

Nuno Jorge Ribeiro Silva

Nº 15502

**Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o
Modelo de Desenvolvimento Profissional**

Faculdade das Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010

Nuno Jorge Ribeiro Silva

Nº 15502

**Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o
Modelo de Desenvolvimento Profissional**

Faculdade das Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2010

Nuno Jorge Ribeiro Silva

Nº 15502

**Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o
Modelo de Desenvolvimento Profissional**

Assinatura:

(Nuno Jorge Ribeiro Silva)

“Monografia apresentada à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para a obtenção do
grau de licenciatura em enfermagem”

E digo-vos que a vida é de facto obscuridade
excepto onde há arrebatamento,
E todo arrebatamento é cego excepto onde há saber,
E todo o saber é vão excepto onde há trabalho
e todo o trabalho é vazio excepto onde há amor.

E o que é trabalhar com amor?
É pôr em todas as coisas que fazeis
Um sopro do vosso espírito.

Khalil Gibran

Siglas

ANA - American Nurses Association

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CEE - Comunidade Económica Europeia

D.R. - Diário da República

EUA - Estados Unidos da América

FNOPE - Fórum Nacional de Organizações Profissionais de Enfermagem

ICBAS - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

ICN - International Council of Nurses

MDP - Modelo de Desenvolvimento Profissional

MCTES - Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior

NANDA- North American Diagnosis Association International

NIC - Nursing Interventions Classifications

NOC - Nursing Outcomes Classifications

OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OIT - Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PTE - Prática Profissional Tutelada em Enfermagem

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

Abreviaturas

Art. – Artigo

DC – Depois de Cristo

Dec-Lei - Decreto-Lei

Dp - Desvio Padrão

Ed. – Edição

N - frequência absoluta

nº - Número

p. – página

pl. - plural

% - Prozentagem

Dedicatória

À minha mãe, pelo amor, educação, incentivo e confiança, que sempre depositou em mim, dando-me força em cada circunstância para ir mais além... E ainda pelos esforços que fez para que atingi-se os meus objectivos, fizeram com que chegasse até “aqui”... Com amor lhe agradeço tudo o que fez por mim e lhe devo o que sou hoje.

Ao meu tio João, pela confiança e carinho que sempre depositou em mim.

Ao meu grande amigo Adolfo, pela sua amizade e perseverança nos momentos mais difíceis.

À minha namorada, pelo amor, dedicação e paciência, pelo apoio, incentivo e força que sempre me transmitiu em momentos difíceis... A ela lhe devo muito o que sou hoje, porque ajudou-me a perceber que a vida só tem sentido se for partilhada com quem se ama e preenchida por sonhos.

Agradecimentos

Ao chegar ao final de um dos meus objectivos, sinto necessidade de partilhar este momento com as pessoas que me acompanharam e apoiaram.

À Enfermeira Amélia José, pela orientação desta monografia, pela sua dedicação, incentivo e paciência.

Aos meus docentes que me ajudaram a crescer e a chegar até “aqui”...

À Universidade, que me acolheu e assim, me proporcionou a concretização deste objectivo.

A todos os alunos que colaboraram na realização desta investigação, sem eles, não se obtinham resultados.

Aos que contribuíram de alguma forma com que chegasse até “aqui” e que me dão força para “chegar cada vez mais longe”...

Muito Obrigado!

Índice

0. Introdução	16
I - Fase Conceptual	19
1. Fortin para justificar a Fase Conceptual.....	19
1.1 Problema da Investigação.....	19
1.2 Questão da Investigação.....	19
1.3 Objectivos.....	19
2. Conhecimento	20
3. Percurso da Profissão de Enfermagem.....	24
4. Modelo de Desenvolvimento Profissional.....	56
4.1 Sistema de Certificação de Competências	62
4.2 Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem....	65
4.2.1 Conceito de Enfermeiro Especialista.....	68
4.2.2 Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem.....	68
4.2.3 Matriz de reconhecimento de especialidades clínicas em Enfermagem...	72
4.2.4 Competências comuns e específicas de enfermeiro especialista.....	75
4.2.5 Perspectivas de desenvolvimento do programa formativo	76

II - Fase Metodológica	77
1. Problema da Investigação	77
2. Questão da Investigação	78
3. Objectivos	78
4. Princípios Éticos	78
5. Desenho de Investigação	80
6. Tipo de estudo.....	80
7. Meio	81
8. População.....	81
9. Amostra	82
10. Variáveis.....	82
10.1. Variável dependente	83
10.2. Variável independente	83
10.3. Variável atributo.....	83
11. Instrumento da colheita de dados.....	84
12. Pré-teste	85
13. Tratamento e análise de dados	85
III - Análise dos resultados.....	87

1. Caracterização da amostra	87
2. Conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem...	88
IV – Discussão dos resultados	95
V – Conclusão	99
VI - Bibliografia	102

ANEXOS

Índice de Quadros

Quadro 1 - Competências dos enfermeiros de cuidados gerais.....	49
Quadro 2 – O que temos e o que propomos	60
Quadro 3 - Áreas de especialização, de acordo com o alvo de intervenção e os eixos organizadores.....	70
Quadro 4 – Declarativos, critérios e elementos de validação para a individualização das especialidades	72
Quadro 5 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) ao nível sócio-demográfico.....	87
Quadro 6 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) relativamente ao nível sócio-demográfico.....	88
Quadro 7 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem.	88
Quadro 8 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem.	91
Quadro 9 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem.	92
Quadro 10 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem.	92

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Distribuição dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem participantes no estudo (n=93) relativamente ao sexo..... 87

Gráfico 2 – Distribuição dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem participantes no estudo (n=93) relativamente à idade..... 88

Gráfico 3 – Distribuição dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento demonstrado sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem (percentagem de acerto em cada uma das questões). 91

Gráfico 4 – Distribuição dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento demonstrado sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem. 94

0. Introdução

No âmbito do 4º ano curricular da Licenciatura em Enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, foi proposta a elaboração de uma monografia, como requisito final para obtenção do grau de licenciatura. Desta forma escolhemos o seguinte tema: “Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional”.

Nenhuma profissão poderá ter um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação. A Enfermagem como profissão, reconhece a investigação científica como uma estratégia para alargar conhecimentos essenciais à sua prática, e é através da investigação que o enfermeiro adquire conhecimentos que lhe permitem tomar decisões adequadas e fundamentadas cientificamente, para a melhoria dos cuidados prestados.

A investigação em enfermagem torna-se assim fundamental: tem em vista novos saberes, conhecimentos e actuações. Esta área tem o intuito de aumentar o campo de conhecimentos, contribuindo para a melhoria da saúde das populações, através do progresso da eficácia e da qualidade dos cuidados de enfermagem no seio do sistema de saúde.

Considerando a necessidade de representar, regular e desenvolver a profissão, de modo a assegurar a prestação de cuidados de saúde com a qualidade que se exige, tendo sempre em conta as regras de ética e deontologia profissional, foi criada, através do Dec-Lei nº 104/98 de 21 de Abril de 1998 a Ordem dos Enfermeiros (OE), que é uma associação pública de direito público, constituída por todos os enfermeiros portugueses.

Com a criação da OE, o Estado devolveu aos enfermeiros poderes para regularem a sua própria profissão. Com este marco de reconhecimento social da enfermagem portuguesa, a OE passou a ser, na sociedade, a Instituição responsável por

“ (...) promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, regulamentação e o controlo do exercício

da profissão de enfermeiro assegurando a observância das regras de ética e deontológica profissional”. (OE, 2008, p. 7)

A OE completou doze anos no mês de Abril de 2010, num tempo marcado pela mudança. Pede-se aos enfermeiros de hoje que aprendam e se formem de forma diferente, para contextos profissionais diferentes e para novas dinâmicas de trabalho e novas formas de conceber os cuidados de enfermagem.

O tempo e a realidade mudam e com eles novos desafios profissionais e de regulação, que fazem por sua vez apelo a novas dinâmicas e respostas institucionais. O Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) é isto mesmo, uma nova resposta que a profissão encontrou para os desafios emergentes em termos de regulação e de desenvolvimento profissional.

Tendo em conta a pertinência do tema, consideramos e entendemos que é muito importante saber mais acerca do MDP, pois é a forma que a OE encontrou para regular e desenvolver a profissão. Devemos também ter a noção que com o MDP existiu a necessidade de alterar o estatuto, o que permitirá a regulação do acesso à profissão por parte dos candidatos a profissionais de enfermagem, bem como dos enfermeiros em desenvolvimento profissional para enfermeiro especialista.

Resultando a Investigação da curiosidade do Homem e tendo como objectivo a aquisição de mais saberes, ao elaborar este trabalho pretendemos atingir o seguinte objectivo:

- Identificar o conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional.

A questão de investigação deste estudo é “O que sabem os alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional?”

O objectivo e a questão de investigação escolhidos para este estudo, pensamos que são adequadas, pois justificam-se pela importância que todos os profissionais devem dar ao

conhecimento dos documentos fulcrais para todos os que exercem a profissão de Enfermagem.

A presente investigação insere-se num estudo transversal, do tipo descritivo/exploratório, com paradigma quantitativo. O Instrumento da colheita de dados será aplicado a uma amostra de 93 elementos, alunos ou alunas do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Fernando Pessoa do ano lectivo de 2009/2010. O instrumento da colheita de dados é um questionário, constituído por 23 questões fechadas. Depois da aplicação dos questionários à amostra, estes serão submetidos a um tratamento estatístico por SPSS.

A monografia divide-se em cinco partes interligadas, pois todas as partes são importantes para uma melhor compreensão do estudo. A primeira parte é a fase conceptual, onde se efectuou a revisão da literatura que consiste na base do estudo. Na revisão da literatura constam os seguintes temas: Conhecimento, em que tentamos de uma forma sucinta clarificar e transmitir o conceito de conhecimento; Percurso da Profissão de Enfermagem, em que se faz referência aos marcos mais relevantes da história da profissão em Portugal, não descurando as essenciais influências internacionais; Modelo de Desenvolvimento Profissional, é o tema basilar da investigação, pois temos como objectivo conhecer as dúvidas referentes a este tema que tantas perplexidades e controvérsias tem levantado e que se afigura ser o modelo futuro da profissão.

A segunda parte é constituída pela fase metodológica, e abordam-se os princípios éticos, o tipo de estudo, a população e amostra, entre outros temas necessários à elaboração da metodologia. A terceira parte consiste na apresentação e na análise dos resultados, posteriormente vem a discussão dos resultados obtidos neste estudo. A quinta parte consiste na conclusão onde são referidos os aspectos relevantes na elaboração deste trabalho de investigação científica. No final deste trabalho de investigação é apresentada a bibliografia utilizada para a elaboração do mesmo e os anexos.

I - Fase Conceptual

1. Fortin para justificar a Fase Conceptual

Segundo Fortin (2003, p.39) a fase conceptual:

“ (...) refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto em estudo.”

De acordo com Fortin (2003) nesta fase insere-se a formulação do problema de investigação, enunciam-se os objectivos e as questões de investigação, efectua-se uma revisão da literatura e, por fim, elabora-se uma matriz teórica.

1.1 Problema da Investigação

Para a formulação de um problema de investigação tem de existir um domínio de investigação que seja interessante ou preocupante para o investigador e pertinente. A formulação do problema de investigação baseia-se no desenvolvimento de uma ideia através da lógica, de argumentos, de factos e de opiniões (Fortin, 2003).

1.2 Questão da Investigação

A questão de investigação segundo Fortin (2003, p. 51) “ (...) *é enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica*”.

A questão de investigação para este estudo é: Qual o conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional?

1.3 Objectivos

De acordo com Fortin (2003, p. 99)

“O objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação.”

Identificar o conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional.

2. Conhecimento

Começamos com a ideia de conhecimento. Para o senso comum conhecimento é alguma coisa que se tem, não se tem ou se pode ter. A possibilidade de "possuir" conhecimentos já nos revela um de seus sentidos. De acordo com Maraschin (1998) o conhecimento é tido como uma substância, ele pode ser acumulado, guardado, constituindo um acervo público ou privado; pode escalonar as pessoas, valorizando-as de acordo com o grau de conhecimentos que possuem; pode converter-se em mercadoria, ser vendido, ser transmitido. Outro sentido bastante difundido é o de que existem conhecimentos verdadeiros e conhecimentos falsos, como se os conhecimentos tivessem uma essência e pudessemos atestar sua verdade ou sua falsidade. Essa essência corresponderia tanto à "verdade" dos fatos como deseja toda ciência empírica positivista quanto à verdade do sujeito nas posições racionalistas.

A origem do conhecimento coloca uma das mais antigas questões filosóficas sobre o conhecimento, sobre a qual existem duas correntes, mais antigas, que se transformaram em duas orientações metodológicas que são habitualmente conhecidas como o empirismo e o racionalismo.

De um lado, a perspectiva empirista proposta por Francis Bacon, que preconizava uma ciência sustentada pela observação e pela experimentação, utilizando a indução na formulação das leis, partindo da consideração dos casos ou eventos particulares para chegar a generalizações. Por outro lado, inaugurando o racionalismo moderno, Descartes procurou na razão os recursos para a recuperação da certeza científica. Assim, Bacon e Descartes propuseram dois caminhos diferentes para a busca do conhecimento,

o indutivo e o dedutivo, e representam os dois pólos do esforço pelo conhecimento na idade moderna, o empírico e o racional.

Em síntese: aos senhores que dizem: «eu conheço o que me vem pelos sentidos, que vem da experimentação, que vem das coisas que se aportam a mim pela sensibilidade», chamamos empiristas; aos senhores que dizem: «eu conheço porque eu tenho a capacidade de pensar, de usar a Razão, de seguir a dúvida metódica, e de apreender pelo entendimento», chamamos racionalistas.

Posteriormente questionamos a validade lógica do raciocínio indutivo, o grande valor desse pensamento foi ter deixado um importante problema para os epistemólogos: é ou não possível partir-se de experiências particulares para se chegar a conclusões gerais, representadas pelas leis científicas?

De um modo geral, o empirismo defende que todas as ideias são provenientes de percepções sensoriais (visão, audição, tacto, paladar, olfacto). Em outras palavras, ditas por Locke (*cit in Nunes, 2007, p. 7*) “*nada vem à mente sem ter passado pelos sentidos*”.

A outra corrente, o racionalismo, parte da dúvida sobre os sentidos, que nos enganam frequentemente. E Descartes usou a dúvida metódica como processo, como estratégia para distinguir o conhecimento verdadeiro do falso. O que resistiu à dúvida e se afirmou como verdade certa, primeiro princípio da sua filosofia, foi o (Cogito) eu pensante.

O método é racionalista porque a evidência de que parte não é, de modo algum, a evidência sensível e empírica. Segundo essa corrente, os sentidos humanos enganam-se, as suas indicações são confusas e obscuras, só as ideias da razão são claras e distintas. O acto da razão que percebe directamente os primeiros princípios é a intuição. A dedução limita-se a veicular, ao longo das belas cadeias da razão, a evidência intuitiva das naturezas simples. O que constitui o preceito metodológico apontado por Descartes é que só se considere verdadeiro o que for evidente, o que for intuível com clareza e precisão. (Infopédia, 2009)

Era interessante perceber onde é que cada corrente desemboca, até porque é por isso que Kant é uma figura importante. O empirismo desemboca no cepticismo, ou seja, a repetição de um facto não nos permite concluir, em termos lógicos, que ele continuaria a repetir-se da mesma forma, indefinidamente. Ou seja, não posso ter a certeza de coisa nenhuma. O racionalismo desemboca no dogmatismo ao estabelecer a Razão como fonte única do conhecimento humano. Nem o racionalismo nem o empirismo eram respostas totais aos problemas que se pretendiam resolver. Por isso quando Kant pegou no assunto, abordou a questão da origem do conhecimento procurando conciliar as duas doutrinas, a partir da análise do conceito da causalidade.

Em termos simples, e sendo visíveis “dois becos sem saída”, Kant afirmou que se precisa das duas, sendo que todo o conhecimento começa na e pela experiência, mas não se limita a ela. Os elementos múltiplos, diversos e contingentes fornecidos pela experiência são integrados em conceitos que o próprio entendimento possui. Deste modo, a experiência fornece a matéria, o conteúdo do conhecimento, enquanto que o entendimento lhe dá uma certa forma. O que significa que o conhecimento é sempre o resultado da junção de uma forma com uma matéria. A esta teoria chama-se criticismo de Kant, que insistiu em submeter a razão à crítica, em leva-la a tribunal, concluiu pela insuficiência de ambas as teorias, se perspectivadas de um ponto de vista disjuntivo. O conhecimento não podia fundamentar-se unicamente na razão, como pretendiam os racionalistas, mas também não podia reduzir-se unicamente aos dados da experiência, como defendiam os empiristas. Porém, havendo conciliação, era provável que talvez resolvessem mais satisfatoriamente os problemas.

O verdadeiro conhecimento é aquele que, para além de permitir a sua adequação ao real que se quer conhecer, seja também universalmente válido e necessário. O primeiro aspecto pressupõe a experiência como modo do homem contactar com a realidade, o segundo aspecto advém-lhe do facto de existirem conceitos e categorias que são “a priori” e, como tal, possuem características de universalidade e de necessidade. Para Kant, o conhecimento provem, então, de duas fontes: a sensibilidade (receptividade a receber impressões das coisas) e o entendimento (capacidade de produzirmos representações ou espontaneidade).

Conhecimento deriva do latim *cognitio*, designa acção de aprender. Actividade pela qual o homem toma consciência dos dados da experiência e procura compreendê-los ou explicá-los. Corresponde ao acto do pensamento entrar em contacto com um objecto que lhe é exterior. O conhecimento estabelece uma relação entre o sujeito pensante e o objecto pensado, correspondendo à aquisição de dados de algo que não se possui antes através de um contacto directo entre o sujeito e o objecto. Na constituição do conhecimento pode-se utilizar uma fórmula: forma mais matéria. Podem ser considerado três níveis de conhecimento:

- Senso comum - é o saber superficial, o conhecimento aparente e sem rigor;
- Ciência - é o estudo e a investigação. Através da observação e experimentação chegam-se a leis científicas;
- Filosofia - é o saber que complementa a ciência, a razão é o local onde a investigação filosófica se vai resolver e exige trabalho e investigação. A crítica é a interrogação na Filosofia, a valorização do conhecimento filosófico.

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (1958, p. 577-578), define o conhecimento da seguinte forma:

“s. m. (de conhecer). Acto ou defeito de conhecer; ideia, noção, informação, notícia que se tem a respeito qualquer coisa; diz-se do que se viu, daquilo que se ouviu falar ou do que se sabe. || Saber, instrução. || Consciência da própria existência; acordo. || (...) Tomar conhecimento de, examinar alguma coisa, informar-se dela ou receber informações a seu respeito. || Falar, proceder com conhecimento de causa, falar em coisas que se conhecem, proceder por motivos conhecidos e com certeza quanto aos fins. || Pessoa do conhecimento de alguém, conhecida; com quem se tem relações. || Dar conhecimento, comunicar, participar, fazer cliente. No pl. Saber, instrução, perícia. || Razoabilidade. || Circunspecção.”

Conhecer é incorporar um conceito novo, ou original, sobre um facto ou fenómeno qualquer. O conhecimento não nasce do vazio, mas sim das experiências que acumulamos na nossa vida quotidiana, através de experiências, dos relacionamentos

interpessoais, das leituras de livros e artigos diversos. Tem um conteúdo específico do pensamento com base na sabedoria adquirida, ou na informação e competências aprendidas e, um domínio e reconhecimento da informação (CIPE, 1999, p. 45).

Através do conhecimento é possível haver aquisição de novas experiências que são úteis para desenvolver novas competências.

“ O conhecimento é aquilo que nos permite tomar decisões e, por isso, atuar. Se nos permite atuar, então adquire-se com o fazer, com a prática e demonstra-se através de acções, e não falando sobre ele. Avaliamos o conhecimento de uma pessoa a partir do seu desempenho e não sobre o que disse saber”. (Martínez Aldonongo *cit in* Xavier, 2006)

O conhecimento constitui sistemas cognitivos que funcionam como redes compostas por um grande número de pequenas unidades que podem atingir diversos estados de excitação. As unidades apenas mudam de estado em função dos estados das unidades às quais estão conectadas (Lévy, 1993).

3. Percurso da Profissão de Enfermagem

Os cuidados de saúde ao indivíduo em volta do corpo, porque essenciais à sobrevivência, serão tão antigos como a própria história da humanidade. Eventualmente, aqui residirão os primórdios dos cuidados de enfermagem. Segundo (Collière, 1999) a história dos cuidados é iniciada com a história das espécies vivas, que prossegue com a aparição da linhagem Homo que os etno-paleontólogos fazem remontar a cinco ou seis milhões de anos. Esta história constrói-se fundamentalmente à volta da preocupação permanente de assegurar a continuidade da vida.

A acção de protecção reflexa e o instinto de conservação, começam a ser abalados e a modificar-se com o emergir da consciência que instala as raízes da “árvore da ciência do BEM e do MAL”, fundamento do conhecimento, origem de todas as religiões. Com o início da sedentarização, o discernimento do que é considerado pelo grupo BOM ou MAU é progressivamente confiado ao shaman, ao padre, que se torna o garante da ordem do BEM e do MAL.

O nascimento da clínica e do médico, surge com o limitar ou circunscrever o foco do MAL, tal como defende (Collière, 1999, p. 32) “*Declarar um combate singular ao mal e derrotá-lo torna-se então a finalidade do médico*” tornando-se possível fazer uma separação física do mal e considerar a hipótese de o tratar irradicando o que pode fazer morrer, não deixando de olhar para tudo o que ainda vive e para aquilo que pode fazer viver.

A prática dos cuidados constrói-se essencialmente em redor do que dá vida, o que é fecundável e que dá à luz. Em torno da mulher, símbolo de fecundidade, e da criança que põe no mundo, elaboram-se todas as práticas rituais da concepção ao nascimento. Às mulheres competem todos os cuidados que se realizam à volta de tudo o que cresce e se desenvolve até à morte. Têm a função de cuidar das crianças, mas também dos doentes e dos moribundos. São estas práticas de cuidados ao corpo e a experiência, muitas vezes secular, das práticas alimentares que estão na origem da descoberta das propriedades das plantas e dos seus benefícios, que são o fundamento de um conjunto de práticas de cuidados, desenvolvidas pelas mulheres no decurso da evolução da história da humanidade, e isto até aos nossos dias. (Collière, 1999)

Por outro lado os cuidados que exigem uma importante força física, como deslocamento de articulações, redução de fracturas, domínio físico de doentes agitados, das pessoas em delírio, de loucura, de embriagues, de acidentes de caça ou de pesca, de guerra, bem como os cuidados onde se utilizam instrumentos de incisão, de sutura, de fogo, apenas dizem respeito aos homens. Os cuidados ao corpo ferido são, e continuaram a ser, predominantemente assunto dos homens, incitando-os a descobrir o corpo por dentro e a ousar explora-lo, dando desta forma origem aos cirurgiões.

Se evocarmos as práticas antigas, nas sociedades orientais como no Ocidente, fazemo-lo em relação a um saber médico detido pelos homens, com alguma eventual alusão à herança de conhecimento sobre as plantas de que podiam dispor os shamans, feiticeiros e médicos da antiguidade muito recente. Nesta altura não existiam médicas, pois esse saber era apenas para os homens.

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

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

Assim, é a partir da conversão ao cristianismo das senhoras da alta sociedade romana, entre as quais se salientam Marcela, Paula e Fabíola, cuja preocupação era a de cuidarem dos doentes, dos pobres, dos órfãos, das viúvas, dos idosos, dos escravos e dos prisioneiros, em nome da caridade e do amor, ou seja, prestarem cuidados aos indivíduos doentes, fundamentalmente, com poucos recursos socio-económicos. (Collière, 1999)

Nos países de tradição católica a mulher proposta para representar o modelo da primeira prática de cuidados é Fabíola

“O cristianismo ensina o alto respeito da fraqueza, o amor dos humildes, e faz da caridade a base da sua doutrina. Grandes damas romanas, como Marcella Paula e a célebre Fabíola convertem-se e, logo a seguir, transformam os seus palácios em asilos para os infelizes, em hospitais para os doentes (...). Em nome da caridade cristã acolhem-se todos os infortúnios” (Collière, 1999, p. 39 - 40)

É ainda em Fabíola, mulher da alta sociedade romana convertida ao cristianismo, que terão de se reconhecer inúmeras gerações de mulheres que exercem uma prática de cuidados, tal como defende (Collière, 1999).

Na literatura de enfermagem, Fabíola é consagrada a mãe da prática dos cuidados transmitida pelas mulheres, o que permite acreditar que antes do cristianismo as

mulheres não tinham qualquer actividade de prestação de cuidados. Além disso, fazer dela o modelo original dos cuidados transmitidos pelas mulheres, fortalece a mensagem ideológica de que cuidar releva do dom aos pobres, aos desfavorecidos, aos mais desamparados, e requer uma generosidade excepcional de que só pode dar provas de uma mulher de classe social elevada, classe social que deve a si própria o ser modelo das classes populares e que, em troca destes benefícios, tem direito a receber veneração e estima.

No século XV em Portugal, por iniciativa da rainha D. Maria Leonor, é criada a primeira Misericórdia, que tinha o objectivo de assistir os pobres, doentes e encarcerados. Em 1492, no reinado de D. João II, é iniciada a construção do Hospital Real de Todos os Santos em Lisboa. Tal como em Lisboa, foram fundados outros grandes hospitais em todo o país.

Em Portugal, o primeiro manual sobre enfermagem (Postilla Religiosa e Arte de Enfermeiros, 1741) é da autoria do Padre Frei Diogo de Santiago e destinava-se à formação dos noviços do Convento de Elvas, "*para perfeição da vida religiosa e voto da hospitalidade*" (Santiago, 1741) que iriam exercer o ofício de enfermeiros. A enfermagem era então a aplicação de medicamentos prescritos, a assistência de cabeceira, a higiene dos doentes e enfermagem, sem nunca colocar em causa a subordinação ao poder médico.

Para a maioria dos autores (Meyer, 1995; Bento, 1997), a história da prática dos cuidados de enfermagem divide-se em dois momentos, sendo que os relatos até aqui descritos se inserem numa fase pré-profissional, na qual a "arte de enfermeiros" se desenvolve de forma empírica. Do ponto de vista histórico, a fase seguinte, da profissionalização da enfermagem, é inaugurada com a formação escolar dos enfermeiros, na convergência entre as práticas médicas e as de enfermagem no mesmo espaço social: o hospital. De facto, não abunda a análise histórica da enfermagem em Portugal, ainda mais sobre a que se exerceu fora das fronteiras do hospital (Graça, 2000).

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

- A ordem de S. João de Deus no século XVI com o desenvolvimento de cuidados aos doentes do foro psiquiátrico (A ordem dos Irmãos de S. João de Deus foi fundada em Espanha mas a sua influência estendeu-se a outros países da Europa entre os quais Portugal);

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

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

A “nova” ordem das Diaconisas tinha a cargo a educação, a assistência aos pobres e os cuidados de enfermagem. Ainda segundo Jamieson et al (1968), a preparação das Diaconisas para a prestação de cuidados de enfermagem já obedecia a critérios tais como: idade mínima de dezoito anos, frequência de um curso de três anos, certificado de saúde passado pelo médico.

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

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

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

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

Segundo nos relata Ellis e Hartley (1998), o pastor Theodore Fliedner viajou para os Estados Unidos onde fundou a primeira casa das Diaconisas de Kaiserwerth em Pittsburgh, na Pensilvânia, influenciando o desenvolvimento da profissão de Enfermagem no continente Americano.

Dado que às Diaconisas era exigida obediência ao médico, visto que os cuidados prestados aos doentes eram da responsabilidade do clínico, a formação das enfermeiras foi acompanhando a evolução dos saberes da Medicina, donde Donahue (1985) destaca como marcos: no século XVI: a descrição da anatomia e fisiologia humana; nos séculos XVII e XVIII: a descoberta das bactérias e protozoários e a utilização do microscópio; no século XIX: a descoberta das bactérias anaeróbias e do processo de pasteurização; o desenvolvimento da técnica asséptica; as descobertas do estetoscópio, termómetro de mercúrio, raio X e rádio; a introdução do éter e do clorofórmio na prática cirúrgica.

A reputação das Diaconisas e da Escola do pastor Theodore Fliedner estendeu-se à Inglaterra, influenciando Florence Nithingale, aristocrata inglesa, culta e viajada, que dominava vários idiomas, era conhecedora de matemática e se interessava por assuntos de saúde, quer no domínio da saúde pública quer da saúde hospitalar, pelo que frequentou o curso de enfermagem, em Kaiserwerth. E mais tarde foi enfermeira - chefe do exército britânico durante a guerra da Criméia (1854 a 1856).

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

Sem que existam provas concretas, a lenda de Nightingale diz que esta enfermeira visitava os militares doentes, alumando o caminho com uma lanterna. Como tributo à fundadora da enfermagem profissional, a lanterna foi adoptada como símbolo dos enfermeiros e significa a vigília constante sobre os doentes.

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

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

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

Dado o seu empenho no desenvolvimento da profissão de enfermagem, Florence Nightingale foi considerada a primeira enfermeira investigadora, tendo sido eleita membro da Sociedade Real de Estatística de Inglaterra, em 1858, e, membro honorário da Sociedade Americana de Estatística, em 1874.

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

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

Para alguns autores (Whittaker e Olesen, 1964; Graça e Henriques 2000; Bostridge, 2002) a imagem heróica de Florence Nightingale é o produto de uma Inglaterra vitoriana, plena de romantismo. Desmistificando esta figura histórica, os autores argumentam que Florence (Graça e Henriques, 2000) traduzia o protótipo da mulher vitoriana das classes altas com um acesso privilegiado à elite dirigente, que mais não fez do que abrir às mulheres com uma condição social equivalente à sua uma porta para um emprego respeitável. Para os mesmos autores, o modelo de Nightingale reproduzia a nível hospitalar a estrutura da família vitoriana, na qual os homens, pertencentes às classes sociais mais elevadas, tinham a função de médico, as mulheres das mesmas classes eram as enfermeiras, sendo o trabalho mais sujo relegado para o pessoal operário e auxiliar, recrutado das classes populares. Efectivamente, a fase profissional da enfermagem inicia-se num tempo histórico (pós revolução industrial) que forneceu novos ingredientes para a construção social da estereotipia de género. Diversos autores (Phillips, 1992; Escobar, 2004) consideram que o estereótipo de feminilidade se estabelece na dialéctica entre as relações de classe e o patriarcado. Assim, a feminilidade como imagem da mulher decorativa, passiva, de anjo protector, é um traço distintivo de uma classe alta. Descendo na estrutura social, à mulher da classe média estava reservado o afastamento dos negócios do marido e (eventualmente) a dedicação às tarefas do lar, sendo que apenas as mulheres das classes mais baixas trabalhavam (na fábrica). Se até ao século XIX, o trabalho era visto como uma degradação da natureza feminina (Escobar, 2004), a revolução industrial fez emergir a noção de uma nova mulher trabalhadora. Ora aqui, ser enfermeira surge na continuidade dos valores instituídos, pois não põe em causa a noção de devoção aos outros. Por este motivo, a enfermagem de Nightingale assume-se com um duplo carácter: entre a filantropia e a vocação religiosa. Vem também formalizar, por um lado, a noção da necessidade de treino técnico das enfermeiras pelos médicos, e por outro, a noção de assistência de cabeceira ao doente.

Na mesma Inglaterra vitoriana, Ethel Bedford Fenwick, defendia que a enfermagem era uma profissão e não uma vocação, perspectiva oposta ao movimento de Nightingale. Esta líder de enfermagem afirmava, em finais do século XIX, a necessidade de inscrever as enfermeiras num organismo capaz de controlar a profissão, a separação das escolas

de enfermagem em relação aos serviços hospitalares, bem como a definição critérios restritos no recrutamento e selecção das enfermeiras.

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

Em 1896 é criada a American Nurses Association (ANA), que foi inicialmente denominada Nurses Associated Alumnae of United States and Canada e reunia as associações profissionais com origens nas escolas de enfermagem (Soares, 1997). Teve crucial importância pois permitiu a unificação da profissão, já que nos EUA, ao contrário da Inglaterra onde as enfermeiras exerciam a profissão a nível hospitalar, verificava-se uma dispersão por diferentes locais de prática. Também as origens de classe e níveis de educação das enfermeiras eram mais diversificados.

Fenwick fundou em 1887 a British Nurses Association. Após uma série de lutas políticas encabeçada por Fenwick e suas seguidoras, a inscrição das enfermeiras passa a ser obrigatória em 1919 através do Nurses Registration Act. Nesta estratégia de fechamento da profissão, o Estado vai ter crucial importância ao apoiar a criação de um órgão autónomo capaz de regular a profissão, do ponto de vista da formação e do acesso ao mercado de trabalho. Entretanto, em 1899 é criado o International Council of Nurses (ICN), do qual Fenwick é a enfermeira número um.

Com Nightingale e Fenwick, pioneiras da formação em enfermagem, acentuam-se duas concepções diferentes do trabalho: por um lado, o de responsabilidade delegada pelo médico acerca do estado clínico do doente, e por outro, uma margem de autonomia consubstanciada na “*responsabilidade autónoma pelo bem-estar físico, psicológico e social do doente*” (Graça, 2002). De facto, face à complexidade técnico-científica da medicina, os médicos nos finais do século XIX sentem a necessidade de delegar ainda mais tarefas às enfermeiras, ocupados que estavam com novas descobertas no campo da biologia, microbiologia, física e química. Este progresso vai transformar o hospital num

local de investigação, onde o corpo do doente passa a ser o objecto de estudo, ou seja, a máquina que deve ser reparada, acentuando-se a orientação para o tratamento da doença do modelo biomédico.

Em Portugal, a década de 20 e 30 do século XX vai ser marcada pela criação das primeiras associações de classes (Associação de Classe dos Enfermeiros de Ambos os Sexos do Porto, a Associação de Classe dos Enfermeiros e Enfermeiras de Lisboa, a Associação de Classe Grémio dos Enfermeiros de Terra e Mar do Norte de Portugal e a Associação de Classe dos Hospitais Civis Portugueses) e Escolas de enfermagem, que tiveram papéis importantes no desenvolvimento da enfermagem nos anos que lhes sucederam.

Ainda que com algum atraso temporal em relação às ideias inovadoras de Nightingale e Fenwick, a primeira escola de enfermagem, em Portugal, foi criada em 1881, de acordo com (Soares, 1997) por iniciativa do administrador dos Hospitais da Universidade de Coimbra, Costa Simões, tendo por fim melhorar a instrução dos enfermeiros e enfermeiras, e habilitar as criadas do estabelecimento a poderem concorrer às vagas de enfermagem, para assim obter pessoal habilitado com as simples noções de instrução primária. Todavia a escola não prosseguiu, tendo funcionado apenas um ano, porque Costa Simões saiu de Coimbra.

Em 1886, surge o curso profissional de enfermeiros do Hospital Real de São José, tendo começado no ano seguinte, mas que também só durou um ano.

Em 1896 surge o Curso profissional de enfermeiros e curso administrativo, ambos com a duração de um ano, criados no Regulamento Geral dos serviços Técnicos do Hospital Geral de Santo António da Santa Casa da Misericórdia do Porto.

Entretanto a necessidade de ter bons enfermeiros, era por todos reconhecida, havendo a necessidade de criar uma escola de enfermeiros e enfermeiras, porque até então os enfermeiros o pouco que sabem o devem ao interesse dos médicos dos hospitais.

Os Estatutos da Escola Profissional de Enfermeiros do Hospital Real de São José foram aprovados pelo Decreto de 10 de Setembro de 1901. Sendo que os Estatutos defendiam como finalidade da Escola

“Dar aos indivíduos que se destinam à profissão de enfermeiros a instrução doutrinária e os conhecimentos de prática, que as exigências da ciência actual reclamam quem tenha de cumprir prescrições médicas ou cirúrgicas e de prestar cuidados de enfermagem, devendo funcionar sob a direcção e a expensas da Administração do mesmo hospital.” (Soares, 1997, p. 35)

A Escola Profissional de Enfermeiros começou a funcionar em 26 de Outubro de 1901, na dependência da Administração do Hospital, sem autonomia, como qualquer outro serviço, situação que se prolongou até 1947. Em 1918, é feita outra reforma nos serviços dos Hospitais (que tinham passado a designar-se Hospitais Civis de Lisboa), sendo que também, abrangida a Escola Profissional de Enfermeiros que passou a designar-se Escola Profissional de Enfermagem.

Pode ler-se no preâmbulo do Decreto nº 4563, de 9 de Julho de 1918:

“Deixam muito a desejar os serviços de enfermagem e é mau o recrutamento do seu pessoal, porque é menos que miseravelmente retribuído, apesar do seu pesado encargo (...) por tratar-se dos funcionários do Estado que pior remunerados são (...). A completa remodelação dos serviços de enfermagem da Escola Profissional de Enfermeiros, e a fixação de competência, idoneidade moral e aptidão para tal modo de vida para recrutamento do pessoal, constituíram preocupação desta organização como precisam de ser pontos cardeais e outras direcções hospitalares, que quiserem ter e criar para todo o país serviços de enfermagem e não um nateiro de curandeiros ou enfermeiros clínicos, como os hospitais têm produzido por quase exclusivamente culpa dos seus clínicos”. (Soares, 1997, p. 35 - 36)

É de realçar que nesta altura o curso de enfermeiros do Hospital de Santo António passa a ter a duração de dois anos. E em 1920 o curso da Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra, dividem-se em curso geral e complementar com a duração, respectivamente, de dois e um ano. Sendo que em 1922, verifica-se a mesma estratégia nos Hospitais Civis de Lisboa.

Em 1935 o curso da Escola de Enfermeiros do Hospital Geral de Santo António passa a ter a duração de três anos. A Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, faz o mesmo feito em 1939 e em 1940 a Escola Técnica de Enfermeiras.

No ano de 1942, sai o Decreto-Lei nº 32612 que determina que o curso geral de enfermagem ministrado nas escolas tuteladas pelo Subsecretariado da Assistência Social – Ministério do Interior – passe a ter a duração mínima de quatro semestres e os de especialização três meses a um ano.

Em 1947 sai o Decreto-Lei nº 36219 que estabelece que nas escolas de enfermagem tuteladas pelo Subsecretariado da Assistência Social – Ministério do Interior – podem ser ministrados o curso geral de enfermeiros e o curso de pré-enfermagem, cada um deles com a duração de dois anos, o curso de auxiliar de enfermagem, de um ano, sendo que para este era necessário os candidatos possuíssem o 1º ciclo liceal. Nos cursos de especialização, de três meses e um ano e cursos de aperfeiçoamento com a duração de um ano, era necessário os candidatos possuírem o 2º ciclo liceal.

Estes cursos para enfermeiros tinham como objectivo primordial formar pessoal para preencher os quadros dos hospitais distritais em Coimbra (Escola de Enfermeiros de Coimbra, fundada em 1881, tornando-se em 1919 a Escola de Enfermagem dos Hospitais da Universidade de Coimbra e em 1931 a Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca), Lisboa (Escola de Enfermeiros no Hospital de S. José, fundada por Portaria do Ministério do Reino em 1886; em 1930 passou a denominar-se Escola de Enfermagem de Artur Ravara em homenagem ao Professor regente do 1º curso) e mais tarde do Porto (Escola de Enfermagem do hospital de Santo António, fundada em 1935, passando a designar-se escola de Enfermagem de D. Ana Guedes da Costa em 1953). Eram essencialmente cursos práticos, ministrados nos serviços hospitalares, por médicos e cirurgiões, que sentiam a necessidade de ter bons ajudantes.

Por parte das associações profissionais, as lutas travavam-se pela via legislativa, tentando firmar o monopólio da prática de enfermagem. Chegou mesmo a ser formulado um projecto de regulamentação no qual se defendia que o exercício de enfermagem deveria ser exclusivamente permitido aos diplomados em escolas profissionais, aos que

(na data) provassem possuir mais de cinco anos de prática e, sabendo ler e escrever, se submetessem a um exame nas escolas de enfermagem entretanto fundadas. No entanto, este projecto não chegou a ser agendado sequer para discussão.

Outras reivindicações de classe eram sustentadas pelos sindicatos, entretanto estabelecidos. As condições e a jornada de trabalho (diminuindo o horário para um máximo de 48 horas semanais), a remuneração (em termos de aumento e de fixação de um mínimo salarial), o impedimento do acesso à profissão aos não diplomados nas escolas oficiais, a organização de um código profissional, a fusão das escolas profissionais de enfermagem civis e militares, a uniformização dos currículos, a delimitação de especialidades em enfermagem, entre outras, eram preocupações reclamadas em 1931 ao Ministro do Interior. Porém,

“a crescente feminização da enfermagem a partir dos anos 30 e a situação política terão contribuído para o abrandamento da acção dos sindicatos que, embora continuassem a existir, não tinham espaço para reivindicações.” (Soares, 1997, p. 119).

O Estado Novo (de 1933 a 1968) trouxe uma reforma do ensino e da prática de enfermagem. Algumas medidas vão ser tomadas, como a proibição do casamento às enfermeiras (1942), que conduziu a situações de união de facto, altamente reprováveis aos cânones sociais da época. Este terá sido um dos factores que determinou uma imagem social pejorativa da profissão de enfermeira, que chegou a ser considerada socialmente indigna (Escobar, 2004, p. 56). A proibição de casamento só viria a ser revogada em 1963, dada a crescente dificuldade de recrutamento de pessoal.

A partir da década de 40, o Estado passa a ter um papel central no ensino da enfermagem, com o objectivo de o uniformizar e centralizar, apropriando-se de uma parte do poder de decisão até então conferido aos hospitais. O ensino é fiscalizado e em 1944 é imposta a posse do diploma para a prática da profissão.

Note-se que para fazer convergir as escolas de enfermagem oficiais à legislação entretanto em vigor, é constituída uma comissão, da qual estavam excluídos

enfermeiros, prevalecendo a perspectiva médica na delimitação do ensino da enfermagem. Por parte do Estado

“afirma-se que não existe pessoal de escol ao serviço do ensino que possa formar os seus pares, mas não se inclui qualquer medida que vise a preparação de enfermeiras para o desempenho dessa função.” (Soares, 1997, p. 45).

É de notar que até 1940 as escolas de enfermagem admitiam alunos de ambos os sexos, sendo que em 1940 é lançado um decreto que obriga a exclusividade da admissão do sexo feminino. Também por decreto, a partir de 1942, passa a ser restringida a admissão às escolas de enfermagem de candidatas sem filhos, solteiras ou viúvas, que deixariam de exercer a profissão assim que não cumprissem estes requisitos. Em 1947, mantêm-se a preferência pelo sexo feminino, ainda que se formassem alguns enfermeiros destinados aos serviços de urologia e psiquiatria, contrários à natureza feminina.

No decreto-lei que reorganiza o ensino da enfermagem (Decreto-lei nº. 36219 de 1 de Abril de 1947) é possível ler que se pretende

“assegurar a melhor preparação do pessoal e assegurar a sua mais rigorosa selecção técnica e moral (...) sublinhando, na legislação a importância da idoneidade moral da candidata, o apelo à vocação e a preferência pelo regime de internato como meio de formação das alunas” (Filipe, 2007, p. 6).

Existia, inclusivamente, uma ficha de cadastro de cada aluna de enfermagem, onde se inseriam não só dados relativos ao aproveitamento escolar, como outros, de carácter biográfico. São criadas residências nas escolas de enfermagem para todas as alunas, não apenas para facilitar a deslocação, até porque uma boa parte das alunas residia na cidade onde se localizava a escola. Ao invés, configuravam-se como espaços de formação mais moral do que profissional. Entendia-se que “*o viver comum facilita a formação, a vigilância e a oportunidade para desenvolver ou adquirir as qualidades indispensáveis à profissão*” (Soares, 1997, p. 48).

Assim, na década de 50 dominava

“um perfil da enfermeira mulher, tendo como ideal a Virgem (...). A enfermeira é caridosa, pura, solteira e obediente, actuando no sentido de servir a igreja, o médico e o doente. A enfermeira possui vocação para a sua missão – o seu Ministério Sagrado. Serve e é obediente, actuando à cabeceira do doente a zelar e a confortá-lo, tendo uma atitude passiva. Preocupa-se em aprender as suas tarefas, e, também, e a doutrina católica e a moral (fundamental para a sua actuação).” (Filipe, 2007, p. 11).

Quanto à origem social dos alunos, não existem muito dados que a possam esclarecer. Da pesquisa efectuada por Soares (1997), o recrutamento dos alunos tanto dos cursos de auxiliares como de enfermeiros não era significativamente diferente. Em ambas as situações, apesar da baixa representação social e da remuneração diminuta, ser enfermeiro(a) ou auxiliar de enfermagem era um veículo de mobilidade social ascendente na maioria dos casos, ou um garante de subsistência para aqueles que, inseridos em classes sociais superiores, não dispunham de recursos económicos capazes de suportar os custos do prosseguimento de estudos noutras áreas.

Foi igualmente na década de 50 que se começou a festejar o Dia da Enfermagem Portuguesa, a 8 de Março, aniversário da morte de S. João de Deus, patrono da Enfermagem.

A década de 60, apesar de uma significativa continuidade do perfil anterior, trouxe à enfermagem novos modelos, também por influência da acção de organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde, cujo objectivo enunciado consistia em elevar a saúde dos povos ao mais alto nível. As teorias das ciências sociais e humanas, como a dos sistemas, do desenvolvimento e da interacção, influenciaram decisivamente a produção teórica da enfermagem, concretizada nos modelos de enfermagem.

São vários os modelos de enfermagem propostos, mas todos eles partilham dos mesmos conceitos centrais: pessoa, saúde, ambiente e enfermagem. Para Neves e colaboradores (2004), esta fase pré-paradigmática, na qual proliferaram teorias e modelos de enfermagem, foi uma etapa importante na autonomização do corpo teórico de enfermagem, pois começam a desenhar-se as intervenções dos enfermeiros que não decorrem da prescrição médica, centradas no indivíduo alvo de cuidados que é

entendido de uma forma holística. Entretanto, em 1968, é fundada a Associação Portuguesa de Enfermeiros.

De acordo com o periódico analisado congruente com a legislação produzida no mesmo período temporal, na década de 60, a enfermeira

“é caridosa, missionaria e actua no sentido de assistir e aconselhar o doente. Colabora com o médico (...) conhece e participa em associações nacionais e internacionais (...). O seu papel passa pela gestão e administração de recursos humanos e matérias. Utiliza tecnologias recentes (...). Conhece diversas patologias (...) e procura saber mais para ensinar melhor a população (...).” (Filipe, 2007, p. 12)

O mesmo autor diz ainda que, na década de 70,

“a enfermeira actua na saúde e na doença do indivíduo e / ou da população. Planeia, executa e avalia os cuidados de enfermagem que presta, é mais autónoma (...). Inicia a investigação e aumenta a preocupação com a aquisição de conhecimentos teóricos sobre os cuidados de enfermagem (...).” (Filipe, 2007, p. 13).

Na década de 70, por consequência da revolução de Abril, são criadas condições para a emergência de novas e profundas alterações na enfermagem. Duas delas foram marcantes: os cursos de auxiliares de enfermagem são extintos, passando a existir um único nível de formação em enfermagem e as escolas de enfermagem desvinculam-se da dependência dos hospitais, sendo o ensino entregue a enfermeiros docentes, para os quais é criada uma carreira própria.

As novas correntes de pensamento em enfermagem, oriundas sobretudo dos EUA, influenciaram a forma como a enfermagem se veio a desenvolver (Henderson, 1962; Watson, 1988; Rogers 1989, entre outras), tal como a marcante Declaração de Alma-Ata (1978) na qual se defende o direito e dever dos indivíduos em participar nas medidas de saúde que lhes são destinadas. Aos indivíduos e grupos é atribuído um papel activo, de parceria, em decisões que até aqui eram univocamente da responsabilidade dos técnicos de saúde. O doente deixa de ser considerado uma máquina a reparar e

transforma-se num ser bio-psico-socio-cultural e espiritual. Emerge uma prática de cuidados centrada na pessoa, permitindo à enfermagem criar o seu espaço de autonomia, potenciada pelo alargamento da noção de saúde da OMS, à capacidade do indivíduo ser capaz de mudar o seu ambiente e de se adaptar a ele. Este entendimento marca uma mudança paradigmática, substituindo o tratar associado ao modelo biomédico, pelo cuidar, associado ao modelo de Enfermagem.

Acerca das principais diferenças entre os dois modelos, Fradique (1995) refere que ao modelo de enfermagem está associado um entendimento do utente de forma holística, uma forma de actuação personalizada, de acordo com as necessidades do utente, num tipo de relação que se caracteriza pelo empenhamento, pela valorização da saúde, do bem-estar e do conforto. A mesma autora estabelece uma relação entre o conceito de tratar e o modelo biomédico, no qual o foco de atenção é a doença e órgão a ser tratado, valorizando-se o diagnóstico e o tratamento.

O ano de 1979 marcou o nascimento do Sistema Nacional de Saúde e dos princípios da universalidade e gratuidade no acesso à saúde.

Nesta década, o avanço tecnológico da medicina, à qual o enfermeiro tem acesso, despoletou uma nova ideologia fundamentada na competência técnica. Nas escolas de enfermagem, a tecnicidade é objectivo cimeiro da formação, sendo dada tal importância à destreza manual, que esta era considerada como requisito básico para os alunos que cursavam enfermagem. Segundo Almeida e Rocha (1989) os alunos de enfermagem desenvolviam a destreza manual, e qualidades como o respeito, a obediência, a delicadeza, a submissão, a lealdade e a moral, descorando, no entanto, as concepções teóricas de enfermagem, como o ser humano, o meio ambiente, a saúde, e a enfermagem, elementos essenciais à prestação dos cuidados de enfermagem, já defendidos por Florence Nithingale, no final do século XIX.

Assim sendo, Florence Nithingale definiu a enfermagem como uma arte e uma ciência que requer uma educação formal, organizada e científica, exigindo do profissional, além deste conhecimento, vocação e elevado padrão moral e de sentimentos, bem como o desenvolvimento do potencial intuitivo e criativo. Emerge, ainda, deste conceito a noção

de acções de enfermagem, entendidas, como cuidar – educar – pesquisar, numa perspectiva predominantemente preventiva.

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

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

No entanto, constatamos, que só a partir de meados do século XX, os profissionais de enfermagem começam a preocupar-se de facto, com essência da prestação dos cuidados de enfermagem. Esta transformação dá-se com Virgínia Hendersen quando, nos anos sessenta, define a prestação de cuidados de enfermagem como

“a assistência ao indivíduo doente ou são, ajudando-o no desempenho das actividades que contribuam para manter ou recuperar a sua saúde ou, ainda, lhe proporcionar uma morte serena.” (*cit in* Almeida e Rocha, 1989, p. 60)

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

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

Assim, o Cuidar baseava-se no conjunto de valores humanos universais, tais como a amabilidade, interesse, amor por si próprio e pelos outros, aos quais correspondia o respeito pela diversidade e a individualidade, permitindo a aceitação das diferenças.

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

Por esta altura denotou-se uma preocupação com a avaliação da qualidade, as instituições reflectiram sobre conceitos, teorias e modelos de enfermagem, analisaram os cuidados de enfermagem prestados e utilizaram o conceito da qualidade como forma de incentivo para se obter em concreto a excelência dos cuidados.

Assim começou a ser exigido que os enfermeiros fossem autónomos e responsáveis nas suas tomadas de decisão, que agissem sempre de acordo com os princípios éticos da profissão e com a competência que lhes era exigido na prestação de cuidados de enfermagem, salvaguardando sempre a qualidade dos cuidados prestados. Desta forma os enfermeiros sentiram a necessidade de ampliar os seus conhecimentos teóricos, para que se reflectisse na prática, tornando-se e sentindo-se cada vez mais competentes, visando a satisfação da sociedade.

Entravamos na década de 80 e na literatura de enfermagem começava a surgir a referência ao termo profissional de enfermagem, ao invés da referência comum a enfermeira, ou mais raramente enfermeiro. No perfil encontrado por Filipe (2007)

“o profissional de enfermagem é prestador de cuidados (cuidador), educador e investigador. (...) A enfermagem é tida como profissão consolidada, sendo o profissional responsável pela sua actuação (sendo-lhe permitido objecção de consciência). (...) usa a investigação com a finalidade de obtenção de conhecimentos científicos, para contrapor aos conhecimentos decorrentes do senso comum. Com o uso da investigação (...) pretende a melhoria dos cuidados que presta”. (Filipe, 2007, p. 14)

A profissão começou a organizar-se em torno de condições que se tornassem estimuladoras para o seu desenvolvimento.

A greve de 1976 permitiu pequenas alterações à carreira já existente, principalmente, actualização das categorias e remuneração correspondente, com a promessa de que, em curto espaço de tempo seria aprovada uma nova carreira.

O progresso técnico e científico que o mundo, e necessariamente Portugal, enfrentavam e o desenvolvimento do nível de formação exigido aos enfermeiros, tornou urgente a criação de uma carreira consentânea com a realidade do país, e que garantisse

"a prestação de melhores cuidados de enfermagem, o maior aproveitamento dos recursos humanos existentes e a eficiência dos serviços e, por outro lado, mais perspectivas de realização e progressão profissionais." Decreto-lei n.º 305/81

O Decreto-lei n.º 305/81, de 12 de Novembro, deu origem à carreira de enfermagem tendo-se em consideração, as convenções e recomendações de organizações internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a OMS e as exigências decorrentes da adesão próxima de Portugal à Comunidade Económica Europeia (CEE).

A carreira de enfermagem tornou-se única, aplicando-se a três áreas de actuação, respectivamente, à prestação de cuidados, à administração e à docência. O que revelou uma destriça relativamente, a áreas de actuação e já não a contextos de acção, deste modo, a enfermagem hospitalar e a enfermagem de saúde pública reúnem-se em singular contextura, a enfermagem.

Segundo o Dec-Lei 437/91 a carreira de Enfermagem, foi estruturada aplicando-se a três áreas de actuação correspondentes, respectivamente, à prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica. A área da actuação da docência não foi incluída nesta carreira, porque paralelamente, estava em curso a criação da carreira dos docentes das escolas superiores de enfermagem.

A nova carreira de enfermagem privilegiava a formação em serviço como forma de actualização dos conhecimentos, incentivava para o exercício de funções em áreas prioritárias, estimulava para a realização de trabalhos de investigação, e a aquisição de graus académicos como formas de contribuir para a afirmação e o desenvolvimento da enfermagem.

A carreira estruturava-se em categorias, agrupadas em níveis: nível 1, que integra as categorias de enfermeiro e de enfermeiro graduado; nível 2, que integra as categorias de enfermeiro especialista e enfermeiro chefe; nível 3, que integra a categoria de enfermeiro supervisor.

As competências de cada nível profissional foram definidas de forma abrangente e global, assim como, os critérios de classificação para efeitos de progressão na carreira.

A carreira surgia da vontade dos enfermeiros, e da pertinaz acção das associações sindicais. *"Os enfermeiros num projecto de carreira traçaram os limites relativos à sua autonomia. O Governo fixou-os pela lei. Surgem assim mais firmes os reais alicerces da nossa profissão."* (Azevedo, 1997, p. 9)

Actualmente a carreira de Enfermagem divide-se em apenas duas categorias, segundo a Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, que define que carreira especial de enfermagem é pluricategorial e estrutura-se nas seguintes categorias: Enfermeiro e Enfermeiro principal.

Em 1988 o ensino da enfermagem em Portugal (Curso de Enfermagem Geral) é integrado no ensino superior politécnico, sob a dupla tutela dos Ministérios da Educação e da Saúde, criando-se o Curso de Bacharelato em Enfermagem com a duração de 3 anos e os Cursos Superiores Especializados em Enfermagem, com a duração de 2 anos, conducentes ao grau de licenciado. Já na década de 90, o ensino de enfermagem passa para a tutela única do Ministério da Educação.

No final da década de 90 é aprovado o Curso de Licenciatura em Enfermagem (1999), os Cursos de Complemento de Formação e o Ano Complementar de Formação, sendo

que os últimos conferiam o grau de licenciado, respectivamente, aos bacharéis já inseridos no mercado de trabalho e aqueles ainda em formação.

O novo milénio não parou de trazer profundas alterações à enfermagem e aos enfermeiros. Em 2001, a enfermagem é reconhecida pela primeira vez como área disciplinar no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (ICBAS), no Porto, surgindo o primeiro Mestrado em Ciências de Enfermagem. O primeiro Doutoramento em Enfermagem foi também atribuído nesta instituição em 2002. Depois do ICBAS, outras instituições lhe seguiram, como a Universidade de Lisboa (2004), que veio a criar um programa de Doutoramento em Enfermagem, bem como a Universidade Católica Portuguesa (2004).

No que toca ao associativismo profissional, 2004 foi o ano da criação do Fórum Nacional de Organizações Profissionais de Enfermagem (FNOPE) filiado no ICN, reunindo um conjunto de 12 associações profissionais.

Também em 2004, é reorganizado o ensino politécnico público na área da saúde. É decretada a fusão das Escolas Superiores de Enfermagem de Coimbra, Lisboa e Porto, criando-se uma única Escola Superior de Enfermagem em cada cidade, tendo em conta que Coimbra possuía 2 escolas de enfermagem públicas, Lisboa 4 escolas e Porto 3 escolas. Como consequência directa, foi possível uniformizar o plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem. No mesmo diploma, preconiza-se a integração das escolas de superiores de enfermagem ainda não integradas no ensino politécnico, e as restantes (Aveiro, Braga, Évora, Madeira e Açores) nas universidades respectivas, dada a ausência de institutos politécnicos.

Na actualidade, existe um único nível de formação em enfermagem ao qual corresponde o grau de licenciado, com quatro anos de formação, que permite a inscrição na Ordem dos Enfermeiros e o consequente uso do título profissional de Enfermeiro de Cuidados Gerais. Em 2005, depois de uma interrupção de 6 anos, reabriram os cursos de especialidade em enfermagem. Estes cursos não conferem grau académico mas constituem a única via de acesso ao título de Enfermeiro Especialista nas diferentes áreas de enfermagem (Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, de Saúde Infantil e

Pediátrica, de Saúde Comunitária, Médico-Cirúrgica, de Saúde Mental e Psiquiátrica, de Reabilitação, estando neste momento em estudo outras especialidades).

O acumular de aquisições da enfermagem (integração ao nível do ensino superior, a criação do bacharelato, da licenciatura, da ordem profissional, ente outras) determinou uma percepção, por parte dos enfermeiros, da década de 90 como “*uma época de sedimentação e consciencialização*” (Nunes, 2003, p. 345), capaz de criar as condições necessárias a uma problematização do tipo de saberes produzidos pela prática profissional e das suas formas de produção.

Durante o percurso da enfermagem a elaboração do primeiro diploma enformador da profissão de enfermeiro, em 1996, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), pelo Decreto-lei nº 161/96 de 4 de Setembro, veio regulamentar a profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções, bem como os aspectos básicos dos direitos e deveres dos enfermeiros.

De acordo com o REPE, as intervenções deste grupo profissional podem ser de dois tipos: as interdependentes e as autónomas, que se distinguem fundamentalmente pelo técnico que as prescreve. Assim, as intervenções interdependentes são iniciadas por outros técnicos da equipa, nas quais existe um objectivo comum e são decorrentes de um plano de acção previamente definido ou de um procedimento formalizado (como por exemplo a prescrição de medicação). Por ser interdependente, o enfermeiro apenas assume a responsabilidade pela implementação. Por seu turno, as intervenções autónomas são iniciadas pelo enfermeiro, o que o responsabiliza quer pela prescrição quer pela implementação técnica da intervenção.

Em 1998, o momento ambicionado por várias gerações de enfermeiros tornou-se uma realidade. A 21 de Abril foi publicado em Diário da República o Decreto-lei nº 104/98, diploma que permitiu a criação da Ordem dos Enfermeiros. Surgiu, assim, a associação profissional de direito público que, em Portugal, é responsável pela regulamentação e disciplina da prática dos enfermeiros, em termos de assegurar o cumprimento das normas deontológicas que devem orientar a profissão, garantindo a prossecução do inerente interesse público e a dignidade do exercício da Enfermagem. O mesmo

diploma contemplou, em anexo, o Estatuto da OE, documento que integra o Código Deontológico do Enfermeiro, que estabelece que as intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.

Ainda de acordo com o Código Deontológico, são princípios orientadores da actividade dos enfermeiros:

- a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
- o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes;
- a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.

O desígnio fundamental da Ordem dos Enfermeiros consiste em:

“promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional”. (OE, 2008, p. 7)

Presentemente,

“A enfermagem afirma-se como disciplina do conhecimento autónoma, com um campo de intervenção próprio, tomando por objecto a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida.” (OE, 2007, p.1).

Como tal, para o Conselho de Enfermagem (Órgão da Ordem dos Enfermeiros), os cuidados de Enfermagem:

“(…) tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, (...) a satisfação das necessidades

humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, (...) a adaptação funcional aos défices e adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.” (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 6)

Pretende-se o estabelecimento de uma relação terapêutica caracterizada pela parceria estabelecida com o cliente, respeitando as suas capacidades e valores, e que tem como objectivo a intervenção ao nível da prevenção, tratamento e reabilitação. Salientamos que a pessoa alvo de cuidados era o utente, que é agora entendido como um cliente cujas necessidades em matéria de saúde (num sentido amplo) devem ser atendidas.

“O uso do termo cliente em lugar do termo paciente, para identificar o consumidor do atendimento em saúde, sugere uma pessoa autónoma, com liberdade de escolha na busca e na selecção da assistência. O cliente não é mais o receptor passivo dos cuidados, mas um participante activo que assume a responsabilidade pelas suas escolhas e também pelas consequências delas.” (Carpenito, 1997, p. 26)

Ainda acerca do exercício profissional dos enfermeiros, o Conselho de Enfermagem considera o seguinte:

“A tomada de decisão do enfermeiro (...) implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efectuada a identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional

Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional

dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.

(...) As intervenções de enfermagem, frequentemente são optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de Enfermagem visam a alteração de comportamentos tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.”

(Conselho de Enfermagem, 2001, p. 7)

A formalização das competências do enfermeiro de cuidados gerais surgiu em 2001, por regulamentação da Ordem dos Enfermeiros, fundamentadas nas directrizes do ICN. Assim, as competências do enfermeiro de cuidados gerais estão organizadas em três domínios centrais: o da prática profissional ética e legal, o da prestação e gestão de cuidados e no desenvolvimento profissional, conforme demonstra o quadro 1.

Quadro 1 - Competências dos enfermeiros de cuidados gerais

Domínios	1. Prática profissional, ética e legal	1.1. Responsabilidade 1.2. Prática segundo ética 1.3. Prática legal	
	2. Prestação e gestão de cuidados	2.1. Prestação de cuidados	2.1.1. Promoção da saúde 2.1.2. Colheita de dados 2.1.3. Planeamento 2.1.4. Execução 2.1.5. Avaliação 2.1.6. Comunicação e relações interpessoais
		2.2. Gestão de cuidados	2.2.1. Ambiente seguro 2.2.2. Cuidados de saúde interprofissionais 2.2.3. Delegação e supervisão
3. Desenvolvimento Profissional	3.1. Valorização profissional 3.2. Melhoria da qualidade 3.3. Formação contínua		

(OE, 2003, p. 13)

No que toca ao primeiro domínio, a prática profissional ética e legal, pressupõem-se a aceitação, por parte do enfermeiro, da responsabilidade decorrente dos seus actos, dos quais reconhece limites. Para os ultrapassar, consulta enfermeiros peritos, se está ao alcance da actuação de enfermagem, ou outros profissionais, se a resolução do problema está fora do âmbito do seu exercício. No segundo domínio, a prestação e gestão de cuidados, consagram-se alguns princípios básicos aos quais o enfermeiro deve atender. Um deles é a aplicação dos conhecimentos e técnicas mais adequadas na prática de enfermagem, nas quais estão incorporados resultados de investigação, válidos e relevantes, assim como outras evidências empíricas; outro é o de participação nas discussões “*acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde*” (Conselho de Enfermagem, 2003, p. 14).

Na resolução de problemas que se colocam no seu exercício, o enfermeiro aplica o pensamento crítico ao processo de enfermagem. A relação entre estes é simples:

“tal como o método de resolução de problemas proporciona a base para o pensamento crítico e disciplinado nas situações do dia-a-dia, o processo de enfermagem proporciona a base para o pensamento crítico em enfermagem.” (Paiva, 2006, p. 22).

O pensamento crítico tem sido um conceito fortemente desenvolvido nos últimos anos, sendo o seu desenvolvimento considerado essencial tanto no desempenho do enfermeiro como na evolução da enfermagem. Para Paiva (2006), os *critical thinker's* sobressaem nos seus domínios próprios de actividade (dos quais reconhecem os padrões mais significativos), resolvem rapidamente os problemas que se lhes deparam com um mínimo de erro, detectam e representam um problema do seu domínio a um nível mais profundo, dispensam bastante tempo na análise de um problema e na auto-avaliação do seu desempenho. Como resultado de um pensamento crítico aplicado ao processo de enfermagem, os enfermeiros fundamentam de forma criteriosa os cuidados prestados, organizam eficazmente o seu trabalho e actuam como um recurso para os indivíduos, famílias e grupos, nos desafios que se lhes deparam.

O segundo domínio que compete ao enfermeiro de cuidados gerais é a prestação de cuidados e gestão de cuidados. Debruçando-nos apenas na prestação de cuidados,

verificamos que esta engloba a promoção da saúde, na qual se integra uma visão do indivíduo, família ou comunidade, numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde. O objectivo da actuação do enfermeiro é dar poder aos destinatários dos cuidados para que estes adoptem estilos de vida saudáveis e por isso, neste domínio, os enfermeiros organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção.

Advoga-se, na prestação de cuidados, o estabelecimento de uma relação terapêutica com o cliente, utilizando uma comunicação apropriada. Deve ser seguido um processo sistemático de colheita de dados que permitirá uma concepção de um plano de cuidados de enfermagem (no qual cliente(s) e membros relevantes da equipa são englobados), com a identificação dos resultados. Aqui, os enfermeiros

“decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de Enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação activa do indivíduo, da família, dos grupos e da comunidade”
(Conselho de Enfermagem, 2003, p. 7-8).

Sucedem-se uma fase de execução, que se desenvolve de forma a respeitar os limites da relação profissional com o cliente e, finalmente, a avaliação que permita uma revisão do decorrido.

No subdomínio gestão de cuidados deverá existir, por parte do enfermeiro de cuidados gerais, uma preocupação constante com a criação e manutenção de um ambiente seguro e com a constituição de um trabalho de equipa multidisciplinar na resolução dos problemas colocados pelas situações de saúde dos clientes. Em determinadas situações, os enfermeiros podem delegar noutros (profissionais ou destinatários dos cuidados) tarefas proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática, mantendo porém a responsabilidade de execução.

Finalmente, no âmbito do desenvolvimento profissional, o último domínio de análise, cabe ao enfermeiro a sua própria valorização enquanto profissional e o empenhamento

na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, objectivos potenciados por uma adequada formação contínua de conhecimentos.

Sendo estas as competências de um enfermeiro de cuidados gerais, exige-se deste profissional um conjunto de outras, de carácter transversal, que incluem:

“(...) a flexibilidade, a criatividade, o sentido de responsabilidade, o trabalho em equipa, a adaptação à mudança, a capacidade de reflectir criticamente, de tomar decisões e a capacidade de agir de forma competente e autónoma no seio de uma equipa pluridisciplinar” (D’Espiney, 2004, p. 11)

Na regulação do exercício profissional e perante a necessidade de explicar diferentes aspectos do mandato social do enfermeiro, outro documento assume relevo. Trata-se dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem publicados em 2001 pelo Conselho de Enfermagem da OE, documento no qual se faz um enquadramento do conceito de pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem, partindo-se depois para os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional, que é entendida da seguinte forma:

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. (...) ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde. (...) previne complicações para a saúde dos clientes (...) maximiza o bem estar dos clientes e suplementa / complementa as actividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente. (...) conjuntamente com o cliente desenvolve processos de adaptação eficaz aos problemas de saúde. (...) contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.” (OE, 2001, p. 8-11).

O desenvolvimento de uma linguagem própria uniformizada, com a virtualidade de traduzir aquilo que os enfermeiros fazem para responder às necessidades dos clientes, tendo em vista a obtenção de determinados resultados e independentemente do seu contexto de trabalho ou do modelo conceptual de enfermagem adoptado, foi mais uma etapa no desenvolvimento da profissão. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é uma taxonomia que descreve o exercício profissional dos enfermeiros. Tem vindo a ser desenvolvida pelo ICN através de um programa que

coordena grupos independentes ou com ele relacionados no sentido de produzir uma terminologia unificadora entre as já existentes, permitindo comparar dados de enfermagem. Vários factores motivaram a criação da CIPE, designadamente a crescente utilização de sistemas de informação computadorizados nos registos electrónicos em contextos da prática clínica, bem como a necessidade de adoptar tecnologias que dêem suporte ao exercício profissional.

O passado recente tem obrigado a enfermagem e os enfermeiros em particular a um esforço de adaptação a novos contextos no panorama nacional e internacional. São inúmeras as mudanças em múltiplas esferas: na profissão, no corpo teórico da disciplina, no Sistema Nacional de Saúde, nos alvos de cuidados, entre outros.

“Hoje, o suporte científico, técnico e tecnológico é considerável. Os conceitos transformaram-se e as teorias desenvolveram-se. Os instrumentos básicos são redimensionados com os diagnósticos de enfermagem ou com a CIPE. E há indícios e provas de mudanças mais estruturadas, a considerar o destinatário dos cuidados como parceiro na decisão, a envolver a família nos cuidados, a configurar o enfermeiro de família ou a debater a individualização das especialidades.” (Nunes, 2003, p. 351)

A actualidade encerra numerosos desafios para a profissão de enfermeiro. Algumas questões merecem especial relevo. Desde logo, o aumento da formação inicial de bacharelato para licenciatura fez retornar a maioria dos enfermeiros às escolas de enfermagem no sentido de completar a sua formação. Em retrospectiva,

“a elevada procura destes cursos e as avaliações que têm sido feitas revelam que estes têm permitido aos profissionais que os frequentaram, agora com outra maturidade e com larga experiência profissional, conhecer novas realidades, repensar as suas práticas, equacionar os problemas sob diferentes perspectivas.” (D’Espiney, 2004, p. 20).

Tendo em consideração o aumento das habilitações académicas, este grupo profissional esperava ver o seu estatuto remuneratório revisto em 2006, conforme tinha sido acordado entre as organizações sindicais e o Ministério da Saúde, expectativas essas que

foram goradas, pois a revisão da carreira de enfermagem está ainda em fase de negociação.

A importância da revisão da carreira de enfermagem não se reflecte apenas ao nível do estatuto remuneratório. É que a gestão empresarial dos hospitais e centros de saúde, com a sua transformação em Sociedades Anónimas e, mais recentemente, em Entidades Públicas Empresariais determinou a presença de desigualdades entre enfermeiros: por um lado, aqueles que pertencem aos quadros da função pública, e por outro, os vinculados à instituição por um contrato individual de trabalho. Como resultado e apenas a título exemplificativo, para as mesmas funções e no mesmo local de trabalho, coexistem enfermeiros com remunerações e jornadas de trabalho diferenciadas.

Na ordem do dia está também a crescente taxa de desemprego entre os enfermeiros. Sem estatísticas oficiais, as organizações sindicais estimam, em 2008, a existência de 2500 enfermeiros desempregados, correspondendo quase na sua totalidade a primeiro emprego. A esta realidade não foi alheia a desregulação da oferta formativa dos cursos de Licenciatura em Enfermagem, devido ao aumento sem precedentes do número de escolas e de abertura de vagas nas já existentes.

A respeito do aumento exponencial do número de cursos e vagas, bem como da abertura de novas escolas de enfermagem, algumas notas são de relevo. De acordo com a OE (2008), no período de tempo entre 1999 (ano na criação do curso de licenciatura em enfermagem) até 2007, verificou-se um aumento de 722% do número de estudantes, o que corresponde a uma passagem de 2195 a 15851 estudantes em apenas 8 anos. Apesar de uma avaliação geral positiva dos cursos de licenciatura em enfermagem, tal aumento motivou algumas fragilidades que são reconhecidas pela tutela, como

“as dificuldades de acompanhamento dos docentes, a por vezes elevada ratio orientador/estudante e número de estudantes por período de trabalho; a dificuldade de formação dos orientadores envolvidos no âmbito do ensino clínico; a necessidade de realização de experiências muito distantes da zona de influência da escola (...).”
(OE, 2008, p. 17).

Paradoxalmente, no contexto dos países da OCDE, Portugal apresenta uma das mais baixas médias de enfermeiros por cada mil habitantes: 5,3 enfermeiros, comparado com a média de 8,2 enfermeiros nos restantes países (OCDE, 2008). Torna-se então imperiosa a necessidade de definição de orientações inequívocas sobre as dotações de enfermeiros no Sistema Nacional de Saúde (SNS), pois se ambos os argumentos são verdadeiros, excesso e carência de enfermeiros, o que está em causa é a ausência de dotações seguras, ou seja, de um número de enfermeiros da área da prestação de cuidados calculado de tal forma que seja capaz de prestar cuidados de enfermagem de qualidade e com segurança aos cidadãos. Não podemos esquecer que, cada vez mais, do ponto de vista macro social, os novos problemas de saúde colocados são foco de atenção da enfermagem. Os novos contextos sociais e demográficos, de envelhecimento populacional, feminização do mercado de trabalho, diluição de redes de solidariedade informais, retraimento do Estado de Providência, entre outros, são factores que irão, num curto espaço de tempo, configurar novas necessidades em cuidados de enfermagem. E estes cuidados serão requeridos por uma população cada vez mais consciente dos seus direitos, logo mais exigente, quer da natureza dos cuidados, quer da qualidade dos prestadores.

As orientações mais recentes da OE, tendo em conta os novos cenários com os quais a profissão se depara, vão no sentido da promoção da saúde das populações, no apoio aos cuidados de saúde de proximidade e no incentivo ao empreendedorismo como forma de desenvolvimento da enfermagem e dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Outro factor de instabilidade foi a introdução do processo de Bolonha nos cursos de licenciatura em enfermagem. A tomada de posição da OE foi no sentido da manutenção de um único nível de formação em enfermagem, de alguma forma contrariando os princípios gerais de Bolonha, da adopção de um sistema dois ciclos. Como argumento da continuidade de quatro anos de formação no curso base surge a questão de apenas os descritores do segundo ciclo reflectirem o perfil do enfermeiro de acordo com os quadros conceptuais reguladores da profissão, REPE, Código Deontológico, Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais e Padrões de Qualidade. Acresce o facto de, tendo o ensino superior formado para a autonomia, o ensino da enfermagem teria de constituir uma excepção a nível do primeiro ciclo, com 240 créditos.

Não podemos esquecer que os enfermeiros já inseridos no mercado de trabalho encetaram um esforço substancial, entre 2000 e 2006, ao voltar às escolas de enfermagem para obter o grau de licenciado, cumprindo mais um ano de formação.

Paralelamente, os novos estudantes de enfermagem tinham já como formação de base um curso de licenciatura com a duração de quatro anos. Como tal, a redução do primeiro ciclo de estudos para 3 anos lectivos significaria um duplo retrocesso nas aquisições que a enfermagem foi fazendo ao longo do tempo. Por um lado, uma nova redução do percurso formativo para três anos seria o defraudar do esforço dos enfermeiros, que retomaram às escolas. Por outro lado, favoreceria o surgimento de dois grupos, os enfermeiros de segunda, não autónomos, com três anos de formação previstos por Bolonha, e os enfermeiros autónomos, com mais de três anos de formação, que deteriam o perfil profissional actualmente requerido para a entrada no mercado de trabalho.

4. Modelo de Desenvolvimento Profissional

Entendemos por bem enfatizar e assinalar que já no 1.º Congresso Nacional, em 1973, foram considerados três pontos relevantes no programa, para o desenvolvimento da profissão: uma carreira única profissional, a educação de Enfermagem integrar o sistema nacional de ensino e a criação da OE.

Posteriormente, na década de 90, um alargado debate nacional em torno do exercício profissional e da regulamentação e do controlo deste, culminou na publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), configurando o exercício de Enfermagem, clarificando conceitos, intervenções e áreas de actuação, assim como os direitos e deveres. No preâmbulo do REPE (1996), considera-se que

“a Enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respectiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional, que torna imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde.” (OE, 2002, p. 12)

Menos de dois anos depois foi criada a Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril), que é uma associação pública de direito público, constituída por todos os enfermeiros portugueses. O Estado reconheceu então aos enfermeiros a capacidade da auto-regulação como a melhor forma de garantir aos cidadãos a qualidade dos cuidados de Enfermagem. Deste modo, ao aprovar o Estatuto da OE e, com ele, o Código Deontológico (art. 78 a 92), o Estado eleva a lei da República os parâmetros que devolvem aos enfermeiros poderes de regulação que são da sua esfera, porque se tratam da defesa do bem comum. O Estatuto da OE aprovado em 1998 estabelece como seu desígnio fundamental

“promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, bem como o desenvolvimento, a regulamentação e o controlo do exercício da profissão de enfermeiro, assegurando a observância das regras de ética e deontologia profissional”. (OE, 2008, p. 7)

Tendo em atenção este cenário, faz sentido aprofundar e fazer evoluir as perspectivas futuras de organização da profissão para melhor responder ao seu mandato social, no quadro dos desafios que se colocam à obtenção de melhor saúde para todos.

Importa referir que o enquadramento conceptual para os cuidados de Enfermagem assumido pela OE, enquadra-se no pensamento e estratégia que a OMS vem assumindo e que Sakellarides descreve como “*A grande ideia*” que Mahler incutiu a pouco mais de 20 anos do início deste milénio e que o autor sintetiza dizendo:

“era preciso encontrar uma forma de promover e proteger a saúde e tratar as doenças mais comuns, que não substituísse o projecto pessoal, familiar de cada um por projecto médico normalizado, mas antes o compreendesse e apoiasse no seu desenvolvimento.” (Sakellarides, 2005, p. 80)

Esta ideia é igualmente válida para o projecto Enfermagem, sendo o prelúdio de uma nova era nas orientações para a saúde pública.

O ano 2000 é marcado pela decisão da Organização das Nações Unidas (ONU) de definir os objectivos do milénio, explicitando metas para o desenvolvimento no sentido

de reduzir a pobreza extrema e severa, campo onde as orientações para a Saúde XXI têm particular relevância.

No nosso país, um estudo de Paula Santana confirma que “*apesar dos ganhos em saúde ao longo da década 1991-2001 o número de mortes ‘evitáveis’ é ainda muito elevado(...)*” e que

“no início da primeira década do novo século, paradoxalmente as regiões mais urbanizadas – Lisboa e Vale do Tejo e Algarve – continuam como ‘áreas de sinal de alerta’, considerando os valores de mortalidade padronizada evitável”. (Santana, 2005, p. 315)

A mesma autora refere ainda que

“as intervenções efectivas e adequadas à actual situação sanitária da população portuguesa parecem ser as que decorrem quer da descentralização quer do reforço das intervenções de natureza preventiva especialmente as dedicadas a grupos e áreas geográficas em risco”. (Santana, 2005, p. 316)

A implementação e desenvolvimento de um pensamento estratégico para a saúde no nosso país, de acordo com o que internacionalmente é considerado, assumiram particular relevância a partir do final da década de 90, consubstanciando-se nos Padrões de Qualidade definidos em 2002, no Plano Nacional de Saúde a partir de 2003 e as Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais, também em 2003.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, que contempla como principal objectivo a obtenção de ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde das pessoas nas diferentes fases do ciclo de vida e a utilização dos instrumentos necessários, de modo a centrar a mudança no cidadão, reorientando o sistema prestador de cuidados. Este referencial adopta duas estratégias para obter mais saúde para todos: abordagem centrada na família, no ciclo de vida e a abordagem vocacionada para a gestão integrada da doença.

A identificação dos problemas de saúde dos portugueses e as estratégias para lhes fazer face, nomeadamente a definição de objectivos e resultados a atingir, com metas

definidas e a reorganização do sistema, deverão contar com o contributo dos enfermeiros através de uma maior identificação dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem.

A actual reorganização do Sistema Educativo com vista à concretização do Processo de Bolonha, assume a mudança do paradigma de ensino, de um modelo passivo baseado na transmissão de conhecimentos para um ensino baseado no desenvolvimento de competências, a valorização e o reconhecimento da aprendizagem ao longo da vida assegurado pela atribuição de créditos, valorizando a aprendizagem formal realizada e as competências adquiridas. Evidencia também a necessidade de adequar as carreiras profissionais em diversos domínios, nomeadamente revendo as suas normas de ingresso e acesso.

Atribuir o título profissional de enfermeiro; definir o nível de qualificação profissional dos enfermeiros; promover a valorização profissional e científica dos seus membros; fomentar o desenvolvimento da formação e da investigação em Enfermagem e pronunciar-se sobre os modelos de formação e a estrutura geral dos cursos de Enfermagem, são exemplos de algumas das atribuições que de forma diferente e em conjugação com as demais têm um propósito único e comum: a defesa da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem prestados à população. (CE, 2009)

A auto-regulação profissional então reconhecida tem de ser compreendida como uma garantia da protecção do interesse público e do bem comum, tanto no acesso à prática profissional, como na monitorização e no desenvolvimento da prática e na regulamentação e no controlo do exercício.

Tendo em conta o percurso da profissão principalmente os últimos acontecimentos, a OE desenvolveu o MDP, para de certa forma dar resposta aos desafios emergentes em termos de regulação e de desenvolvimento profissional. O MDP divide-se em dois domínios basilares: o Sistema de Certificação de Competências e o Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE). O primeiro diz respeito ao processo para atribuição dos títulos profissionais de enfermeiro e de

enfermeiro especialista. O segundo sistema diz respeito à formulação das especialidades.

Este processo levou à verificação de que a intervenção reguladora da OE teria de concretizar numa clara mudança de paradigma, valorizando a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população, mobilizando os enfermeiros, as organizações educativas e as organizações de saúde.

Esta nova visão relativa ao desenvolvimento profissional deve de ser entendida como uma importante transformação do paradigma e do foco dos percursos formativos pós-graduados, que terão de ser plasmados em diploma legal e em regulamentação a elaborar pelo Ministério da Saúde e pela OE.

Esta constatação tem implicações para a organização futura da profissão e intervenções dos enfermeiros aos vários níveis e nos vários contextos.

Quadro 2 – O que temos e o que propomos

O QUE TEMOS	O QUE PROPOMOS
Impossibilidade de regular eficazmente o acesso à profissão	Regulação efectiva do acesso à profissão, com promoção da vinculação aos cuidados de Enfermagem
Impossibilidade de todos os enfermeiros acederem a um percurso de especialização reconhecido política e socialmente	Garantia de acesso a um percurso de desenvolvimento profissional, no sentido da especialização clínica, para todos os enfermeiros
Um modelo de desenvolvimento profissional dependente da qualificação académica	Um modelo centrado na prática profissional com comprovadas e relevantes experiências clínicas, formativas e de investigação aplicada
Insuficiente envolvimento dos contextos de cuidados nos percursos formativos pós-graduados de cada enfermeiro	Envolvimento dos contextos de cuidados e dos contextos educativos no processo de desenvolvimento profissional
Modelo que dificulta a adaptação aos crescentes e novos desafios da saúde, com um fraco envolvimento e compromisso da tutela	Modelo assente num processo dinâmico de incorporação dos desafios da saúde dos cidadãos, das organizações e compromisso da tutela

(OE, 2007, p. 9)

O MDP caracteriza-se por ter início no primeiro dia de exercício profissional do enfermeiro, conduzindo-o a percursos de especialização em áreas clínicas de Enfermagem e acompanhando-o ao longo da sua vida profissional.

Contudo, esta nova resposta da profissão, necessita de novo enquadramento estatutário, que depois de reflectido e discutido, foi aprovado por maioria (nas Assembleias Gerais (AG) de 14 de Abril e de 19 de Maio de 2007) a necessária proposta de alteração estatutária. (OE, 2009) Depois de aprovado os enfermeiros portugueses mandataram a OE a levarem esta proposta de alteração estatutária a discussão e aprovação em Assembleia da Republica.

Segundo OE (2009, p. 5), os objectivos do MDP são:

“Garantir que o desenvolvimento dos percursos de profissionalização em Prática Profissional Tutelada em Enfermagem (PTE), realizados por cada enfermeiro com cédula profissional provisória (supervisionado em Exercício Profissional Tutelado ou Desenvolvimento Profissional Tutelado), permitam identificar condições de certificação de competências e tenham como escopo a natureza dos cuidados de Enfermagem, o enquadramento conceptual e referencial para os cuidados de Enfermagem e o perfil de competências (do enfermeiro de Cuidados Gerais ou do enfermeiro especialista, respectivamente);

Promover o desenvolvimento profissional, no sentido da especialização dos enfermeiros, de modo a que o cidadão seja atendido por profissionais reconhecidos pelo elevado nível de cuidados especializados prestados às necessidades de cada pessoa / família;

Promover a autonomia do enfermeiro nos percursos de desenvolvimento profissional, reconhecendo-o por processos de validação de competências para efeitos de posicionamento no programa formativo proposto pelos Colégios de Especialidade;

Tornar relevante, tanto para o cidadão individualmente, como para as organizações prestadoras de cuidados de saúde, a clarificação de percursos profissionais orientados que fortaleçam e façam emergir competências clínicas acrescidas, onde a

Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional

certificação seja entendida como um atestado de garantia das competências para os cuidados que os enfermeiros podem oferecer;

Tornar mais orientado o desenvolvimento de percursos profissionais com o incremento de uma prática clínica baseada na evidência, um importante contributo para as dinâmicas organizacionais de maior exigência e, conseqüentemente, de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, favorecendo a criação de espaços qualificantes pelo permanente retorno do conhecimento em Enfermagem gerador de novo conhecimento;

Tornar relevante o contributo do sistema de desenvolvimento profissional e certificação de competências para a qualidade do desempenho organizacional, com os conseqüentes benefícios que daí decorrem para os cidadãos;

Promover um modelo sistémico de desenvolvimento profissional, pelo envolvimento das instituições de ensino, de saúde e da profissão. As especialidades propostas no SIECE reportam-se à prática clínica, ou seja à área da prestação de cuidados, dirigidas à pessoa e família, num processo integrado de promoção, prevenção, tratamento, palição, reabilitação e reinserção, com a necessária referência à comunidade em que estão inseridos.”

4.1 Sistema de Certificação de Competências

No que concerne à regulação do acesso, esta deve decorrer da análise da competência e capacidade do candidato a profissional. Neste momento, esta regulação está exclusivamente dependente da qualificação académica do candidato.

O percurso e acesso ao título de enfermeiro especialista estão também, por disposição estatutária, exclusivamente dependentes da habilitação académica (Artigo 7.º, dos Estatuto da OE). Este facto impede não só a possibilidade de escolha de percursos profissionais adequados e coerentes com as experiências vividas e as competências adquiridas, como a valorização dessas mesmas experiências para o percurso de desenvolvimento profissional conducente à especialização.

Ao sistema de certificação de competências está subjacente um perfil de competências, tal como foi definido em 2003 pelo CE para o enfermeiro de cuidados gerais e mais tarde (2009) para o de enfermeiro especialista. Quando a OE atribui um título, seja de enfermeiro a um licenciado em Enfermagem, seja de enfermeiro especialista a um enfermeiro, assume que aquela pessoa tem as condições para a prestação de cuidados de Enfermagem naquela esfera de acção.

Podemos dizer que Certificação profissional

“ (...) é comprovação, feita por uma entidade credível, ‘oficial’, de que uma determinada pessoa é competente para exercer uma determinada profissão ou para realizar uma determinada actividade profissional. É necessariamente obrigatória nas profissões cujas condições de exercício estejam expressamente estabelecidas em diplomas legais próprios, devido à necessidade de prevenir o alto risco que o seu exercício poderia potenciar para a segurança e/ou a saúde das pessoas.” (Duarte, 1997, p. 11)

E ainda que é uma

“(…) Comprovação da formação, experiência ou qualificação profissionais, bem como, eventualmente, da verificação de outras condições requeridas para o exercício de uma actividade profissional” (Artigo 2º, Decreto-Lei 95/92 de 23 de Maio).

Aliás, de acordo com o REPE, os títulos reconhecem competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais ou de cuidados especializados, por isso, a certificação de competências visa contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados a prestar ao cidadão.

A certificação de competências será realizada durante um período de tempo num processo de supervisão clínica, a que foi dado o nome de Exercício Profissional Tutelado (EPT). (Nunes, 2009) No caso de um licenciado em Enfermagem candidato a enfermeiro, será um período não inferior a 9 meses, enquanto que para o candidato a enfermeiro especialista, ainda não está definido. No final do EPT os candidatos a

enfermeiros e a enfermeiros especialistas têm de entregar correspondentemente um relatório reflexivo ou um portefólio.

A colocação dos licenciados no EPT, vai ser realizada por uma estrutura própria designada de Órgãos de Prática Tutelada. (Nunes, 2009)

Entende-se que o EPT é importante porque é visto e assumido como um potenciador do desenvolvimento, facilitando a transição e a iniciação profissional. O seu principal objectivo, segundo Nunes (2009, p. 8) *“é promover uma prática profissional autónoma, portanto, centrada nos processos de tomada de decisão para os cuidados, assente nos referenciais da profissão.”*

É importante referir que durante o EPT, o supervisionado é responsável pelos seus actos e que vai ser remunerado, sendo estas as principais diferenças em relação aos ensinamentos clínicos realizados enquanto estudantes.

É também importante referir, que se o candidato a enfermeiro não obtiver aproveitamento no EPT, tem de o repetir.

De acordo com a Enf.^a Lucília Nunes (OE, 2009) podemos considerar três processos distintos quando falamos de certificação de competências: reconhecimento, validação e certificação de competências.

Considera-se que a validação é um processo distinto do da certificação formal, pois assegura um leque mais alargado de competências e de saberes adquiridos em contextos que não os formais. A validação faz sempre apelo a quadros de referência face aos quais é feita uma comparação, e neste caso, em concreto, ao perfil de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais ou ao perfil de competências do especialista.

De acordo com Nunes (2009) a certificação está associada aos sistemas e dispositivos formais e é uma comprovação formal, visível pela atribuição do título. Ao dizer que o sistema de certificação de competências se operacionaliza com um período de EPT em

que existe supervisão clínica, e que ao supervisor não cabe certificar, porque essa competência é da Ordem, automaticamente estão separados os dois processos.

A decisão de separar os dois processos foi apresentada em 2008, no final da I Conferência de Regulação. Desta forma o supervisor clínico tem a seu cargo supervisionar o recém-licenciado em Enfermagem, durante o período de tempo que ficar em EPT, sendo claro que ele não é o certificador das competências. No final do EPT, o supervisor apenas tem de fazer um relatório, separando os processos da supervisão clínica da certificação.

Tendo em conta a importância do EPT, é fundamental a verificação e atribuição de idoneidade formativa aos serviços de saúde, sendo para isso necessário existir nos serviços supervisores clínicos certificados e com experiência, para além das condições mínimas para poderem receber os candidatos. A verificação e atribuição de idoneidade formativa aos serviços de saúde, ficará a cargo segundo (Nunes, 2009, p. 9) “*da estrutura prática tutelada.*”

De acordo com a mesma autora, a supervisão clínica é um processo formal de acompanhamento da prática profissional que aspira promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. A acção, a reflexão e a colaboração entre supervisor e supervisionado são os eixos centrais na supervisão clínica.

A certificação, enquanto acto formal, cabe, na nova estrutura da Ordem, aos Conselhos de Enfermagem Regionais (Nunes, 2009), que é a quem compete a atribuição dos títulos profissionais.

4.2 Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

Na Europa e no mundo, não existe um modelo definidor e consensualmente aceite do que se entende por enfermeiro e enfermeiro especialista. Existem diversos panoramas, quer pelo percurso formativo, quer pela diversidade de áreas clínicas, conferindo ao

enfermeiro competências gerais e especializadas, mas de um modo geral, sem atribuição de título e regulação efectiva do exercício profissional.

Neste contexto, o acesso a uma área clínica especializada de Enfermagem pode ser feito directamente, pela via da formação inicial ou por um percurso formativo pós-básico, sendo

“o enfermeiro especialista aquele que aplica níveis superiores de julgamento e discernimento na tomada de decisão, assume o papel de prestador de cuidados diferenciados mas também de supervisor e consultor para os colegas e outros elementos da equipa de saúde.” (Comissão Europeia *cit. in* OE, 2007, p. 8)

O ICN (1992) evidencia o elevado interesse internacional pela identificação de áreas de especialização. Não identifica, porém, um padrão que permita estruturar, de forma universal, as várias especialidades existentes, pelo que recomenda às Associações Nacionais de Enfermeiros de cada país e espera que, no quadro das suas responsabilidades, as mesmas desenvolvam e regulamentem o exercício de Enfermagem especializado em congruência com as suas referências profissionais.

A OMS (2000) realça a função dos enfermeiros na ajuda às pessoas, famílias e grupos a determinar e a realizar o seu potencial físico, mental e social, nos contextos em que vivem e trabalham. Acentua ainda a importância dos enfermeiros possuírem competências para desenvolver e realizar intervenções que favoreçam e mantenham a saúde e previnam as doenças, identificando necessidades, planeando, executando e avaliando os cuidados no decurso da doença e nos processos adaptativos, tendo em conta os aspectos físicos, mentais e sociais da vida que influenciam a saúde, a doença, a invalidez e a morte.

Na estratégia europeia da OMS (2003) para Educação dos Enfermeiros enfatiza-se o compromisso de todos os Estados-membros assegurarem a formação destes profissionais ao longo da vida, no sentido do desenvolvimento de práticas especializadas, justificadas pela emergência de novas necessidades, pela complexificação dos contextos, pela evolução tecnológica, pelos avanços decorrentes da

evidência e pela qualidade requerida nos cuidados de saúde. Neste enquadramento, foi divulgado um conjunto de recomendações e orientações para a criação de áreas de desenvolvimento profissional no sentido da especialização dos enfermeiros.

A resposta da Enfermagem portuguesa ao que tem vindo a ser referenciado internacionalmente é o Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

É, assim, mais um instrumento no processo de construção do MDP que, com a publicação da Lei nº 111/2009, de 16 de Setembro, nos permite perspectivar a sua concretização.

O SIECE proposto, desponha do percurso histórico da profissão e do trabalho desenvolvido pelo CE da OE desde o primeiro mandato, tem como premissa as necessidades em cuidados de saúde da população portuguesa, em particular em cuidados de Enfermagem. Alicerça-se no enquadramento conceptual e instrumentos reguladores da profissão de Enfermagem e visa a sua regulação e desenvolvimento.

Desta forma apresenta-se como uma estratégia indispensável na promoção e defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem a prestar à população e assenta na necessidade de disponibilizar cuidados diferenciados de qualidade, centrados nas necessidades da pessoa/família e prestados por enfermeiros especialistas certificados.

O SIECE potencia no MDP o carácter de especialização, ao permitir que todos os enfermeiros durante o exercício da actividade clínica se especializem e desenvolvam a actividade profissional na sua área de especialização, organizando e regulando, desta forma, o exercício da profissão. O aumento exponencial de enfermeiros especialistas no exercício da clínica impulsiona, em simultâneo, o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional, ao munir o enfermeiro de mais recursos para desenvolver respostas adaptadas em situações de grande complexidade.

O principal objectivo do SIECE de acordo com a OE (2009, p. 4)

“é a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde em geral e de Enfermagem em particular, através do acréscimo de especialidades e de enfermeiros especialistas, acompanhando o desenvolvimento da disciplina e da profissão de Enfermagem no contexto de pós-modernidade.”

4.2.1 Conceito de Enfermeiro Especialista

O enfermeiro especialista proporciona benefícios essenciais para a saúde da população, nomeadamente no acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados e coordenados, garantindo a continuidade de cuidados. Contribui igualmente para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e de uma prática baseada na evidência. (OE, 2007)

Efeito do seu conhecimento e experiência clínica, o enfermeiro especialista ajuda a encontrar soluções para problemas de saúde complexos, ao nível do alvo de cuidados e seus conviventes significativos, ao nível intra e inter-profissional e ao nível do suporte à decisão dos responsáveis organizacionais e políticos.

Neste sentido, a OE (2007, p. 10) propões que seja adoptado o seguinte conceito de enfermeiro especialista:

“é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.”

4.2.2 Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem

Enunciam-se por grau de importância, os seguintes pressupostos de individualização de especialidades:

“1 – A pessoa sujeito de cuidados, entendida como indivíduo ou como grupo, como elemento nuclear a qualquer modelo, porque é em torno dela que se conjugam outros indicadores de natureza diversa que convergem para duas grandes áreas: a área

Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional

relativa à saúde e à doença e a área relativa ao ambiente, ambas influenciadas pelas orientações e determinações políticas nacionais e internacionais.

2 – As especialidades em Enfermagem conferentes de Título Profissional devem ser sustentadas nas lógicas de benefício para o cidadão no que respeita às suas necessidades em cuidados de saúde, desenvolvimento profissional dos enfermeiros e integração nas políticas de saúde enunciadas para os próximos anos.

3 – O desenvolvimento da disciplina de Enfermagem alicerça-se no conhecimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, vivenciadas pela pessoa, enquanto alvo de cuidados.

4 – A apropriação de um domínio específico de Enfermagem reforça a visão holística e contextual da pessoa e potencia a adequação da resposta face à especificidade das necessidades em cuidados de Enfermagem.

5 – A prática clínica é a actividade nuclear do enfermeiro especialista e implica competências especializadas adequadas às necessidades específicas da pessoa em cuidados de Enfermagem. O apoio assistencial ao longo do ciclo vital impõe competências gerais, mas também competências apropriadas a cada fase etária e respostas organizativas inovadoras.

6 - O enfermeiro especialista deve ser reconhecido pelo cidadão, entidades empregadoras e decisores políticos, como um prestador de cuidados num campo de intervenção particular e detentor de outras competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação.

7 - O Percurso de Desenvolvimento Profissional dos Enfermeiros, no futuro implica:

- que os enfermeiros, por uma melhor capacidade de responder às necessidades dos cidadãos, optem por uma área de especialização em Enfermagem.
- a certificação de competências especializadas, após conclusão do programa formativo relativo à respectiva especialidade, com vista à atribuição do Título de Enfermeiro Especialista.” (OE, 2007, p. 9)

A matriz de individualização das especialidades clínicas em Enfermagem tem como finalidade a identificação do campo de intervenção específico, ou seja, a delimitação do espaço de actuação profissional do enfermeiro especialista.

A matriz de individualização das especialidades organiza-se com um eixo estruturante e dois eixos organizadores.

De acordo com o eixo estruturante, o alvo de intervenção é a entidade beneficiária dos cuidados de Enfermagem, ou seja, a pessoa e família, relativamente à qual se identificam os fenómenos de Enfermagem, entendida como um todo na sua relação com os conviventes significativos e a comunidade em que está inserida. (OE, 2009)

Segundo a OE (2009) dos eixos organizadores, fazem parte:

- Processos de saúde/doença: procedimentos activos e ininterruptos ao longo dos quais cada pessoa vivencia o seu projecto de saúde na procura de um estado de equilíbrio e relativamente ao qual o enfermeiro dirige as suas intervenções, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, palição, readaptação funcional e reinserção social;

- O ambiente: no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam os estilos de vida, reflectindo-se no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros devem focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente.

De acordo com o alvo de intervenção e o eixo organizador, constituem 10 as áreas de especialização em Enfermagem, representadas no Quadro 3.

Quadro 3 - Áreas de especialização, de acordo com o alvo de intervenção e os eixos organizadores.

EIXO ESTRUTURANTE	EIXOS ORGANIZADORES	ÁREA DE
-------------------	---------------------	---------

Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional

Alvo de intervenção		Processos saúde / doença Ambiente	ESPECIALIZAÇÃO
A PESSOA NUMA ETAPA DO CICLO DE VIDA		Dirigida aos projectos de saúde da mulher a vivenciar processos de saúde / doença ao longo do ciclo reprodutivo, incluindo o produto de concepção durante o período de gestação e neonatal em todos os contextos de vida.	SAÚDE MATERNA, OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA
		Dirigida aos projectos de saúde da criança e do jovem a vivenciar processos de saúde / doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.	SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM
		Dirigida aos projectos de saúde do adulto a vivenciar processos de saúde / doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.	SAÚDE DO ADULTO
		Dirigida aos projectos de saúde do idoso a vivenciar processos de saúde / doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.	SAÚDE DO IDOSO
A PESSOA AO LONGO DO CICLO DE VIDA		Dirigida aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde / doença mental com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.	SAÚDE MENTAL
		Dirigida aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde / doença crítica com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.	PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
		Dirigida aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde / doença crónica e / ou paliativa com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social, ou acompanhamento do processo de morte e de morrer em todos os contextos de vida.	PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA E PALIATIVA
		Dirigida aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde / doença incapacitante e / ou de deficiência física com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.	REABILITAÇÃO
GRUPOS	FAMÍLIA	Dirigida aos projectos de saúde da família a vivenciar processos de saúde / doença com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em todos os contextos de vida.	SAÚDE FAMILIAR
	COMUNIDA DE	Dirigida aos projectos de saúde dos grupos a vivenciar processos de saúde / doença, processos comunitários e ambientais com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social em	SAÚDE PÚBLICA

		todos os contextos de vida.	
--	--	-----------------------------	--

(OE, 2009, p. 7)

4.2.3 Matriz de reconhecimento de especialidades clínicas em Enfermagem

O reconhecimento de especialidades pelo CE implica a verificação de um conjunto de critérios de pertinência e coerência relativos aos referenciais da profissão em Portugal e ao SIECE. Será ponderado um conjunto de factores políticos, organizacionais e económicos, nacionais e internacionais, o aparecimento de novas necessidades da população em cuidados de saúde e estudos de investigação que evidenciem áreas de desenvolvimento e inovação.

Para o reconhecimento de especialidades e decorrente do trabalho já realizado, o CE (2009), define o conjunto de critérios necessários.

Assim, traçam-se 9 critérios e 16 elementos de validação, que constituem a matriz de reconhecimento das especialidades clínicas em Enfermagem (Quadro 4). Quando respeitados em analogia com as 10 áreas de especialidade propostas (Quadro 3), possibilitam a identificação de novas áreas clínicas em Enfermagem.

Quadro 4 – Declarativos, critérios e elementos de validação para a individualização das especialidades

Normativo dos critérios	Crítérios	Elementos de validação dos critérios
Respeita os referenciais da profissão, promovendo um exercício profissional congruente com a conjuntura actual do conhecimento na disciplina de Enfermagem, numa perspectiva de contínua expansão e aperfeiçoamento.	COERÊNCIA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeito pelos referenciais: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Código Deontológico, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. 2. Fomento da investigação. 3. Mobilização dos resultados da investigação.

Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional

<p>Circunscreve um domínio específico de Enfermagem.</p>	<p>ESPECIFICIDADE</p>	<p>4. Claramente definido o alvo da intervenção (pessoa, grupos), que processos de saúde/doença se vai ocupar e em que ambiente se vai inserir (na família, na comunidade, ou eventualmente noutros).</p>
<p>Responde a fenómenos de Enfermagem comuns e / ou recorrentes de um grupo-alvo no sentido de obter ganhos em saúde.</p>	<p>EFICÁCIA</p>	<p>5. Identificação clara dos fenómenos de Enfermagem alvo de intervenção específica. 6. Tradução operativa em indicadores de ganhos em saúde como resultados das intervenções. 7. Resumo Mínimo de Dados.</p>
<p>Configura uma estratégia para a promoção da qualidade dos cuidados de Enfermagem.</p>	<p>PERTINÊNCIA</p>	<p>8. Especificação objectiva das vantagens na obtenção da excelência. Estratégias e intervenções em cada uma das categorias dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.</p>
<p>O alvo de intervenção está definido de acordo com o Modelo de individualização aprovado e o campo de intervenção não coloca em risco de fragmentação a profissão e / ou limita o desenvolvimento da mesma.</p>	<p>INTEGRALIDADE</p>	<p>9. Concordância com os fundamentos, pressupostos e premissas do modelo de individualização das especialidades. 10. Respeito pelo enquadramento conceptual e pelas orientações de Enfermagem. 11. Articulação e complementaridade com outras especialidades.</p>
<p>O âmbito de intervenção profissional do enfermeiro especialista é delimitado pelo campo e área de intervenção.</p>	<p>EXCLUSIVIDADE</p>	<p>12. Identificação dos campos de intervenção e desenvolvimento e da diferença específica da especialidade.</p>
<p>O campo de intervenção demarca o espaço de actuação profissional do enfermeiro especialista, atenuando a sobreposição entre especialidades.</p>	<p>INDIVIDUALIZAÇÃO</p>	<p>13. Identificam-se áreas próprias de intervenção do enfermeiro especialista, nomeadamente explicitar/enumerar os processos de vida e problemas de saúde do alvo de intervenção (pessoa ou grupo) e os focos de atenção.</p>
<p>O campo de intervenção responde simultaneamente à coexistência de necessidade e de solicitação em cuidados</p>	<p>SUSTENTABILIDADE</p>	<p>14. Existência de estudos ou documentos estratégicos que suportem a necessidade. 15. Evidência de espaço no</p>

Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional

Enfermagem especializados.		mercado de trabalho.
Potencia o exercício profissional autónomo na área de especialidade.	AUTONOMIA	16. Identificadas e nomeadas as intervenções autónomas do enfermeiro especialista.

(OE, 2009, p. 9)

A proposta para o reconhecimento de uma nova especialidade clínica em Enfermagem necessita de ter definido, em contexto dos 9 critérios e 16 elementos de validação, o campo de intervenção especializado através da identificação do alvo de intervenção (OE, 2009), devendo ser:

- a) A pessoa numa etapa do ciclo de vida;
- b) A pessoa ao longo do ciclo de vida;
- c) Grupos – Família ou Comunidade;

As especialidades clínicas em Enfermagem devem, assim, responder às necessidades de saúde de um grupo-alvo seleccionado, ser caracterizadas pelos processos de saúde/doença e pelo ambiente, deixando claras as competências específicas para o enfermeiro especialista na área, o programa formativo para a especialidade, bem como os padrões de qualidade em cuidados de Enfermagem especializados. Estas últimas atribuições estão cometidas aos Colégios das Especialidades. (OE, 2009)

O processo de reconhecimento de novas especialidades será alvo de regulamentação própria.

De acordo com o Artigo 30º da Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro, compete ao CE:

“a) Definir os critérios e a matriz de validação para a individualização das especialidades; b) Elaborar o regulamento para o processo de reconhecimento de novas especialidades, a propor ao conselho directivo; c) Reconhecer especialidades em Enfermagem e propor ao conselho directivo.”

4.2.4 Competências comuns e específicas de enfermeiro especialista

A atribuição do título enfermeiro especialista certifica um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção.

A expressão de um perfil de competências visa, por um lado, prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e, por outro lado, comunicar aos cidadãos os padrões de cuidados que podem esperar. Acresce que se lhes reconhece o potencial de configurar áreas da prática profissional.

Conforme a OE (2007, p. 12) afirmou,

“o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas.”

As competências comuns são

“competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.” (OE, 2009, p. 10)

As competências específicas são

“competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (OE, 2009, p. 10)

A OE (2009) prevê a possibilidade de se definirem competências acrescidas, entendidas como aquelas competências que permitem responder de uma forma dinâmica a necessidades em cuidados de saúde da população que se vão configurando, fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, práticas e contextos. Estas competências serão certificadas ao longo do percurso profissional especializado, em domínios da disciplina de Enfermagem e disciplinas relacionadas.

4.2.5 Perspectivas de desenvolvimento do programa formativo

A formação especializada integra o MDP e constitui a 2ª fase do EPT, que visa a certificação de competências do enfermeiro especialista e a respectiva atribuição do título. Ocorre após a obtenção do título de enfermeiro e formaliza-se através de candidatura à OE, em condições ainda a definir.

O programa de formação será elaborado por especialidade, com uma duração a definir em função das competências clínicas especializadas a atingir. Desenvolver-se-á com recurso a supervisores clínicos certificados, em unidades de cuidados reconhecidas como idóneas pela OE. (OE, 2007)

A formação especializada distingue-se pela aquisição de conhecimentos teóricos e práticos relativos a cada especialidade, através de um percurso formativo reconhecido pela OE. Este percurso realiza-se na prática clínica, orientada e supervisionada, sustentada pela aquisição de conhecimentos teóricos e práticos, através da investigação, dependente de uma estrutura de programa integradora de capacidades para a decisão clínica, a gestão e supervisão de cuidados, a liderança, o planeamento estratégico e o desenvolvimento de investigação no âmbito da especialidade.

De acordo com a OE (2007) o percurso formativo especializado conjectura uma avaliação contínua com recurso a momentos formais suportados por dispositivos e instrumentos criados para o efeito e uma avaliação final centrada no trabalho de projecto desenvolvido.

II - Fase Metodológica

A fase metodológica é, segundo Fortin (2003, p. 40) uma fase em que “ (...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

Segundo Fortin (2003, p. 131) a fase metodológica “ (...) consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação”.

A investigação científica possibilita resolver problemas ligados aos conhecimentos dos fenómenos do actual mundo real (Fortin, 2003).

A teoria acompanha sempre a investigação, visto que esta contribui para o seu desenvolvimento, e também permite aumentar a compreensão dos fenómenos estudados e assim é possível através da nova compreensão analisar outros problemas (Fortin, 2003).

As funções da investigação permitem segundo Fortin (2003, p. 15) “descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos”.

A fase metodológica está estruturada, contendo os princípios éticos, tipo de estudo e meio onde foi realizada a investigação, população e amostra, variáveis, instrumento de colheita de dados, método de aplicação e pré-teste, tratamento e análise de dados.

1. Problema da Investigação

Para a formulação de um problema de investigação tem de existir um domínio de investigação que seja interessante ou preocupante para o investigador e pertinente. A formulação do problema de investigação baseia-se no desenvolvimento de uma ideia através da lógica, de argumentos, de factos e de opiniões (Fortin, 2003).

2. Questão da Investigação

A questão de investigação segundo Fortin (2003, p. 51) “ (...) *é enunciado interrogativo claro e não equivoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica*”.

A questão de investigação para este estudo é: Qual o conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional?

3. Objectivos

De acordo com Fortin (2003, p. 99)

“O objectivo do estudo num projecto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação.”

O objectivo para este estudo é: Identificar o conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional.

4. Princípios Éticos

Toda a investigação que envolva directa ou indirectamente os seres humanos, deve ter em conta que estes têm direitos, e que não podem em caso algum serem desrespeitados, pelo que a ética em investigação em seres humanos é fundamental. Assim, os investigadores nunca devem ultrapassar o respeito pelo Homem, tendo sempre inerente a dignidade e o direito à liberdade.

Segundo Fortin (2003, p. 113) “*A ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação*”.

No presente estudo, pretendeu-se respeitar de forma incondicional os direitos estabelecidos pelo Código de Ética de Nuremberga, desenvolvendo em relação a cada um deles as respectivas premissas.

O direito à autodeterminação, segundo Fortin (2003, p. 116) “ (...) *baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino*”. Neste estudo foi reservado ao aluno a decisão responder ao questionário ou não e nenhum meio foi utilizado para influenciar as suas decisões.

No que diz respeito ao direito à intimidade, o estudo pretendeu ser o menos invasivo possível. Foi protegido o anonimato ao longo do estudo, bem como durante a divulgação dos resultados (Fortin, 2003, p. 117). Os alunos tiveram a liberdade de decidir a sua participação ou não e da informação a dar.

O direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não poder ser associada às respostas individuais nem mesmo pelo investigador. (Fortin, 2003, p. 117). Os resultados são apresentados para que nenhum aluno tenha a possibilidade de ser identificado.

O direito à protecção contra o desconforto e prejuízo diz respeito ao risco de “*ordem física, psicológica, legal ou económica*”, (Fortin, 2003, p. 118), que possa advir da realização do estudo, nomeadamente o desconforto de preencher o questionário, e o prejuízo do tempo gasto. Não estão previstos quaisquer riscos desta ordem no trabalho em causa.

O direito ao tratamento justo e equitativo refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação (Fortin, 2003, p. 119), para a qual é solicitada a participação dos alunos que frequenta o 4º ano da licenciatura de enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

5. Desenho de Investigação

O desenho de investigação é descrito por Fortin (2003, p. 132), como um “*plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (...)*”. Deste modo é considerada válida a informação que dá do fenómeno em estudo, permitindo tirar conclusões legítimas. Para além de visar responder às questões de investigação, o desenho tem por objectivo controlar as potenciais fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados de estudo (Fortin, 2003).

6. Tipo de estudo

A cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as actividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação.

Segundo Fortin (2003, p. 133), “*(...) descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis*”.

As opções metodológicas seguidas neste trabalho foram determinadas pelo tipo de problema em estudo, pelos objectivos definidos e pelos conceitos analisados. A revisão bibliográfica realizada, sugeriu um estudo do tipo transversal, do tipo descritivo/exploratório inserido no paradigma quantitativo.

Segundo Polit e Hungler (2005, p. 180) o estudo transversal envolve “*(...) a colheita de dados em um ponto do tempo. Os fenómenos sobre o estudo são obtidos durante um período de colheita de dados (...)*”.

Pretende-se que o estudo seja exploratório/descritivo, uma vez que visa obter informações sobre as características e fenómenos de uma população para os reconhecer e descrever, o que se aplica, visto que se pretende averiguar os conhecimentos dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa relativamente ao Modelo de Desenvolvimento Profissional.

Desta forma, seguindo novamente a opinião de Fortin (2003, p. 52), os estudos descritivos/exploratórios:

“(…) consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, uma situação ou um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido (…) fornecem uma descrição dos dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre variáveis (…) visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”.

Sendo um estudo de abordagem quantitativa, segundo Fortin (2003, p. 22):

“(…) o método de investigação quantitativo é, um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador.”

7. Meio

De acordo com o Fortin os estudos conduzidos fora dos laboratórios, adquirem o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se realizam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios (Fortin, 2003).

O estudo será desenvolvido em meio natural, numa sala da Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências da Saúde, nos meses de Outubro de 2009, a Novembro de 2009.

8. População

A população é caracterizada pelo investigador e partilham características comuns necessárias para o estudo (Fortin, 2003).

Citando Quivy (1992, p. 160) “*não é de estranhar que a maior parte das vezes o campo de investigação se situe na sociedade onde vive o próprio investigador*” utilizando esta

frase a população a utilizar neste estudo são os alunos que frequentam o 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Faculdade Fernando Pessoa.

9. Amostra

A amostra é um subconjunto da população que fazem parte de uma mesma população. Deve ser representativa da população, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada. Seguindo o raciocínio de Gil, (1999), a amostra não é mais do que um subgrupo da população ou universo, por meio do qual se estabelecem as características desse mesmo universo ou população. É dita “ (...) *representativa se as suas características se assemelham o mais possível às da população*” (Fortin, 2003, p. 213).

A amostra é simplesmente um grupo de sujeitos minoritários da população que são convidados a participar no estudo (Fortin, 2003).

Neste estudo a amostra é constituída por 93 alunos que frequentam o 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa no ano lectivo de 2009/2010.

O processo de amostragem é uma estratégia de escolher os sujeitos que vão integrar a amostra. Neste estudo o processo de amostragem é acidental, pois segundo Fortin (2003, p. 208) esta:

“ (...) é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso (...). Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho desejado.”

10. Variáveis

Como o próprio nome indica, variáveis é algo que varia, são as propriedades que um investigador se propões a estudar, estas variáveis assumem diferentes valores. Deste

modo, as variáveis podem ser medidas, experimentadas ou controladas, dependendo da natureza e do tipo de estudo e a forma de como são utilizadas.

10.1. Variável dependente

Para Fortin (2003, p. 37): “(...) *é a que sofre o efeito esperado da variável independente: é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente*”.

A variável dependente definida para este estudo é:

O conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional.

10.2. Variável independente

É aquela que influência ou determina a variável dependente, geralmente surge como presumível causa do problema.

“ (...) *a variável independente, geralmente simbolizada por “X” é a variável que tem um suposto efeito sobre a variável dependente*”. (LoBiondo-Wood, 2001, p. 39)

Para este estudo foi definida a seguinte variável independente:

Os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem.

10.3. Variável atributo

“*É uma característica dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra. Estas são geralmente variáveis demográficas.*” (Fortin, 2003, p. 37 e 376)

Para este estudo foram definidas as seguintes variáveis atributo:

- Idade;
- Género;
- Frequência no 4º ano da Licenciatura de Enfermagem na Universidade Fernando Pessoa do Porto.

11. Instrumento da colheita de dados

É indispensável utilizar um instrumento de colheita de dados, porque segundo Fortin (2003, p. 134)

“os conceitos na base de um estudo não podem ser medidos directamente, eles devem ser traduzidos sob uma forma operacional, de modo a descrever as actividades com vista a medir tal conceito ou para descrever os comportamentos em estudo.”

Como instrumento de colheita de dados, foi seleccionado o questionário pois possibilita uma maior facilidade no tratamento de dados e abrange um maior número de pessoas e de informações em espaço de tempo mais curto do que outras técnicas.

Um questionário segundo Fortin (2003, p. 249)

“é um método de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. (...) É um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e a controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa”.

Neste estudo utilizamos um questionário composto por duas partes. A I parte consiste na caracterização da amostra constituída por 3 questões fechadas e uma aberta. A II parte aborda o conhecimento dos alunos sobre o MDP e é constituída por vinte e três questões fechadas, das quais treze são de escolha múltipla.

O instrumento foi colocado numa sala da Universidade Fernando Pessoa do Porto, aos alunos que frequentam o 4º ano da Licenciatura de Enfermagem, no ano lectivo de 2009/2010, de 17 Fevereiro de 2010 a 19 de Março de 2010.

12. Pré-teste

A aplicação do pré-teste tem como objectivo testar o instrumento de pesquisa sobre uma pequena parte da população do universo antes de ser aplicado definitivamente. Segundo Fortin (2003, p. 253)

“O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas (...)”

Após a elaboração do questionário este deve ser testado. O pré-teste foi aplicado a 5 alunos, por apresentarem características semelhantes à população.

Pretende-se então com esta aplicação, averiguar a validade da ficha de registo de dados, verificar se as perguntas se encontram bem formuladas, objectivas, claras e compreensivas. Após a aplicação do pré-teste, verificamos que não houve necessidade de alterar as perguntas.

13. Tratamento e análise de dados

Segundo Fortin (2003, p.269) a análise dos dados:

“(…) de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis.”

Para descrever os participantes do estudo foram aplicadas metodologias de análise descritiva, nomeadamente, gráficos e medidas sumário, apropriadas. As variáveis categóricas foram descritas através de frequências absolutas (n) e relativas (%), as

variáveis contínuas foram descritas utilizando medianas, mínimos e máximos, média e desvio padrão (dp).

No tratamento e análise quantitativa, procedeu-se à elaboração da estatística descritiva, em que se recorreu à determinação de frequências (absolutas e percentuais), de medidas de tendência central (médias, medianas e modas) e de medidas de dispersão (desvio padrão e variância). Utilizou-se o programa de análise estatística SPSS® v.17.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

III - Análise dos resultados

Neste capítulo, procede-se à apresentação e análise estatística dos dados obtidos após aplicação dos questionários, sob a forma de quadros e gráficos.

1. Caracterização da amostra

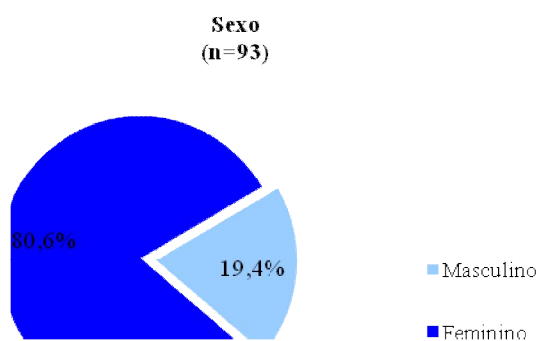
Neste estudo, dos 93 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem participantes, 18 (19,4%) são do sexo masculino sendo a maioria do sexo feminino, 75 (80,6%), a idade mediana é de 23 anos, variando entre os 21 e 34 anos e apenas 1 (1,1%) referiu possuir Licenciatura (quadro 5).

Quadro 5 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) ao nível sócio-demográfico.

Sexo, n (%)		
Masculino	18	(19,4)
Feminino	75	(80,6)
Possui alguma Licenciatura para além da que está a frequentar?		
N (%)		
Não	92	(98,9)
Sim	1	(1,1)
Idade (anos completos), mdn (min-max)	23	(21-34)

mdn-mediana; min-mínimo; max-máximo.

Gráfico 1 – Distribuição dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem participantes no estudo (n=93) relativamente ao sexo.

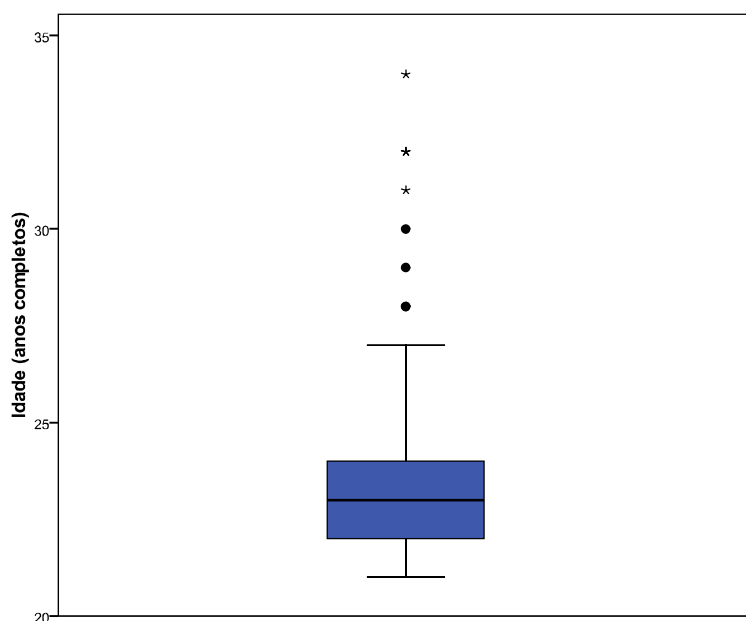


Quadro 6 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) relativamente ao nível sócio-demográfico.

	média	(dp)	min	P25	med	P75	max
Idade (anos completos)	24	(3)	21	22	23	24	34

Dp-desvio padrão; P-Percentil.

Gráfico 2 – Distribuição dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem participantes no estudo (n=93) relativamente à idade.



2. Conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem

Pela análise do quadro 7 podemos observar as múltiplas respostas dos alunos às primeiras 13 questões, sendo que a resposta correcta está destacada a itálico. É de notar que apenas na questão 8 e 11, nenhum dos elementos escolheu uma das possibilidades de resposta, o que revela incertezas por parte dos inquiridos.

Quadro 7 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem.

	n	(%)
II – Conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem:		
1. Quem apresentou o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP)?		
Ministério da Educação.	26	(28,57)
Sindicato Independente dos Profissionais de Enfermagem.	3	(3,30)
Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.	10	(10,99)
<i>Ordem dos Enfermeiros.</i>	43	(47,25)

Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional

Nenhuma das anteriores.	9	(9,89)
2. O que entende por Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP)?		
Processo que passa por diminuir as categorias profissionais, para assim aliviar a tabela orçamental.	8	(8,70)
<i>É um novo sistema de individualização de especialidades em enfermagem e um sistema de certificação de competências.</i>	29	(31,52)
É uma reestruturação das unidades curriculares, tendo como objectivo obter profissionais mais capazes de acordo com o modelo europeu.	24	(26,09)
É uma forma de regular a especialização dos enfermeiros, para desta forma garantir que todos desempenham um cargo de acordo com a sua categoria profissional.	31	(33,70)
3. O que entende por Certificação de Competências?		
<i>Reconhecimento, validação e certificação de competências.</i>	79	(84,95)
É um atestado de capacidade.	3	(3,23)
É uma garantia de competência.	7	(7,53)
Nenhuma das anteriores.	4	(4,30)
4. Como se obtém a certificação de competências no modelo proposto?		
Prova prática, onde são testadas as aptidões, de forma a garantir que os que passam são os melhores.	5	(5,38)
Prova escrita, para assim testar os conhecimentos.	5	(5,38)
<i>O sistema de certificação de competências operacionaliza-se com um período de Exercício Profissional Tutelado (EPT), em que existe supervisão clínica.</i>	77	(82,80)
Nenhuma das anteriores.	6	(6,45)
5. Sabe a quem cabe a certificação, enquanto acto formal?		
Aos Conselhos de Enfermagem Regionais.	13	(13,98)
Ao supervisor clínico.	26	(27,96)
<i>Duma comissão designada pela Ordem dos Enfermeiros.</i>	46	(49,46)
Nenhuma das anteriores.	8	(8,60)
6. Actualmente sabe qual o organismo que dentro da Ordem tem competência para atribuir a Cédula Profissional?		
O Conselho de Enfermagem.	45	(48,39)
O Conselho Directivo.	15	(16,13)
<i>Os Conselhos de Enfermagem Regionais.</i>	22	(23,66)
Nenhuma das anteriores.	11	(11,83)
7. O que entende por Exercício Profissional Tutelado (EPT)?		
É um estágio prático dirigido.	7	(7,61)
<i>É um exercício profissional tutelado, e é encarado como um período de indução e de transição para a prática profissional.</i>	73	(79,35)
É um exame prático e teórico, que se realiza na Ordem dos Enfermeiros para aceder ao título de Licenciado em Enfermagem.	7	(7,61)
Nenhuma das anteriores.	5	(5,43)
8. Qual é o grande objectivo do Exercício Profissional Tutelado (EPT)?		
<i>É promover a indução de uma prática profissional autónoma, portanto, centrada nos processos de tomada de decisão para os cuidados, assente nos referenciais da profissão.</i>	74	(80,43)
É seleccionar a elite dos recém-licenciados e facultar emprego só a estes.	5	(5,43)
É para ver quais são as escolas que preparam melhor os alunos.	0	(0,00)
Nenhuma das anteriores.	13	(14,13)
9. Quanto tempo pensa que durará o Exercício Profissional Tutelado (EPT) para o título de enfermeiro?		
Entre 3 a 4 meses.	7	(7,69)
É sempre inferior a meio ano.	9	(9,89)
<i>Ainda não está definido, mas a evidência em termos internacionais aponta para 9 meses.</i>	63	(69,23)
Nenhuma das anteriores.	12	(13,19)
10. Quem vai colocar os recém-licenciados em Exercício Profissional Tutelado (EPT)?		
São as escolas que tratam de tudo.	7	(7,53)
<i>É uma estrutura própria designada de Órgãos de Prática Tutelada.</i>	31	(33,33)
São os recém-licenciados que têm de concorrer para as vagas que vão ser publicadas anualmente em Diário da República.	43	(46,24)
Nenhuma das anteriores.	12	(12,90)
11. Durante o Exercício Profissional Tutelado (EPT), quem é responsável pelos actos do supervisionado?		

Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional

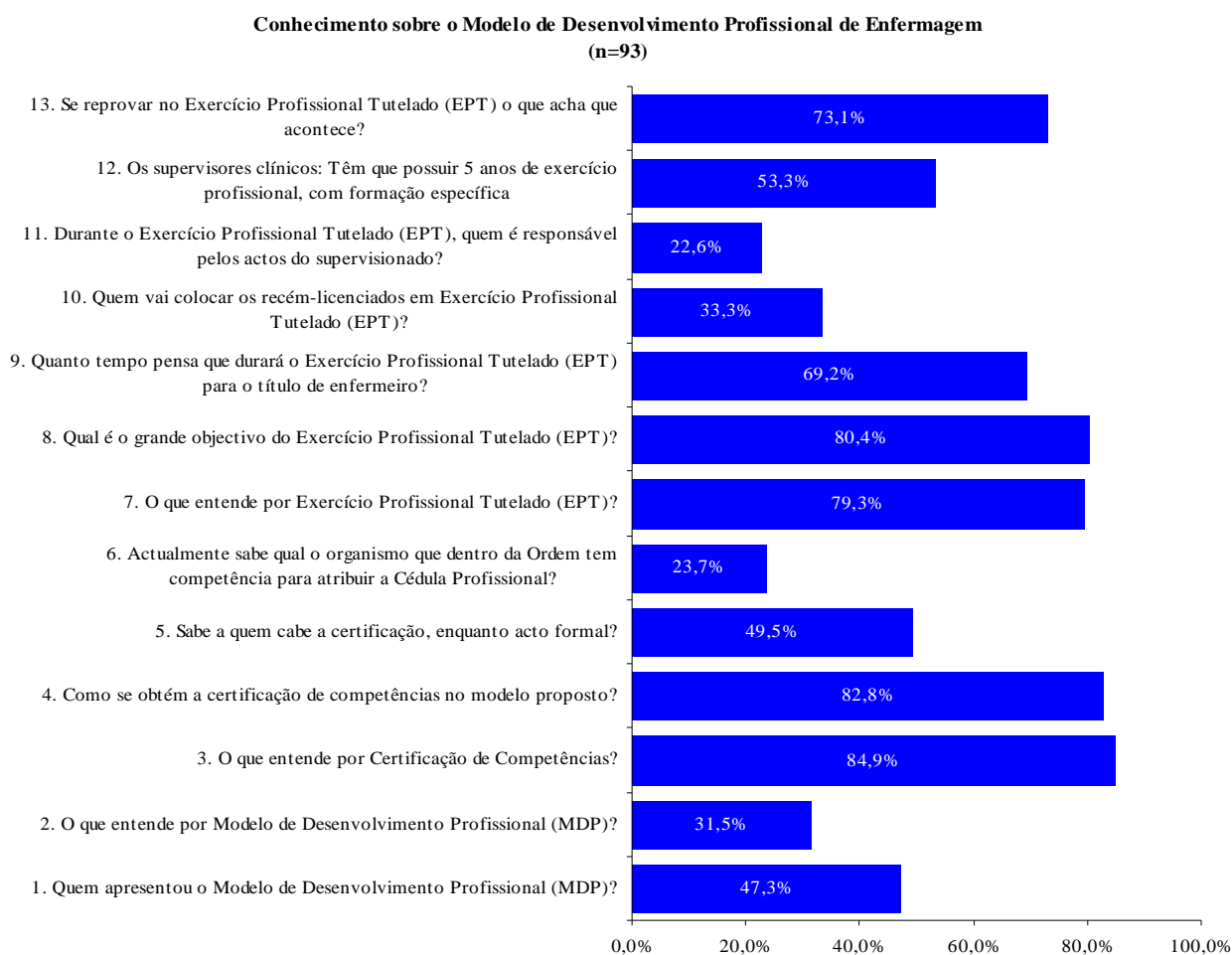
O supervisor.	65	(69,89)
<i>O supervisionado.</i>	21	(22,58)
O seguro.	0	(0,00)
A Instituição de ensino.	7	(7,53)
12. Os supervisores clínicos:		
Podem ser recém-licenciados.	1	(1,09)
Têm que possuir pelo menos 5 anos de exercício profissional.	29	(31,52)
Têm que possuir 5 anos de exercício profissional, sem formação específica.	13	(14,13)
<i>Têm que possuir 5 anos de exercício profissional, com formação específica.</i>	49	(53,26)
13. Se reprovar no Exercício Profissional Tutelado (EPT) o que acha que acontece?		
Não se é admitido na Ordem dos Enfermeiros e nunca mais se pode ser enfermeiro.	6	(6,45)
Tem que se repetir o 4º ano da Licenciatura para obter uma nova oportunidade de realizar o EPT.	11	(11,83)
<i>Pode ter que se voltar a fazer o EPT.</i>	68	(73,12)
Nenhuma das anteriores.	8	(8,60)

Pela análise do gráfico 3, facilmente podemos constatar que as questões 3, 4, 7, 8, 9, 12 e 13 obtiveram uma percentagem de acerto acima dos 50%, sendo que a questão 3 a que menos dúvidas suscitou com 84,9% de respostas correctas.

As restantes questões (1, 2, 5, 6, 10 e 11) obtiveram uma percentagem de acerto inferior a 50%, sendo a questão 11 a que menos acertaram com apenas 22,6% de respostas correctas.

Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional

Gráfico 3 – Distribuição dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento demonstrado sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem (percentagem de acerto em cada uma das questões).



Pela análise do quadro 8 contrastamos a percentagem de acerto com a de não acerto e verificamos que só em 7 questões a percentagem de acerto foi superior a 50%.

Quadro 8 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem.

	Não acertou		Acertou	
	n	(%)	n	(%)
Acertou versus Não Acertou:				
1. Quem apresentou o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP)?	48	(52,7)	43	(47,3)
2. O que entende por Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP)?	63	(68,5)	29	(31,5)
3. O que entende por Certificação de Competências?	14	(15,1)	79	(84,9)
4. Como se obtém a certificação de competências no modelo proposto?	16	(17,2)	77	(82,8)
5. Sabe a quem cabe a certificação, enquanto acto formal?	47	(50,5)	46	(49,5)

Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional

6. Actualmente sabe qual o organismo que dentro da Ordem tem competência para atribuir a Cédula Profissional?	71	(76,3)	22	(23,7)
7. O que entende por Exercício Profissional Tutelado (EPT)?	19	(20,7)	73	(79,3)
8. Qual é o grande objectivo do Exercício Profissional Tutelado (EPT)?	18	(19,6)	74	(80,4)
9. Quanto tempo pensa que durará o Exercício Profissional Tutelado (EPT) para o título de enfermeiro?	28	(30,8)	63	(69,2)
10. Quem vai colocar os recém-licenciados em Exercício Profissional Tutelado (EPT)?	62	(66,7)	31	(33,3)
11. Durante o Exercício Profissional Tutelado (EPT), quem é responsável pelos actos do supervisionado?	72	(77,4)	21	(22,6)
12. Os supervisores clínicos:	43	(46,7)	49	(53,3)
13. Se reprovar no Exercício Profissional Tutelado (EPT) o que acha que acontece?	25	(26,9)	68	(73,1)

Observando o quadro 9, que relaciona a média, o desvio padrão, o valor mínimo, o percentil 25, a mediana, o percentil 75 e o valor máximo, relativamente ao número de resposta correctas.

Quadro 9 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem.

	média	(dp)	min	P25	med	P75	max
Número de questões que acertou nas 13 primeiras	7,37	(1,80)	3,00	6,00	8,00	9,00	11,00

Após analisar no quadro 10, podemos reparar que a grande maioria não sabia que o MDP vem a ser pensado desde o primeiro mandato da OE e que apenas 8,8% acredita que haverá emprego para todos os licenciados após terminar o EPT, sendo que 71,4% pensa que o EPT pode ser uma estratégia de sub-financiamento de mão-de-obra em Enfermagem, dificultando o acesso de enfermeiros ao mercado de trabalho.

É também relevante mencionar que 69,2% dos alunos inquiridos, não concorda com o EPT. É também de notar que a maioria não considera necessário existir um supervisor clínico.

Quadro 10 - Caracterização dos participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem.

	Não		Sim	
	n	(%)	n	(%)
14. Sabia que o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) é algo que remonta ao primeiro mandato da Ordem dos Enfermeiros?	79	(84,95)	14	(15,05)

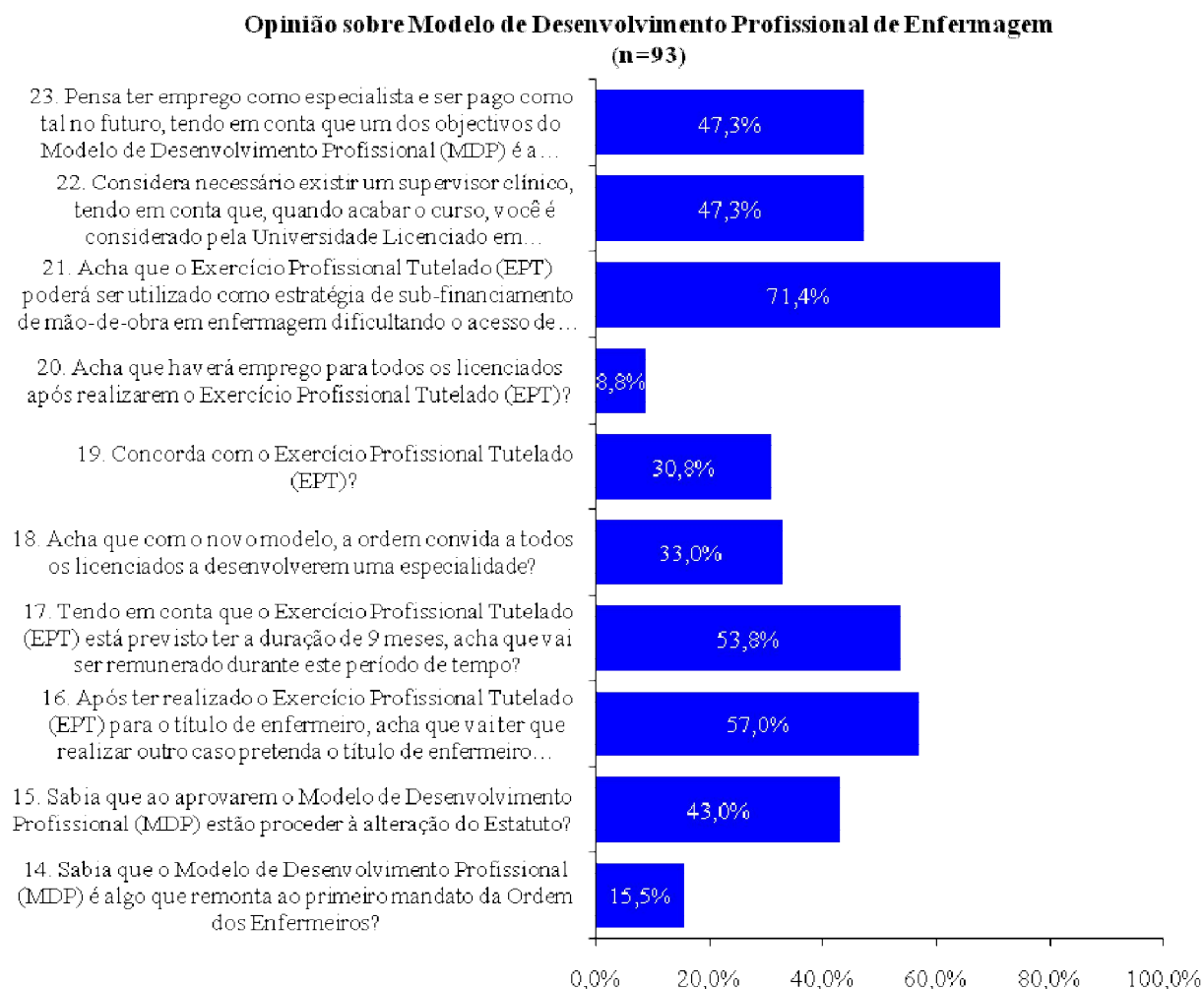
Conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional

15. Sabia que ao aprovarem o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) estão proceder à alteração do Estatuto?	53	(56,99)	40	(43,01)
16. Após ter realizado o Exercício Profissional Tutelado (EPT) para o título de enfermeiro, acha que vai ter que realizar outro caso pretenda o título de enfermeiro especialista?	40	(43,01)	53	(56,99)
17. Tendo em conta que o Exercício Profissional Tutelado (EPT) está previsto ter a duração de 9 meses, acha que vai ser remunerado durante este período de tempo?	43	(46,24)	50	(53,76)
18. Acha que com o novo modelo, a ordem convida a todos os licenciados a desenvolverem uma especialidade?	61	(67,03)	30	(32,97)
19. Concorda com o Exercício Profissional Tutelado (EPT)?	63	(69,2)	28	(30,8)
20. Acha que haverá emprego para todos os licenciados após realizarem o Exercício Profissional Tutelado (EPT)?	83	(91,2)	8	(8,8)
21. Acha que o Exercício Profissional Tutelado (EPT) poderá ser utilizado como estratégia de sub-financiamento de mão-de-obra em enfermagem dificultando o acesso de enfermeiros ao mercado de trabalho?	26	(28,6)	65	(71,4)
22. Considera necessário existir um supervisor clínico, tendo em conta que, quando acabar o curso, você é considerado pela Universidade Licenciado em Enfermagem.	48	(52,7)	43	(47,3)
23. Pensa ter emprego como especialista e ser pago como tal no futuro, tendo em conta que um dos objectivos do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) é a especialização dos enfermeiros?	48	(52,7)	43	(47,3)

Está presente no gráfico 4 a percentagem dos inquiridos que responderam sim, sendo a questão 21 (Acha que o Exercício Profissional Tutelado (EPT) poderá ser utilizado como estratégia de sub-financiamento de mão-de-obra em enfermagem dificultando o acesso de enfermeiros ao mercado de trabalho?) a que obtém a maior percentagem e a questão 20 (Acha que haverá emprego para todos os licenciados após realizarem o Exercício Profissional Tutelado (EPT)?) foi a que mais responderam não.

Após observar a percentagem destas duas questões facilmente percebemos que os alunos não estão contentes com o EPT, tal como confirma a questão 19, em que apenas 30,8% diz concordar com o EPT.

Gráfico 4 – Distribuição dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem participantes no estudo (n=93) relativamente ao conhecimento demonstrado sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem.



IV – Discussão dos resultados

Neste capítulo propomo-nos a realizar a discussão dos resultados, estes dizem respeito unicamente à amostra estudada.

Para se tirar uma conclusão dos resultados e das implicações que delas decorrem o investigador tem de comparar com os estudos de investigação que trataram do mesmo fenómeno. Uma etapa difícil é a interpretação dos resultados que exige um pensamento crítico por parte do investigador (Fortin, 2003).

A amostra é composta por 93 alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde do Porto no ano lectivo de 2009/2010.

Dos inquiridos 18 (19,4%) é do sexo masculino sendo a maioria do sexo feminino, 75 (80,6%), a idade mediana é de 23 anos, variando entre os 21 e 34 anos e apenas 1 (1,1%) referiu possuir Licenciatura.

Através dos presentes dados, confirmamos que continua a haver um feminismo na Enfermagem tal como defende Dias (2002) a Enfermagem foi historicamente construída como profissão feminina, através da conotação dos cuidados com o papel feminino, desta forma a Enfermagem tornou-se num exemplo paradigmático da divisão sexual do trabalho.

Podemos também referir que a importância do conhecimento do desenvolvimento da profissão ao longo dos anos e de como se vai regular no futuro é muito importante para os profissionais e para os que aspiram ser profissionais. Tal como afirmam Dock e Stewart (*cit. in Soares, 1997, p. 13*)

“A enfermeira (...) que só conhece a sua época e o seu meio, não só fica privada de uma fonte de interesse infalível, como também é incapaz de avaliar e julgar correctamente os acontecimentos que possam ter tendência para afectar a sua

carreira. Temos de saber a origem do nosso trabalho de enfermagem, as linhas que tem seguido e em que direcção tem sido o seu desenvolvimento”.

Com este estudo concluímos que a percentagem de acerto nas questões colocadas é de 56,69%, sendo que acertaram em média 7,37 das 13 possíveis, o que revela que ainda falta muita informação relativamente a esta temática e que é de extrema importância. Consideramos que era do interesse dos alunos, que este tema fosse mais trabalhado, no sentido de desfazer as dúvidas e incertezas pois em nossa opinião, trata-se de um assunto de vital importância para o desenvolvimento do seu futuro pessoal e profissional.

O MDP foi proposto pela OE tal como afirma o CE (2009), no entanto apenas 47,25% dos inquiridos responderam OE, sendo a opção Ministério da Educação a segunda mais seleccionada com 28,57%.

No que diz respeito à interpretação sobre o MDP podemos entender segundo a OE (2007, p.9) que está “*assente em dois sistemas: o sistema de certificação de competências e o sistema de individualização das especialidades.*” Contudo apenas 31,52% sabia a resposta, sendo a última opção (É uma forma de regular a especialização dos enfermeiros, para desta forma garantir que todos desempenham um cargo de acordo com a sua categoria profissional) a mais escolhida com 33,70%.

A certificação de competências segundo Nunes (2009, p.7) é o “*reconhecimento, validação e certificação de competências*”, podendo obter-se através do EPT assim como defende a mesma autora

“a certificação de competências visa contribuir para a segurança e qualidade dos cuidados a prestar ao cidadão, depois de um período de tempo a que chamamos «exercício profissional tutelado» (EPT). Este período suporta-se num processo de supervisão clínica.” (Nunes, 2009, p. 6)

Em relação a estes dois temas os inquiridos na sua maioria não demonstraram grandes dificuldades, sendo as questões com maior percentagem de acerto em todo o estudo, apurando-se 84,95% e 82,80% respectivamente.

A OE (2009, p. 2) considera o EPT “*como um período de indução e de transição para a prática profissional*”, o que corresponde à opção mais escolhida pelos alunos com 79,35%. Pode também verificar-se que os inquiridos sabiam na sua maioria com 80,43%, qual o objectivo do EPT, bem como, da sua duração, com 69,23%.

O facto de terem respondido positivamente nas últimas três questões sobre o EPT, poderia por vezes revelar que estavam bem informados em relação ao EPT, contudo a maioria não sabe qual a estrutura que colocará os recém-licenciados em EPT, só 33,33% sabia, nem quem é o responsável pelos actos do supervisionado durante o internato, tendo na sua maioria escolhido o supervisor com 69,89%, o que não corresponde segundo Nunes (2009, p. 8)

“o supervisor é um profissional com determinado perfil, mais experiente, que tutela o exercício profissional, sem que o supervisionado deixe de ser responsável pelo que faz profissionalmente.”

Se não fosse desta forma o EPT, não passava de um estágio igual a tantos outros realizados em período de formação, enquanto estudantes.

Relativamente à opinião dos alunos ficou claro que a maior parte dos inquiridos (84,95%) não tinha conhecimento que o MDP remonta ao primeiro mandato da OE, o que de certa forma pode revelar que não tem havido acompanhamento por parte dos alunos sobre os temas da OE.

Com a aprovação do MDP foi necessário proceder à alteração do Estatuto da Ordem, entrando em vigor a partir de 2010 e o EPT começa a ser válido para todos os estudantes que iniciem a sua licenciatura (Nunes, 2009), no entanto 56,99% dos alunos inquiridos não sabiam. É relevante referir que “*um estudante que esteja no 3º ano, quando sair a alteração do Estatuto, decide se quer fazer o EPT, quando terminar a licenciatura.*” (OE, 2009, p. 3)

Tendo em conta que o EPT está previsto ter a duração não inferior a 9 meses, e que o licenciado em EPT tem responsabilidade pelos seus actos, ele vai ser remunerado,

contudo ainda não se sabe qual o valor estipulado, sabe-se apenas que será inferior ao de enfermeiro, como era de esperar. Em relação a este assunto as respostas obtidas foram bastante divididas, sendo que 53,76% pensava correctamente.

De acordo com Nunes (2009) todos os enfermeiros poderão fazer o percurso de desenvolvimento profissional que os conduzirá à prática da especialidade. O MDP garante a possibilidade de realizar um desenvolvimento profissional natural no sentido da especialização. Diz a evidência que enquanto profissionais reflexivos e empenhados nos tornamos especialistas naquilo que fazemos e pensamos. Não faz sentido não evoluirmos, ou não quereremos ver reconhecida a nossa competência de especialistas, porém 67,03% dos inquiridos pensa o oposto.

É substancial referenciar que grande parte não concorda com o EPT (69,2 %) e que apenas 8,8% pensa existir emprego para todos os enfermeiros após o EPT, o que revela claramente a insatisfação e pessimismo que se encara neste momento o futuro dos recém e futuros licenciados.

Para agravar 71,4% pensa que o EPT pode ser utilizado como estratégia de sub-financiamento de mão-de-obra de Enfermagem, dificultando desta forma o acesso de novos enfermeiros ao mercado de trabalho.

V – Conclusão

Como conclusão deste trabalho, seguem-se algumas considerações que consideramos importantes sobre a temática, resultados obtidos, objectivos propostos, dificuldades na sua elaboração e ao que ele representa e que poderá vir a representar para investigações futuras.

À Enfermagem portuguesa foi reconhecido o direito à auto-regulação, entendendo-se o facto como uma garantia da protecção do interesse público e do bem comum, aspectos que se identificam no desígnio fundamental da Ordem dos Enfermeiros. É nesta perspectiva que assumem particular relevância os instrumentos reguladores tanto no acesso à prática profissional, como na monitorização e desenvolvimento da prática, assim como na regulamentação e controle do exercício. O MDP é por nós entendido como capaz de responder aos desafios actuais e futuros, e de permitir a consolidação e regulação da profissão.

O MDP revela ser de importância extrema, pois refere-se ao futuro da nossa profissão. Devemos também dar a devida importância ao conhecimento que cada profissional deve ter em relação à história/percurso da profissão, para que se tenha a noção necessária de como começou, de como evoluiu, no sentido de perceber como vai ser no futuro. Se tivermos estas noções que para nós são importantíssimas, podemos-nos preparar para estar melhor adaptados para que consigamos alcançar o sucesso.

Uma questão que pode merecer especial atenção é o facto de as vagas para EPT, que vão ser anunciadas pelos órgãos correspondentes anualmente, não serem suficientes para todos os recém-licenciados, o que vai-se tornar num grande problema, porque vai originar que fiquem licenciados sem a oportunidade de realizar o EPT, ficando desta forma sem possibilidades de progredir e de evoluir.

Segundo a OE (2009) todos os estudantes que iniciarem o curso após 2010, têm de realizar o EPT no final do curso, o que serão muitos, caso se mantenha a procura e as facilidades de adesão ao curso. Contudo também segundo a OE (2009), os locais de

estágios têm de ser idóneos e ter as condições necessárias para a realização de um EPT de qualidade. Agora temos que esperar para ver se existirão vagas e supervisores necessários para os alunos de Enfermagem que realizam os seus ensinos clínicos previstos na sua formação e para os candidatos a EPT. Provavelmente os supervisores e serviços vão andar sobrecarregados, porque não esqueçamos que os candidatos a EPT ficam no serviço por um período não inferior a 9 meses.

É importante referir que, a grande maior parte (69,2%) dos inquiridos, não concorda com o EPT, o que podemos concluir que a maioria sente-se capaz de desempenhar a profissão e que a instituição de ensino ao atribuir o título de licenciado em Enfermagem já é uma forma de certificar competências, até porque para acabar o curso passa-se por muitos pontos de estágio e por vários supervisores, para além das frequências e exames realizados às várias disciplinas.

Após estas observações, é pertinente a questão que se colocou referente ao sub-financiamento de mão-de-obra em que 71,4% respondeu afirmativamente, porque receiam que com todos estes estudantes e supervisores, as organizações poderão questionar a necessidade de admitir serão necessários mais enfermeiros nos serviços.

Em relação ao modo de certificação de competências para enfermeiros especialistas de acordo com a prática clínica, mais formação e investigação em EPT, parece-nos que este tipo de condições são bastante exequíveis e lógicas, e terão como consequência uma melhoria e uma mais-valia para a formação dos enfermeiros especialistas.

Por tudo isto, o MDP, enquadra um novo paradigma com forte impacto não só na qualidade e segurança dos cuidados de saúde aos cidadãos e no desenvolvimento da ciência experimental que se constitui a Enfermagem, mas também na potencial melhoria do desempenho organizacional do sistema de saúde.

O interesse e a motivação, foram indispensáveis para este estudo. No decorrer da investigação, surgiram dificuldades, que com dedicação e interesse foram ultrapassadas.

A investigação em enfermagem é uma tarefa árdua e difícil, todavia, tem-se plena consciência do esforço e dedicação despendidas neste trabalho, pois só desta forma foi possível ultrapassar as dificuldades vividas, fruto da inexperiência em trabalhos de investigação. Assim, pensa-se ter atingido de forma satisfatória os objectivos académicos.

O objectivo proposto para este estudo foi atingido, na medida em que, se conseguiu identificar o conhecimento dos alunos do 4º ano de Enfermagem sobre o MDP, sendo que nas 13 primeiras questões responderam em média a 7,37 questões correctas, originando uma percentagem de 56,69% de respostas certas, demonstrando que ainda existem muitas dúvidas em relação ao MDP e que são importantes que se desfaçam.

Foi gratificante realizar este Trabalho de investigação/monografia com esta temática, permitindo assim, alargar e aprofundar os conhecimentos nesta área. A realização desta monografia contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional enquanto aluno e futuro profissional de enfermagem.

Com o estudo, podemos concluir que o objectivo do MDP é garantir a todos os cidadãos a qualidade dos cuidados de Enfermagem e que esse é o futuro da profissão.

Com este trabalho ambiciona-se ter contribuído para o surgimento de novos trabalhos com o objectivo de aprofundar cada vez mais esta temática e melhorar os conhecimentos acerca do mesmo.

VI - Bibliografia

Almeida, M. C. P.; Rocha, J. S. Y. (1989). *O Saber de Enfermagem e a sua Dimensão Prática*. 2ª Ed. São Paulo, Cortez Editora.

Azevedo, José Correia (1997). *Ecos de enfermagem - 200 edições (1981 - 1997)*. Porto, Editor SEM.

Bento, M. C. (1997). *Cuidados e Formação em Enfermagem, Que Identidade?* Lisboa, Fim de Século Edições.

Bostridge, M. (2002). Florence Nightingale: the Lady with the Lamp. [Em linha]. [Consultado em 16.07.09]. Disponível na [www: http://www.bbc.co.uk/history/british/victorians/nightingale_print.htm](http://www.bbc.co.uk/history/british/victorians/nightingale_print.htm)

Carpenito, L. J. (1997). *Diagnósticos de Enfermagem. Aplicação à Prática Clínica*. (6ª ed.). Porto Alegre, Artes Médicas.

Collière, Marie Françoise. (1999). *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Lidel.

Conhecimento. In Infopédia [Em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2010. [Consultado em 2009-10-13]. Disponível na [www: http://www.infopedia.pt/\\$conhecimento](http://www.infopedia.pt/$conhecimento).

Conselho de Enfermagem. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. *Enunciados Descritivos*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consultado em 15.09.09]. Disponível na [www: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/62_PadreesQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/62_PadreesQualidade.pdf)

Conselho de Enfermagem. (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Revista Divulgar*, Ordem dos Enfermeiros, p. 3 - 8. [Em linha]. [Consultado em 12.09.09]. Disponível na [www: http://www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt)

http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/documents/60_CompeticiasEnfCG.pdf

Conselho Internacional de Enfermeiros. (s/D). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP)*. 6ª Edição. Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros.

D'Espiney, L. (coord.). (2004). Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional. Grupos por Área de Conhecimento. Enfermagem. [Em linha]. [Consultado em 12.09.09]. Disponível na www: <http://www.aauay.pt/docs/Enfermagem.pdf>

Dias, Hélia M.^a da Silva. (2002). *Cuidar em Enfermagem na Perspectiva do Género*. Dissertação de mestrado em sexologia, Lisboa, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Donahue, M. P. (1985). *História de Enfermaría*. Espanha, Ediciones Doyme.

Duarte, Acácio Ferreira. (1997). A problemática da certificação profissional. *Formar*, nº23, Lisboa, p. 9.

Escobar, L. (2004). *O Sexo das Profissões. Género e Identidade sócio-profissional em Enfermagem*. Porto, Edições Afrontamento.

Filipe, A. L. (2007). Contribuição para o Estudo dos Periódicos de Enfermagem. Percursos. [Em linha]. [Consultado em 12.09.09]. Disponível na www: http://www.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/percursos_julho_setembro07.pdf

Fortin, Marie-Fabienne. (2003). *O Processo De Investigação*. Lisboa, Lusociência.

Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ª Ed. São Paulo, Editoras Atlas.

Geovanini, T. *et al.* (2002). *História da Enfermagem*. Rio de Janeiro, Revinter.

Graça, L. (2000). A satisfação profissional dos médicos de família no SNS. Parte III. [Em linha]. [Consultado em 16.07.09]. Disponível na www: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos36.html>

Graça, L. (2002). Ethel Fenwick: o combate pela profissionalização da enfermagem na Grã-Bretanha e no resto do mundo. [Em linha]. [Consultado em 16.07.09]. Disponível na www: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos141.html>

Graça, L. & Henriques, A. I. (2000). Florence Nigthingale e Ethel Fenwick: da Ocupação à Profissão de Enfermagem. [Em linha]. [Consultado em 16.07.09]. Disponível na www: <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos63.html>

Infopédia. [Em linha]. [Consultado em 19/12/2009]. Disponível na www: <http://www.infopedia.pt/pesquisa?qsfiltro=0>.

International Council of Nurses. (1992). *Guidelines on specialisation in nursing*. Geneve, ICN.

International Council of Nurses (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão Beta 2. Geneva, ICN.

International Council of Nurses (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1. Geneva, ICN.

Lévy, Pierre. (1993). *As tecnologias da inteligência: o futuro do pensamento na era da informática*. Rio de Janeiro, Editora 34.

Lobiondo-Wood, G. L. e Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem. Métodos de Avaliação Crítica e Utilização*. 4ª Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Lopes, M. J. (2001). O estado da arte da investigação em enfermagem. O enfermeiro como sujeito / objecto de investigação. *Revista Sinais Vitais*, Nº 38, p. 31 - 35.

Maraschin, Cleci, AXT, Margarete. (1998). Conhecimento. In: Strey, Marlene Neves *et al.* *Psicologia Social Contemporânea: livro-texto*. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 133-145.

Nunes, L. (2002). Cinco estrelas: acerca das competências morais no exercício de enfermagem. *Nursing*, Nº 171, p. 8 - 11.

Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures, Lusociência.

Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. [Em linha]. [Consultado em 15.02.10]. Disponível na [www: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/Autonomia&Responsabilidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/IICongresso/Autonomia&Responsabilidade.pdf)

Nunes, L. (2008). Enfermagem, desafios da Disciplina e da Profissão. *Percurso*, 7ª Ed., p. 4 - 17.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Condições do exercício profissional Presente e futuro – Tópicos para reflexão*. Lisboa, Assembleia Geral.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Proposta de sistema de individualização de especialidades em Enfermagem*. Conselho Directivo Nacional, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Um novo modelo de desenvolvimento profissional Certificação de Competências e Individualização de Especialidades em Enfermagem; Um projecto em marcha Implementação dos Padrões de Qualidade. *Separata da Revista da Ordem dos Enfermeiros*, nº 26, p. 4-18.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Plano estratégico do ensino de enfermagem 2008-2012 [Em linha]. [Consultado em 15.09.09]. Disponível na [www: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Julho%202008/PEEE_vff_MCTES_Julho_08.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sededestaques/Julho%202008/PEEE_vff_MCTES_Julho_08.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional: pela segurança dos cuidados. *Revista OE*, nº32, p. 6 – 14.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem - Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista. *Caderno Temático*, nº 2, Ordem dos Enfermeiros, p. 3 - 10

Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *Les Infirmières et les Sage-femme au Service dela Santé*. Europa, OMS.

Paiva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem. Uma teoria explicativa da mudança*. Porto, Formasau.

Pessoa, Universidade Fernando (2010). Manual de Estilo de Elaboração de Monografia. [Em linha]. [Consultado em: 11/02/2010]. Disponível na [www: http://www.ufp.pt](http://www.ufp.pt)

Polit, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artes Médicas Editora.

Portugal, Assembleia da República. *Lei nº 12-A/2008 de 27 de Fevereiro*. Diário da República, 1ª série, nº 41.

Portugal. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março*. Diário da República, 2ª série, nº 207.

Portugal. Ministério da Educação. *Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto*. Diário da República, 1ª série, n.º 166.

Portugal, Ministério da Educação. *Decreto-lei n. 305/81 de 12 de Novembro*. Diário da República, 1ª série, n.º 73.

Portugal, Ministério da Saúde. *Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril*. Diário da República, 1ª série, n.º 180.

Portugal, Ministério da Saúde. *Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro*. Diário da República, 1ª série, n.º 114.

Portugal. Ministério da Saúde. *Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro*. Diário da República, 1ª série, n.º 180.

Portugal. Ministério da Saúde. *Decreto-lei n.º 437/91 de 8 de Novembro*. Diário da República, 2ª série, n.º 50.

Portugal. Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Lisboa, DGS.

Quivy; *et al.* (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa, Editora Gradiva.

Sakellarides, Constantino. (2005). *De Alma a Harry*. Coimbra, Almedina.

Santana, Paula. (2005). *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento*. Coimbra, Almedina.

Santiago, D. (2005). *Postilla religiosa e arte de enfermeiros*. Lisboa, Alcalá Editores.

Soares, M. I. (1997). *Da Blusa de Brim à Touca Branca: Contributos para a História do Ensino da Enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa, Educa - Associação Portuguesa de Enfermeiros.

World Health Organization. (2003). *European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives*. Europa, OMS.

Xavier, R. (2006). Uma definição de conhecimento. [Em linha]. [Consultado em 16.01.09] Disponível na www: <http://voosubterraneo.blogspot.com>.

Anexos

Anexo I – Questionário

Nuno Jorge Ribeiro Silva

Questionário

Qual o conhecimento dos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional?

UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA

FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Porto, 2009

Questionário

Nuno Jorge Ribeiro Silva, aluno do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa Faculdade Ciências da Saúde, para a elaboração da monografia intitulada “O que sabem os alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional” vem por este meio solicitar a sua colaboração, como aluno desta instituição, para o preenchimento do presente questionário.

A sua colaboração é fundamental para a concretização desta investigação.

Este questionário será utilizado, apenas para efeito de investigação, sendo garantido o seu anonimato e confidencialidade, pelo que não deverá escrever o seu nome em nenhuma parte.

Por favor não deixe nenhuma questão por responder.

Em média o preenchimento deste questionário é de 10 minutos.

Muito obrigado pela sua colaboração.

O aluno:

Nuno Jorge Ribeiro Silva

I – Caracterização da amostra

1. **Género:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____ anos.

3. **Possui alguma Licenciatura para além da que está a frequentar?**

Sim Não

3.1 Qual? _____

II – Conhecimento sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem

1. **Quem apresentou o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP)?**

1.1 Ministério da Educação.

1.2 Sindicato Independente dos Profissionais de Enfermagem.

1.3 Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

1.4 Ordem dos Enfermeiros.

1.5 Nenhuma das anteriores.

2. **O que entende por Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP)?**

2.1 Processo que passa por diminuir as categorias profissionais, para assim aliviar a tabela orçamental.

2.2 É um novo sistema de individualização de especialidades em enfermagem e um sistema de certificação de competências.

2.3 É uma reestruturação das unidades curriculares, tendo como objectivo obter profissionais mais capazes de acordo com o modelo europeu.

2.4 É uma forma de regular a especialização dos enfermeiros, para desta forma garantir que todos desempenham um cargo de acordo com a sua categoria profissional.

3. O que entende por Certificação de Competências?

3.1 Reconhecimento, validação e certificação de competências.

3.2 É um atestado de capacidade.

3.3 É uma garantia de competência.

3.4 Nenhuma das anteriores.

4. Como se obtém a certificação de competências no modelo proposto?

4.1 Prova prática, onde são testadas as aptidões, de forma a garantir que os que passam são os melhores.

4.2 Prova escrita, para assim testar os conhecimentos.

4.3 O sistema de certificação de competências operacionaliza-se com um período de Exercício Profissional Tutelado (EPT), em que existe supervisão clínica.

4.4 Nenhuma das anteriores.

5. Sabe a quem cabe a certificação, enquanto acto formal?

5.1 Aos Conselhos de Enfermagem Regionais.

5.2 Ao supervisor clínico.

5.3 Duma comissão designada pela Ordem dos Enfermeiros.

5.4 Nenhuma das anteriores.

6. Actualmente sabe qual o organismo que dentro da Ordem tem competência para atribuir a Cédula Profissional?

6.1 O Conselho de Enfermagem.

6.2 O Conselho Directivo.

6.3 Os Conselhos de Enfermagem Regionais.

6.4 Nenhuma das anteriores.

7. O que entende por Exercício Profissional Tutelado (EPT)?

7.1 É um estágio prático dirigido.

7.2 É um exercício profissional tutelado, e é encarado como um período de indução e de transição para a prática profissional (enfermeiro) ou para a socialização a um novo perfil de competências (especialista).

7.3 É um exame prático e teórico, que se realiza na Ordem dos Enfermeiros para aceder ao título de Licenciado em Enfermagem.

7.4 Nenhuma das anteriores.

8. Qual é o grande objectivo do Exercício Profissional Tutelado (EPT)?

8.1 É promover a indução de uma prática profissional autónoma, portanto, centrada nos processos de tomada de decisão para os cuidados, assente nos referenciais da profissão.

8.2 É seleccionar a elite dos recém-licenciados e facultar emprego só a estes.

8.3 É para ver quais são as escolas que preparam melhor os alunos.

8.4 Nenhuma das anteriores.

9. Quanto tempo pensa que durará o Exercício Profissional Tutelado (EPT) para o título de enfermeiro?

9.1 Entre 3 a 4 meses.

9.2 É sempre inferior a meio ano.

9.3 Ainda não está definido, mas a evidência em termos internacionais aponta para 9 meses.

9.4 Nenhuma das anteriores.

10. Quem vai colocar os recém-licenciados em Exercício Profissional Tutelado (EPT)?

10.1 São as escolas que tratam de tudo.

10.2 É uma estrutura própria designada de Órgãos de Prática Tutelada.

10.3 São os recém-licenciados que têm de concorrer para as vagas que vão ser publicadas anualmente em Diário da República.

10.4 Nenhuma das anteriores.

11. Durante o Exercício Profissional Tutelado (EPT), quem é responsável pelos actos do supervisionado?

11.1 O supervisor.

11.2 O supervisionado.

11.3 O seguro.

11.4 A Instituição de ensino.

12. Os supervisores clínicos:

12.1 podem ser recém-licenciados.

12.2 Têm que possuir pelo menos 5 anos de exercício profissional.

12.3 Têm que possuir 5 anos de exercício profissional, sem formação específica.

12.4 Têm que possuir 5 anos de exercício profissional, com formação específica.

13. Se reprovar no Exercício Profissional Tutelado (EPT) o que acha que acontece?

13.1 Não se é admitido na Ordem dos Enfermeiros e nunca mais se pode ser enfermeiro.

13.2 Tem que se repetir o 4º ano da Licenciatura para obter uma nova oportunidade de realizar o EPT.

13.3 Pode ter que se voltar a fazer o EPT.

13.4 Nenhuma das anteriores.

14. Sabia que o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) é algo que remonta ao primeiro mandato da Ordem dos Enfermeiros?

Sim Não

15. Sabia que ao aprovarem o Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) estão proceder à alteração do Estatuto?

Sim Não

16. Após ter realizado o Exercício Profissional Tutelado (EPT) para o título de enfermeiro, acha que vai ter que realizar outro caso pretenda o título de enfermeiro especialista?

Sim Não

17. Tendo em conta que o Exercício Profissional Tutelado (EPT) está previsto ter a duração de 9 meses, acha que vai ser remunerado durante este período de tempo?

Sim Não

18. Acha que com o novo modelo, a ordem convida a todos os licenciados a desenvolverem uma especialidade?

Sim Não

19. Concorda com o Exercício Profissional Tutelado (EPT)?

Sim Não

20. Acha que haverá emprego para todos os licenciados após realizarem o Exercício Profissional Tutelado (EPT)?

Sim Não

21. Acha que o Exercício Profissional Tutelado (EPT) poderá ser utilizado como estratégia de sub-financiamento de mão-de-obra em enfermagem dificultando o acesso de enfermeiros ao mercado de trabalho?

Sim Não

22. Considera necessário existir um supervisor clínico, tendo em conta que, quando acabar o curso, você é considerado pela Universidade Licenciado em Enfermagem.

Sim Não

23. Pensa ter emprego como especialista e ser pago como tal no futuro, tendo em conta que um dos objectivos do Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) é a especialização dos enfermeiros?

Sim Não

