
As aspirações e trajectórias sociais dos estudantes de enfermagem e o confronto com a (futura) realidade profissional

Lina Antunes¹

Apresentação

De entre as diferentes dimensões da identidade individual, a dimensão profissional adquire uma importância particular. No caso dos estudantes em formação, as mutações assumem particular importância quando se desencadeiam no decurso de um período de formação escolar (DUBAR, 1991) e, muito especificamente, numa fase do ciclo de vida com características tão importantes como a transição para a vida adulta. Estas alterações, dado que o tipo de trabalho que se espera que desenvolvam, bem como as relações que se estabelecem nestes contextos obrigam a alterações bastante significativas nas dinâmicas identitárias.

Tomando como suporte as principais fontes de investigação actuais da sociologia das profissões, explorar-se-ão alguns dos elementos mais importantes da construção das identidades profissionais de enfermagem, reflectindo em particular sobre as experiências de ensino clínico realizadas desde logo no primeiro ano do curso de enfermagem (concretamente no âmbito da enfermagem de saúde comunitária I e da primeira experiência de estágio em contexto hospitalar).

Interessava-nos, portanto, perceber “os sentires” destes primeiros contactos reais com os futuros contextos de trabalho, entendendo que essas experiências se tornam duravelmente estruturantes das suas identidades profissionais.

O percurso académico e integrado neste as primeiras experiências de ensino clínico pareceram-nos um dos eixos mais estruturadores da identidade profissional, uma vez que é ao longo destas que os alunos (futuros profissionais) se apropriam das normas, valores e funções que regem o funcionamento da vida do grupo profissional e das relações deste com a /na sociedade em geral. A socialização profissional assume duas funções essenciais: favorecer a adaptação de cada indivíduo à vida profissional e contribuir para a manutenção de um certo grau de coesão entre os membros de um grupo. No caso da enfermagem, este percurso é particularmente intenso ao longo de todo o curso, assumindo contornos *sui generis* e que carecem de reflexão, dada a natureza do trabalho desenvolvido e pelas dimensões emocionais que se faz despertar nos implicados. Os alunos em formação, confrontam-se com realidades e experienciam sentimentos tão intensos e marcantes como os profissionais já em exercício, estruturando desde muito cedo os processos individuais de construção de identidades.² Estes processos apesar de não alheios às trajectórias sociais dos indivíduos, são fundamentalmente marcados pelos contextos em que essas trajectórias se concretizam. Como refere Claude Dubar a este propósito, mau grado a importância da formação recebida durante a aprendizagem profissional na estruturação da identidade profissional, esta é resultante de um subsequente processo de retradução e reajustamento, no confronto com as experiências concretas nos contextos de trabalho (1991: 125-126)³. Estes constituem momentos dos percursos formativos que, apesar de breves e muito específicos em termos de objectivos são, ao mesmo tempo, o produto da contínua tensão entre as orientações e as definições de cada grupo ou segmento

¹ Socióloga (ISCTE), Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação (ISCTE). Equiparada a Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, de Lisboa.

² Dizemos muito cedo porque estas vivências ocorrem na maior parte dos casos quando ainda se está a vivenciar um processo natural interior de amadurecimento e passagem para a vida adulta, por vezes ele próprio conflituoso, porque pressupõe tempos e necessidades diferentes para cada indivíduo.

³ No caso específico dos alunos de enfermagem, leia-se contextos de trabalho aqueles que se iniciam logo desde os períodos de formação, concretamente aqueles que ocorrem no âmbito dos ensinamentos clínicos obrigatórios ao longo do processo de aprendizagem.

profissional, relativamente a si e aos outros (o que é ser estudante universitário, o que é ser enfermeiro e o que é ser um enfermeiro em formação), e os diferentes recursos que cada um pode accionar nos contextos quotidianos de negociação (os tempos, os espaços, as estratégias em que as práticas se desenvolvem) (DUBAR, citado por Lopes, 2001: 61).

As estratégias e modalidades de formação em que assenta hoje a enfermagem são norteadas pelo primado de que “os conhecimentos adquiridos na escola não são suficientes no sentido de desenvolver competências e criar a auto-confiança necessária à prestação de cuidados. Só o ensino clínico lhes dará a consolidação e a aquisição de novos conhecimentos, ou seja, permitirá um saber contextualizado” (Carvalho, 2002: 25).

A prática clínica constitui, assim, uma forma de operacionalização e de interiorização de conteúdos mas, simultaneamente, um momento importante para uma nova conceptualização da prática. O saber profissional constrói-se, por isso, a partir da junção dos elementos sócio-culturais das situações com que se confrontam e a sua reflexividade em termos de estrutura de personalidade individual.

Por forma a interpretar o significado dos saberes construídos nas interacções quotidianas dos estudantes de enfermagem, aventamos um conjunto de perguntas de partida, de que destacamos:

- *Como avaliam as experiências de ensino clínico?*
- *Que dificuldades enunciam os estudantes de enfermagem a quando das experiências de ensino clínico?*
- *Que diferenças são mais notórias na avaliação feita pelos alunos relativamente ao ensino clínico de enfermagem comunitária I (em cada uma das respectivas fases) comparando-as com as concepções resultantes da prática clínica hospitalar?*
- *Que opções carecem ser pensadas no sentido de adequar os objectivos definidos para o curso e para cada uma das unidades curriculares ao processo de socialização formativa e profissional a que estes são sujeitos?*
- *Que momentos, que contextos e em que condições?*

Temos consciência da dificuldade de penetrar neste quadro de interacções, sobretudo porque se tratam de domínios perpassados por diversos níveis de entendimento (entre eles os níveis ideológico, cultural, social e psicológico), e com objectivos também específicos, de que os pedagógicos se destacam. A estes objectivos por vezes sobrepõe-se a centralidade do paradigma biomédico, enquanto paradigma tradicionalmente dominante e institucionalizado nos contextos de saúde, e que os próprios estudantes trazem bem demarcado nas concepções acerca do curso e nas expectativas relativamente ao mesmo.

1. Espaços de formação e espaços de trabalho – um *continuum* necessário

De entre as mais-valias conquistadas pela profissão de enfermagem, talvez a mais importante assente no modo como esta se tem vindo a afirmar em termos académicos, nomeadamente por intermédio da alteração dos seus planos de formação e pelo enriquecimento e actualização dos mesmos. Para além disso, nas últimas décadas, a profissão de enfermeiro construiu-se numa relação permanente entre a teoria e a prática clínica, numa postura desenvolvimentista, pelo que se consideram aceitáveis no presente e no futuro que esses laços se estreitem enquanto processos normativos necessários à profissão.

Contrariamente ao que acontece nos contextos escolares (*strictu sensum*), e para a generalidade dos cursos, onde se promovem competências mono disciplinares, aquelas que se desenvolvem nos contextos de trabalho apresentam-se como complexas, interdisciplinares e ordenadas em torno de um campo de práticas, que exigem perícias específicas e competências de tomada de decisão, por vezes imediatas. No caso das ciências da saúde em geral, e da enfermagem em particular, essas práticas e competências exigem do profissional um grau de responsabilidade acrescido pelo facto de lidar quotidianamente com vidas humanas e de estas poderem estar em risco. De acordo com a perspectiva de Mestrinho (1997) as vivências na fase

inicial do percurso (de formação e mesmo como profissional recém formado, vulgarmente designado de um período de estágio) são, ainda mais intensas dada a inexperiência profissional. É sobre estes períodos de descoberta, com situações e responsabilidades idênticas à do trabalho futuro, que se carece de uma reflexão ainda mais complexa sobre a necessidade formal de desenvolver um processo de integração específico ao nível do trabalho nas equipas de enfermagem, pois é aqui que se inicia o “*choque com a realidade social e profissional*” (Mestrinho, 1997).

No caso concreto sobre o qual estamos a procurar reflectir, é posição unânime, sobretudo por parte dos profissionais de saúde, que em termos de responsabilidade técnica ela é relativamente reduzida no 1º ano do curso, e os profissionais não esperam mais do que o que está definido nos objectivos de cada um dos ensinamentos clínicos, até porque o aluno ainda está numa fase de aquisição de competências específicas (de saber-fazer) - compete-lhe, sobretudo, a visualização daquilo que apreendeu em termos teóricos sobre as técnicas a desenvolver. Mas, já o mesmo não se passa em relação ao que é esperado de si, por parte do utente. Estes, dadas as situações de fragilidade em que se encontram procuram nos profissionais de saúde, para além das competências técnicas/terapêuticas, também (e, sobretudo,) as competências de relação.

É, aqui que, do nosso ponto de vista, ocorre como que uma ambivalência: o utente sabe que está perante uma pessoa, um profissional – “*porque usa bata...*” – e que quanto mais não seja “*este pode dar-se como pessoa*”, até porque, do lado do utente, muitas vezes é só mesmo isso que este espera do profissional – “*que este se dê*”. Mas, é, pois, essa “entrega” do ponto de vista emocional que nos parece necessário reflectir. Nesta circunstância no caso do 1º ano, e dada a fase precoce de formação, digamos que há um desfasamento/ desequilíbrio entre as competências técnicas e as competências relacionais. Se nesta fase no caso das primeiras (competências técnicas) ainda dispõem de poucas oportunidades para demonstração e aplicação, no caso das segundas tanto da parte dos estudantes, dos profissionais em exercício, como dos utentes, reconhece-se que estes têm (deveriam ter) em si pelo menos essa predisposição e é socialmente esperado que a possam desenvolver (porque fizeram uma opção de curso com critérios que se supõem reflectidos).

Cabe-nos perguntar: com avaliar essa(s) predisposição(ões)? Em que estágio de desenvolvimento estas se encontram? Que recursos disponíveis?, Que à vontade? Que sentires?

A literatura disponível aponta no sentido da existência de uma dificuldade de distinção entre o trabalho do estudante e o trabalho do profissional. Com os estágios, progressivamente, os estudantes preparam-se para adoptar, a curto espaço de tempo, responsabilidades profissionais, as quais subentendem e exigem competências sociais e de integração no trabalho. É por intermédio destas competências que lhes são reconhecidas significações de pertença e ao mesmo tempo que é adquirida, progressivamente, a sua pertença social. Acrescem a estas competências as competências profissionais e as competências pessoais, que no seu conjunto são estruturantes da identidade.

Pineaud (citado por Mestrinho, 1997) refere-se à existência não só de diversas modalidades de formação como de contextos para a sua aprendizagem. No caso específico a que nos reportamos as duas estruturas principais são a escola e as organizações de saúde e as modalidades que estas assumem: genericamente, podem distinguir-se entre as modalidades formais e as modalidades informais. As primeiras ocorrem predominantemente durante a formação teórica. Quanto às segundas com frequência as aprendizagens que lhes dão origem ocorrem, sobretudo, durante a prática profissional/ ensino clínico e caracterizam-se pela forma desorganizada e pouco estruturada em que se desenvolvem. Apelidamo-las deste modo pois surgem sob condições nem sempre previsíveis, por vezes em momentos de stress e de necessidade de actuação imediata, e outras em momentos mais ou menos rotineiros, pelo que nem sempre os indivíduos percebem que estão a aprender. Mau grado as circunstâncias de aprendizagem, são essas vivências que se reflectem nas suas identidades (com marcas subjectivas nas suas competências profissionais, pessoais e sociais), porque influenciam de modos distintos as suas práticas.

A socialização profissional em geral, e de enfermagem em particular, resulta de um processo longo e intenso de aquisição de competências, quer em termos da eficácia na prestação

de cuidados⁴, quer em termos da sua organização individual enquanto sujeitos cuidadores. Mais importante do que procurar analisar o processo de formação⁵ a que os estudantes são sujeitos, é importante reflectir sobre as implicações que estes percursos têm ao nível do *Eu* – “não é tanto aquilo que aprendemos mas aquilo em que nos tornamos” (Mestrinho, 1995, 37).

2. (Instâncias de) socialização e transmissão cultural

Durkheim entende que a educação é um processo de socialização e que a escola é uma instância especializada onde tal processo tem lugar de uma forma caracterizadamente racionalizada. Esta socialização visa integrar o indivíduo na ordem social existente, isto é, torná-lo solidário com as normas, costumes, comportamentos e com os padrões culturais que são reconhecidos como identificadores dessa sociedade.

O processo de socialização implica uma transmissão cultural, pelo que não se opera no vazio e de uma forma despersonalizada. Desencadeia-se numa instituição específica ela mesma *situs* de produção cultural e decorre da intervenção de um extracto dessa sociedade. No caso específico da enfermagem, as estruturas de saúde são os contextos, que como refere Graça Carapinheiro mais se encontram carregados de simbolismos, significações, saberes e poderes, (Carapinheiro, 1993) onde se movimentam diversos actores – o conjunto dos profissionais de saúde, os professores orientadores dos ensinamentos clínicos, os alunos em formação e os utentes – cada um deles com posições e objectivos diferenciados.

Se não cabe no âmbito desta reflexão uma referência ao papel de cada um dos actores, porque não é esse o objectivo, apenas no caso dos professores orientadores dos ensinamentos clínicos nos merece uma referência. Ocupam uma posição estratégica enquanto corpo de agentes especializados e mandatados para realizar o processo de socialização pois são eles quem mais modifica nos alunos em formação essa mesma socialização, dadas as condições que lhes proporcionam, o apoio que lhes dão, e a abertura com que o fazem. Em virtude do trabalho de relação muito próximo que desenvolvem com o aluno, surgem como figuras de referência, modelos a seguir, não sendo inócuos/ indiferentes os seus próprios padrões culturais.

Cada um de nós enquanto actores sociais somos objecto e sujeitos de transmissão cultural e, portanto, agentes de socialização. Levamos para as estruturas de saúde os nossos valores pessoais, as representações sociais construídas acerca das organizações de saúde, os modelos de formação aceites e partilhados na escola⁶ e recebemos destas estruturas conhecimentos e capacidades que nos permitem intervir socialmente. Transportamos connosco um legado importante decorrente dos contextos institucionais, sócio-económicos e culturais em que cada indivíduo vive, sendo que ao contrário de outros processos de socialização «naturais» ou «selvagens», a formação consiste num processo de socialização intencional e organizado (Nóvoa, 1988), que responde a objectivos concretos e previamente determinados. É, pois, por esta intencionalidade e determinismo das opções que se tomam ao longo da formação pessoal e/ou profissional que se torna necessário reflectir, a partir do contributo de diversas áreas disciplinares, sobre as implicações na estruturação das identidades suas individuais?

Diríamos que as estruturas de saúde de hoje espelham os contornos dos percursos da formação e as marcas dessas identidades individuais, porventura, em tempos menos reflectidas ou mais centradas noutra(s) cultura(s) de valores.

⁴ Refira-se que nas últimas décadas a profissão de enfermagem tem encetado um processo intenso de definição e ajustamento das diferentes orientações em enfermagem (o cuidar e o tratar), no sentido de, enquanto grupo profissional, se autonomizar do cumprimento de prescrições médicas.

⁵ Nesta incluímos todos os contributos do componente teórica do curso, bem como as aquisições decorrentes das experiências de ensino clínico.

⁶ No caso da escola e, concretamente dos alunos que a frequentam dá-se um processo personalizado de transmissão cultural, isto é uma segunda aculturação, a que Bourdieu (1989) chama de reprodução cultural.

3. Avaliação das experiências dos estudantes de enfermagem no confronto com a (futura) realidade profissional

Uma “cultura de práticas reflexivas” instituída em fases precoces da formação, parecem contribuir para que os futuros profissionais tenham maior predisposição para compreender algumas das contradições das experiências vivenciadas e contribuírem para alterar alguns dos constrangimentos estruturais que os impedem de realizar objectivos profissionais e pessoais.⁷

Os ensinamentos clínicos independentemente dos seus objectivos e duração, constituem, regra geral, contextos curriculares bastante valorizados pelos estudantes, que os qualificam como muito gratificantes, pois, tratam-se de momentos do percurso formativo onde se passa da teorização à visualização e operacionalização de procedimentos, mesmo que efectuados mediante a supervisão quer dos orientadores das instituições de estágio, quer dos professores da escola.⁸

O grau de satisfação dos alunos com as experiências vividas tem uma relação directa com o tipo de articulação entre a escola e as instituições de saúde. As experiências são tanto mais ricas quanto mais despertos estiverem os dois lados implicados para a necessidade de dar resposta a uma “gula”, por vezes, excessiva de saber-fazer, quando aquilo que transportam consigo⁹ e que é esperado que operacionalizem é, apenas, um *saber* teórico rico mas ainda a desabrochar e, por outro lado, que esse seja ajustado com um saber eminentemente prático (*saber-fazer*), que privilegia a acção, mas onde nem sempre se encontram espaços e tempos para reflexão do porquê daquilo que se faz.

A eficiência técnica e as competências dos alunos em estágio não é apenas avaliada pela capacidade de fazer bem a cama do doente, de lhe prestar cuidados de higiene, de lhe saber medir a tensão arterial ou de lhe dar correctamente um injectável, mas antes fazem parte dos actos de enfermagem a relação terapêutica com o doente e, em sentido mais amplo, a relação social (considerada) no decurso de um processo de cuidar. É nesta relação que se lançam as variáveis relativas aos contextos sócio-culturais de proveniência dos utentes, às características individuais dos mesmos, às lógicas de comunicação que se materializam com os utentes mas também entre os profissionais e entre estes e os actores em formação. Assim, o saber-fazer que se procura desenvolver nos alunos desde os momentos iniciais do curso consistem no(s) *saber(es)-fazer social*, que (num âmbito como aquele que é vivido durante a prática clínica) tem como principal fim o conhecimento dos locais de trabalho, dos comportamentos esperados, das normas, das atitudes, dos valores e qualidades pessoais necessários ao exercício de uma determinada profissão, onde as lógicas de comunicação e compreensão das atitudes relacionais consistem nos aspectos principais.

Questionámos os estudantes sobre o modo como avaliavam as relações estabelecidas no contexto da prática clínica tendo em conta as suas necessidades pessoais de apoio no momento, sabendo de antemão que cada um transporta para os contextos de estágio as marcas das suas referências pessoais acerca da saúde, da doença, da dor, do sofrimento, da morte. Estas

⁷ Assim sendo, e com objectivo de avaliar as experiências iniciais de contacto com os campos de estágio, procedemos à aplicação de um inquérito por questionário à totalidade dos estudantes de enfermagem no ano lectivo de 2002/2003 a frequentar o 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem na ESEnfCGL. A recolha de informação foi feita sempre no final de cada um dos ensinamentos clínicos: vertente comunitária (1ª e 2ª fase) e vertente hospitalar.

⁸ É relativamente comum encontrar na literatura de enfermagem a distinção entre os teóricos e os práticos de enfermagem. Os primeiros dizem respeito aos profissionais em exercício da docência, os segundos dizem respeito aos profissionais de enfermagem em exercício nas unidades prestadoras de cuidados, sejam estas de internamento ou ambulatório, a nível hospitalar ou a nível de comunidade e dos centros de saúde.

⁹ No decurso da componente lectiva deparamo-nos com diversas situações em que os alunos expressam, de forma clara, e por vezes em fases muito precoces, a vontade de verem operacionalizados conteúdos teóricos e de conhecerem os seus futuros contextos de trabalho e acompanharem de perto o trabalho de enfermagem: “(...) até aqui tem sido muita teoria, estou desejosa de ir para a prática...”; “(...) já queria estar a ter possibilidade de fazer coisas directamente com utentes...”.

referências para além de uma prática técnica exigem uma prática psicológica e sociológica, no sentido de atingir uma relação social efectiva e significativa para si e para aqueles com quem se estabelece contactos. Ao comparar os resultados dos três momentos de estágio, ressalta da que as necessidades de apoio da escola aumentam consoante a maior complexidade dos contextos de trabalho e o grau de gravidade das situações clínicas com que os alunos são confrontados. Há medida que se complexificam as tarefas exigidas mais são os alunos que vêm a relação com os utentes como importante para o desempenho das suas tarefas. Diríamos que se reforça uma certa tomada de consciência da pessoa, numa perspectiva relacional, o que abre caminho à aquisição de atitudes de reflexão pessoal, que importa considerar e apoiar.

As dimensões do *saber-ser* e *saber-estar* destacam-se e sobrepõem-se às dimensões do *saber-fazer*. Neste sentido, a informação disponível fez sobressair a necessidade de nos primeiros momentos de estágio dirigir o enfoque de aprendizagem a partir da compreensão das comunidades sociais locais, das suas especificidades e dos modos de organização básicos, onde as condições de saúde dessas mesmas populações são uma das vertentes importantes. É nesta pertinência que os contributos das ciências sociais se tornam particularmente importantes, designadamente o papel da sociologia como suporte de leitura daqueles quadros sociais.

A avaliação da experiência de ensino clínico por intermédio da segurança do inquirido no que respeita à sua preparação técnica e emocional para os seus desempenhos leva-nos a questionar os moldes de estruturação do curso e a insistir na valorização dos cuidados de saúde na comunidade em detrimento dos desempenhos em cuidados de saúde diferenciados, sem menosprezo da importância de cada uma delas. A segunda decorrerá da primeira, já que o domínio dos cuidados de enfermagem se situa, pelo menos num plano teórico, no âmbito do cuidado à pessoa com necessidades e à família. É, pois, desde as fases mais precoces do processo de formação que se torna importante desenvolver competências sociais e profissionais no sentido de abandonar o modelo biomédico fortemente instituído e o centramento nos cuidados técnicos orientados e determinados pela situação de doença.

Insiste-se na necessidade de dotar os profissionais de saúde, e em concreto os estudantes de enfermagem, de competências que lhes permitam em situação clínica ou nos contextos de vida quotidiana (e não necessariamente em crise pela situação de doença) atender à pluralidade de situações terapêuticas e à diversidade de contextos culturais subjacentes a cada caso clínico.

Para esclarecer, e em jeito de síntese, importa referir que mau grado o que afirmámos anteriormente acerca de uma centralidade conferida à dimensão humana dos cuidados de enfermagem em situação de comunidade, não estamos a negar a importância dessa dimensão da prestação de cuidados em contexto hospitalar mas, apenas, a reforçar o facto de as situações por serem menos agudas e de se dispor, a partida, de maior informação sobre a situação social do doente, serem razões importantes para o reforço daquele que é o primado de um trabalho de intervenção social em comunidade. Reforçamos, portanto, a convicção de que o processo de aprendizagem dos estudantes deve ser da comunidade para o hospital, numa lógica de afastamento das suas redes de proximidade para os contextos da técnica e da especialização.

Bibliografia

- ABREU, Wilson (2003), *Saúde, Doença e Diversidade Cultural*, Lisboa, Instituto Piaget.
- BOURDIEU, Pierre (1989), *O Poder Simbólico*, Lisboa, Difel.
- CANÁRIO, Rui (1997), *Formação e Situações de Trabalho*, Porto, Porto Editora.
- CARAPINHEIRO, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital. Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto, Edições Afrontamento.
- CARVALHAL, Rosa (2002), *Parcerias na formação. Papel dos Orientadores Clínicos – Perspectivas dos Actores*, Loures, Lusociência.

COLLIÈRE, Marie Françoise (1989), *Promover a Vida*, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

DUBAR, Claude (1997), *A Socialização: Construção das Identidades Sociais e Profissionais*, Porto, Porto Editora.

LOPES, Noémia (1994), *A Recomposição dos Saberes, Ideologias e Identidades de Enfermagem – Estudo Sociológico em Contexto Hospitalar*, Tese de Mestrado em Sociologia do Trabalho, Lisboa, ISCTE.

MESTRINHO, M^a Guadalupe (1997), *O Choque da Realidade dos Enfermeiros no Início de Carreira: Estudo de Caso – Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação*, Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

NÓVOA, António; FINGUER, Mathias (1988), *O Método Autobiográfico e a Formação*, Lisboa, DRHS.

STRAUSS, Anselm (1992), *La Trame de la Négociation*, textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, Éditions L'Harmattan.

Plano de Estudos do Curso de Enfermagem, Abril 2000.