfermeiras é conforme estas duas tendências. Simultaneamente reconhece-se que as enfermeiras podem organizar e chefiar serviços de enfermagem, institui-se mesmo nos anos 50 a superintendência de enfermagem como órgão de direcção de todo o

pessoal auxiliar e de enfermagem, com funções técnicas e disciplinares. Convêm no entanto realçar, que as competências técnicas das enfermeiras se restringiam ao interior do próprio campo da enfermagem, na medida que elas não podem fazer parte do órgão colegial de consulta técnica da administração.

Dir-se-á que para umas enfermeiras, a formação em enfermagem é mais exigente, que em Portugal seria assegurada pela Escola Técnica de Enfermagem criada por iniciativa de Francisco Gentil e na dependência do Ministério da Educação, com o intuito de preparar enfermeiras de cultura superior. Esta escola, cuja directora era uma enfermeira com autonomia pedagógica, e apoiava-se no modelo de formação americano, que por sua vez tinha sido influenciado pelo modelo de Nightingale [1].

A organização da escola técnica de Enfermagem contrasta com a organização da formação profissional das enfermeiras, que continuam na dependência do hospital, pois competia a este arranjar

---

1- O modelo Nightingale, pressupõe estreitas e importantes ligações a hospitais. A formação deveria ser formal e institucional. Caracteriza-se pela *matron* como autoridade máxima no que respeita aos serviços de enfermagem, responde só perante a administração hospitalar; sob a sua orientação a enfermeira chefe é responsável pelo ensino prático das alunas. As alunas vivem em regime de internato. As acções de enfermagem, contemplavam o cuidado a partir de uma visão holística do ser humano, são ou doente em inter-relação com o meio. A influência do procedimento indutivo de raciocínio foi marcante na pesquisa de Nithingale. Ao enfermeiro era exigido, vocação,capacidade intelectual e de raciocínio, habilidade criativa e intuitiva.

o director que era médico. O ensino de enfermagem era decidido pelo ponto de vista médico, não gozavam de autonomia pedagógica.

Entre 1942 e 1947 é regulamentado o ensino de enfermagem, e às escolas é lhes conferida autonomia técnica e administrativa, mantendo no entanto a integração e dependência dos hospitais, pois esta nomeava o seu director, que era um médico.

Na década de 70 produzem-se importantes mudanças no conceito saúde/doença e na profissão de enfermagem. Ao mesmo tempo que se admite que controlo da doença não assenta apenas em processos médicos e medicalizantes, admite-se também um conceito saúde/doença.

A construção social do conceito saúde/doença, onde esta é atravessada por uma multiplicidade de causas e relações, é uma característica pessoal, gradual e *variável.* Um estado de equilíbrio e harmonia de todas as possibilidades da pessoa humana, conferindo-lhe um potencial de vida. A doença aparece assim cada vez mais ligada aos modos de vida e à capacidade de adaptação do Homem em constante mutação.

Por sua vez o hospital permeabiliza-se ao confronto da diversidade dos quadros de referência cultural dos doentes, é

atravessado pelas ideologias e práticas dos diversos grupos profissionais, que contribuem para a fabricação de um modelo de regulação dos comportamentos e das formas de adaptação do doente à vida hospitalar.

O Hospital, como o define a OMS, é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência médica, preventiva e curativa, incluindo serviço exterior à família em seu domicílio, e é encarado como um centro de formação e investigação.

O Hospital é assim encarado como um amplo sistema, em conformidade com uma visão integral da medicina, que tem não só de estar atento à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, bem como atender às expectativas das pessoas que nele trabalham e que o procuram.

O hospital aparece assim como uma organização qualificada e complexa, onde se produzem bens e serviços. A produção de bens e serviços, deve estar atenta à diversidade de solicitações dos seus utentes, o que não se compatibiliza com modelos de gestão vigiados. Tal implica inovações a nível de gestão e centros de responsabilidade com níveis intermediários da administração.

O estatuto hospitalar de1968, reflecte esta concepção, admite que o doente é o centro polarizador do hospital, origem e fins das actividades hospitalares. Admite-se que os cidadãos têm direito a esperar dos hospitais, enquanto instituições. sociais, um tratamento de qualidade, e que disponha de meios humanos e materiais compatíveis. Por sua vez, admite-se que a prestação de cuidados, se deve processar no sentido de uma visão global do utente o que implica uma melhor cooperação interdisciplinar.

A evolução da enfermagem como disciplina e como profissão permeabiliza-se por esta nova visão do hospital. Já não se fundamenta no paradigma da categorização, mas abre-se a um paradigma da integração, em que a pessoa é vista na totalidade, e o conceito saúde/doença como a expressão do bio/psico/social, cultural e espiritual.

Este modo de ver a enfermagem preconiza que o paciente é um utente activo, que atende e colabora no tratamento. O *cuidar* é *agir com,* a prática abre-se à reflexão e centra-se na técnica de resolução de problemas. Também a organização dos cuidados se centra no utente e o trabalho profissional tende a apoiar-se num trabalho multiprofissional.

Estas tendências acentuam-se nas décadas de 80/90, onde se assiste à preocupação de abrir o hospital como unidade de saúde, e a criação das unidades funcionais de saúde, nos contextos onde se inserem.

Acentua-se também a tendência para o alargamento das margens de autonomia do hospital para a sua descentralização, para a diversificação das suas actividades e para o enraizamento nas realidades locais, como dispositivo de correcção de assimetrias e desigualdades em saúde. Fomenta-se a adopção de processos participativos na definição das políticas do hospital, na gestão dos serviços e no quotidiano dos cuidados. Passa-se a integrar todos os recursos e intervenientes onde se inclui o utente como actor do sistema. Desenvolvem-se relações com os utentes como "saber profano", e procura-se desenvolver relações mais humanizadas, mais personalizadas, bem como relações com outros espaços no sentido de assegurarem o desenvolvimento de qualidade de vida.

Torna-se portanto, importante ter em conta as relações entre esta evolução das políticas de saúde e políticas hospitalares, e a enfermagem com disciplina.

Com a abertura do Hospital à comunidade, ocorre também a abertura das ciências de enfermagem ao mundo, e a sua inserção no paradigma da transformação. Simultaneamente os cuidados de enfermagem inscrevem-se num *Estar Com,* são mais atentos *ao* respeito mútuo e ao desenvolvimento potencial da pessoa.

Neste novo conceito, a Pessoa humana é encarada como ser único, que evolui á procura de qualidade de vida, e esta é definida segundo o potencial da pessoa e prioridades que ela define. Saúde é uma experiência segundo a perspectiva de cada pessoa, razão pela qual saúde e doença são encarados como processos de mudança.

Esta alteração no modo de ver o mundo e a disciplina, complexifica e aumenta a responsabilização de actuação das enfermeiras, e implicou mudanças na organização dos cuidados de enfermagem, na formação contínua, profissional, académica e na investigação.

O ensino de enfermagem passa assim a ser integrado no ensino superior, o que possibilita o acesso das enfermeiras a todos os níveis de graus académicos. A formação contínua por sua vez, torna-se um imperativo como se ilustra pela criação do conceito de formação em serviço, isto é, um contexto de formação em contexto

de trabalho e da consequente institucionalização da figura do formador em serviço. Ao mesmo tempo, assiste-se a um incremento da investigação em enfermagem e que tem efeito tanto na construção da identidade profissional das enfermeiras, como possibilita também a explicitação das práticas de enfermagem.

Esta transformação também se reflecte na organização e estrutura da enfermagem no hospital. Assim no Dec-Lei nº 305/12 de 1981, é criada a figura de enfermeira directora e a Lei de Gestão Hospitalar por sua vez permite que esta faça parte do conselho de administração do hospital e dos orgãos de direcção técnica, sendo que neste último participam também as enfermeiras supervisoras. É também a lei de gestão que cria a comissão técnica em enfermagem que integra as enfermeiras adjuntas da directora, as enfermeira supervisoras, e as enfermeiras chefes do hospital. Por sua vez, postula-se que a autoridade máxima da unidade de cuidados é o director de serviço[2].

---

[2] - A lei de gestão hospitalar é ambivalente na constituição dos órgãos de topo em comparação com os intermédios. No que concerne à unidade de cuidados, não prevê um órgão de gestão colegial, atribui a chefia técnica, planeamento e direcção de toda a actividade do respectivo serviço ao médico director de serviço, remetendo a enfermeira chefe para um plano secundário nas decisões e interdisciplinaridade. No entanto o real é o trabalho em parceria ou de organização/decisão com posterior acordo da autoridade máxima(mas a imposição de poder também acontece)

A actual carreira de enfermagem (Dec-Lei 437/91) admite que a enfermagem, além de dever ter em conta a cultura, missão e valores do hospital, terá de construir o quadro de referências próprio baseado num modelo teórico de enfermagem, apoiado no método de resolução de problemas, e num modo de organização de cuidados de enfermagem, que dispõe de alguma autonomia relativamente à organização dos cuidados médicos[3].

São também estabelecidos os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e cada unidade de cuidados estabelece as normas e critérios de desempenho profissional para cada triénio. Ao enfermeiro também é permitido a elaboração do seu projecto profissional para o triénio em questão, precedido de um relatório crítico das actividades desenvolvidas ou não, os factores contextuais constrangedores e dificultadores, assim como os facilitadores do seu desenvolvimento profissional e pessoal.

Todos este processo de mudança e automatização da profissão de enfermagem, culminou em 21 de Abril com a criação da

[3] – Esta autonomia relativa dos modelos de organização, embora potencie a transformação do próprio hospital, está na fonte de vários conflitos. A razão dos conflitos é a falta de conhecimento dos modelos que guiam a prática de enfermagem por parte dos outros elementos da equipa de saúde. Ilustre-se com os médicos a reclamar, e a não entender, a não presença da enfermeira da visita médica, dos pensos e por aí adiante.

Ordem dos Enfermeiros (Dec- Lei n.º 104/1998), que segundo Mariana Dinis de Sousa "*...significa que a população portuguesa através dos seus representantes, reconhece a importância do papel da enfermagem, autorrogando-lhe poderes públicos.*"

Ao concluir esta reflexão, a enfermagem desenvolveu-se com os hospitais, mas acompanhou sempre a evolução da enfermagem no mundo, nos diferentes tempos e nos diferentes paradigmas.

Apesar da enfermagem se ter desenvolvido em articulação com o desenvolvimento do hospital e com a evolução dos seus paradigmas, persistem ainda no desenvolvimento desta profissão duas questões fundamentais a saber. A construção da sua autonomia e a questão da estruturação do seu corpo de saberes.

Na realidade, embora se tenha assistido a uma autonomia do trabalho de enfermagem, a verdade é que na prática real a enfermagem está em posição de subordinação do poder médico e da administração do hospital.

A sua actividade profissional desenvolve-se num sistema de complexa divisão do trabalho, norma disto é o que diz respeito ao diagnóstico e tratamento, na qual a profissão médica ocupa posição

dominante e não há lugar para para a discricionaridade da enfermagem.

A ligação da história do hospital com a história da medicina, gerou com efeito relação complexa de dependência e submissão, onde por um lado se pode admitir que a formação profissional se distanciou do modelo biomédico, por outro a organização do trabalho dos enfermeiros parece estabelecer com este modelo uma relação de subordinação.

Na realidade, esta relação de subordinação do trabalho contrasta com uma formação, onde a enfermagem se torna sinónimo de *Cuidar e na década de 90 a enfermagem afirma-se como uma "...ciência humana das Pessoas, das experiências e vivências de saúde/doença, que se realizam em transacções humanas, profissionais, individuais, científicas, estéticas e éticas" Watson (88:24).*

Neste modelo teórico, as intervenções de enfermagem estão agrupadas em dez factores *cuidativos*: formação de valores humanisticos e altruístas; instilação de fé e confiança; desenvolvimento da sensibilidade para consigo e com os outros; desenvolvimento de uma relação de ajuda e confiança; promoção e aceitação da expressão de sentimentos negativos e positivos; uso

sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão; promoção do ensino- aprendizagem interpessoal; provisão de um ambiente de apoio, protecção e/ou correcção; ajuda para a satisfação das necessidades humanas básicas; aceitação de forças existenciais e fenomenológicas.

Estes factores passaram a ser um dos quadros de referência para a prática de enfermagem. Esta concepção do cuidar e de prática de enfermagem, parece apelar para a concepção de um hospital que dê atenção particular ao cidadão, família e comunidade, à identidade profissional dos grupos profissionais que congrega, aos dispositivos de formação, à forma de formar os seus profissionais e à forma como estes se formam, permitindo a apropriação e reconhecimento de novas competências.

Trata-se no fundo de um hospital apoiado numa cultura dinâmica, criativa e prospectiva de relação com o exterior, disposto a correr riscos e a gerir o imprevisível, ou seja um hospital construído em oposição a um hospital voltado sobre si mesmo, baseado nos saberes e poderes de um só grupo profissional, reprodutivo de actos pontuais, desinseridos e rotineiros com caracter imediatista.

1. 1 – O Hospital Como Organização dos Saberes e Poderes

O Hospital é um agregado social, onde estão presentes grupos sócio-culturais, racionalidades e ideologias distintas. Em simultâneo e paralelamente, nesse contexto social estabelecem-se combinações complexas entre os objectivos institucionais e os objectivos operacionais de cada grupo profissional. É ainda, o local de socialização dos diferentes actores, local de percurso formativo e da divisão do trabalho.

Carapinheiro, entende o Hospital como uma organização moderna e complexa, local de ancoragem de processos sócio-históricos recentes, incorporando progressivamente a noção moderna de serviço público. Constituindo-se como campo fundamental da produção do saber médico e da prática da medicina moderna; ele simboliza também o poder social da profissão médica .

O Hospital caracteriza-se ainda por ser uma organização burocrática, ele têm crescido em tamanho, complexidade, em diversidade dos recursos humanos, dos serviços, e das especialidades médicas e tecnológicas.

Pesquisas desenvolvidas, consideram que as organizações sociais dispõem de padrões formais e informais de autoridade e cultura, organizando-se segundo múltiplos sistemas de autoridade e múltiplas formas de poder profissional. Segundo a mesma autora a autoridade no hospital ocorre em dois vectores, e sustenta-se em dois sistemas, um que imana da administração e outro que se apoia na autoridade carismática dos médicos.

Relativamente aos objectivos que subscrevem a divisão de trabalho, a hierarquia e autoridade, as regras e procedimentos, práticas da organização, salienta-se a distinção entre os objectivos globais da organização e oficiais e os objectivos operatórios próprios de cada grupo da organização.

O objectivo básico do hospital é recuperar o utente para o mundo exterior em condições físicas e mentais, este fornece a coesão institucional. Este fim organizacional é oficialmente reconhecido e consensual, é implicitamente problematizado dada a multiplicidade de grupos e identidades profissionais, que implicam diferentes ideias e práticas de produzir cuidados de saúde.

Esta diferença de objectivos operacionais é geradora de tensões e conflitos aptos a constituírem-se como objecto do processo de negociação.

O poder no Hospital é o poder dos grupos que desempenham tarefas mais difíceis, que não podem ser rotinizadas nem atribuídas a pessoas sem qualificações, e daqueles que desempenham tarefas críticas, isto é, sem as quais uma organização não pode funcionar.

Estando o poder das profissões baseado num corpo de saberes, e conhecimentos científicos específicos à profissão que a fecha sobre si própria. Estes poderes, apoiam-se em geral num conjunto de conhecimentos científicos, que são específicos aos grupos profissionais como é o caso dos médicos, e os distingue de outros grupos profissionais, que não têm acesso nem aos seus saberes nem ás linguagens profissionais.

São estes saberes e linguagem que se tendem a tornar na cultura dominante na instituição hospitalar, e que dada as suas propriedades dificultam a comunicação interprofissional. Compreende-se por isso que os restantes saberes que circulam no hospital se tendem em transformar em saberes periféricos, como é o

caso da enfermagem, ou saberes profanos como é o caso dos saberes dos utentes.

Compreende-se, também que a cultura dos enfermeiros se tende a automatizar e a enraizar com os seus próprios valores, concepções, saberes e linguagem própria.

Apesar dos saberes dos enfermeiros, tenderem nestes contextos a serem subvalorizados e considerados como subprodutos da cultura dominante do hospital. A verdade, é que os saberes de enfermagem para além de incorporarem áreas de conhecimento que incidem sobre a experiência empírica e as dimensões éticas da profissão, incorporam também saberes e modelos teóricos que tornam a enfermagem perante o hospital, não numa mera executante de tarefas, mas detentora de uma prática reflexiva, com um conhecimento na acção. Numa acção, como refere Canário (97:30) "*...(que) faz apelo á mobilização de um conjunto diverso de saberes contextualizados e transformados em competências, na situação singular que é a relação com cada doente*"

A continuidade dos cuidados de enfermagem implica, com efeito, um exercício de avaliação e interpretação que os adapte às particularidade e alterações no estado de saúde do utente,

resultantes da dissociação entre a descontinuidade da observação e interpretação médica, e a evolução do estado do utente. Assim, o enfermeiro está constantemente a efectuar um trabalho interpretativo, que leva ás tomadas de decisão, assegurando não só um controlo da situação terapêutica, mas também um trabalho de interpretação, ou de tradução entre os saberes sábios e os dizeres profanos dos doentes.

Estes saberes práticos e profissionais de enfermagem, a constatação de que são um grupo profissional sem o qual o hospital não pode funcionar, permitem realçar a importância *estratégica* deste grupo profissional e portanto o reconhecimento de que eles integram uma equipa de saúde, mobilizando os saberes que lhes são específicos. A enfermagem desempenhará o seu papel, aplicará e reconstituirá os seus saberes se a cultura organizacional está interessada no centro de interesse da disciplina, mas, também é necessário que ocorra uma consciência colectiva da enfermagem, que segundo Carapinheiro (93:253) constitui *"...contradição central que atravessa a profissão de enfermagem..."*

Ainda segundo Carapinheiro, o não reconhecimento organizacional dos saberes e poderes dos enfermeiros, e a

inexistência da consciência colectiva que nos referimos atrás, contribui para que o poder da enfermagem dentro da unidade de cuidados se concentre na enfermeira chefe, e seja encarado como *"...concessão dos médicos feita á chefe de enfermagem* (que lhe) *permite penetrar no território..."*. Esta entrada no território médico, pode potenciar o exercício deste poder, de forma a que ele favoreça a mudança, dê a conhecer a identidade de enfermagem e a necessidade do trabalho em equipa, não sendo portanto um poder que é capitalizado "... *como poder simbólico que reforça o seu poder de autoridade sobre as colegas" Carapinheiro (93:261).*

Só desta forma se constrói uma unidade de cuidados, e um hospital, em que os poderes se diluem, os saberes interagem e potencializam-se, só desta forma ocorre a interdisciplinaridade, se assegura a satisfação pessoal e profissional dos profissionais, a qualidade no atendimento, na prevenção, no tratamento e reabilitação do utente e do hospital.

1.2 - O Hospital Organização Qualificada e Qualificante

Como realçamos, o hospital tende apresentar-se como uma empresa altamente qualificada, que existe como organização complexa do trabalho, que tende a burocratizá-lo, e que legitima a utilização de um método de trabalho por tarefa assente na especialização individual. Neste tipo de organização, o Saber reduz-se a uma prática meramente instrumental, que tende a negar a autonomia do trabalhador e a importância da sua formação em contexto de trabalho, para acentuar apenas as dimensões produtivas do trabalho.

Este modelo do hospital como organização qualificada, surge no entanto num contexto de crise deste modo de pensar o trabalho, e da emergência de uma problemática inovadora que nos permite inserir o trabalho numa organização qualificante.

Trata-se de uma abordagem que subentende, tanto uma mudança na estrutura organizacional, como uma alteração dos valores e da cultura da organização. Onde se valoriza sobretudo o dialogo interprofissional, a adaptação organizacional e articulação

entre os objectivos da organização e os objectivos profissionais. Neste caso, a organização do trabalho é estrategicamente concebida como um sistema de aprendizagem, como um sistema que não se limite a utilizar as qualificações disponíveis, mas produz também qualificações, e que se organiza em torno de projectos e da resolução de problemas.

A Organização qualificante, pressupõe assim um modelo global de desenvolvimento dos recursos humanos, no qual todos os trabalhadores participam nas experiências diárias de aprendizagem. Isto é, integram a aprendizagem nas suas tarefas diárias, que se constróem na interacção com os outros e com o meio.

Trata-se, como refere Zarifian, 1992, de uma organização *que estimula a reflexão em torno dos incidentes de trabalho, reforça as relações sociais e constrói um sentido para a sua actividade;(que) supõe uma organização do trabalho numa base comunicacional e pluridisciplinar, (que promove) elaboração de projectos comuns e corresponsabilidades no seu desenvolvimento; a comunicação (que) deve permitir a elaboração de uma linguagem partilhada, permite aos seus membros realaborar os objectivos da sua actividade profissional; permitindo ao indivíduo projectar-se no futuro.*

Bernard Honoré (1992), utiliza concepções semelhantes ás de Zarafian, para análise da instituição hospitalar, desenhando ou sugerindo alterações que permitam resolver a crise da Saúde e do hospital. Do seu ponto de vista, esta resolução passa por uma abordagem do hospital que tenha em conta tanto as suas dimensões económicas e técnológicas, como as dimensões sociais e profissionais.

Esta mudança, por outro lado terá de se referenciar aos três objectivos gerais da função do hospital, que são: melhorar o funcionamento a nível da prevenção, diagnóstico e tratamento; melhorar os cuidados de saúde na reinserção social; melhorar o ensino, formação e investigação.

Ora esta mudança, ainda segundo o mesmo autor, só pode ocorrer se o hospital se considerar uma empresa com projecto, e de projecto, como uma empresa dinâmica, mobilizadora e produtora de recursos humanos e organizacionais.

Que tenha em conta:

1- A sua cultura organizacional encarada como pesquisa de um sentido e de um valor para a saúde, que não é apenas um sentido e um valor criado no interior do hospital, mas construído na

interacção com o contexto, com os utentes do hospital e com as culturas e valores dos profissionais que o habitam.

2 – A construção de um projecto de hospital e as suas implicações estratégicas, o que pressupõe uma redefinição da sua missão; a implementação de modos de trabalho participativo, que transforme as atitudes hierárquicas, os quadros de referências do hospital, e implementando novos métodos de trabalho.

3- O modelo de desenvolvimento de projecto, que se situa nas unidades de cuidados e que sustentam equipas de trabalho, que vão reflectir em comum as práticas, detectar e descrever os problemas, analisar e procurar soluções, descobrir novas formas de acção e formular objectivos.

Encarado como organização qualificante, o hospital deverá privilegiar as decisões horizontais, fomentando uma cooperação interdisciplinar a todos os níveis, desenvolvendo uma informação pluridimensional, e assegurando uma política de formação coerente com implementação do processo.

Compreende-se assim que nesta perspectiva o hospital é além de mais *"...lugar de formação recíproca para todos os seus habitantes, incluindo obviamente os doentes. Encarar o hospital como*

lugar de formação não significa prever no seu interior um somatório de acções de formação pontuais, na ausência de uma estratégia unificadora, mas sim optimizar as suas potencialidades, na criação de oportunidades educativas baseadas na interacção entre actores" Canário (1997:132).

Deste modo, a formação confunde-se com o desenvolvimento da própria organização, é condição estratégica deste desenvolvimento, razão pela qual ela é uma formação interactiva, multidisciplinar que se desenvolve entre os diferentes grupos profissionais, favorecendo relações novas e reforçando as relações do hospital com o contexto.

Através desta política, consegue-se uma adaptação a novas técnicas e novos métodos de gestão, desenvolvimento de competências e a própria organização aprende, pois a predominância do carácter informativo das acções de formação, não permite ao pessoal implicar-se de forma eficaz e contínua suscitando muitas resistências.

De acordo com Honoré (1977:20) esta formação é *"...é a capacidade de transformar uma experiência significativa, os*

acontecimentos quotidianos geralmente sofridos, em projecto pessoal e colectivo".

A actividade de trabalho, a experiência, representa sempre uma oportunidade de aprendizagem e de transformação. A formação realizada através de novas metodologias formativas/dispositivos de formação inovadores, dotam as empresas de um potencial humano com capacidade de: tomar decisões, ter iniciativas, comunicar e ser cooperativo, com competência e flexibilidade a situações concretas de trabalho.

Sem abdicar de momentos de formação formal ela privilegia, de acordo com alguma tendência da educação de adultos, a reflexão sobre o quotidiano, o informal e a experiência.

Só deste modo ela contribui para a reabilitação do "*...domínio difuso das competências implícitas...contribui para que elas sejam socialmente visíveis, simultaneamente como competências de facto e de direito*" Correia (94:30).

CAPITULO II

1ª PARTE - A METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO EMPIRÍCA

1- A PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

A existência de um desfasamento entre o nível de qualificação das enfermeiras (que nos últimos anos teve um acréscimo sem precedentes), e as competências que elas exercem num contexto de trabalho tendencialmente Taylorizado, constitui uma das características mais importantes e mais relevantes na actual vivência profissional da profissão de enfermagem. Tudo parece indicar a existência de uma sobrequalificação das enfermeiras relativamente às exigências definidas para o seu trabalho.

Na realidade, se admitirmos como Watson (1982:24) que a *"Enfermagem é a ciência humana das pessoas, das experiências e vivências de saúde/doença do Homem, que se realizam em transacções humanas, profissionais, individuais, científicas, estéticas e éticas."* Ter-se-á de admitir então, que no cuidado em enfermagem se terá de dar prioridade à pessoa, e não a uma lógica da organização do trabalho que, tende a confundir o "doente" com a doença e a submete-lo a um tratamento especializado, que o espartilha enquanto pessoa humana.

Por outro lado, esta concepção de enfermagem que orientou em grande parte a formação dos enfermeiros, implica que a prática de enfermagem tenha vários componentes, de entre os quais destacamos, a intradisciplinaridade, a atenção acrescida à imprevisibilidade e à adopção de uma atitude profissional que não se apoia apenas no saber fazer.

Á enfermeira pede-se que reconstrua a pessoa Humana, que estabeleça mediações entre os saberes do "doente" e a linguagem técnica do hospital, desenvolva a capacidade de trabalho em equipa de forma a assegurar a continuidade dos cuidados. É por isso, que se admite que os saberes das enfermeiras são não só saberes científicos, mas também a capacidade de mobilizar, integrar e transferir estes saberes científicos, articulando com as suas experiências empíricas que contempla necessariamente uma dimensão estética, ética e pessoal.

Estas competências, pelas suas características não são completamente transmitidas pelos sistemas de formação profissional. Elas exigem uma formação no contexto de trabalho, e uma capacidade de reflectir sobre as próprias práticas de trabalho.

Sabemos que, como referimos, se assistiu nos últimos anos a uma procura desenfreada de formação das enfermeiras, resultante em parte das exigências de formação profissional, e sabemos também

que a organização formal do contexto de trabalho, não procuram explicitamente produzir situações de trabalho qualificantes.

A estrutura organizativa dos hospitais com efeito, não parece ser pensada como uma estrutura capaz de produzir novas qualificações, capaz de reconhecer a inteligência do acto de trabalho, e capaz de desenvolver uma autonomia profissional, sustentada em equipas interdisciplinares.

Isto é, o Hospital como organização taylorista do trabalho parece ocupar-se mais dos resultados que dos processos de trabalho, e está mais atenta ao trabalho prescrito que ao real.

É neste contexto, que se pode admitir que a par da organização formal do trabalho hospitalar, se desenvolve uma organização oculta e invisível do trabalho, eventualmente mais qualificante, mais gratificante e mesmo mais produtivo.

O nosso trabalho procura debruçar-se sobre esta problemática, tentando nomeadamente compreender:

- Será que o hospital e as suas unidades produtoras de cuidados de enfermagem, constituem uma organização taylorizadas ou organização qualificante.
- Será que a prática de enfermagem, a prática real coincide com prática prescrita, ou induz novas redes de comunicação e de relação com o ser cuidado e os seus pares.

- Quais são as experiências de trabalho que vivem os enfermeiros, de que forma delas se apropriam, e de que forma elas se integram no seu percurso formativo.
- Quais são os espaços, os tempos e os actores que estimulam a produção de um contexto formativo.

Dir-se-ía por isso, que a nossa pesquisa tem por objectivo central, compreender como é que a enfermagem se constrói em contexto hospitalar, procurando nomeadamente identificar neste contexto a emergência de uma organização qualificante do trabalho em enfermagem, que embora se construa na face invisível do hospital, pode contribuir para uma revalorização profissional da enfermagem.

2 - Um Modo de Investigação - Um Estudo de Caso

A opção por centrarmos o nosso trabalho nas práticas informais do hospital, implica que desenvolvemos uma abordagem intensiva, centrada num contexto delimitado do trabalho das enfermeiras.

Na realidade, foi através do Estudo de Caso, que nos foi possível:

- Enquadrar o contexto a estudar - a unidade de cuidados, no hospital, tendo em conta a história da instituição.

- Desenvolver uma permanência sistemática no local de trabalho, que nos permitiu integrar as acções aí desenvolvidas e melhor compreendê-las. Ou seja, desenvolver a pesquisa em ambiente natural recorrendo a várias fontes de informação, que se revelaram pertinentes e extremamente úteis.

- Desenvolver uma estratégia de recolha de dados, a observação participante, com recurso à entrevista em profundidade e semi-estruturada.

- Analisar os dados de forma indutiva, onde as abstracções surgiram à medida que os dados particulares recolhidos se foram agrupando.

O que se revelou determinante, para nos debruçar-mos mais nos processos do que nos produtos, para, mais do que responder ao "quê", procurássemos o "como".

2.1 – O Contexto Organizacional do Campo de Observação

Centramos o nosso trabalho empírico na Unidade de Cuidados de Medicina Mulheres, de um Hospital Central da Zona Norte, cujas propriedades pareciam à partida, garantir uma análise da complexidade dos problemas, que nos propusemos estudar.

Como diz Noémia Lopes (1994:74), "*O Hospital tem representado um espaço privilegiado na gestão e consolidação das dinâmicas profissionais dos diferentes grupos que o integram, e que lhe advém da conjugação de vários factores: a sua centralidade no sistema global de prestação de cuidados de saúde; a particular valorização social de que é objecto o trabalho aí produzido; e a acentuada interdependência funcional, que é inerente à natureza desse trabalho.*"

A especificidade deste contexto, torna-o espaço central de contínua estruturação e reestruturação de estratégias profissionais, espaço nevrálgico para a apreensão dos limites e possibilidade das estratégias de valorização e/ou revalorização dos enfermeiros, bem como factor determinante na construção ou reconstrução de competências, e como os enfermeiros aprendem.

Hospital em estudo, tem como missão *"Combater a doença, promover a saúde e colaborar no ensino e na investigação científica, em ordem a contribuir para o bem estar físico, mental e social da Pessoa Humana. Sendo o hospital a referência para toda a região, tenderá a prestar á população residente todos os cuidados de saúde de que ela venha a carecer, tendo como princípio norteador o primado do doente."*(Plano de Acção 96/97).

Ele afirma entender desenvolver, uma política de recursos humanos, que proporcione *"Realização sócio-profissional, reconhecimento e consideração, delegação de responsabilidades, oportunidades de carreira, actualização profissional e comunicação eficaz"*. (*ib*)

Como finalidade do desenvolvimento da organização, salienta que o desenvolvimento passa por cada um dos que trabalham na instituição, cimentando o orgulho de lhe pertencer, através: do *empenhamento pessoal constante; do incremento do espírito de equipa;*

da participação; de incentivo á criatividade; da eficácia de gestão; do alto grau de diferenciação.(ib)

A lotação oficial, deste Hospital é de setecentas e sessenta camas e de sessenta berços, encontrando-se em funcionamento quinhentas e noventa e uma cama.

A área de actuação oficial é no seu conjunto de cerca de trezentos mil habitantes, a área de actuação real é de cerca de setecentos e cinquenta mil habitantes. Para as valências altamente diferenciadas como neurocirurgia, ele constitui um hospital de referência para a população de um milhão de habitantes. Para as valências básicas como medicina interna, gastronterologia a população é de trezentos mil, para a valência de pneumologia a população é de quinhentos mil.

Quanto á lotação oficial das valências de medicina interna, incluindo a pneumologia e gastronterologia é de cem camas, distribuídas por quatro serviços de medicina.

Devido á sua zona de inserção, este Hospital recebe utentes do sector primário, secundário e terciário, que condiciona o tipo de situação patológica e diversifica os níveis socioculturais dos indivíduos que a ele recorrem, salientado que a parte mais significativa das pessoas atendidas são aposentados, domésticas,

professores, comerciantes e portanto retrato da sociedade onde a unidade de saúde está instalada.

Em termos de recursos humanos, o hospital dispunha em trinta e um de Dezembro de 1997, de mil quatrocentos e sessenta e cinco efectivos em funções. Destes recursos humanos destacamos, os quatrocentos e trinta e dois auxiliares de acção médica, duzentos e setenta e cinco médicos e os enfermeiros num total de quatrocentos e trinta enfermeiros. A distribuição das enfermeiras, por categorias na carreira de enfermagem era a seguinte: duas enfermeiras supervisoras; vinte e três enfermeiras chefes; sessenta e sete enfermeiros especialistas; cento e noventa enfermeiros graduados e cento e quarenta enfermeiros.

Os diferentes grupos de profissionais deste hospital, apresentam diferentes comportamentos quanto à formação continua interna e institucionalizada, e a formação externa. Assim, o número de acções de formação interna efectuadas neste hospital nos anos 1996 e 1997, o grupo de profissionais a que se dirigia e o número de participantes foram os seguintes:

- Em 1996, realizaram-se cento e sete acções de formação internas do pessoal de enfermagem, com a participação de mil quinhentos e vinte e seis enfermeiros; em 1997 ocorreram noventa e duas acções de formação, com a participação de mil duzentos e

dezoito enfermeiros. Os médicos em 1996, realizaram uma acção de formação e tiveram a participação de vinte e sete médicos, em 1997 realizaram vinte e oito acções de formação, com quatrocentos e oitenta e cinco participantes. Os auxiliares de acção médica realizaram em 1996 duas formações com dezasseis participantes, e em 1997 realizaram treze acções de formação, com noventa e três participantes.

A realidade, quanto a número de acções de formação externa, e a participação nessas pelos médicos e enfermeiros, apresenta um comportamento inverso á anterior. Em 1996, oitenta e nove enfermeiros participaram em trinta e seis acções de formação, e em 1997 a participação foi de cinquenta e um enfermeiros, em setenta e uma acções de formação; os médicos em 1996 participaram em duzentas e quinze acções de formação e o número de participantes foi de trezentos e cinquenta e seis, em 1997 o número de formações foi de trezentas e oitenta e quatro, e os presentes foram cento e sessenta e dois médicos.

Durante este período, o hospital também foi campo de aprendizagem/socialização para alunos do Curso Superior de Enfermagem, para enfermeiros a efectuarem a Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirurgica e o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. É

também campo de estágio, para os alunos da Licenciatura em Psicologia.

Este Hospital, tem também em funcionamento as seguintes Comissões Hospitalares: higiene hospitalar; ética; nutrição artificial; humanização; qualidade de cuidados de enfermagem; técnica de avaliação de desempenho; sida; oncológica. Está também em funcionamento o departamento de educação permanente multidisciplinar.

O quadro de referência de enfermagem deste hospital[4] (Doc. Serviço de enfermagem, Maio de 1994), integra: A filosofia e teoria dos Cuidados Humanos em Enfermagem de Jean Watson; como técnica de resolução de problemas, adoptou o processo de enfermagem segundo Linda Carpenito; que consta da tipologia das funções de saúde de Marjory Gordon e da taxomonia de diagnósticos da Associação Norte Americana de Enfermagem. A metodologia de trabalho, é a de Enfermeira de Referência (dando assim cumprimento ao emanado pelo Dec-Lei n.º 437/91).

Neste quadro de referências, e segundo a filosofia do *cuidar* o utente é realmente o centro das atenções, pretendendo-se que receba cuidados individualizados de alto nível de qualidade, e nos quais participe tão activamente quanto possível. Para isso, fica sob a

[4] –O Quadro de Referência está ainda implícito, mas implementado na sua totalidade numa unidade de cuidados do referido hospital, em todas as outras unidades só aplicam o instrumento de colheita de dados.

responsabilidade permanente, desde a admissão até á alta, de uma única enfermeira qualificada – A Enfermeira de Referência. Como a enfermeira não permanece vinte e quatro horas de serviço, implica que trabalhe em associação com outra enfermeira, que a substitui na sua ausência, a Enfermeira Associada.

Cada enfermeira de referência, tem sobre a sua responsabilidade três ou quatro utentes a quem deve colher dados, efectuar exame físico de base, formular diagnóstico de enfermagem, planificar os cuidados e intervenções de enfermagem, e começa também a planear a alta do utente. Presta cuidados de enfermagem durante o seu turno de trabalho, avalia todas as intervenções de enfermagem realizadas e transmite à enfermeira associada, através do plano de cuidados do utente, do registo em notas de enfermagem, e da sua leitura na passagem de turno.

A enfermeira associada, assegura assim a continuidade na planificação dos cuidados de enfermagem. Ambas trabalham de forma concertada, e a mesma enfermeira no mesmo turno de trabalho, pode desempenhar os dois papeis com utentes diferentes, exigindo esta mudança rápida de papel, flexibilidade e espírito de equipa. Esta metodologia, não conta só com a qualidade e competência das enfermeiras que prestam cuidados, mas igualmente com o valor daquela que as dirige e da sua liderança.

A enfermeira chefe desempenha um papel chave e diferente do tradicional. Ela deve aceitar a descentralização das tomadas de decisão, delegar nas enfermeiras a autoridade que elas necessitam, não deve ser directiva, mas sim exercer uma autoridade baseada na consulta e na colaboração. Deve saber promover e estruturar a criatividade, encorajar a autonomia, ajudar a aprender, mais do que dar todas respostas. Outras particularidades do seu papel é estimular à reflexão e à análise, e a promoção da intradisciplinaridade , interdisciplinaridade.

O Hospital em estudo, preconiza também Padrões Gerais de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Documento da Direcção de Enfermagem para o triénio de 1994/1996) que são os seguintes:

- Todos os doentes internados no Hospital ou utentes da urgência consulta e hospital de dia, podem esperar receber cuidados diferenciados de enfermagem individualizados, por profissionais qualificados segundo as suas necessidades.

- Todos os enfermeiros, usufruindo de políticas de formação existentes no Hospital, deverão colaborar na formação a realizar nas Unidades de Cuidados, nomeadamente participando em estudos sobre problemas de enfermagem, em acções de formação e através da auto-formação.

- Os enfermeiros podem esperar receber do Hospital, uma política de recursos humanos humanizada, que proporcione;

realização profissional; oportunidade na carreira; reconhecimento e consideração.

- Os enfermeiros, deverão desenvolver as suas potencialidades, nomeadamente o empenhamento pessoal e profissional; incentivo á criatividade; desenvolvimento do espirito de equipa.

- Os enfermeiros darão cumprimento às normas de qualidade a aprovar pela instituição.

- Os enfermeiros darão cumprimento às normas e critérios de actuação profissional e critérios de desempenho a elaborar pela comissão técnica de avaliação e aprovados pelo Conselho de Administração em Outubro de 1993.

- Os registos em notas de enfermagem, da identificação das Necessidades Humanas Básicas afectadas com a execução dos respectivos cuidados de enfermagem, numa percentagem de setenta e cinco a noventa e cinco por cento no ano de 1996.

- Para a introdução de novos métodos de trabalho no Hospital, tendo em vista melhorar a qualidade dos Cuidados de Enfermagem, recomenda-se a implementação do método de trabalho "Enfermeira de referência /responsável" nas unidades, que vão sendo consideradas oportunas.

- Espera-se a satisfação por parte dos utentes, em relação aos cuidados de enfermagem prestados na percentagem, em ordem crescente até 95% em 1996, na categoria de Bom.

A Unidade de Cuidados de Medicina Mulheres, onde se centra o nosso estudo, apresenta algumas características específicas no contexto deste Hospital. Características estas motivadoras da selecção desta unidade para o nosso estudo.

- A unidade de cuidados de medicina, é seleccionada para um grande número de enfermeiros recém-formados iniciarem a sua actividade profissional. O que sugere, tratar-se de um contexto particularmente rico, no que diz respeito às suas potencialidades de promover a formação.

- Nesta unidade de cuidados, predominam as situações clínicas crónicas, terminais e de marginalidade social, assim como uma variedade de situações clínicas latentes. São situações que tem adquirindo uma importância crescente na sociedade actual, devido ao aumento da longevidade, avanço tecnológico, aumento das neoplasias, sida e a falta de estruturas sociais/familiares de apoio.

- A inexistência de tecnologia, implica o recurso ás capacidades/competências científicas, técnicas e sócio-relacionais dos enfermeiros para detectar, actuar e resolver as situações previsíveis e imprevisíveis da prática diária.

- A descontinuidade da observação médica num dia de trabalho. Nos turnos da manhã há a visita médica, dois dias por semana um médico permanece até ás dezassete horas e trinta minutos, nas restantes horas, nos restantes dias da semana e nos fins de semana, os médicos encontram-se no serviço de urgência, que se localiza no r/c do hospital.

- As Unidades de Cuidados de Medicina representam vinte e três por cento da lotação deste Hospital.

Além destes factores, a nossa relação pessoal e profissional com o grupo da unidade é franca e cordial, assim como a nossa permanência contínua durante dois períodos de oito semanas (Janeiro e Fevereiro 97 e mesmo período em 1998), na unidade como supervisores de estágio dos alunos do segundo ano do curso superior de enfermagem, foram facilitadores do nosso estudo.

A estratégia seguida, para o acesso a este contexto organizacional, foi a abordagem inicial da chefe de serviço, dando-lhe a conhecer o projecto de investigação, os objectivos, ressaltando os princípios éticos incluindo o anonimato dos intervenientes. Após a sua anuência oral, marcamos entrevista com a então enfermeira

directora, que não colocou oposição e este estudo, pedindo para anexar ao pedido um exemplar do projecto do estudo.

Numa segunda etapa, procedeu-se á formalização do pedido ao director do hospital, que após o contacto com a enfermeira directora, enfermeira chefe e director da unidade, autorizou a realização do estudo em fins de Janeiro de 1997.

Na terceira etapa foi dar a conhecer o projecto ás enfermeiras da unidade. Por fim, iniciar o procedimento da recolha de dados

2.2- As Propriedades dos Actores Envolvidos na Investigação

O nosso trabalho, incidiu sobre esta Unidade de Cuidados de Medicina mulheres e a sua equipa de enfermagem, apoiou-se numa observação participante, na consulta de documentos, tendo a entrevista semi-estruturada constituído a técnica nuclear da investigação.

A observação participante e informal, ocorreu durante o mês de Janeiro e Fevereiro 1997 e no mesmo período em 1998, de forma a explicitar e aprofundar os dados.

Este modo de observação, teve como objectivos estabelecer uma relação de amizade e confiança com o grupo, em simultâneo

apreender a dinâmica de grupo, o método de trabalho, a aplicação dos fundamentos e princípios de enfermagem – o prescrito e o real e a gestão da unidade. Teve também como propósito, discernir a divisão formal e informal do trabalho e as respectivas modalidades de negociação que, explicita ou implicitamente eram accionadas. Avaliar as relações com a restante equipa de saúde, superiores de enfermagem, utente e família. Saber qual o papel desempenhado pelas enfermeiras na transmissão dos seus saberes práticos e mobilização dos saberes teóricos, na orientação dos alunos em estágio. Por último caracterizar e analisar o contexto, sua influência ou não, no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiro, e como este era ou não transformado.

A observação participante foi, por isso, uma técnica que nos ajudou a compreender o meio social/profissional e nos permitiu integrar progressivamente nas actividades dos actores.

A consulta documental, também foi procedimento utilizado na colheita de dados. Consultas estas importantes para análise dos fenómenos do exossistema, demográficos e sociais, das mudanças e desenvolvimento histórico dos fenómenos profissionais/sociais, das mudanças da e na organização, assim como o estudo do sistema de valores e da cultura da organização.

Por tudo isto, a consulta documental desenvolveu-se pela consulta de fontes documentais oficiais e não oficiais, como Diários da República datados do início do século até á presente data, a consulta do plano de acção, do balanço social e do relatório de actividades de 1996 e de 1997 do referido Hospital Central da zona Norte, assim como o contacto estabelecido com o serviço de estatística, para colheita de dados específicos da unidade de cuidados.

Na unidade de cuidados, foram consultados os protocolos de actuação, o manual de integração, as normas e critérios de actuação do pessoal de enfermagem, e os padrões de qualidade, bem como o inventário de material existente, legislação, boletins informativos, circulares e ordens da direcção do serviço e da direcção de enfermagem, o plano de acção e de formação de 1996 e 1997 e os relatórios da actividade da unidade de cuidados.

No entanto, a técnica nuclear de recolha de dados seleccionada para o nosso estudo, foi a entrevista não estruturada. Porque esta técnica, era a que melhor se adequava ao tipo de investigação, e aos objectivos da nossa pesquisa. Uma vez que pretendia-mos identificar, analisar e compreender os contextos, os procedimentos de estruturação das prática quotidianas da enfermagem, as relações e os processos sociais que as organizam, de

que forma os enfermeiros as vivienciam e evidenciam no seu contexto de trabalho e como delas se apropriam tendo em vista o seu percurso formativo/qualificante.

As entrevistas foram efectuadas á enfermeira chefe e a sete enfermeiras (esta unidade comporta no seu quadro catorze enfermeiras).

As entrevistas decorreram nos dias seis e sete de Março 1997. No primeiro dia, encontravam-se de serviço a enfermeira mais antiga (saber informal e experiêncial), uma enfermeira com três anos de serviço e uma enfermeira com menos de três anos de serviço.
No segundo dia de entrevistas, encontravam-se de serviço a enfermeira especialista (saber formal), duas enfermeiras com mais de três anos de serviço, uma delas com a frequentar uma licenciatura em enfermagem, e outra com a particularidade de ter trabalhado numa unidade de saúde de cuidados primários e encontrar-se só à um ano nesta unidade de cuidados, por último uma enfermeira em com menos três anos de serviço.

Utilizou-se sempre o mesmo *"guião"* da entrevista, que consistia no relato de cada uma das entrevistadas do seu turno de trabalho, com explicitação para o que fez e aprendeu, com quem fez e com quem aprendeu, o que não fez e devia ter feito, o que utilizou,

não utilizou mas devia ter utilizado, em que errou e como procedeu, o que sentiu.

A entrevista com a enfermeira chefe centrou-se mais na formação e gestão da unidade.

As entrevistas foram iniciadas pelo preenchimento de um formulário, cujas questões visavam a caracterização sócio-demográfica e profissional dos actores, bem como o seu posicionamento quanto à formação contínua interna e externa.

Quanto ao registo das entrevista, foi obtido o acordo das entrevistadas para o recurso há gravação,(num dos casos foi recusado), sendo, desde logo garantido o anonimato, tanto dos entrevistados como da instituição. O tempo médio de cada entrevista foi de quarenta e cinco minutos.

Este tipo de entrevista, ao permitir desenvolver uma conversa com um determinado ponto de partida, mas cuja direcção podia ir sendo definida pelos intervenientes, decorreu num clima de diálogo, de proximidade, e de sincronia, não reduzindo os entrevistados ao papel de objecto de pesquisa. Permitiu também, dar a conhecer ás pessoas as preocupações que estavam na origem da investigação, mas também apresentar-lhe a minha disponibilidade para uma escuta atenta.

Os dados recolhidos compreendiam as vertentes cognitivas e afectivas. Quantos ás primeiras apreendemos: como se organizam os elementos da equipa de enfermagem e a equipa de saúde; qual a reflexão sobre a sua prática e formação realizada; o modo pessoal de se apropriarem do saber; que factores facilitadores da aprendizagem; quais eram as estratégias pessoais de formação, e estratégias de produção de conhecimentos do grupo.

As informações de ordem afectiva, remeteram-se para as percepções e atitudes dos actores em referência à formação, que ocorre no contexto de trabalho; o modo pessoal de perceber e identificar as necessidades de formação; perspectivas pessoais sobre as interacções da equipa de saúde e necessidades dos utentes e o reconhecimento da Organização.

Ressaltamos que, todas as entrevistas depois de passadas ao discurso escrito, forma dadas a ler e analisar pelas entrevistadas, todas elas concordaram na integra com o discurso escrito.

2.3 - Características dos Actores do Contexto

As características dos actores do contexto, constitui uma etapa indispensável, para a posterior incursão no domínio do objecto da pesquisa.

A sociografia dos actores é elaborada a partir de um conjunto de indicadores de caracterização recolhidos por formulário, definindo-se os atributos sócio/demográficos e profissionais das enfermeiras.

Os actores que se constituíram em objecto de análise foram, sete enfermeiras todas ligadas á prestação directa de cuidados, e a enfermeira chefe da unidade cujas funções e responsabilidades se dividem pela áreas de gestão - gestão dos cuidados de enfermagem, dos recursos materiais e do pessoal de enfermagem e auxiliares de acção médica; e pela área de formação em serviço.

A representatividade desta amostra é válida para o estudo a realizar, pois a heterogeneidade da amostra abrange a totalidade dos actores do contexto.

Os actores apresentam as seguintes características:

A enfermeira chefe com vinte e quatro anos de serviço e dezoito anos como enfermeira chefe; a enfermeira mais antiga com dezoito anos de serviço e com a categoria de enfermeira graduada; a enfermeira especialista, com a licenciatura em enfermagem médico-cirurgica, com seis anos de serviço; uma enfermeira com quatro anos de serviço e com o estatuto de trabalhador estudante (a frequentar a licenciatura em enfermagem), duas enfermeiras com três anos de serviço; duas enfermeiras em regime de prestação de serviço e com tempo de serviço inferior a três anos.

Outra característica importante, foi a sua distribuição pelo turno de trabalho em que ocorreram as entrevistas: no primeiro dia, turno da manhã, encontravam-se de serviço a enfermeira mais antiga - saber informal, a enfermeira com mais de três anos de serviço e a enfermeira com menos de três anos de actividade. No segundo dia de entrevistas, encontravam-se de serviço a enfermeira especialista - saber formal, duas enfermeiras com mais de três anos de serviço, tendo uma delas a particularidade de ter trabalhado numa unidade de saúde de cuidados primários e encontrar-se só à um ano nesta unidade de cuidados, por último uma enfermeira com menos de três anos de serviço.

Para análise da sua composição social desenvolveram-se, ainda os seguintes indicadores:

Em termos etários, as enfermeiras distribuem-se pelos vinte e quatro anos e os cinquenta e dois anos, a média de idades da amostra situa-se nos trinta e um anos. A média de idades das enfermeiras da unidade, situa-se nos vinte e oito anos. É, portanto uma população maioritariamente jovem, confirmando a preferência que a maior parte dos enfermeiros, continua a atribuir ao hospital para iniciar a sua carreira. No Hospital, metade da população de enfermagem situa-se no intervalo dos vinte e os trinta e nove anos de idade.

Quanto á composição por sexo a totalidade do grupo é feminino, reiterando a dominância feminina que historicamente tem assinalado a enfermagem. A nível do Hospital, e dos efectivos de enfermagem, a taxa de feminização é de oitenta e quatro ponto nove.

Outro indicador é o estado civil, concluindo que a maioria é solteira e a totalidade sem descendência.

Ressalta-se, também que a maioria das enfermeiras, reside na cidade onde se localiza o hospital, e a totalidade reside no concelho.

No âmbito das habilitações literárias, a maioria das enfermeiras possui o décimo segundo ano, uma enfermeira possui o quinto ano do liceu, e outra possui o sexto ano do curso complementar do liceu.

Quanto á formação profissional inicial, cinco enfermeiras possuem o Curso Superior de Enfermagem - *Dec-Lei 480/88 de 23 de Dezembro*, uma enfermeira possui o Curso de Enfermagem Geral - *Dec-Lei n.º 320/87 de 24 de Setembro*, uma enfermeira com o Curso de Enfermagem Geral - *Despacho de 9 de Agosto de 1976*, por último uma enfermeira com o Curso de Enfermagem Geral - *Dec-Lei n.º 46448/65 de 20 de Julho*. A maioria possui o grau de Bacharel em Enfermagem.

Também, a maioria destas enfermeiras frequentaram o curso de enfermagem numa Escola de Enfermagem da cidade, cidade esta onde se localiza o hospital.

Em relação á formação profissional pós-básica, só uma enfermeira possui licenciatura em enfermagem médico-cirurgica, e uma está a concluir a licenciatura em enfermagem comunitária, com o estatuto de trabalhador estudante (na unidade de cuidados encontram-se mais duas enfermeiras nestas condições).

No âmbito da formação contínua externa e em serviço e no desempenho de papel de formadoras, os resultados foram os seguintes: a totalidade das enfermeiras inquiridas responderam que sempre que possível participam em acções de formação externa, mas que ficam aquém das quarenta e duas horas preconizadas pelo Dec-Lei nº437/91 de Novembro art.63º nº2; todas as enfermeiras, também referenciaram que as áreas/temas seleccionados visaram os cuidados de enfermagem relacionados com a unidade de medicina.

Relativamente á formação em serviço a totalidade das enfermeiras considera-a mais vantajosa porque, é o próprio grupo que detecta as necessidades de formação, aborda as intervenções de enfermagem e dá respostas mais adequadas ao exercício. Levando á mudança de comportamentos e atitudes das enfermeiras, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional, conjuga as

necessidades dos profissionais com as necessidades do serviço; facilita a elaboração de normas de actuação; e é mais motivadora.

A totalidade das enfermeiras tiveram a experiência como formadoras, versando os temas: enfermagem como disciplina; cuidados de enfermagem; relação de ajuda; técnicas e procedimentos; educação para a saúde; como planear uma formação; colaboração no planeamento e avaliação da formação em serviço.

Quanto á natureza do vínculo profissional, seis enfermeiras pertencem ao quadro do hospital, e duas enfermeiras encontram-se em regime de prestação de serviço.

Em relação á experiência profissional, e os contextos onde a adquiriram, cinco enfermeiras iniciaram e continuam a desenvolver a sua experiência profissional nesta unidade de cuidados, uma enfermeira teve uma breve experiência, um ano, num centro de saúde integrado, outra passou um ano pelas unidades de cuidados de pediatria e medicina e uma enfermeira também teve uma experiência de dois anos na unidade de pediatria. Poder-se-á dizer, e de acordo com Patrícia Benner (1987), que estes profissionais encontram-se no nível de competente, proficiente e perito, tendo em conta os seus estadios de desenvolvimento na profissão e aquisição de perícia.

Por último, a maioria destes profissionais praticam um horário por turnos de quarenta e duas horas semanais, ou seja um acréscimo de sete horas semanais no horário normal, para colmatar a falta de pessoal de enfermagem na unidade de cuidados.

3 - Análise e Tratamento dos Dados

As entrevistas foram sujeitas a um processo de análise de conteúdo, onde se procurou fazer uma *codificação aberta* (Strauss 1987), tendo as categorias por isso, resultado em grande parte de por um processo indutivo.

Num primeiro momento, fizemos uma leitura flutuante das entrevistas, que nos permitiu identificar um conjunto de dimensões analíticas, a partir das quais passamos ao segundo momento, a (re)leitura mais estruturadas das entrevistas, com vista a classificar os textos das entrevistas nessas dimensões analíticas.

Assim, as dimensões analíticas retidas nestas abordagens foram:

***O contexto do ocorrido**

***Observação/escuta e expressão**

***O imprevisível e a aprendizagem**

***O previsível e a aprendizagem**

***A interactividade e a disseminação do conhecimento**

*** Aprendizagem táctica**

3.1- Categoria: O Contexto do Ocorrido

Esta primeira categoria, surge da preocupação primeira do nosso trabalho, o contexto de trabalho das enfermeiras. Nesta categoria classificamos os segmentos de discurso, que fazem alusão ao local, ambiente, dinâmica e cultura do contexto do nosso estudo de caso. Classificamos a informação que nos informa das vivências e percepções do contexto e experiência de trabalho das enfermeiras.

Assim, através de uma abordagem á *vida privada* destes profissionais, sublinhamos os segmentos do discurso, que fazem alusão explícita á caracterização deste contexto e a esta vida privada do contexto de trabalho: o trabalho intelectual; espaço de decisão e reflexão; as características dos utentes; o não reconhecimento pela a organização do trabalho de enfermagem e o reconhecimento do desempenho das enfermeiras pela líder da unidade de cuidados; a falta de tempo no turno de trabalho; o trabalho em equipa interdisciplinar; o trabalho real e o prescrito; por último a dualidade da registos - escritos e a oralidade

É este contexto do ocorrido, um espaço de decisão e não de execução, de questionamento, de pôr em causa, a busca de sentido, ou seja um espaço de reconstrução interna, em que o exercício de funções é em si um produtor de competências explicitas e implícitas.

Os segmentos do discurso, também nos classificam informação que ressalta a dualidade de posições na mesma enfermeira.

3.2 - Categoria: A Observação, Escuta e Expressão

A comunicação é a capacidade fundamental, individual e de grupo na qualidade dos cuidados, na relação, na formação e na inovação. Esta categoria emerge de um modo da enfermagem ver a comunicação, nos seus aspectos relacionais, de informação e atendendo também, à observação, escuta e expressão.

Nesta categoria como na anterior, são incluídos os segmentos de discurso que fazem alusão á forma **como** as enfermeiras utilizam os *instrumentos* da comunicação, na tradução dos *saberes sábios e profanos,* **com quem** estabelecem essa base comunicacional, **quando** ocorre a comunicação/relação e **os efeitos** da não comunicação.

Toda esta acção mobiliza um conjunto de diferentes saberes, contextualizados e transformados em competências na situação singular que é a relação com cada utente/familía.

3.3 - Categoria: O Imprevisível/Invisível e a Aprendizagem

Esta categoria, tal como as anteriores emerge da problemática em estudo, e de uma análise minuciosa das entrevistas.

Classificamos nesta categoria todos os segmentos de discurso que, valorizam o incidente, o aleatório e imprevisível, como as situações de admissão das utentes, a alteração do estado clínico das utentes e a sua avaliação na descontinuidade de observação médica, a administração de terapêutica em SOS...

A imprevisibilidade do trabalho de enfermagem, implica que os seus saberes não se reduzam á categorização do saber fazer, mas sim a um exercicío de avaliação e interpretação. Esta valorização implica um comportamento reflexivo.

É, na concretização da prática que ocorre a avaliação do trabalho real, e a visibilidade das competências implícitas, ocorre também a inovação do contexto e transformação como profissional e grupo, bem como a matriz dos saberes em enfermagem se enriquece com os saberes adquiridos em contexto de trabalho.

3.4- Categoria: O Previsível/Visível e a Aprendizagem

Nesta categoria, foram incluídos os segmentos de discurso que caracterizam os *cuidados de rotina ou cuidados previsíveis* de um

turno de trabalho da enfermagem; as passagens de turno; o planear os cuidados previsíveis; a prestação de cuidados de higiene; avaliar sinais vitais,; colocar soros; administrar terapêutica; fazer os levantes; posicionar as utentes; ajudar na alimentação; alterações de terapêutica; executar ou colaborar nos exames diagnóstico.

Os segmentos de discurso, registam também a percepção dos enfermeiros sobre estes cuidados previsíveis, e sua angústia na prestação destes cuidados em tempo útil, o turno de trabalho, potencializada pela organização *só* valorizar estes cuidados, os visíveis e previsíveis.

Esta categoria emerge de acordo com a pesquisa em questão e pelo valor desta na aprendizagem dos actores e transformação do contexto. Há aprendizagem, porque toda esta acção mobiliza um conjunto de diferentes saberes, contextualizados e transformados em competências na situação singular, que é o *cuidar* com cada utente. Verificando-se, portanto uma não conformidade com os procedimentos prescritos e os realmente executados.

3.5 - Categoria: A Interactividade e a Disseminação do Conhecimento

Nesta categoria classificamos os segmentos do discurso, que dizem respeito à actividade formativa na unidade de cuidados, e

como ela é transmitida de forma a interligar formação, trabalho e Pessoa.

Ou seja, a relação de parceria, a interactividade diária dos pares, e a transferência de conhecimentos, saberes e experiências, ocorre na informalidade e oralidade e na execução, assim como na formalidade através do planeamento e registo escrito.

Esta interactividade e disseminação dos conhecimentos, ocorre em diferentes sentidos, de quem cuida e trata para quem cuida e trata, e de quem é cuidado para quem cuida e vice-versa.

3.6 - Categoria: A Aprendizagem Táctica

A existência desta categoria, induzida a partir da análise dos discursos produzidos, reflecte de certa forma a categoria anterior. Esta categoria, traduz a acção táctica das enfermeiras na sua auto-aprendizagem, é no decurso da própria acção que os procedimentos eficazes são descobertos.

Os segmentos de discurso, apresentam um profissional reflexivo, onde a investigação-acção está presente, a transferibilidade de competências adquiridas em contextos cognitivos diferentes, e considerados periféricos, adquirem a centralidade.

Num terceiro momento de análise de conteúdo, procedemos a uma análise mais detalhada dos textos das entrevistas, procurando agora compreender as valências formativas dos fenómenos descritos pelos entrevistados, bem como os actores que intervêm mais directamente nesse fenómeno.[5]

Deste modo, este procedimento permitiu-nos não só caracterizar as vivências informais do Hospital ou seja a Face Invisível do Hospital, mas também discernir algumas das condições que podem contribuir para que essas se potenciem em vivências formativas e formais.

Deste trabalho dá-mos conta no capitulo seguinte.

[5] –Anexos IV e V

2ª PARTE

- AS DUAS FACES DO HOSPITAL: A VISÍVEL E A INVISÍVEL

Da interpretação e análise das relações entre as categorias obtidas, emergiu o tema central *AS DUAS FACES DO* HOSPITAL. Destacamos que a interpretação foi feita a um nível descritivo e interpretativo, a partir do discurso manifesto e latente das enfermeiras. Alcançamos assim a finalidade última da análise de conteúdo - a descoberta e o revelar da teia complexa de significações de uma mensagem.

A obtenção desta narrativa não ignora a sua matriz, os actores, os investigadores na qualidade de alguém que possui objectivos e intenções reveladas e expressas: reflectir e compreender o hospital empresa e as unidades produtoras de cuidados de saúde, a sua vida privada; a prática de enfermagem, a real e a prescrita, nesta organização, na relação com o ser cuidado e os seus pares; o processo de formação em contexto de trabalho como gerador e explicitador de competências.

Esta narrativa procura então contrastar as duas faces do hospital que caracterizam o quotidiano e o contexto de trabalho dos enfermeiros.

Nesta conjectura, o hospital caracteriza-se pela sua vertente material, formal e informal, e é no entrecruzar destas vertentes que surgem as suas faces contrastantes: a face visível/formal do Hospital/unidade de cuidados, a da Organização; e a face invisível/ informal do Hospital, a Unidade de Cuidados, que passaremos a narrar nos pontos seguintes.

1 - O Hospital - A Sua Face Visível, Previsível, Formal e Executiva

"...as "câmaras" vitais do hospital, as enfermarias marcadas pelo ordenamento dos espaços físicos, pela singular padronização dos tempos quotidianos e pela estrutura rítmica da produção das actividades terapêuticas" Carpinteiro (1993:11).

A Unidade de Cuidados de Medicina em estudo, do Hospital em questão, situa-se no pavilhão sul, na ala direita e no quinto piso do referido Hospital. A sua caracterização funcional e espacial é a seguinte: é um serviço exclusivamente destinado a utentes do sexo feminino, identificado como medicina mulheres. Comporta um total de vinte e quatro camas, distribuídas por oito quartos, situados no lado direito da referida ala, (durante o ano de noventa e seis o serviço funcionou com três camas no corredor) distribuídos pelas seguintes especialidades: medicina interna, doze camas; gastroenterologia, seis

camas; pneumologia, seis camas. Apresentando uma taxa de ocupação em mil novecentos e noventa e seis de cento e doze ponto cinquenta e três, em mil novecentos e noventa e sete de noventa e um ponto seis, a taxa de ocupação da organização em mil noventos e noventa e sete foi de setenta e seis ponto quatro, e uma demora média de onze dias contrapondo com a média da organização que foi de sete ponto dois dias. O número de doentes por cama foi de trinta e quatro ponto dois, muito próxima do número de doentes tratados por cama na organização que foi de trinta e nove ponto sete.

Como refere uma enfermeira.

"Gosto muito deste serviço apesar dos resultados serem demorados e sem sucesso, os internamentos prolongados ...o internamento social..."C1

Esta unidade de cuidados, como subsistema do hospital, está em contacto sistemático com outros subsistemas da organização, de onde sobressaem as consultas externas, serviço de urgência, unidade de cuidados intensivos, imagiologia, serviço de sangue, laboratório de análises clínicas e também com o sistema de formação do hospital.

A equipa de enfermagem da referida unidade de cuidados é constituída pela chefe de serviço e treze enfermeiras, e excepto a chefe todas praticam um horário rotativo por turnos. Os turnos de trabalho têm o seguinte horário: o turno da manhã decorre entre as oito horas da manhã e as catorze horas e trinta minutos; o turno da

tarde das catorze horas às vinte e uma hora; o turno da noite ocorre entre as vinte e uma hora e as oito horas (todos os turnos têm uma sobreposição de trinta minutos para a passagem de turno).

A falta de tempo é um dos factores que não proporciona momentos formativos à equipa de enfermagem como é evidenciado nos seguintes relatos.

Este primeiro relato desenha-nos a enfermeira mecanicista numa estrutura rígida de divisão do trabalho e de execução, sem espaço à inovação e decisão:

"este dia foi igual aos outros, não há tempo para mais"B1

A componente individual e a sua motivação, na organização qualificante, é a que em primeiro lugar deve sofrer mudanças, alterando-se depois a acção, mas para isso é fundamental a reflexão para aprender com a própria experiência. A descrição seguinte desenha-nos a frustração da enfermeira com o seu desempenho incompleto, sem tempo para a reflexão e desenvolvimento de competências implícitas:

> *"de manhã sinto-me frustrada ...não conseguir dar resposta a tudo ...a passagem de turno é cedo, ...é impossível o horário não está ajustado, a passagem de turno devia ser mais tarde para termos tempo de desenvolver as competências relacionais para reflectir ...*

Desde que se entra até que se sai é sempre a correr... dias assim quase não dá para pensar, parecemos máquinas" C

A escassez de tempo implica o não desenvolvimento de competências para o auto-cuidado no utente, e uma prática do cuidar com qualidade.

"...sinto que não presto os melhores cuidados de enfermagem"C1

A consciência do não cumprimento da essência de enfermagem, o cuidar. A relação utente/ enfermeira, o respeito pela intimidade, o momento de observação primordial para detecção de alterações na utente que levaram ao processo de decisões e resoluções é: *"..prestar cuidados de higiene sempre em correria"B1*

A visibilidade do trabalho, o prescrito, continua a imperar, e este deve ser executado da mesma forma e num dado tempo - visão funcionalista do trabalho. Está implícito neste relato que se tal não ocorre haverá sanção para a enfermeira, e como tal deve ser um comportamento apreendido. A produtividade é o máximo das suas preocupações:

"a organização do trabalho tem de ser de tal forma que se chegue ao fim do turno sem trabalho pendente"C1

A organização qualificante, na gestão do recurso que é o tempo, trata de dar ao trabalhador o tempo de aprender, ou seja, o aumento de competências repercutindo-se na qualidade dos serviços prestados.

Outro contraste evidente que emerge nesta face do hospital, é a não intensificação dos fluxos comunicacionais, importantes para potencializarem as competências relacionais intradisciplinares, interdisciplinar, com o ser cuidado e comunidade, o desenvolvimento de objectivos e projectos comuns.

A situação relatada pela enfermeira explicita o porquê e como a comunicação não ocorre, a importância dos cuidados delegados e prescritos que devem ser realizados em tempo e muitas vezes pedidos fora e sem tempo. O prejuízo imediato é para o ser cuidado, um cuidar estéril, sem o desenvolvimento das potencialidades da doente deixando de *ser gente que cuida de gente:*

> *"A comunicação quase não existe...damos mais importância aos cuidados delegados ...mesmo que uma doente possa autocuidar-se nós dizemos: deixe que eu faço é mais rápido...tudo isto implica que nunca estamos com a doente"B*

Um dos motivos referenciado pela não existência de comunicação continua a ser o factor tempo:

"...a inexistência de relação/comunicação é justificada com a falta de tempo"B1

A comunicação com as utentes também é problemática e escassa, não se enquadrando no paradigma actual da enfermagem:

"Quase não há tempo para comunicar, excepto nos banhos" C3

Na opinião desta enfermeira o elevado numero de tarefas a executar, a não redistribuição de funções, e a escassez de pessoal implica a falta de tempo para a comunicação.

"Estamos muito sobrecarregadas não dá tempo para a comunicação escrita, que era importante para raciocinar e tomar decisões"C2

A inexistência de comportamento solidário, cooperativo, comunicante, mesmo quando no mesmo espaço e momento a cuidar/tratar do mesmo utente, ou seja o mesmo *objecto* e o mesmo objectivo - o bem estar do utente.

"...aconteceu eu estava no quarto a prestar cuidados a colocar o soro prescrito, o médico entra ...corta a terapêutica EV o soro e não comunica, eu pergunto se há alterações...só assim não sujeitei a utente a nova punção nem houve gasto de material"C2

Na divisão do horário de trabalho por turnos, há sempre um maior número de enfermeiras no turno da manhã, quatro elementos,

os turnos da tarde e noite são assegurados por duas enfermeiras, revelando a diferenciação temporal dos ritmos de trabalho. Perguntamos: "e porquê?" Mais rotinas, mais cuidados de enfermagem interdependentes? Carapinheiro em 1993 refere que, a decisão continua a ser fundamentalmente médica, na linha tradicional do comando/execução. Ao trabalho intelectual de concepção do médico corresponde, para os enfermeiros, o trabalho de execução das prescrições terapêuticas, ao qual nós acrescentamos um espaço organizado e "asseado" para a passagem da vista médica, são as actividades de rotina diárias.

Os relatos seguintes ilustram o peso das rotinas num turno de trabalho e no estagnar do trabalho e dos actores.

Estes relatos além de nos ilustrarem o peso das rotinas, que implica a falta de tempo para o restante, explicitam-nos também a influência do visível no processo de avaliação e classificação profissional de acordo com parâmetros funcionalistas, sem prejuízo da produtividade, e um grande controlo sobre esta. Revela também que o papel *principal* da enfermagem aos olhos dos outros elementos da equipa de saúde é de executores do prescrito, participantes sem capacidade de decisão.

> *"Este dia foi igual aos outros ...não há tempo para o resto, há pioridades,... seleccionar mas o visível é que é avaliado...os cuidados delegados se não são cumpridos há sempre alguém a chamar atenção"* B1

A transcrição seguinte desenha um turno de trabalho de enfermagem e a sequência das rotinas. Estas actividades de rotina são aquelas que são previsíveis e visíveis. São importantes para a organização de um tempo e espaço bem como para o estabelecer de uma dinâmica de funcionamento. O reverso destas rotinas, é o castrar dos padrões funcionais de saúde do utente, é o estagnar e automatizar as intervenções de enfermagem, delimitando o cuidar em enfermagem à execução sem reflexão e inovação.

> "... *prestar cuidados de higiene sempre numa correria, colocação de soros, avaliação de sinais vitais, preparar e administrar terapêutica, alteração de terapêutica, marcação de exames, colheitas de sangue posicionar doentes...entre as 13 e as 14.30 é uma correria, não dá para pensar parecemos máquinas. As pessoas são resistentes às mudanças...acham-se no direito de continuar a fazer como sempre" B1.*

Continua o relato angustiante e sem fôlego de um turno de trabalho:

> "...*administrei alimentação por gavagem.... iniciei os cuidados de higiene de forma ordenada e sistemática, coloquei soros, avaliei TA, puncionei, repuncionei, preparei e administrei terapêutica, colaborei na alimentação-*

suplementos e almoços, fiz a revisão da terapêutica, registos de enfermagem, novamente administrar terapêutica, posicionar as doentes e ir para a passagem de turno." C

Convém referir que cada enfermeira fica responsável pela prestação de cuidados globais a seis utentes no turno da manhã - método de trabalho individual- o que poderá implicar, com a junção da inexistência do trabalho interdisciplinar e a falta de pessoal de enfermagem, uma *autonomia solitária, e não uma autonomia solidária.*

O peso do trabalho prescrito- as rotinas, no acomodar dos profissionais e o risco do desenvolvimento de profissionais não reflexivos:

" O problema é a falta de pessoal e depois as pessoas habituam-se a fazer as coisas rápidas e sem pensar, que quando têm tempo para cuidar com calma já não o fazem..."C

A falta de enfermeiras é também um problema real e de acordo com a Circular Normativa de treze de Novembro de noventa[5].

A aplicação desta formula traduz que a unidade de cuidados em questão deveria ter trinta enfermeiros, e não os dezassete

---

[5] - P (pessoal) = L(lotação)xTO(taxa de ocupação)xHCN(horas de cuidados necessárias) x 365 dias / T(horas de trabalho ano/enfermeiro – 1398)

- P=24x80% x4.7 x 365 / 1398H = 23,6 **o normativo;** - P=24 x 102% x 4.7 x 365 / 1398 = 30.03 **o real**

enfermeiros por que é constituída (ou com uma taxa de ocupação de oitenta por cento o numero de enfermeiros seria de aproximadamente de vinte e quatro enfermeiros). Este défice está reduzido em três elementos, uma vez que todas as enfermeiras estão com horário acrescido, quarenta e duas horas por semana, prefazendo por mês o horário de mais três enfermeiras. Constatamos que o ratio enfermeira/doente da unidade de cuidados em questão é inadequado.

O número de auxiliares é de oito elementos também distribuídas pelos diferentes turnos, três de manhã, duas de tarde e uma de noite, executando estas as funções de limpeza, mensageiras e copeiras e não as descritas no seu estatuto.

> *"As auxiliares de acção médica não colaboram na prestação de cuidados e começamos todos a fazer o que não nos compete"B2*

No entanto a análise que fazemos do não cumprimento do estatuto das auxiliares de acção médica, ou seja a não delegação de trabalho desqualificado para profissionais menos qualificados, implica que por um lado não haja a transferência de actos de trabalho rotinizados e desqualificado, e por outro mais domínio, autoridade técnica e social do grupo de enfermagem.

Na continuidade desta análise em que a carência de tempo, de pessoal, do peso das rotinas, da não delegação de funções menos qualificadas, da inexistência de trabalho interdisciplinar, o método

de trabalho ser o individual, culmina com a *não consciência* do sistema de valores do quadro de referências de enfermagem da organização - teoria de Jean Watson, Modelo de Marjory Gordon - os padrões funcionais de saúde e os diagnósticos de enfermagem de Linda Carpenito no planeamento de cuidados.

Quando a prática é inspirada numa concepção da disciplina, ela integra os postulados e valores básicos dessa concepção, podendo ser reconhecida através da comunicação escrita, verbal e não verbal. Enriquecendo-se esta com a imersão na prática quotidiana da enfermagem.

Para além dos saberes, os postulados, valores e os modelos teóricos são instrumentos necessários no cuidar em enfermagem, e no desenvolvimento da profissão - investigação e formação, na sua visibilidade e responsabilidade perante a sociedade, para que com a sua prática haja uma simultaneidade teórica, que ajudarão no desenvolvimento das competências implícitas e explicitação do trabalho real.

Para a organização, e continuando a vigorar os princípios Tayloristas de organização e formação, "*... quanto às teorias e modelos de enfermagem é muito conceptual e de difícil entendimento, estes assuntos serão tema de formação mas depois do hospital dar formação aos chefes e especialistas*"C, a institucionalização do sistema de formação, perda de autonomia do trabalhador e distinção clara entre conceptores e destinatários da formação é visível.

Quanto ao método de organização da prestação de cuidados de enfermagem, e segundo o quadro de referências da organização, este baseia-se na metodologia de trabalho de cuidados de enfermagem integrais. Na unidade é preconizado o método individual; diariamente a enfermeira chefe elabora o plano de organização dos cuidados de enfermagem e atribui a cada enfermeira responsabilidade da prestação de cuidados globais e centrados no utente (mais ou menos seis utentes no turno da manhã, doze no turno da tarde e noite).

Este método aumenta a responsabilidade, a capacidade de decisão e a independência da enfermeira, permitindo-lhe fazer uso da experiência e conhecimentos adquiridos, estimulando a criatividade e a satisfação profissional, tornando o trabalho mais humanizante. Exige mais pessoal de enfermagem e material e existe o risco de trabalhar isoladamente.

Assim cada enfermeiro é formalmente responsável por este número de utentes, aos quais lhe compete a respectiva observação, o colher dados. Na unidade é norma (existência de normas e critério, da unidade de medicina para cada categoria profissional elaboradas para cada triénio pelos enfermeiros da unidade e baseadas nas normas e critérios, padrões de qualidade da organização, dando cumprimento à carreira de enfermagem e legislação da avaliação de desempenho dos enfermeiros - Desp.2/93 de 30 de Março) a colheita de dados –entrevista - realiza-se a todos os utentes com diabetes sem

qualquer outra patologia, nas primeiras vinte e quatro horas após admissão, e a todos os outros realiza-se o exame físico de base, procedendo posteriormente a um resumo da situação na folha de notas de enfermagem, com implicações nos cuidados de enfermagem independentes referentes a alimentação, higiene e conforto, eliminação, integridade física, exercício/mobilidade e alivio do sofrimento.

A não existência de planos de cuidados tipo na unidade e a não elaboração de planos de cuidados individuais é o visível desta unidade "*...apesar de não se fazerem planos de cuidados ...*"C2

O objectivo que prevalece na equipa de enfermagem e na intervenção é não prejudicar o utente:

> *"Fazemos o exame físico a todas as doentes, o histórico de enfermagem não conseguimos ...no meio de todos o mais importante é o planeamento de altas e avaliação dos recursos do doente...só que algo tem de falhar e tentamos deixar o que prejudica menos o doente, isto é a curto prazo" C1*

A unidade de cuidados conta também com a existência de uma secretária de unidade, responsável pelas funções administrativas: informatização da gestão de doentes e movimento estatístico; organização dos processos; marcações de exames de diagnóstico; internamento e altas transportes dos utentes da

unidade. Funções estas que há menos de uma dezena de anos pertencia á enfermagem.

A equipa médica (comum ás duas unidades de medicina) é constituída por dois pneumologistas, oito gastroenterologistas e dezoito médicos de medicina interna. Estes estão divididos em subequipas assegurando as manhãs de segunda a sexta-feira, as tardes de segunda, quinta e sexta-feira até ás dezassete e trinta, os fins de semana de urgência, sendo que o restante tempo é assegurado pelo serviço de urgência .

Esta descontinuidade espacial e temporal no serviço pela equipa médica, implica que a enfermagem detenha a sua continuidade espaço temporal, permitindo-lhe *assegurar o permanente controlo da situação terapêutica - espaço de negociação informal* Noémia Lopes. O que não acontece na unidade em análise:

> *"...se algo corre mal a culpa foi da enfermeira, se esta detecta a tempo uma situação e é resolvida a tempo ninguém diz a enfermeira foi excelente...não há relacionamento interpessoal nem reconhecimento"*

Os médicos da unidade não valorizam nem reconhecem o papel da enfermagem, nem a sua capacidade de controlo terapêutico do estado de saúde do utente através da mobilização de um conjunto de saberes e da tomada de decisão.

"Os médicos só nos vêem como executoras de actividades delegadas, eles não sabem o que é o processo de enfermagem, não conhecem o REPE, não sabem o que somos ...os mais velhos ligados á tradição deles e á nossa, os mais novos não pensam em nós como parte do grupo" C

A visita médica, é diária e a visita médica geral ocorre às quartas feiras, sem acompanhamento de enfermagem. É um dos momento de presença física dos médicos. Realizada diariamente pelas diferentes equipas, não é anunciado mas de certa forma há uma dinâmica instituída.

Apesar da interpretação se referir à visita médica, o factor redutor da não parceria é a falta de tempo, mas há a consciência profissional da importância de que a visita médica seja um momento de parceria. Os benefícios seriam, para o utente:

"A visita médica não é acompanhada pelo enfermeiro e Deus nos livre senão não tínhamos tempo para nada...é importante para bem do doente ... ainda hoje gastei tempo, material e terapêutica..."C1

O esforço unidireccional, o beneficio de uma relação solidária no *pensar complexo* que exige o cuidar/tratar o utente é aqui descrito:

"... a nossa presença na visita médica ... eu procuro estar sempre presente, saber tudo acerca das doentes e

transmitir o que sei, há uns que falam com outros não funciona ...a enfermeira não sabe a base do raciocínio que levou aquela prescrição/decisão" C

Opinião corroborada por outro elemento "*...chegam fazem a visita médica, falam com a doente, e a mim ? nem bom dia nem boa tarde, apesar de eu cumprimentar sempre é uma forma de estabelecer relação ...não lêem os registos de enfermagem e o doente é que arca com tudo..." C2*

Da interpretação anterior depreende-se a *inexistência de trabalho em equipa* na unidade, o que implica que este momento de interactividade e aprendizagem seja controverso, não formativo e uma não valia para o utente, organização e equipa de saúde, não contribuindo para a qualidade dos cuidados:

"O trabalho em equipa é fundamental para aprendermos uns com os outros ... a visita médica era importante que participássemos, seria uma situação de aprendizagem"C1

Agir em parceria supõe uma procura constante, uma compreensão mútua e entendimento comum sobre o sentido da acção e do seu cumprimento. Supõe também uma procura comum para apreciação da situação e uma comunicação sem reservas das informações que cada um dispõe:

"...o trabalho em equipa complementava saberes, e a intervenção junto do doente saía beneficiada...deviam existir reuniões de intercâmbio"C

O trabalho solidário vivido na vida quotidiana, pelos agentes em contexto deverá ser um valor a emergir nas novas configurações do sistema de saúde. De facto a multiplicidade e complexidade das situações que se encontram, implicam que as equipas de trabalho participem em interdisciplinaridade, o que é um dado incontornável, e não:

"..neste percurso é importante o trabalho em equipa multidisciplinar...mas eles não favorecem essa situação...não há interesse em explicar ...não há trabalho em equipa, os elementos existem, o trabalharem, é que não"C1

Os modos de acção pluri e interdisciplinares são fundamentais no cumprimento dos projectos, quer a nível criativo e formativo:

"Uma fonte importante de aprendizagem e que está ausente neste serviço é o relacionamento com os médicos..."C2.

Seria fundamental na visibilidade a ideia de sinergia, em que cada um depende do outro, reconhecendo as diferenças,

identidades, saberes e competências, mas que é necessário que se fundam para a complementaridade da acção:

> *"O hierarquizar e exercer o Poder conforme o lugar que se ocupa estraga tudo e o tempo de internamento aumenta se não existir trabalho em equipa" C2.*

O Hospital empresa, *promotor da saúde* com um projecto mobilizador de todos os recursos humanos da organização, em que a sua implementação se situa nas unidades de cuidados ao nível das equipas – Obriga a reflectir em comum as práticas ou seja a existência de uma cooperação interdisciplinar. Esta perspectiva corresponderá ao desenvolvimento da formação, investigação, ensino/aprendizagem, da qualidade dos cuidados prestados, e utilização dos meios/recursos com o máximo rigor.

Como refere Honoré (98:33) o lugar da parceria na evolução das estruturas de saúde, e como a experiência permite dizer, é o seu motor. Supõe laços interactivos e flexíveis criando uma dimensão dinâmica das estruturas. A parceria prepara a evolução das estruturas e a sua manutenção. Ela não pode ser decretada nem instituída. Ela se institui.

Na entrada da unidade de cuidados, encontramos a secretária da unidade e a sala de tratamentos (comum às duas unidades). O gabinete do director de serviço e a sala dos médicos, são espaços que

raramente alguma enfermeira transpõe com excepção da enfermeira chefe. Apesar de não existir nenhuma restrição expressa, remete-nos á análise desenvolvida por Carapinheiro (93:221-232;262-271) sobre a simbologia de poder, retratada na diferente acessibilidade social dos diversos espaços dos serviços hospitalares, simbologia que demarca os diversos graus de privacidade dos lugares de acordo com os diferentes graus de poder.

"A chefe faz a ponte médico/doente e equipa de enfermagem, a relação com as enfermeiras é reduzida"B1

Segue-se o corredor, ao lado direito com orientação para sudoeste situa-se a biblioteca da unidade, espaço comum da equipa médica e de enfermagem, mas nunca utilizado em simultâneo, está apetrechada de obras e revistas da especialidade médica, dois computadores, um projector de slides, um retroprojector e um ecran. Este espaço, é também utilizado para a formação em serviço de cada uma das equipas. " *...não há formação interdisciplinar no serviço" C*

É também espaço de reuniões de serviço do pessoal de enfermagem, e quando o serviço tem alunos do curso de bacharelato em enfermagem a efectuarem estágio(acontece duas vezes no ano) é o local determinado pela enfermeira chefe para a realização das passagens de turno.

Nesta mesma orientação espacial situam-se as oito enfermarias com três camas, separadas entre elas pela mesa de cabeceira e um cortinado, um lavatório, mesa de refeições (não tem

refeitório), um cadeirão, três cadeiras, armários individualizados das utentes e um que contem os produtos de higiene e conforto essenciais e individualizados para o cuidar das utentes. Na parede encontramos o oxigénio e ar comprimido canalizado.

Na ala esquerda do corredor, na parte mais distal, situa-se a rouparia da unidade que funciona também como vestiário comum de enfermeiras e auxiliares de acção médica; segue-se uma das casas de banho composta por duas retretes e um duche.

A meio do corredor localiza-se a sala de trabalho de enfermagem onde é preparada a terapêutica e o material necessário à execução de técnicas e procedimentos de enfermagem, sendo-lhe contíguo o exíguo gabinete da enfermeira chefe, com uma secretária três cadeiras e dois maples pequenos. Neste encontramos os processos clínicos das utentes, modelos de impressos para registos e pedidos, e várias pastas (horários, horas suplementares, inventário de material, material recebido e reparado, normas e critérios de actuação do pessoal de enfermagem e padrões de qualidade, manual de integração, manual de normas e procedimentos das enfermeiras e auxiliares de acção médica boletins informativos, informações da direcção do serviço e da direcção de enfermagem, por último um com legislação). Este é também o gabinete de enfermagem onde se realizam as passagens de turno da enfermagem (manhã, tarde e noite), momento principal no planear do dia de trabalho.

"O dia começou com a passagem de turno, ouve-se o relato do turno anterior estando com especial atenção ás nossas doentes, em numero de seis previamente atribuídas no plano de cuidados de enfermagem, mas também à globalidade do serviço ... planei o meu dia de trabalho antes de passar á rotina do dia a dia" C2

Durante o turno da manhã, este espaço torna-se o local de convergência de médicos e enfermeiros, para consulta dos processos clínicos, transmissão de informações, pedidos de execução/intervenções de enfermagem, definem-se e estabelecem-se prioridades.

"...só na consulta dos processos clínicos é que nos apercebemos do que eles pensam e decidem" B1

A oralidade não está presente. A discussão a reflexão e a troca de informações dos actores da equipa de saúde faz-se por escrito, longe do lugar da decisão. A oralidade está presente no pedido de execução de intervenções de enfermagem interdisciplinares.

"...rever os processos clínicos e os comentários que os médicos fazem em relação à observação efectuada à doente..." B2

No período da tarde é local de confluência de familiares e amigos (horário da visita é das 15 h ás 16 horas) para receberem informações do estado e evolução da saúde dos utentes.

Segue-se a farmácia da unidade, a copa (esta espaço privilegiado das auxiliares de acção médica) e a segunda casa de banho com uma retrete e um chuveiro que permite o banho geral das utentes na cadeira de banho (existem duas no serviço), para maior segurança da utente, promoção da mobilidade e satisfação das necessidades humanas básicas. No entanto apesar de existirem os recursos materiais para a execução de uma intervenção de enfermagem com qualidade com vista á independência da utente: *"mesmo que as pessoas se possam limpar nós dizemos deixe que eu limpo é mais rápido" B*

"... preparar banhos, ajudá-las ou fazer por elas" B2

"...prestar cuidados de higiene sempre em correria " B1

Os cuidados de higiene e conforto momento de escuta e relação primordial, em que os factores como a falta de tempo e de pessoal não torna esta intervenção qualificante, mas sim rotinizada.

" De manhã consigo falar com as doentes durante os cuidados de higiene ...acontece às vezes que estamos conversar com a doente e a fazer o planeamento das actividades seguintes"C3

A consciência de uma comunicação não efectiva ocorre, é o *falar,* o pensamento está na actividade seguinte.

Esta unidade de cuidados, como recursos tecnológicos e materiais possui uma bomba perfusora, que é comum à unidade de medicina homens, um dinamap, um aspirador de secreções, um nebulizador ultra sónico, uma bala de oxigénio de transporte, quatro cadeiras de rodas e uma maca. Salienta-se a existência de um telefone sem fios para satisfação da comunicação do exterior com os utentes.

Esta escassez de recursos tecnológicos, e as dimensões mais rotinizadas do trabalho de enfermagem nesta unidade, bem como a falta de tempo e pessoal implica uma não *satisfação intelectual de produção de gestos terapêuticos assim como uma não intercomunicabilidade das atitudes terapêuticas médico e enfermeiros.*

O trabalho nesta unidade é centrado no cumprimento de rotinas e na articulação com o trabalho médico, actividade de elevado grau de padronização.

Desta caracterização espacial e funcional sobressai a demarcação social dos lugares que sublinham os diferentes poderes e status, a desproporção entre o quantitativo e qualitativo de assistidos e os quantitativos de enfermeiros e auxiliares de acção médica. Sobressai também a carência e o desconforto das condições materiais que pontuam o quotidiano dos profissionais e utentes.

A natureza e especificidade do trabalho nesta unidade de cuidados é marcada pela elevada média de doentes idosas (em mil

novecentos e noventa e seis, sessenta ponto três da idade das utentes situava-se no intervalo dos sessenta e cinco aos setenta e cinco anos de idade; em mil novecentos e noventa e sete, quarenta ponto três situavam-se no mesmo intervalo) e a prevalência das patologias categorizadas como crónicas, com internamentos de repetição. Encontramos patologias do foro da pneumologia e da gastroenterologia, fases terminais, e com alguma frequência encontramos utentes mais jovens com diagnósticos de patologias associadas ao alcoolismo, toxicodependência, tuberculose e derrames pleurais.

Associado ao carácter crónico/agudizado da maioria dos casos de internamento, são também constantes problemas sociais, como o abandono familiar e/ou carência de recursos vários para serem atendidos no ambulatório. Estes problemas levam a internamentos mais prolongados, o que se traduz por uma baixa rotatividade de doentes.

Consideramos então que a natureza do trabalho dominante na unidade de medicina, são os cuidados polivalentes, associando-lhe também o caracter protector e defensor das situações sociais sem estruturas de apoio.

Como refere Noémia Lopes (1994:104), esta dupla natureza do trabalho implica um tendencial estreitamento nas margens de incerteza/indeterminação inscritas na natureza dos cuidados de saúde, já que a predominância de situações de relativa "estabilidade

clínica" propiciam uma elevada rotinização das actividades quotidianas. Esbate-se a visibilidade social da interdependência funcional na produção de cuidados principalmente entre as enfermeiras e médicos, dando lugar à acentuada divisão e segmentação com a consequente redução dos espaços informais de negociação e a uma autonomia solitária.

Quanto ao intercâmbio de informação, entre médicos e enfermeiras, só em situações pontuais e de urgência é que é feita directamente, caso contrário é transmitido pela forma escrita no processo do utente, às vezes de forma lacónica, ilegível e inadequada por falta de complementariedade de informação/comunicação verbal junto das enfermeiras. É de sublinhar que alguns médicos já procuram complementariedade de informação para a avaliação clínica nos registos de enfermagem, promovendo uma continuidade no cuidar/tratar do utente.

> *"Alguns preocupam-se em perguntar como foi o comportamento da doente nos turnos anteriores, mas são raros. Em todas as situações mas em especial as mais complicadas deviam ser discutidas e tomadas as decisões em conjunto. Só na consulta dos processos (notas clínicas) é que nos apercebemos do que pensam e decidem."B1*

Não há portanto um sistema de comunicação pluriprofissional nesta unidade de cuidados. No entanto no interior da própria equipa de enfermagem a comunicação nos momentos formais das passagens de turno é feita através das notas de enfermagem. Estas no entanto não incidem sobre as vertentes física, psíquica, espiritual e cultural do utente, limitando-se a registar as intervenções de enfermagem prescritas pelo médico.

É informalmente que parecem desenvolver-se dispositivos de comunicação no interior da equipa de enfermagem. Há com efeito *"... cuidados de enfermagem executados que não registamos...mínimos insignificantes... mas implicam tempo competências e se calhar são mais importantes que outros" B1*

A enfermeira chefe promove uma reunião mensal com as enfermeiras na última quarta-feira do mês pelas catorze e trinta. Para as auxiliares de acção médica esta reunião tem lugar na primeira quarta-feira do mês.

As reuniões mensais que a enfermeira chefe promove com as enfermeiras e que se destina a detectar necessidades de formação, com vista a proceder à elaboração do plano de formação, sejam influenciadas por esta falta de comunicação na unidade de cuidados.

O conteúdo do plano de formação incide fundamentalmente sobre carências técnicas e deficiências na execução das prescrições médicas. Apesar de a formação em enfermagem ser pioneira e dotada

legalmente (Dec-Lei nº437/91 de 8 de Novembro) de um dinamismo que importa realçar, e se dotar como finalidade o desenvolvimento pessoal e profissional articulando-se com a prática profissional. O que acontece é que a descentralização da formação é acompanhada com a sua formalização numa lógica que como refere Canário, a par da descentralização da formação é a formalização da formação em serviço, numa lógica escolarizada e escolarizante, um espaço e um tempo para fazer e um tempo para aprender, aumentando a dicotomia teoria/prática e desmotivando os *expert, e não* incrementando uma *pedagogia crítica e* inovadora.

A formação em serviço, e de acordo com o D.L. 437/91 de oito de Novembro tem como formador em serviço o enfermeiro especialista, que trabalha em relação estreita com a enfermeira chefe e o Centro de Formação Profissional Multidisciplinar da organização, é marcada por uma grande ambiguidade que conduz frequentemente os formadores a atribuírem às enfermeiras a responsabilidade pelo seu relativo fracasso, como refere o formador :

"....As pessoas fazem formação a pensarem em termos curriculares, tento alertá-las que há outros critérios...

As pessoas não estão habituadas a estudar, aqui no serviço é fácil porque as pessoas vêm da escola e consegue-se fazer muita coisa, o problema é o número de pessoal e depois as pessoas habituam-se a fazer as coisas sem pensar...

Neste momento com o Departamento de Educação Permanente, estamos a fazer a formação dos enfermeiros do hospital.. o hospital está a uniformizar a formação."C

Para além da tendência da uniformização, a formação tende a ser pensada segundo um modelo descendente, reflectindo de qualquer forma a separação entre a concepção e a execução, como sugere a formadora a que fazemos referência.

"...quanto às teorias e modelos de enfermagem são muito conceptuais e de difícil entendimento, estes assuntos serão tema de formação, mas depois do hospital dar formação aos enfermeiros chefes e enfermeiros especialistas"C

A formação em serviço/hospital não é decididamente interdisciplinar. São exemplos disso o facto da enfermeira chefe e o director do serviço terem estado apenas presentes simultaneamente, numa única formação promovida pelo departamento de educação permanente.

Por sua vez a formação das auxiliares de acção médica é da responsabilidade da enfermeira chefe, os temas das suas formações versaram as relações interpessoais - a relação com os utente e seus familiares e normas de higiene hospitalar. A problemática das

relações interpessoais, tema importante para os enfermeiros, não faz parte do plano de formação dos enfermeiros.

Finalmente o projecto profissional individual, entendido como a capacidade de um trabalhador projectar os seus interesses futuros, como iniciativa de reelaborar os seus objectivos, não parece ser reconhecido no interior do Hospital, como afirma um dos entrevistados ao afirmar que : " *O hospital não reconhece...nem motiva...*" C1

É uma organização que não motiva/incentiva o indivíduo a projectar-se no futuro e como é reconhecido pelo formador quando afirma"*... faço muitas coisas para enriquecimento pessoal ...não sou compensada...mesmo para a formação em serviço, ela é feito em tempo pessoal, a instituição não dá nada... diminui a motivação*"

Este não reconhecimento não incide apenas sobre a formação em serviço, mas também sobre a formação conducente a um grau académico " *o serviço tem três enfermeiros em regime de trabalhador estudante...*"(C)

Na realidade, e apesar do regime de trabalhador estudante dizer atribuir cinco horas semanais de dispensa de serviço, num horário de quarenta e duas horas e rotativo, e a formação dos enfermeiros estudantes decorrer num regime pós - laboral, ele não permite que o curso seja frequentado de uma forma regular. Para

a valorização profissional os enfermeiros sacrificam férias, fins de semana e contam com o espirito de equipa dos enfermeiros do serviço.

Ao concluir esta narrativa com a caracterização e análise, sociográfica dos actores e do seu contexto, os seus constrangimentos, inscritos nos seus recursos sócio-profissionais e no contexto quotidiano das suas práticas, poderemos afirmar que a organização não qualifica nem reconhece as qualificações, competências e percursos dos enfermeiros e por sua vez estes com os constrangimentos descritos tornam visível esta face do hospital/unidade de cuidados formal, executora, previsível e não qualificante.

Salienta-se também que a formação é pensada segundo um modelo descendente, não satisfazendo os profissionais, nem o desenvolver da sua prática.

Mas esta realidade, o contexto não pode ficar caracterizada e analisada numa única vertente pois sairia distorcida e empobrecida. Foi necessário penetrar no seu âmago, através da análise de conteúdo e no entrecruzar das categorias e espaços, definidos á priorir, fazendo emergir a face invisível do hospital/unidade de cuidados.

2 - O Hospital a Sua Face Invisível, Imprevisível, Informal e Qualificante

Esta narrativa valoriza o informal e o imprevisto, não como excepção mas sim como o ponto de partida para análise da unidade de cuidados/hospital.

Na face invisível do hospital, as "câmaras vitais", as unidades de cuidados são marcadas pelo diálogo, oralidade, auto e hetero-reflexibidade e tomada de decisão, ou seja um conjunto de competências implícitas, que têm um papel importante e estruturador nas organizações qualificantes de trabalho, e como refere Correia (1997:31) *"...o que a abordagem qualificante do trabalho traz de novo não é, pois, a descoberta destas competências, mas o anúncio da possibilidade de elas não serem apenas defensivas, mas constituírem um dos suportes essenciais ao funcionamento dos colectivos de trabalho."*

Esta narrativa surge da análise das categorias definidas: Observação/escuta e expressão; o imprevisível e a aprendizagem; a interactividade e a disseminação do conhecimento; aprendizagem táctica. Bem como da análise dos espaços/momentos/situações formativas e do entrecruzar destas com os actores envolvidos.

A face invisível do hospital/unidade de cuidados inscreve-se nas mesmas características funcionais, espaciais, e de especificidade do trabalho. Mas a capacidade reflexiva, criativa e humana da equipa de enfermagem, ou seja a arte de ser enfermeira " *O trabalho criativo do artesão apoia-se fundamentalmente num património experiêncial e apoia-se em mapas cognitivos que lhe permitem permutar os elementos integrados neste património, produzindo combinações originais de elementos que lhe permitam inventar respostas a situações imprevisíveis Correia (97:38),* modifica estas características tornando o contexto dinâmico, em movimento constante, contendo muito de imponderável, imprevisto e desconhecido. *"...aqui tudo nos pode acontecer, quando pensamos que tudo aconteceu, acontece algo de novo"B2*

Pois, os doentes idosos apresentam uma variedade de situações latentes, identificando a unidade de cuidados como um campo rico em experiências profissionais capazes de *"produzir um diálogo proficuo entre os saberes sábios e os saberes profanos" Correia (97:31).*

"...com os doentes aprendemos e crescemos...os idosos são uma riqueza"C1

A história de vida de cada utente, os seus saberes *profanos* implicam um trabalho interpretativo, *conceptualização executiva,* tomada de decisão e fazem destas enfermeiras seres em constante transformação.

"As doentes idosas têm uma riqueza de vida e sabedoria...nós aprendemos com elas...demonstram também criatividade na resolução de problemas ..."

"...como enfermeira sinto-me enriquecida e evolui. Dizem – hum- vais para a medicina- eu acho que se aprende muito é uma escola prática ...gosto de trabalhar aqui, também gosto de trabalhar com idosos, o sofrimento leva ao crescimento"C3

Verificamos portanto que as enfermeiras valorizam a sua aprendizagem experiencial, aprendem com os utentes. O contexto transforma-se numa escola da prática, contribuindo para o desenvolvimento de um sentimento de pertença à unidade de cuidados onde se sentem motivados e gratificados.

A informalidade assegura que os insucessos, a baixa rotatividade dos utentes e a inexistência de espaços de negociação informal e de relação interdisciplinar, não sejam motivos de desânimo nem de desmotivação.

"Gosto muito do serviço de medicina, aprende-se muito ...neste meu percurso noto que mudei e desenvolvi muito...trabalhar neste serviço adquire-se muita prática, conhece-se o tipo de doentes as patologias no entanto surgem sempre situações novas e novas tecnologias....apesar dos resultados serem demorados e sem sucesso...após um estudo sobre os recursos da comunidade chego á conclusão que as pessoas não têm capacidade nem condições...acho

bem o internamento social... no entanto ficam doentes no corredor que devem ser tratadas com mais dignidade" C1.

Neste momento não existem camas no corredor a administração transformou as outras unidades de cuidados (que possuem vagas da sua especialidade) em polivalentes, prestando cuidados do foro médicos, sendo os utentes *tratadas com mais dignidade.*

Nesta face do hospital as intervenções de enfermagem revestem-se de um julgamento profissional, de conhecimentos, compreensão e da descoberta das circunstâncias e momentos apropriados, à exigência da situação real ou potencial, e à necessidade do cuidar no contexto real, deixando transparecer o respeito da individualidade da Pessoa cuidada e da sua situação, ocorrendo a satisfação pessoal, a auto-reflexão, tomada de decisão, aprendizagem experiência e mudança.

Kolb e no seu modelo de aprendizagem, entende que o conhecimento é criado através da experiência, por confronto com o quadro cognitivo e o seu sistema de competências, considerando o contexto, as suas potencialidades formativas e a relação teoria /prática.

No contexto de trabalho as relações entre a teoria e a prática, fazem-se segundo a lógica:

"...aqui aprendemos com a prática, ninguém nos ensina...agora com mais sensibilidade adquirida, actuo de acordo com a patologia e com a Pessoa ...cada caso um caso...um caso faz lembrar outro e se da outra vez fizemos assim e resultou então vamos fazer da mesma maneira, mas só a experiência nos consegue dar isto...a escola ensinanos mas é muita teoria, é no hospital que a adaptamos à aprendizagem prática"B2

A teoria não é transferida para a prática mas permite compreender a prática e construir esquemas cognitivos para compreensão da experiência:

> *" A experiência é fundamental para a aprendizagem ... são as coisas que aprendemos aqui e não aprendemos na escola...no início nem conseguia ver... a escola diz-nos como devia ser, nos estágios já aparecem algumas situações, cada pessoa é uma pessoa, não há fórmulas... aqui aprendemos com a prática" B2*

A aprendizagem prática, além do referido anteriormente, não é deduzida da teoria mas é antes um processo indutivo de construção do saber e de articulação teoria/prática onde os *saberes em uso* desempenham um papel importante.

Como nos refere Malglaive (1995:87e89), " Os *saberes em uso são uma totalidade, dos saberes teóricos, processuais, práticos e*

saber–fazer, complexa e móvel, mas estruturada, operatória, quer dizer ajustada à acção e ás diferentes ocorrências em que na acção e pela acção, estes saberes substituem-se uns aos outros, interpenetram-se, combinam-se misturando-se. Nalguns casos, os primeiros constituem os fundamentos a partir dos quais se constituem os segundos; ***noutros casos, os saberes práticos e os saberes fazeres servem de ponto de ancoragem em volta dos quais se organizam saberes teóricos e processuais."***

Esta unidade de cuidados tem como característica a frequente integração de enfermeiras recém-formadas. A sua face invisível caracteriza-se pelas competências implícitas, saberes não reconhecidos socialmente e que não são objectos de formação, e como Stroobants afirma " *décalage entre o trabalho prescrito e o real, a distorção entre a qualificação oficial e a efectiva":*

> *"As enfermeiras recém - formadas são muito teóricas e têm muito medo, a integração é difícil...tenho um plano de integração de dois meses...manual de integração...mas a sua aprendizagem realiza-se na unidade em contacto com as outras colegas e fazendo...actualmente considero-as boas profissionais."A*
>
> O relato de uma enfermeira que trabalha à um ano na unidade e veio transferida de um centro de saúde, corrobora da opinião da líder e da interpretação feita anteriormente: " *As experiências que trazia eram relacionadas com situações*

*sociais e na urgência, as situações vividas não valiam nada para este serviço... eu vinha cheia de medo, pois só me lembrava da minha experiência em estágio e de outras só tinha a teoria que ainda mantenho"*C2

É interessante notar que a própria enfermeira formadora, como realçado anteriormente, exprime nas suas palavras uma concepção de formação onde se valoriza o formal, quando nos fala da sua profissão de enfermeiro e da sua prática diária do cuidar, também valoriza as competências implícitas, isto é as competências que não são objecto de formação formal, enquanto enfermeira*"...o que eu faço é prestar os melhores cuidados, para ser o exemplo, porque é uma obrigação que tenho, para operar alterações de comportamento através da imitação." C*

Os momentos significativos da prática de enfermagem, encontram-se nas situações de prestação directa de cuidados, as ditas rotinas ou cuidados previsíveis, (cuidados de higiene, acolhimento de novos utentes e atendimento dos familiares; preparação de altas, administração de terapêutica, execução de procedimentos e técnicas especificas, contacto com a morte), o desconhecido, o imprevisível e invisível, assumem aqui um papel diferente, resultante da filosofia do cuidar, do contexto, da personalidade, conhecimentos e competências da equipa de enfermagem bem como da forma de interagir com utente/família.

" Após a passagem de turno há as rotinas da manhã, fui aos quartos cumprimentar as doentes" C3

A descrição desta interacção feita num tempo de relação, contrasta com o relato das rotinas, que como referimos anteriormente é uma descrição sem fôlego *"prestar cuidados de higiene sempre numa correria, colocação de soros, avaliação de sinais vitais, prepara e administrar terapêutica, alteração de terapêutica, marcação de exames, colheitas de sangue posicionar doentes... entre as 13 e as 14.30 é uma correria, não dá para pensar parecemos máquinas. As pessoas são resistentes ás mudanças... acham-se no direito de continuar a fazer como sempre" B1.*

Fui cumprimentar as doentes, um processo onde se desenvolvem transacções humanas, profissionais, individuais, científicas, estéticas e éticas. E são estas as transacções importantes *"O que de mais importante se passou hoje é que a doente com PAF está muito bem disposta...isto é gratificante, quando conseguimos cuidar da doente de tal forma que ela se sentiu bem ... eu procurei estar mais tempo com ela, deixei-a para o fim para não sentir a pressa do costume"C1*

Ou como nos refere outra enfermeira:

"...no turno da noite promovemos a segurança e o sono... ex.crises de ansiedade e dificuldade respiratória, mantendo-nos junto da utente a crise passa" C3

Nestas situações os nossos entrevistados já não se referem à face invisível do hospital, administrar terapêutica, ou chamar o médico, mas aos seus saberes em uso, ás tomadas de decisão, e á forma de resolver criativamente os seus problemas.

Esta forma de resolver os problemas não é objecto de registo escrito, não emerge na face visível do hospital, mas constroi-se na oralidade e na informalidade, na face invisível, onde a relação com o utente e as informações que eles transmitem desempenham papel determinante na construção do cuidar e na promoção da saúde.

"...no entanto se ouvirmos as utentes elas transmitem-nos informações úteis para a equipa de saúde... muitas vezes é ao acaso que obtemos informações sobre as histórias dos utentes"B1

Apesar de não ser objecto de um registo escrito, este trabalho de construção do cuidar, que o torna aberto à imprevisibilidade envolve competências no domínio da planificação, no domínio cognitivo e no domínio reflexivo. Como nos referem as nossas entrevistadas:

" planeei o meu dia de trabalho, antes de passar à rotina do dia a dia...apesar de não se fazerem planos de cuidados o planeamento é feito mentalmente"C2

Este trabalho de planificação mental exige uma auto-reflexão e uma reflexão sobre a reflexão dos outros:

"...mas é preciso pensar nas coisas e depois actuar... eu penso e tenho que pensar o que os outros pensaram..."C1

O previsível neste contexto é alterado pela filosofia do cuidar das enfermeiras. As "pequenas coisas" constituem os cuidados de enfermagem e as qualidades da profissão, clarificam a sua identidade, contribuem também para a saúde e bem estar dos indivíduos, e enriquecem o contexto de trabalho.

"...uma doente sentiu-se mal, está numa fase terminal, estivemos junto dela"B1

Contexto este como um espaço de liberdade de agir, exercer a arte de enfermagem não limitada por regras reducionistas de uma certa forma de cientificidade.

"Quanto mais tempo aqui estamos, vamos atendendo as pessoas com mais humanismo ...as fases terminais apesar de dolorosas são importantes para o nosso desenvolvimento ...aprendemos o tipo de respostas adequadas"C1

Observa-se que o trabalhar à vários anos na unidade não implica rotinização mas sim um saber experiêncial e o aumento do humanismo no cuidar.

> *"Hoje de manhã tive uma noticia triste, uma senhora a quem prestava cuidados globais à três dias e já internada no serviço à dois meses faleceu... sinto muito quando morre uma doente. A intensidade da emoção já diminuiu em relação ás primeiras experiências com o contacto com a morte." C3*

Como no ponto anterior foi explicitado o horário de visitas da instituição é das 15h ás 16 h, esta unidade prima pela diferença, pois uma das intervenções de enfermagem é a de educação para a saúde, planeamento da alta e promover um acompanhamento na fase terminal da vida das utente, todas as enfermeiras aceitam o desafio.

> *"A unidade de cuidados está aberta aos familiares, podendo estes permanecer até à noite, isto exige muito de nós." C*

As enfermeiras reconhecem os conhecimentos e habilidades dos membros da família para o acompanhamento do utente na sua experiência de saúde. As enfermeiras e a família trabalham em complementaridade/parceria – rede comunicacional.

A execução de procedimentos, técnicas específicas de enfermagem, implica neste serviço um trabalho de pesquisa para uma uniformização das intervenções melhor qualidade e continuidade de cuidados, participando activamente na promoção de um saber-fazer em enfermagem, não o reduzido a uma gestualidade operativa. No entanto este saber, esta prática, implica uma reflexão da via apropriada para uma Pessoa única, mantendo-se a arte do cuidar.

"Na execução do penso eu avalio, decido o que utilizar, optei por X porque na prática tem dado bons resultados ...está-se a fazer pesquisa para fazer formação em serviço" C3

Neste contexto a investigação/acção está presente e através dela o executar acções de formação em serviço e até extrapolar para os restantes serviços do hospital:

"O protocolo do cateterismo venoso, foi logo implementado mas isso exigiu levantamento de recursos a nível da instituição - material e stock, esterilização, as condições foram criadas antes da formação..."C

Outro momento que é invisível à comunidade e imprevisível no decorrer do turno de trabalho das enfermeiras, é a mudança do estado de saúde da doente.

Esta mudança ocorre na continuidade dos cuidados de enfermagem e na descontinuidade do acto médico. São momentos formativos, experiências, há o contacto directo com a situação e a possibilidade de agir, pressupondo uma intensa actividade intelectual, a fim de lhe dar um sentido e de a reinvestir.

*" Nós é que estamos com as doentes e por isso detectamos as situações e decidimos chamar o médico, pois ele não está lá para avaliar a situação, nós é que raciocinamos."*C2

Schön, também ilustra estes momentos como potencializadores do profissional reflexivo. O profissional reflexivo é aquele que confrontado com situações complexas e singulares, actua como investigador, constrói experimentos in-sito e aprende das suas próprias experiências. Este agir profissional é uma competência que lhe permite agir no indeterminado/imprevisível.

"...a observação, levantar hipóteses e a procura correcta, implica mobilizar recursos... A doente recusava-se a conversar...a solução foi pedir a uma vizinha que estava a visitá-la... aí a doente começou a conversar e detectamos que o problema foi a alteração do padrão alimentar..."C2

Este saber–fazer assemelha- se assim a uma investigação/acção, é gerador de tomadas de decisão e da autonomia do cuidar. Apesar de formalmente o hospital não favorecer o diálogo

interprofissional, pressupõe e produz competências profissionais bem como a oportunidade de utilizar estas novas competências adquiridas e implícitas. É o que nos uma das entrevistadas quando nos afirma:

"Fiz a admissão e exame físico de base a uma doente transferida, não trazia dieta prescrita, era diabética, fiz um Dx, estava elevado, necessitando de terapêutica, doente sem reflexo de deglutição e ECG igual a cinco, decidi fazer intubação nasogástica e depois andei atrás do médico."C3

Nesta análise também podemos inferir que informalmente ocorre uma horizontalização da produção e das decisões que estão ligadas à promoção da saúde do utente, ou seja, um trabalho em rede e como refere Honoré (1997), a lógica do cuidar/tratar necessita de reunir todos os actores dentro da mesma perspectiva e não limitar os cuidados a uma só categoria de actores. Trabalho este ainda não reconhecido pela instituição e pares.

Salientamos que neste processo de cuidar a colheita de dados - exame físico, a escuta e as estratégias utilizadas, transmitem a evolução dos cuidados de uma maneira contínua e circular, e não do modo formal e normalizada referida nas normas e critérios da unidade.

Quanto ao método de organização da prestação de cuidados de enfermagem na unidade, o preconizado é o método individual.

Este método aumenta a responsabilidade, a capacidade de decisão e a independência da enfermeira, permitindo-lhe fazer uso da experiência e conhecimentos adquiridos, estimulando a criatividade e a satisfação profissional, tornando o trabalho mais humanizante. Apesar de poder contribuir para um individualismo profissional e responsabilização individual, a verdade é que na vivência do trabalho informal não está ausente a solidariedade profissional.

A motivação do grupo de enfermagem e a qualidade no cuidar deve-se ao sentimento de grupo e de pertença:

"Em relação ao trabalho em equipa, na enfermagem ele existe é verdade." C2

Esta solidariedade é factor de motivação:

"Somos uma equipa jovem todas com vontade umas levam as outras."C3

E há simultaneamente um reconhecimento da solidariedade:

"A nossa equipa é muito jovem e funciona muito bem, em termos de relacionamento e interajuda, hoje não ajudei ninguém mas ajudaram-me muito."C1

Assim cada enfermeiro é formalmente responsável por um número de utentes, mas todos estão envolvidos no processo, em equipa e solidários:

"...ouve-se o relato do turno anterior, estando com especial atenção às nossas doentes ... mas também à globalidade do serviço..."(C2)

Na realização de higienes no leito, levantes dos utentes da cama para o cadeirão e vice-versa, posicionamentos no leito e pensos, as enfermeiras agrupam-se em equipas de duas, sublinhando-se o trabalho em equipa:

"Embora hoje fosse responsável pelos cuidados das doentes dos quartos sete e oito, colaborei com a colega na prestação de cuidados de higiene dos quartos cinco e seis"C2

As actividades de enfermagem continuam com o controlo da revisão terapêutica e preparação/execução e avaliação dos exames de diagnóstico. Actividades interdependentes/delegadas mas que implicam todo um conhecimento do procedimento, planeamento e controlo por parte da enfermeira, e não a simples prescrição, dependendo delas o sucesso, rapidez de execução e qualidade nos cuidados de saúde:

"...tinha uma doente que ia fazer TAC, verifiquei e alertei a doente para não tomar o pequeno almoço pois tinha sido esse o motivo de adiamento do exame dos dias anteriores."C2

*N*a preparação e administração de terapêutica, á medida que as enfermeiras vão ficando disponíveis ocupam-se deste procedimento de enfermagem na totalidade.

O momento de preparação e administração da terapêutica, e em especial a decisão de administrar a terapêutica em SOS não é um mero acto rotineiro, prescrito e delegado, mas que faz *apelo à mobilização de um conjunto de saberes, contextualizados e transformados em competências na situação singular* que é o cuidar de *cada utente*, na avaliação e decisão de execução:

> *"A terapêutica em SOS implica a tomada de decisão, administrar ou usar medidas alternativas. Por exemplo, na noite anterior uma doente ficava de tal modo ansiosa que se repercutia a nível do sistema respiratório, descobrimos que a senhora gostava de ter alguém a seu lado para conversar e o agravamento não estava relacionado com a patologia ... a estratégia foi alternar a minha presença e da minha colega até a doente adormecer... avaliar bem para não existirem sobrecargas ...atenção e reflexão, ... atenção nas doses, na diluição, saber os efeitos adversos ... retirar todos os factores de risco e de errar" C3*

A alteração do estado de saúde da utente, o imprevisível, e cuja resolução implica um *know-how inteligente uma* reflexão e verificação

"...reavaliar a temperatura e o efeito da terapêutica..."B2

A possibilidade da emergência do informal e das valências formativas que ele comporta, não é independente da forma como se exerce a autoridade hierárquica. Na realidade, apesar da unidade que temos vindo a descrever se dotar de uma estrutura formal de autoridade apoiada numa prescrição, a verdade é que no exercício desta autoridade não estão ausentes preocupações relacionadas com a delegação de responsabilidades. A enfermeira chefe detentora formal de todas as actividades, permite a cada enfermeiro a gestão relativamente autónoma:

"...as minhas funções neste dia de trabalho foram as de responsável de serviço, substituição da chefe... andei a supervisar, calculei as necessidades de farmácia para o fim de semana, verifiquei stocks, geri o pessoal...ser simpática com toda a gente...é muito burocrático, não gosto, gosto é de estar com os doentes"C

À enfermeira mais qualificada que a substitui na sua ausência, procura também dar-lhe oportunidade para este exercício de autonomia.

Compreende-se por isso que a opinião das enfermeiras a respeito da chefe e da gestão da unidade vai de encontro a uma liderança assertiva e qualificante, estimulando e respeitando as opiniões e decisões do grupo:

"As decisões tomadas nem sempre as acho as mais assertivas , mas respeito uma vez que a decisão cabe á responsável do turno...no entanto há a participação da equipa presente" A

Reflectindo sobre as carências, potencialidades e afinidades do grupo:

"...os grupos de trabalho são constituídos segundo as afinidades..."A

A Chefe da unidade utiliza o privilégio de penetrar no território dos médicos, aproveitando-o para a mudança, *" não o capitalizando como poder simbólico que reforça o seu poder e autoridade sobre as colegas" Carapinheiro (1993:261):*

"A chefe faz a ponte médico, doente e equipa de enfermagem.."C2, criando um ambiente propício ao maior compromisso do enfermeiro, dos processos interactivos e terapêuticos centrados nas experiências de Saúde da Pessoa, resultando em satisfação pessoal e do grupo e em beneficio do utente e da organização:

"Todas as mudanças se devem à chefe ...consegue atingir os objectivos, eu consigo coordenar-me com ela e com a equipa " C

A gestora como factor motivador e o reconhecimento:

"O hospital ... não motiva a chefe, ainda estimula dizendo, vocês trabalham muito mas têm a fama de serem as melhores ... psicologicamente acalenta" C

Como nos refere Zarafian, trabalhar é comunicar, a chefe de serviço além de promover um ambiente dialogante, tem previstos os momentos formais de comunicação da equipa de auxiliares de acção médica na primeira quarta-feira de cada mês, as da equipa de enfermagem também são mensais, última quarta-feira do mês.

Nas reuniões de serviço da equipa de enfermagem discutem-se as necessidades de formação que emergem do contexto e não previstas no Plano de Acção Anual, formam-se os grupos de trabalho e dividem-se os temas: A enfermeira chefe deixa que os grupos sejam organizados por afinidades entre os elementos, servem também para detectar e resolver conflitos, informar, decidir e ser momento privilegiado de encontro entre todos os elementos da equipa.

Em síntese, a chefe dá prioridade ao factor humano, dá espaço de iniciativa às enfermeiras, estabelece uma relação horizontal, tem uma visão dos objectivos do hospital/unidade de cuidados, dos objectivos/projectos pessoais e estabelece uma *agir comunicacional.*

Esta base comunicacional também é estabelecida com os utentes, da nossa observação podemos afirmar que a chefe do serviço no final da passagem de turno passava por todos os quartos da unidade de cuidados para cumprimentar as doentes e inteirar-se do seu estado de saúde.

Os registos de enfermagem são uma das formas de comunicação escrita na equipa de enfermagem, e para a equipa médica, em especial os registos das actividades de enfermagem interdisciplinares/delegadas.

Cada enfermeira é ainda responsável pela elaboração das notas de enfermagem de cada utente, neste registo o escrito não é completo, existe esta consciência:

> *"Há cuidados de enfermagem executados que não registamos, mínimos, insignificantes, mas implicam tempo, competências e se calhar são mais importantes que os outros"B1*

O restante, como as relações com os utentes/família e a discussão da prática clínica, é feito de forma oral e informal, criando-se um espaço dialógico, de reflexão, levantamento de necessidades de intervenção e de formação, é em suma um momento de formação informal ou não formal, minimizando também o individualismo autónomo para dar lugar a uma aprendizagem do colectivo.

A comunicação intradisciplinar é sadia e jovial e as relações sociais transpõe as paredes da unidade, são uma equipa.

É neste espaço dialógico que as enfermeiras comunicam as suas experiências positivas, as inovações, e as negativas as situações de erro/incidente/casual. É neste contexto que as actividades de trabalho são modificadas, ultrapassando a repetição de procedimentos já rotinizados. Há a oportunidade de **utilizar as novas competências adquiridas.**

> *"Perante situações de erro de omissão ou de execução, alteração de um procedimento que eu considero positivo e melhora o que faço, procuro transmitir... alertava como e porquê, que circunstâncias levam ao erro, ao esquecimento e que uma sequência diferente implicaria rapidez sem erro. O meu papel é tentar mudar, comunicar e explicar o que descobri; se não conseguir continuo a fazer com inovação"B1*

Os momentos comummente estéreis passam a interactivos, potencializadores da disseminação do conhecimento e de uma aprendizagem táctica:

> *"Esta experiência de erro, esquecimento... foi comunicada às colegas, pois tem de haver partilha do positivo e do negativo assim todas aprendemos... aprendi com o episódio de esquecimento, implicou o aumento da minha*

responsabilidade e tomada de decisão... são estas coisas que aprendemos aqui e não aprendemos na escola"B2

Desta análise podemos dizer que as enfermeiras desta unidade de cuidados utilizam as situações imprevistas negativas e positivas, de forma construtiva, como fonte de conhecimento e aprendizagem e *reforço das relações sociais* de todas as enfermeiras. Podemos também inferir que há um desenvolvimento das capacidades criativas, que fazendo face ao imprevisto mobilizam capacidades emocionais, sensoriais e intelectuais, no sentido da inovação e o do saber fazer de uma determinada profissão.

"O medo de fazer algo de errado, com reflexo na doente leva-me a fazer muitas vezes o papel de ignorante, o que não sou, pois assim pergunto e testo com as pessoas com mais experiência se estou certa, comprovo o meu raciocínio... aumento as informações e os conhecimentos... saber o porquê das coisas para ajudar na resolução de problemas"C2

Vê-se assim que o erro é um factor de aprendizagem é em torno dele que se desenvolvem relações intraprofissionais, que se trocam experiências, conhecimentos e se reforçam relações profissionais.

Este "*modo de existência*" que se constrói na imprevisíbilidade e na oralidade, está ausente com o seu "*modo de existência*" no registo escrito porque não é tolerado por uma organização que se

baseia no previsto, na eficácia, na eficiência e por isso não valoriza o incidente.

Presente também neste contexto qualificante e invisível de trabalho, está a consciência profissional e momento de auto-reflexão de que a intervenção não foi bem executada:

> *"Eu devia ter dado mais e melhor atenção à doente admitida, mais receptividade...alguém pede ajuda, tem de se dizer espere um bocadinho já lá vamos...mas não adianta as pessoas necessitam de atendimento imediato."* B

Esta consciência profissional e reflexiva contribui para o *aprender trabalhando.* Há, portanto um desenvolvimento do comportamento profissional e social bem como das atitudes existenciais e éticas:

> *" ...continuando com a consciência de que há coisas que devíamos fazer e não fizemos..."C*

A oralidade, a autoreflexão e a (re)organização do trabalho e a tomada de decisão, sobre uma base comunicacional, tem maior expressão no **momento da passagem de turno**, momento previsível no turno de trabalho mas que assume contornos imprevisíveis e formativos. É neste momento que os acontecimentos quotidianos, e as experiências significativas são transformados em projecto pessoal e colectivo. A nossa análise é sustentada pela frequência ocorrida na

explicitação deste momento/espaço no turno de trabalho das enfermeiras:

> *"O momento da passagem de turno é o culminar do turno de trabalho... é o momento mais importante ... transmitir o que se passou com as utentes, as tomadas de decisão para resolução de problemas ...é o momento de reflexão, tomadas de decisão sobre o que é melhor para a utente" B1*

Também a passagem de turno vive na ambivalência entre a comunicação construída na oralidade e a comunicação registada no escrito. No escrito como vimos predomina a linguagem de prescrição, no oral como nos é sugerido no depoimento apresentado a seguir, parece predominar a construção de uma linguagem partilhada, o diálogo e a formação:

> *"As passagens de turno ... há muita coisa que se diz e não se escreve e vice-versa, são as duas formas de comunicação que se complementam, é um dos momentos em que nos reunimos, dialogamos, recordamos o que fizemos e não registamos, acontece em todos os turnos...é um momento de formação... A equipa de enfermagem junta-se e avalia o estado dos doente, situação familiar e os recursos comunitários e sociais... a passagem de turno é um momento de formação em serviço, pois quando surge*

algo novo quem sabe partilha ou então toma-se a responsabilidade de pesquisar e transmitir ao grupo"C1

A centralidade de todo este processo está no utente/família e comunidade, ou seja o objecto de trabalho da enfermagem/equipa de saúde.

O agir comunicacional, o transmitir a mensagem e assegurar-se que o destinatário as assimila e compreende é outra das qualidades da passagem de turno:

"A passagem de turno é fundamental pois tomamos as decisões ... dizer o porquê da intervenção e a necessidade de estarem atentas"B2

Não há conhecimento sem escuta, trabalhar é comunicar e a base de corresponsabilidade no projecto comum, a passagem de turno potencializadora destes pressupostos:

"Há três dias que não trabalhava, sentia-me desligada ...com a passagem de turno atenua-se a ansiedade e sinto-me integrada" C

A passagem de turno como forma de aprendizagem táctica e de resolução de problemas:

"O dia começou com a passagem de turno, ouve-se com especial atenção... Debater os assuntos e a experiência é fundamental para a aprendizagem, os momentos altos são

a passagem de turno, a formação em serviço e a experiência...na passagem de turno cada um vai fazendo um raciocínio alto e em grupo chega-se à solução, acabamos por aprender uns com os outros"C2

O agir comunicacional e de informação contempla também a relação interpessoal, que é fundamental para a emergência de um contexto intraprofissional/ comunicante:

"A passagem de turno serve para transmitir o ocorrido, discutir problemas, troca de experiências e tomadas de decisão, assim como para transmitir saberes... somos uma equipa jovem todas com vontade, umas levam as outras"C3

A enfermeira Chefe com o seu estilo de liderança, e o privilégio da relação directa com a equipa médica, já narrados, tem um papel activo neste momento/dinâmica, estimulando o desenvolvimento das *competências implícitas, contribuindo para que elas sejam socialmente visíveis. Correia (1994:31):*

"Encontro-me sempre presente na passagem de turno, de forma a tomar conhecimento do desempenho dos meus profissionais. O meu papel é de orientadora de todo o processo de raciocínio, interpelando, acrescentando informação e apoiando as decisões tomadas ou não,

levando à reflexão. Detecto as necessidades de formação, avalio a qualidade dos cuidados prestados...tomo conhecimento das decisões tomadas durante os turnos em que não estou presente."

Da nossa observação, após a passagem da situação do utente na sua globalidade, relato escrito/oral, a enfermeira chefe não prescinde de mais uns momentos de reflexão em equipa sobre os assuntos pertinentes da unidade de cuidados.

Com toda esta dinâmica descrita podemos afirmar que a passagem de turno é um momento de formação por excelência, e que ocorre com a frequência de duas vezes/dia no turno de uma enfermeira, alternando esta o seu papel de ouvinte e relatadora (forma escrita e oral), por tal motivo também promotor do desenvolvimento de atitudes relacionais e de comunicação.

Nesta análise deste contexto invisível ressaltamos a passagem de actividades rotinizadas e desqualificadas, que até então pertenciam às enfermeiras, para as auxiliares de acção médica, fazer as camas desocupadas, lavagem e desinfecção do material de oxigenoterapia, nebulização, aspiração e de pensos.

Esta delegação de trabalho desqualificado e rotinizado, leva também a um maior domínio, autoridade técnica e social, classificando-a como *estratégia de duplo alcance. Noémia Lopes 1994,*

mas neste contexto as relações não são autoridade mas de cordialidade.

"O papel das auxiliares de acção médica é fundamental...as auxiliares de acção médica são receptivas ao ensino porque se sentem valorizadas"C2

Esta é uma das estratégias configuradoras de recomposição e valorização profissional.

O reconhecimento da comunidade :

Do inquérito lançado pela organização, avaliando o grau de satisfação dos utentes internados na unidade em estudo, teve-se como resultado a percentagem de noventa e três ponto três de utentes a considerar que o serviço de enfermagem, médico, auxiliares e administrativo foi de boa qualidade.(D.M.:Junho de 1999)

Este contexto invisível encerra também uma vertente não explicitada nas entrevistas mas que decorre da nossa presença como observadores: é uma equipa de enfermagem em constante interacção pedagógica, colegas, utente, família e como orientadoras dos alunos do curso superior de enfermagem, formação inicial.

Ao analisar esta última função ressaltamos a relação que estabelecem com os alunos, a sua implicação directa na produção

dos cuidados, através de um processo de supervisão, ajuda e hetero-reflexão, ajudando o aluno na sua socialização.

Ao concluirmos esta narrativa, a face invisível do hospital, caracterizamos um contexto e um quotidiano das práticas de enfermagem qualificante, que apesar de não reconhecida nem valorizada no topo da gestão organizacional é gerador de inovação, (re)estruturação do individual e do colectivo bem como na explicitação das competências reais das suas práticas. Ressalta também a rede comunicacional desenvolvida, a imprevisibilidade, o erro e a experiência como mais valia na formação e transformação destes actores e do seu contexto de trabalho.

A qualidade do cuidar, o reconhecimento da comunidade, e a satisfação pessoal da equipa de enfermagem são indicadores da existência da face qualificante na unidade de cuidados de um Hospital Central da Zona Norte.

REFLEXÃO EM JEITO DE CONCLUSÃO

Terminamos este trabalho, não de forma conclusiva mas sim como uma reflexão, situando-nos de novo no ponto de partida, a problemática de investigação, em que questionamos a existência de uma face qualificante dentro do modelo organizacional taylorizado que é o hospital/unidade de cuidados.

Esta pesquisa foi-se desenvolvendo de forma indutiva, a partir da problemática e questões orientadoras que se pretendia reflectir e compreender:

- Será que o hospital e as suas unidades produtoras de cuidados de enfermagem, constituem uma organização taylorizadas ou uma organização qualificante.
- Será que a prática de enfermagem real coincide com a prática prescrita, ou induz novas redes de comunicação e de relação com o ser cuidado e os seus pares.
- Quais são as experiências de trabalho que vivem os enfermeiros, de que forma delas se apropriam, e de que forma elas se integram no seu percurso formativo.
- Quais são os espaços os tempos e os actores que estimulam a produção de um contexto formativo.

A recolha de dados apoiou-se numa entrevista não estruturada, incidindo na descrição de um turno de trabalho tendo em vista a explicitação daquilo que aprendeu, dos actores que participaram na aprendizagem, o que fez e o que deveria ter feito, quais os erros e os procedimentos utilizados.

As categorias de análise das entrevistas foram construídas indutivamente, através de abstracções e classificação sucessiva.

Esta análise permitiu-nos caracterizar o quotidiano dos enfermeiros que se desenvolve em torno das duas faces do hospital: *A face visível, previsível, formal, executiva e qualificada e a face invisível, imprevisível, informal e qualificante.*

A face visível do hospital, é vivida como uma organização que não reconhece as qualificações as competências nem as experiências dos enfermeiros. Trata-se de uma organização taylorizada do trabalho que marca o funcionalismo das estruturas do poder, e constrói a cultura organizacional.

O processo de formação das enfermeiras é planificado em torno desta organização, apresentando-se como uma estratégia de gestão do pessoal e como um dispositivo de adaptação dos trabalhadores a processos instituídos de mudança. A formação não valoriza portanto a produção de inovações locais, não induz novas disposições formativas e cria nos actores um espírito funcionalista que assegura a reprodução do sistema sem o transformar.

Da narrativa do trabalho dos enfermeiros intui-se a vivência de um outro hospital, apesar de ser um hospital "invisível", trata-se de um hospital qualificante que não é reconhecido nem valorizado pelos órgãos de gestão. Em torno deste hospital é que se estrutura o trabalho real de enfermagem, que se promove a mudança individual e que se desenvolvem competências implícitas, competências imprescindíveis ao colectivo do trabalho.

A reprodutividade e funcionalismo contrasta assim com a criatividade, com a auto-reflexão e metacognição, onde o saber fazer não se reduz ao mero gesto técnico.

A organização prescrita do trabalho onde predominam as prescrições escritas, onde o erro não é tolerado, onde se promove um trabalho solitário e onde o trabalho é uma aplicação de uma teoria que lhe preexiste, contrasta com a organização do trabalho real onde a comunicação se constrói na oralidade, dando lugar a redes de solidariedade que permitem uma análise reflectida e interactiva do erro. Neste último contexto os dispositivos de formação são horizontais inovadores e informais e formam *"profissionais reflexivos que se formam e mudam as suas práticas a partir de uma actividade de inteligência dos modos de organização e funcionamento dos contextos de trabalho"Canário, (1993:117)*

Para melhor caracterizarmos este contraste, vejamos como é que ele se exprime em torno das quatro dimensões que organizam o nosso trabalho. A saber: ***a comunicação oral e escrita; a***

complexidade das competências no trabalho não formal e competências implícitas; a complexidade da relação teoria e prática; as práticas de formação e como se constróem as práticas profissionais das enfermeiras.

1. A comunicação oral e escrita.

Na sua face visível os fluxos comunicacionais são cristalizados e subjugados ao poder instituido, o poder médico e institucional. Não potencializam as relações interdisciplinares, não induzem um comportamento solidário, cooperativo e comunicante, apesar do *bem estar do utente* constituir a finalidade e intenção do trabalho profissional da equipa de saúde.

Em geral a comunicação faz-se por escrito, de forma lacónica por vezes ilegível e longe do lugar das decisões. A oralidade só está presente na prescrição de intervenções de execução imediata não dando lugar à discussão e reflexão.

Com o ser cuidado e comunidade não ocorre uma comunicação efectiva, situando-se esta na oralidade mas só ao nível da informação- *falar, informar e de tradução dos saberes sábios e profanos.* As causas apontadas para a falta de comunicação são em geral a falta de tempo de pessoal e o respeito por um tempo institucional prescrito.

Pelo contrário a comunicação na face invisível do hospital, é uma comunicação intradisciplinar, que promove a troca de diferentes pontos de vista, criando um espaço dialógico onde são tomadas as decisões, onde se promove a reflexão tanto sobre as experiências positivas como sobre as negativas. Esta situação ocorre fundamentalmente no período da passagem de turno, sendo a comunicação escrita (notas de enfermagem) complementadas com a comunicação oral e informal.

É neste contexto qualificante que se modificam as rotinas de trabalho, que se actualizam os conhecimentos e as competências reais e implícitas, que se minimiza o individualismo potencializando-se o desenvolvimento de objectivos e projectos comuns.

A importância do oral na construção destas práticas, contrasta assim com a exigência de as apresentar sobre a forma de escrita, inibindo que elas se possam tornar reconhecidas e estruturantes da profissionalidade dos enfermeiros.

2. A complexidade das competências no trabalho não formal e competências implícitas

Como sugerimos as competências implícitas desempenham um papel estruturador na construção das práticas profissionais dos enfermeiros. Ao contrário das que tendem a definir a profissão, as

competências implícitas são marcadas por uma complexidade contextualizada onde se articulam saberes de níveis diferentes que envolvem tanto actividades de cognição e metacognição, como actividades comunicacionais.

Embora sejam dominantes no trabalho invisível do hospital, estas competências não estão ausentes no trabalho prescrito/previsível e visível. No entanto, neste contexto elas são socialmente invisíveis razão pela qual elas não se afirmam como competências de facto e de direito, mas antes como competências de segunda que não "merecem" ser objecto de uma formação explícita.

Considera-se que elas pertencem ao domínio difuso da intuição profissional e pertencem por vezes ao domínio da *feminilidade* que marca a profissão e que se opõem portanto aos saberes metódicos, racionais, previsíveis que constituem o pano de fundo de uma cientificidade, onde por vezes as enfermeiras procuram acréscimos de legitimidade para a profissão

3. A complexidade da relação teoria e prática.

A praxis no contexto do trabalho invisível, é (re)construida pelo uso da teoria para compreender a prática e construir esquemas cognitivos para compreensão da experiência. É um processo indutivo de construção do saber em enfermagem, e da articulação

teoria/prática onde os *saberes em uso* desempenham papel importante.

Os saberes em uso, são responsáveis pelas tomadas de decisão, resolução de problemas, não reduzindo o saber-fazer e a prática em enfermagem à gestualidade operativa.

Esta praxis não é objecto de registo escrito, constroi-se na oralidade e na informalidade. Esta forma de cuidar, torna-se aberta à imprevisibilidade, envolvendo competências implícitas no domínio da planificação, no domínio cognitivo e reflexivo.

Outra particularidade da relação teoria/prática é a reflexão da via apropriada para uma Pessoa única, mantendo-se a arte do cuidar. Por último esta praxis implica profissionais reflexivos que confrontado com situações complexas e singulares, actua como investigador, construindo experimentos in-sito, e aprende com a experiência.

4. As práticas de formação e como se constróem as práticas profissionais das enfermeiras

Se tivermos em conta que as práticas de formação e as práticas profissionais das enfermeiras se estruturam fundamentalmente em torno dos saberes implícitos, constata-se que a formação e a profissão estabelecem entre si uma relação de contraste, tensão e mesmo oposição. Com efeito as práticas profissionais registam-se na informalidade, na oralidade e não são

visíveis, enquanto as práticas de formação se inscrevem num espaço formal e num tempo sequênciado obedecendo a um modelo descendente que se dirige para os indivíduos.

A formação qualificante, por sua vez, é uma formação discreta que não se apoia em programas pré-determinados de formação, mas tem lugar a reflexão sobre o erro no colectivo de trabalho que constitui simultaneamente o seu pressuposto e o seu produto.

É particularmente significativo a este respeito a formatividade desenvolvida na passagem de turno. É neste momento que os acontecimentos do quotidiano e as experiências significativas são dialogadas dando lugar a uma linguagem partilhada de diálogo, onde se comunicam as inovações, experiências positivas e as negativas e onde se analisam as incidentes que não tendo uma causa visível, são atribuídos ao acaso. Trata-se de uma aprendizagem táctica, colectiva, reflectida que é por isso potencializadora do estabelecimento da novas relações entre o oral e o escrito, permite o reconhecimento da complexidade das competências no trabalho e induz nova relação teoria/prática.

Dir-se-ia por isso, a dimensão central do trabalho de formação dos enfermeiros não incide tanto sobre a sua formação mas mais sobre a sua capacidade de produzir relações qualificantes nos contextos de trabalho, mais do que adaptar-se para o trabalho, a formação deve ser encarada como instrumento da sua transformação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson (1994) - *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros, subsídios para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar,* Vol.1. Lisboa: s.n. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação. .

ABREU, Wilson (1996) - *Dinâmica de formatividade dos enfermeiros, subsídios para um estudo ecológico da formação em contexto de trabalho hospitalar.* In: Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Vol1.Lisboa: AFIRSE Portuguesa/ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 445-459.

AIKEN, Linda H. (1995) – *Hospitales com magnetismo: un modelo de organización para mejorar los resultados de los pacientes.* "Enfermería Clínica", Vol. 5, n.°6, p. 259-262.

ALARCÃO, Isabel (1993) – *Continuar a formar-se, renovar e inovar. A formação contínua de professores.* In: Revista Escola Superior de Educação Santarém, N.° 3, p. 24-35.

ALARCÃO, Isabel (Org) (1996) –*Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão.* Porto: Porto Editora.

ALBARELLO, Luc et al. (1997) – *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva.*

ALMEIDA, Maria José Martins (1996) – *Formação profissional inicial: Articulação com as situações de trabalho.* In: Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Vol. 2. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 3- 8.

ALFARO-LeFevre; Rosalinda (1996) – *Pensamento crítico em enfermagem: Um enfoque prático.* Porto Alegre: Artes Médicas.

ALVES, Natália (1996) – *Formação em alternância limites e potencialidades.* In: Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Vol. 2. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 9-19.

AMANCIO, Lígia (1996) – *Identidade social e relações intergrupais.* In: Vala, Jorge; Monteiro, Maria Benedicta - *Psicologia social.* 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 287-308.

AMIGUINHO, Abílio (1993) - *Formação da lógica escolorizante à articulação com os processos de mudança.* "Aprender", n.° 15.

ARAÚJO, Lucília Marques Escobar (1995)- *Identidade sócio – profissional e género: contributos para o estudo da enfermagem. Porto*: s.n. Tese de Mestrado apresentada, na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.

ARBUZ, George; **DEBROSSE,** Denis (1996) - *Changement de l`hospital : initier une dynamique.* In: Soins Formation Pédagogie Encadrement, n° 19, p.5-15.

ARGYRIS, Chris; **SCHÖN**, Donald A.(1974) – *Theory in Pratice: increasing profissional effectiveness.* San Francisco: Jossey- Bass Publishers.

BARBIER, Jean Marie (1991) – *L`developpement de la formation integrée á l`exercice du travail.* "Revue Française de Pédagogie", n.°97, p.94-97.

BARBIER, Jean Marie (1992) - *La recherche de nouvelles formes de formation par et dans les situations de travail.* "Educacion Permanente", n.° 112, p. 125-146.

BARDIN, Laurence (1979) – *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70.

BARROSO, João (1996) – *Formação, projecto e desenvolvimento organizacional.* In: *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho.* Vol. 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 39-54.

BATESON, G. et al (1981) - *La nouvelle communication.* Paris: Seuil.

BASTO, Marta Lima (1998) - *Da intenção da mudança à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras.* Lisboa: Editora Rei dos Livros.

BASTO, Marta Lima (1996) – *Processo de mudança de comportamentos profissionais de enfermeiras.* In: Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Vol 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 461-464.

BAUDOUIN, Jean-Michel et al (1992) – *Les formations diplômantes dans l` entreprise: un nouveau rapport travail-formation.* "Educacion Permanente", n.° 112, p.39-46

BEKOURIAN, Agnès (1991) – *Les bilans de compétences: une aproche sociologique de l`outil-notion.* "Educacion Permanente", n.° 108, p.117-126.

BENDITCH, James; **BUOND**, Antthony F. (1992) - *Comportamento macroorganizacional : o ambiente da organização.* In: Elementos de Comportamento Organizacional. S. Paulo: Pioneira Editora. p.142-163.

BENNER, Patrícia (1987) - *Práctica Progressiva en Enfermería: manual de comportamiento profesional.* Barcelona: Editores Grijalbo.

BENTO, Maria da Conceição (1997) – *Cuidados e formação em enfermagem: que identidade.* Lisboa: Editora Fim de Século.

BERGER, G. (1991) - *A experiência pessoal profissional na certificação de saberes : a pessoa ou a emergência de uma sociedade global.* In: Conf. Nac.-Novos Rumos para o Ensino Tecnológico e profissional. Porto: ME/ GETAP, p.134-143.

BERTON, Fabienneet al (1992) – *L`Organisation qualificante.* "Educacion Permanente", n.° 113.

BESSA, Maria Aurora (1987) – *A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional: sua importância no desenvolvimento sanitário do país." Servir" Vol. 35, n°1, p. 7-15.*

BEVIS, Olivia; **WATSON,** Jean (1989) - *Toward a caring curriculum: a new pedagogy for nursing.* New York: National League for Nursing.

BISQUERRA, Rafael (1989) –*Metodos de investigacion educativa: guia pratica.* Barcelona: Ediciones CEAC.

BOGDAN, Robert; **BIKLEN,** Sari (1994). – *Investigação qualitativa em educação: introdução à teoria e aos métodos.* Porto: Porto Editora.

BOLIVAR, António (1996) - *Formarse al tiempo que se trabaja:? Qué hemos aprendido de nuestras experiências de "formación centrada en la escuela" en Espanha?.* In: *Formação, Saberes Profissionais e Situações*

de Trabalho. Vol. 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 87-98.

BOLIVAR, António (1996) - *La escuela como una organización que aprende: aprendizaje organizacional.* In: *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho.* Vol 2. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 391-404.

BOTERF, Guy Le (199?) – *Instrumento de análise de situações profissionais para fins educativos.* Apontamentos coligidos no 1° Workshop - Actores e práticas de formação em enfermagem: que problemas?. Porto.

BOTERF, Guy Le (1994) – *Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade cinco desafios a enfrentar.* "Formar: Revista dos Formadores", n.°10, p.40-46.

BOUTHIER, Daniel et al (1995) - *Le développement des compétences. Analyse du travail et didactique professionnelle.* "Educacion Permanente", n.° 123.

BOUSQUET, Nelly et al (1990) – *Détaylorisation des formations et stratégie de flexibilité.* "Educacion Permanente", n.° 104, p.73-82.

BOUTINET, Jean Pierre (1985) *–Du discours à l`action: Les Sciences sociales s` interrogent sur elles-même.in:Actas du colloque "Théorie-pratique, discours scientifiques et pratiques profissionelles" Paris : ed. Hartman p. 11-26.*

BRICAUD, Michel (1992) - *Les situations de travail formatices chez Bronze Acior AS.* "Educacion Permanente", n.° 112, p. 53-59.

BROCHIER, Damien (1992) - *Entre formation et production: le rôle clé des acteurs d'interface.* "Educacion Permanente", n.° 112, p.61-67.

BRONFENBRENNER, Urie (1987) – *La ecologia del desarrollo humano.* Barcelona: Paidós.

BRUNET, Luc (1995) – *Clima de trabalho e eficácia da escola.* In: As Organizações Escolares em Análise. 2ªed. Instituto de Inovação Educativa, Lisboa: Publicações D. Quixote, p-125-138.

BRUYNE, Paul et al. (1991) - *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora.

CAIXINHAS, Jorge et al.(1996) - *A formação em contexto de trabalho na formação inicial profissional.* In: *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho.* Vol. 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 49 – 61.

CANÁRIO; Rui (1993*)* – *Ensino superior e formação contínua de professores.* "Aprender" n.°15, p.11-18.

CANÁRIO; Rui (1997*)* - *Formação e mudança no campo de saúde.* In- *Formação e situações de trabalho;* Porto: Porto Editora, p.117-146.

CANÁRIO; Rui (1999*)* - *Educação de Adultos – um campo e uma problemática.* Lisboa: Educa.

CARAPINHEIRO, Graça (1987)- *A saúde no contexto da sociologia.* In: Sociologia Problemas e Práticas 1, p.9-22.

CARAPINHEIRO, Graça; **PINTO**, Margarida Gameiro (1987) – *Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80.* "Sociologia", p.73 – 109.

CARAPINHEIRO, Graça (1991) – *Poder médico e administrativo no quotidiano hospitalar.* "Revista Crítica de Ciências Sociais". n.°33, p. 83-91.

CARAPINHEIRO, Graça (1993) - *Saberes e Poderes no Hospital; uma sociologia dos serviços hospitalares.* 2ªed. Porto: Edições Afrontamento.

CARNEIRO, Maria da Graça (1988) – *Formação permanente em enfermagem: contribuição para a sua história.* "Enfermagem", n.° 2/3, p 31-36.

CARVALHO; Maria Manuela M.(1996) – *A enfermagem e o humanismo. Loures*: Lusociência. p. 41-48.

CHANARON, Jean-Jacques; **PERRIN,** Jacques (1986) – *Science, technologie et modes d`organisation du travail.* "Sociologie du Travail", n.°1, p.23-40.

CHARLON, Elisabeth (1992) – *Transmettre des savoirs: une nouvelle compétence des colleectifs de travail construtive avec l`encadrement.* "Educacion Permanente", n.° 112, p.69- 78.

CHARUE, Florence (1992) - *L`organisation fait-elle appendre?.* "Educacion Permanente", n.° 112, p.79-86.

CHAUVIERE, Michel (199?) – *La dualité structurelle des qualifications sociales.* In: Pratique, Analyses, Formation. Paris : Universite de Paris VIII

CHAVES, Idália Sá (Org) (1997) – *Percursos de formação e desenvolvimento profissional.* Porto: Porto Editora.

CHAVES, Idália Sá (1998) -*Níveis de Formação versus níveis de competência.*In: Seminário – Construção curricular: filosofias, modelos e estratégias. Porto: Ministério da Saúde- DRH.

CHINN, Peggy L.; **KRAMER,** Macona K.(1991) - *Theory and nursing, a systematic approach.* St.Louis: Mosby-Year Book.

CICOUREL, A.V. et al (1994) – *Travail et cognition.* "Sociologie du Travail", n.°4.

COHEN, Louis; **MANION,** Lawrence (1990) - *Métodos de investigación educativa.* Madrid: La Muralla.

COLLIÈRE, Marie Francoise (1989) – *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.* Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COLLIÈRE, Marie Francoise (1996) – *Soigner, le premier art de la vie.* Paris: InterEditions.

Comissão Internacional sobre Educação (1996) – *Educação um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Séc XXI.* Porto: Edições Asa.

CORREIA, José Alberto (1990) – *Inovação mudança e formação: elementos para uma praxeologia de intervenção.* "Aprender" n.° 12.

CORREIA, José Alberto (1990) – *Elementos para uma praxeologia dos sistemas de formação.* In: Trabalho de Projecto, 2. Leituras Comentadas. Porto: Edições Afrontamento, p. 115-122.

CORREIA, José Alberto (1991) – *Mudança educacional e formação: Venturas e desventuras do processo social da produção da identidade profissional dos professores.* "Inovação".Vol.4, nº 1, p.149-165.

CORREIA, José Alberto (1991) – *Inovação pedagógica e formação de professores.* Rio Tinto: Edições Asa.

CORREIA, José Alberto (1991) – *Formação de formadores : estruturação do campo profissional e organização pedagógica. In: Actas da Conferência Nacional "Novos rumos para o ensino tecnológico", Porto: GETAP.*

CORREIA, José Alberto (1992) – *Dispositivos e disposições na formação de adultos: a dinâmica da formatividade.* Comunicação do 2º Congresso da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação. Lisboa.

CORREIA, José Alberto (1994) – *A educação em Portugal no limiar do sec. XXI: Perspectivas de desenvolvimento futuro.* "Educação, Sociedade e Culturas", n.º 22, p7-30.

CORREIA, J. A.; **MATOS**, M.(1994) – *Contributos para a produção de uma epistemologia das práticas formativas: Análise de uma intervenção no domínio da saúde comunitária.* (Documento policopiado).

CORREIA, José Alberto(1996) – *Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação.* In: Formação, Saberes
Profissionais e Situações de Trabalho. Vol. 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p.1-29.

CORREIA, José Alberto (1997) – *Entre a marginalidade e a imprescindibilidade.* Comunicação no 1° Congresso das Licenciaturas em Ciências da Educação. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

CORREIA, José Alberto (1998) – *Para uma teoria crítica em educação.* Porto: Porto Editora, p.125-172.

CORREIA, Maria Adelina Bandeira (1992) - *O hospital aberto.* "Servir" Vol. 40, n°66, p. 303 – 307.

CORREIA, Maria Adelina Bandeira(1993) - *Formação e identidade profissional enfermeiros de saúde comunitária – um estudo de caso.* Lisboa: s.n. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.

CORREIA, Maria Adelina Bandeira (1995) –*Da lógica do formar à lógica do formar-se.* "Sinais Vitais", n.°5, p.21-24

CORREIA, Maria Adelina Bandeira (1996) – *Formar para cuidar: a formação inicial.* "Informar", n.° 4, p. 5-10

CORREIA, Maria Adelina Bandeira (1996) - *A relação teoria Prática na formação dos enfermeiros.* "Sinais Vitais" n° 6, p19-23.

COROLIANO, Ferreira(1986) – Organização hospitalar: O hospital de hoje e do futuro." Revista Portuguesa de Saúde Pública" n°1/2, p.81-89.

COROLIANO, Ferreira(1986)- *O Hospital centro de ensino profissional e de investigação.* Revista Portuguesa de Saúde Pública" n° ½, p. 96-101.

COSTA, Arminda S. Mendes (1996) – *Formação de enfermeiros e situações de trabalho: O caso dos cuidados aos idosos.* In: *Formação,*

Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Vol.1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 475-482.

COSTA, Arminda S. Mendes (1998) – *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados.* Lisboa: Editora Fim de Século.

COURTOIS, Bernadette (1992) – *La formation en situation de travail: Une formation expéeientielle ambiguë.* "Educacion Permanente", n.° 112, p. 95-105.

CROZIER, Michel (1989).– *A empresa à escuta.* Lisboa: Instituto Piaget.

CROZIER, Michel et al (1989) - *Culture général et culture d'entreprise.* "Educacion Permanente" n.° 103, p. 33-46.

DE LA CUESTA; Carmen (1996) - *Investigação qualitativa em enfermagem.* In: Documentos coligidos no 3ª mestrado em ciências de enfermagem. Porto: ICBAS.

DE LA CUESTA; Carmen (1996) - *Trabajo de salud: una vision cualitativa sobre el cuidado de la própria salud.* "Enfermería Clínica". Vol.66, n.°3, p. 95-101.

DE LA CUESTA; Carmen (1997) - *Investigação cualitativa en el campo de la salud.* "Rol de Enfermería". Vol.20, n°232, p.13-16

DERETE, E.; **PARLIER,** M. (1990) – *Innovations en formation et organization qualifiante: à propos d'un colloque recente.* "Educacion Permanente", n.° 104, p.104-143.

D'ESPINEY, Luísa Maria (1996) - *Formação inicial/formação contínua. Uma experiência de Articulação em contexto de trabalho.* In: *Formação,*

Saberes Profissionais e Situações de Trabalho. Vol. 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 483-502.

DOMINICÉ, Pierre (1989) - *Expérience et apprentissage: faire de nécessité vertu.* "Education Permanente", n.°100/101, p.57-65.

DUARTE, Acácio Ferreira (1996) – *Uma nova formação profissional para um novo mercado de trabalho.* Lisboa: Edições do Instituto de Emprego e Formação Profissional.

DUBAR, Claude (1987) – *La qualification à travers les journées de Nantes.* "Sociologie du Travail", n° 1, p. 3-14

DUBAR, Claude (1990) - *L`enjeu des expériences de formation innovante en entreprise: une nouveau processus de socialisation professionnelle.* "Educacion Permanente", n.° 104, p.51-55.

DUBAR, Claude (1996) – *Formation, travail et identités profissionnnelles.* In: *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho.* Vol. 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 65-71.

DUBAR, Claude (1996) - *La sociologie du travaile face à la qualification et à la compétence.* "Sociologie du Travail", n° 2, p. 179-193.

DUBAR, Claude (1997) – *A Socialização: construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora.*

DUFEY, Anne-Francoise (1998) - *Se former emsemble dans le domaine de la santé et du travail social.* "Perpective Soignante", N.°1, p 101-113.

ESTEVÃO, Carlos Alberto Vilar (1998). *Redescobrir a Escola Privada Portuguesa como Organização- Na Fronteira da sua Complexidade Organizacional.* Braga: Universidade do Minho.p.176-215.

ESTRELA, Albano; **CANÁRIO**, Rui; FERREIRA, Júlia (1996) - *Formação saberes profissionais e situações de trabalho.* Lisboa: Actas do 4° Colóquio Nacional da Secção Portuguesa da AIPELF/AFIRSE. Vol. 1. Lisboa: AIPELF/AFIRSE.

ESTRELA, Albano; **CANÁRIO**, Rui; FERREIRA, Júlia (1996) *Formação saberes profissionais e situações de trabalho.* Lisboa: Actas do 4° Colóquio Nacional da Secção Portuguesa da AIPELF/AFIRSE. Vol.2. Lisboa: AIPELF/AFIRSE.

FERNANDEZ, Angel et al (1995) – *Flexibilidade o novo paradigma da produção e as respostas flexiveis da formação numa organização qualificante.* Caldas da Rainha: Nadu Eurotecnet Portugal, p.133-157; 229-259.

FIGUEIREDO, Maria do Ceú Barbieri (1997) – *Trabalho em equipa o contributo dos enfermeiros.* "Sinais Vitais", n.°10, p.19-22.

GELPI, Ettore (19??) - *La educacion permanente: problemas laborales y perspectivas educativas.* Madrid: Editorial Popular.

GELPI, Ettore (1996) – *Legislations et politiques de l`education des adultes en europe.* In: *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho.* Vol I. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 73-85.

GOETZ, J.P.; **LeCOMPTE,** M.D (1988) - *Etnografía y diseno cualitativo en investigacio educativa.* Madrid: Ediciones Morata.

GOMES, A.Duarte.(1994)- *Cultura: Uma metáfora paradigmática no contexto organizacional.* In: Psicologia do Trabalho e das Organizações : novas perspectivas. Vol.9, nº 3, p.279-298.

GOMES, Delmina (1995) - *Representação dos enfermeiros sobre as práticas de enfermagem.* Porto: s.n. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação.

GRAÇA, Luis (1992) – *O trabalho em equipa : uma nova lógica de organização do trabalho e participação na gestão.* "Sociologia da Saúde", Vol. 10, n.º1, p 5- 19.

GRANDE, Nuno (1992) – *Organizações num contexto de mudança.* Documento coligido da disciplina pedagogia das ciências da saúde. Mestrado em Ciências da Educação: Porto

HESBEEN, Walter (1997) – *Prendre soin à l`hôspital: inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante.* Paris: Masson.

HESBEEN, Walter (1998) – *La qualité du soin infirmier: penser et agir dans une perspective soignante.* Paris: Masson.

HONORÉ, Bernard (1980) – *Para una teoria de la formacion.* Madrid: Narcea S.A. Edicionnes.

HONORÉ, Bernard (1992) – *L`hôspital et son project d` entreprise - vers l`oeuvre de santé.* Paris: Privat.

HONORÉ, Bernard (1996) - *La santé en project.* Paris: InterEditions.

HONORÉ, Bernard (1998) - *Le partenariat dans l`évolution des structures de santé.* "Perspective Soignante", n.º 3, p 21- 37.

HUBERMAN, M.; **MILES,** M. (1991) – *Analyse de donnés qualitatives.* Bruxelas: De Boeck-Wesmael.

JESUÍNO, Jorge Correia (1996).- *Estrutura e processo de grupo: interacções e factores de eficácia. In:* VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta - *Psicologia social.* 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p 259-286.

KEMP, Nan; **RICHARDSON,** Eileen (1995) – *A garantia da qualidade no exercício de enfermagem.* Lisboa: ACEPS.

KÈROUAC, Suzanne et al (1994) - *La pensée infirmière: conceptions et stratégies.* Quebéc: Maloine.

KOLB, David (1984) – *Experiential learning: experience as the source of learning and development.* Paris: Ed. D' orrganization.

KOHN, Ruth Canter. – *Formation et recherche.* In: Pratique, Analyses, Formation. Paris : Universite de Paris VIII

KOURILSKY, Françoise (1996) – *La comunication: levier du changemnt à l`hospital.* "Soins Formation Pédagogie Encadrement", n.° 19, p.16-20.

KOVÁCS, Ilona et al.(1994) – *As qualificações e mercado de trabalho.* Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.

LACOSTE, Michèle (1992) – Changement dans l`entreprise et collectifs d`apprentissage. "Educacion Permanente", n.° 112, p. 87-93.

LOPES, Pereira (1997) - *Objecto de trabalho da disciplina de enfermagem.* (Comum.) Workshop, organizado pelo DRH- Ensino de Enfermagem : *Processos e Percursos de formação.* Porto.

LOPES, Albino; **RETO,** Luís(1994) –*Formação profissional. Avaliação da eficácia e metáforas dominantes.* In: Psicologia do Trabalho e das Organizações - Novas perspectivas. Vol. 9, n.º 3, p.307-314.

LAJES, Maria Alcina Almeida (1996) – *Formação académica e formação profissional. Um novo modelo : a "Formação em alternância".* In: *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho.* Vol. 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 77-86.

LANDIER, Hubert (1991) – *Para uma empresa inteligente.* Lisboa: Instituto Piaget.

LERAY, Christian (1996) – *Histoire de vie en formation et changement organisationnel.* In: *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho.* Vol. 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 593-598.

LESNE, Marcel (1977) – *Trabalho pedagógico e formação de adultos.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

LESSARD-Hébert, Michelle et al (1994). – *Investigação qualitativa: fundamentos e práticas.* Lisboa: Instituto Piaget.

LIMA, Licínio C.(Org) (1994) - *Educação de adultos: forum 1.* Braga :Universidade do Minho.

LOPES, Helena (1994) – *O desenvolvimento das competências pela organização do trabalho.* In: Estado Actual da Investigação em Portugal: colóquio. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.

LOPES, Noémia Mendes (1994) - *A recomposição dos saberes, ideologias e identidades de enfermagem.. Lisboa: s.n. Tese de Mestrado,*

apresentada no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

LUZ, Lurdes Asseiro (1995) - *Formação em enfermagem, contextos e problemas da dualidade teoria – prática. Lisboa: s.n.* Tese de Mestrado apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

MACEDO, Catarina M. Gali de Carvalho (1996) – *Métodos de análise de dados qualitativos com auxílio de meios informáticos: sua aplicação na investigação educativa.* Sevilha: s.n. Tese de Mestrado apresentada na Universidade de Sevilha.

MADELIN, Philippe; **THIERRY,** Dominique (1992) - *Organisations qualificantes: quelles définition et quelles méthodes d`évaluation?.* "Educacion Permanente", n.° 112, p. 23-30.

MAGLAIVE, Gerard (1995) - *Ensinar Adultos.* Porto: Porto Editora..

MAGLAIVE, Gerard (1996) – *Formation et Savoirs profissionnells: entre la théorie et la pratique.* In: Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho.Vol. 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa., p. 31-37.

MATOS, Manuel (1992) - *Currículo como instrumento de construção de visibilidade social da profissão.* In: Congresso da Sociedade Portuguesa das Ciências da Educação.

MARTIN, Christiane (1995) – *Cuidados de enfermagem, uma disciplina : condições e acesso.* Lausanne: ESEI

MARTIN, Christiane (1995) - *Quoi de neuf en didactique des soins infirmiers?.* Lausanne: Croix- Rouge Suisse.

MARTIN, Christiane (1995) - *Soigner pour apprendre: adquerir un savoir infirmier.* Qironagny: Editions LEP.

McCARTHY, Margaut (1987) – *Mudanças nos cuidados de saúde e formação dos enfermeiros no Século XXI.* Bruxelas: Comissão das Comunidades Europeias.

MESTRINHO, Maria de Guadalupe (1997) – *Teoria e prática uma relação possível. "Sinais Vitais" nº11, p. 35-38.*

MONTEIRO, Maria Benedicta (1996) – *Conflito e cooperação nas relações intergrupais.* In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta - *Psicologia social.* 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. p. 309-351.

MORDACQ, Catherine; **POLETTI,** Rosette (Org) (1987) – *Les infirmières construisent leur avenir.* In: Actes du Colloque *"Compétences et cohésion du service infirmier".* Lyon : Le Centurion.

MOISAN, André (1992) – *Autoformation et situations de travail.* "Educacion Permanente", n.º 112, p. 107-113.

MUCCIELLI, A., (1979) - *L`analyse de contenu des documents et des commmunications.* Paris: Libraires Techniques, ed. ESF.

MUCCIELLI, A., (1991) - *Les méthodos qualitatives.* Paris: PUF.

NÓVOA, António; **FINGER,** Matthias (Org)(1988) – *O modelo (auto)biográfico e a formação.* Lisboa: Ministério da Saúde.

NÓVOA, António (1995) – *Para uma análise das instituições escolares.* In: As Organizações escolares em análise.2ªed. Lisboa: Publicações D. Quixote. p.15-43.

NUNES, Luísa Arsénio (1996) - *As dimensões formativas dos contextos de trabalho.* "Inovação", vol.3, n.°8, p.233-250.

PAIN, A. (1990) - Education informelle : les effets formateurs dans le quiotidien. Paris: Harmattan.

PALMEIRO, Filomena Areona (1995) - *Formação e práticas profissionais dos enfermeiros no contexto de um centro de saúde. Coimbra: s.n.* Tese de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina.

PARADEISE, Catherine (1985) – *Rhétorique profissionelle et expertise.* "Sociologie du Travail" n.°1-85, p.17-31.

PARADEISE, Catherine (1985) - *Des savoirs aux commpétences: qualification et régulation des marchés du travail.* "Sociologie du Travail", n.°1-85, p.35-46.

PETITAT, André (1989) – *Les infirmière, de la vocation à la profession.* Montréal: Boréal.

PESUT, Daniel J. et al (1998) – *OPT: Transformation of nursing process for contemporary pratice.* "Nursing Outlook". Vol. 46, n.° 1, p 29-36.

PEYRARD, Catherine (1992) - *Technologies de conduite et technologies intellectuelles: la production de connaissances dans les acticités de travail.* "Educacion Permanente". N.° 112, p. 31- 37.

PEYRÉ, P. (1991) – *Le traject de la formation: vers l`autoformation et l`auto-organization.* In: Le project de formation en milieu psychiatric: Paris: Privat. p.231-260.

PIRES, Ana L. de Oliveira (1994) - *As novas competências profissionais.* "Formar; Revista dos Formadores". N.°10, p.4-19.

PIRES, Ana L. de Oliveira (1997) – *Organizações qualificantes.* "Dirigir; Revista para Chefias" n° 47, p.14- 17

PORTELLI, Patricia (1992) - *Une pratique "d`autoformation tutorée" dans les actions nouvelles qualifications.* "Educacion Permanente", n.° 112, p. 115-124.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (1987) – *Enfermagem e as 38 metas da saúde para todos. Suas implicações nos cuidados de enfermagem geral e obstetrícia.* Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

PORTUGAL, Ministério da Saúde (1987) – *Enfermagem e as 38 metas Regionais Europeias da saúde para todos - documento em discussão.* Departamento de Enfermagem Geral e Obstétricia Bureau Regional da Europa OMS. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde .

POSTIC, Marcel (1996) - *Formation et situations de travai l: perspectives théoriques et méthodologiques.* In: *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho.* Vol 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p 61-71.

QUIVY, Raymond; **CAMPENHOUDT,** Luc Van (1992) - *Manual de investigação em ciências sociais. Lisboa: Gradiva.*

REBELO, Teresa (1997) – *Sobre a noção de prática.* "Pensar Enfermagem" Vol. 1, n.° 0, p. 3-4

RIBEIRO, Lisete Fradique (1995) – *Cuidar e Tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio - moral.* Lisboa : Educa

RIBEIRO, Lisete Fradique (1998) – *O ensino de enfermagem de 1988 a caminho de 1998 o desafio da década.* "Servir", Vol. 45, nº1, p. 21-25.

RODAS, M.D. (1993) - *Travail, competences et alternance qualifiante.* "Educacion Permanente". N .º 115, p. 153- 156.

RODRIGUES, Custódio (1985) – *Motivação, conceito. Aspectos fundamentalmente inatos.* Porto: Autores e Contraponto edições.

SAINSAULIEU, Renaud (1992) - *La conduite sociologique du changemente piloté en interprise.* "Educacion Permanente", N.º 113, p. 53-64.

SALOMON, Chantal Legrand (1996) – *Spirale d`apprentissage et processus profissionalisation.* "Soins Formation Pédagogie Encadrement", N.º 19, p.41-48.

SANTOS, Boaventura de Sousa (1996) – *Um discurso sobre as ciências.* 8ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

SANTOS, Boaventura de Sousa (1995) - *Introdução a uma ciência pós-moderna.* 4ªed. Porto: Edições Afrontamento.

SANTOS, Teresa (1986) - *As bases para a mudança na formação das(os) enfermeiras(os) em Portugal.* "Enfermagem", N.º4, p.11-14.

SCHMITT, Bernard (1998) – *De la pluridisciplinarité contrainte à l`interdisciplinarité souhaitée.* "Perspective Soignante", N.º1, p 88-99.

SCHON, Donald A. (1992) - *La formación de profisionales reflexivos.* Barcelona: Ediciones Paidós.

SCHWARTZ, Yves (1995) - *De la "qualification" à la "compétence".* "Educacion Permanente", N.° 123, p. 125-135.

SENGE, Peter et al (1997) – *La quinta disciplina en la prática: estratégias y herramientas para construir la organización abierta al aprendizaje.* Barcelona: Edicions Granica.

SERRE, Fernand; **Wittorski,** Richard (1992) – *Changements individuels, collectifs et organisationnels par un dispositif de formation intégrée.* "Educacion Permanente", N.° 112, p. 47-51.

STRAUSS, A. (1987)- Qualitative analysis for social scientists. New York: Cambridge University Press.

STAHL, T. ; **NYHAN,** B. e **D`ALOJA,** P. (1993) – *A organização qualificante. Uma visão para o desenvolvimento dos recursos humanos.* Bruxelas: Comissão da Comunidade Europeia

SOARES, Maria Isabel (1997) - *Da blusa de brim á touca branca.* Lisboa: Educa.

SOUSA; Mariana Dinis (1983) – *Evolução do ensino de enfermagem em Portugal nos últimos 25 anos.* "Servir". Vol.31,n°2, p. 89-103.

SUBTIL, C. Lousada et al (1996) – *Formação contínua de enfermeiros em contexto de trabalho.* "Inovação". Vol 3, n°8, p.325-332.

TAVARES, José (1993).- *Dimensão pessoal e interpessoal na formação.* Aveiro: CIDIME.

TAVARES, José (1996) – *Uma sociedade que aprende e se desenvolve: relações interpessoais.* Porto: Porto Editora.

TEIXEIRA, Cláudio (1996) – *Organização do trabalho e factor humano – de instrumento a actor.* Lisboa: Edições do Instituto do Emprego e Formação Profissional.

THOMPSON, E. Ian et al (1994) - *Nursing ethics.* 3ª ed. London:Churchil Livingstone.

VALA, Jorge (1986) - *Análise de conteúdo.* In: PINTO, José Madureira; SILVA, Augusto Santos - *Metodologia das ciências sociais.*5ªed. Porto: Edições Afrontamento.

VALA, Jorge (1994) - *Psicologia social das organizações – estudos em empresas Portuguesas.* Oeiras: Celta editora.

VALA, Jorge (1996) - *Representações sociais – para uma psicologia social do pensamento social.* In: - VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta (Coord)- *Psicologia social.* 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, p. 353-384.

VARELA, Florenço Mendes (1996) - *A construção de saberes profissionais em situações de trabalho.* In: *Formação, Saberes Profissionais e Situações de Trabalho.* Vol. 1. Lisboa: AFIRSE Portuguesa/Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, p. 513-518.

VEIGA, Maria dos Anjos et al (1995) - *Que futuro para a formação permanente dos enfermeiros?* "Enfermagem em Foco". Nº 20, p.35-39.

VELTZ, Pierre; **ZARIFIAN,** Philippe (1993) - *Vers de nouveaux modèles d'organisation?.* " Sociologie du Travail" N.º 1, p. 3- 25.

VIEIRA, Margarida Maria da Silva (1994) - *Para compreender os factores cuidativos da teoria de Jean Watson.* Porto: Escola Superior de Enfermagem Imaculada Conceição

WALBY, Sylvia; **GREEWELL,** June et al (1994) – *Medicine and nursing: professions in a changing health service.* London: Sage.

WATSON; Jean (1988) – *Nursing: human science and human care. A theory of nursing.* New York: National League for Nursing.

WATSON; Jean (1998). –*Le Caring: phillosophie et science des soins infirmiers.* Paris: Seli Arslan.

ZARIFIAN, Philippe (1990) –*Quels modèles d`organization pour l'industrie Européene? L`emergence de la firme coopératrice.* Paris: Harmattan.

ZARIFIAN, Philippe (1992) – *Acquisition et reconnaissance des compétences dans une organisation qualifiante.* "Educacion Permanente". N.° 112, p.15- 22.

ZARIFIAN, Philippe (1996) – *Travail et comunication - essai sociologique sur le travail dans la grand entreprise industrielle.* Paris: Press Universitaires de France.

ZARIFIAN, Philippe (1997) – *Comunication et partenariat interne: les enjeux de la gestion par processus.* "Educacion Permanente". N.° 131, p.81- 93.

LEGISLAÇÃO

DECRETO-LEI, Diário do Governo N.º 204 de 1901-09-12: Aprova os estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de São José e Anexos.

DECRETO-LEI n.º 4563/18. Diário do Governo, I Série. 155(1918-06-12): Reorganiza os serviços dos Hospitais Civis de Lisboa.

11º SUPLEMENTO. Diário do Governo. I Série. 98(1919-05-10): Reorganiza os serviços dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

DECRETO-LEI n.º6943/20. Diário do Governo, I Série. 183(1920-09-16): Aprova o regulamento da Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

DECRETO-LEI n.º 8505/22. Diário do Governo, I Série. 244(1922-11-25): Aprova o regulamento da Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa.

DECRETO-LEI n.º19060/30. Diário do Governo, I Série. 274(1930-11-24): Reorganiza a Escola Profissional de Enfermagem, denominando-se Escola de Enfermagem Artur Ravara e passa a funcionar no Hospital de Santo António dos Capuchos.

PORTARIA n.º 7001/31."Diário do Governo, I Série".11(1931-01-14): Determina que a Escola de enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra passa a denominar-se Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

DECRETO-LEI n.° 300447/40. Diário do Governo, I Série.144 (1940-05-17): Cria no Instituto Português de Oncologia uma Escola Técnica de Enfermeiras.

DECRETO-LEI n.°36219/47.Diário do Governo, I Série. 80 (1947–04-10): Organização do ensino de enfermagem, com vista a assegurar a melhor preparação do pessoal e a sua mais rigorosa selecção técnica e moral, dando-se preferência ao sexo feminino.

DECRETO - LEI n.° 37224/48. Diário do Governo, I Série. 295 (1948–12-21): Reorganização do ensino de enfermagem, adita um parágrafo ao artigo 39°, do Dec - Lei anterior.

DECRETO- LEI n.° 38 884/52. Diário do Governo, I Série. 190(1952–08-28): ... melhorar a preparação técnica dos enfermeiros e elevar o seu nível social e profissional.

LEI n.° 2 120/63. Diário do Governo. I Série. 169 (1963-07-19): Promulga as bases da política de saúde e assistência.

DECRETO- LEI n.° 46 448. Diário do Governo, I Série.160(1965–07-20):..remodelação para o Curso de Enfermagem Geral.

DECRETO- LEI n.° 47 843/67. Diário do Governo, I Série. 187 (1967-08-11): Permite a realização de cursos de base para o exercício de enfermagem psiquiátrica e de saúde pública.

DECRETO-LEI n.° 48166/67. Diário do Governo, I Série. 299 (1967-12-27):Promulga e estrutura as carreiras hospitalares, de saúde pública e ensino para os profissionais de enfermagem.

DECRETO-LEI n.º 48357. Diário do Governo, I Série.101 (1968-04-27): Promulga o Estatuto Hospitalar..

PORTARIA n.º 260/73. Diário do Governo, I Série. 86 (1973-04-11): Criação de diversos cursos de especialização em enfermagem.

DECRETO-LEI n.º212/74. D. R. I Série. 212 (1974-9-11): Extinção dos cursos de auxiliares de enfermagem.

PORTARIA n.º 107/75. D.R. I Série. 40 (1975-02-17): Regulamenta os cursos de promoção dos auxiliares de enfermagem a enfermeiros.

DECRETO-LEI n.º 305/81. D.R. I Série. 261 (1981-11-12): Aprova a carreira de enfermagem.

PORTARIA n.º 828/82. D. R., I Série. 200 (1982-8-30). Regulamentam as estruturas de formação permanente em enfermagem(DEPE)

DECRETO-LEI nº15/82.D.R. I Série.16 (1982-01-20): Estabelece novas bases legais que permitem a formação de enfermeiros especializados nos termos do seu reconhecimento a nível da CEE.

PORTARIA n.º 1144/82. D. R. I Série. 2866(1982-12-13): Altera e regulamenta os cursos de especialização em enfermagem.

DECRETO- LEI n.º 265/83. D. R. I Série. 136 (1983-06-16): Cria em Lisboa Porto e Coimbra as Escolas de Enfermagem Pós-Básica.

DECRETO-LEI n.º178/85. D.R. I Série. 118 (1985-05-23): Aprova a revisão da carreira de enfermagem.

DECRETO-LEI n.°19/88.D.R. I Série.17(1988-01-21):Aprova a lei de gestão hospitalar.

DECRETO REGULAMENTAR n.° 3/88. D.R. I Série. 18 (1988-01-22): Introduz alterações substanciais no domínio dos órgãos e do funcionamento global do hospital, bem como quanto à estrutura dos serviços.

DECRETO-LEI N°480/88. D. R. I Série. 295 (1988-12-23): Estabelece a integração do ensino superior de enfermagem no ensino superior politécnico.

LEI n.°48/90. D.R. I Série. 195 (1990-08-24): Lei de Bases da Saúde da Saúde.

DEC –LEI n.° 437/91.D. R. I Série. 257 (1991/11/08): Aprova o regime legal da carreira de enfermagem.

DESPACHO 2/93.D. R. II Série.75 (1993-13-30): Estabelece o novo sistema de avaliação de desempenho dos enfermeiros.

DECRETO-LEI n.° 9/94. D.R. I Série- A.10 (1994-01-13): Define os princípios gerais que devem reger a formação profissional na Administração Pública.

PORTARIA 239/94.D.R. I Série- B. 89 (1994-04-16): Regulamenta os Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem.

DECRETO- LEI n.° 161/96. D.R. I Série. 205 (1996-09-04): Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros(REPE)

DECRETO- LEI n.º 104/98. D.R. I Série – A 93/98. (1998-04-21): Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova respectivo estatuto.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 140/98.D.R. I Série- B. 280/98 (1998-12-04): Define o conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, nas alíneas b) reorganização rede de escolas superiores de enfermagem... e passagem para a tutela do Ministério da Educação...c)...passagem da formação dos enfermeiros para o nível de licenciatura.