

Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem

MIGUEL NUNES SERRA

miguel.serra@esenfcgl.pt

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

RESUMO:

Este artigo tem como objectivo principal apresentar alguns elementos que a literatura baseada na investigação tem apontado como pertinentes para a compreensão do modo como os estudantes de enfermagem estruturam a sua identidade profissional. Estes elementos emergem de uma pesquisa teórica preliminar à investigação em curso (no âmbito do doutoramento em Ciências da Educação na área de especialização em Formação de Adultos, da FPCE-UL) sobre o processo de construção da identidade profissional, vivido e descrito por estudantes de enfermagem, ao longo da sua formação inicial. Da pesquisa elaborada até ao momento salientam-se três grandes dimensões teóricas: As identidades profissionais da própria profissão de enfermagem e o seu processo de construção do ponto de vista histórico; os discursos e práticas no contexto do ensino de enfermagem; e a experiência vivida dos estudantes de enfermagem. Por fim, apontam-se alguns aspectos relacionados com a metodologia e a operacionalização programada para o estudo.

PALAVRAS-CHAVE:

Estudante de enfermagem, Enfermagem, Identidade Profissional.

INTRODUÇÃO

Este trabalho enquadra-se no âmbito da pesquisa desenvolvida até ao momento no curso de Doutoramento em Ciências da Educação, na área de especialização em Formação de Adultos e procura explicitar um conjunto de dimensões que pensamos serem centrais para o estudo da construção da identidade profissional, em estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE).

Partimos do pressuposto teórico de que a experiência do estudante de enfermagem é, ela própria, um processo de socialização na profissão, e que contribui determinantemente para a produção de uma identidade profissional. Sendo a construção da identidade um processo de carácter eminentemente relacional, e sendo o seu produto sempre provisório, importa considerar, por um lado, como os fenómenos estruturais de ordem macrosociológica afectam as atitudes e os comportamentos dos estudantes e que papel é atribuído aos estudantes de enfermagem. Por outro lado, interessa também desvendar qual a interpretação e operacionalização que destes aspectos os indivíduos fazem, e que sentido, na acepção de Denzin (2002), conferem à sua acção.

Adoptando a perspectiva de Friedberg (1995) de que actores e sistema são co-constitutivos, procuraremos neste texto aflorar algumas dimensões que enquadrem globalmente a experiência dos estudantes de enfermagem, e que possam constituir um ponto de partida teórico consistente para a pesquisa a que nos propomos.

MUTAÇÕES IDENTITÁRIAS NA ENFERMAGEM

A compreensão da forma como se estrutura na actualidade qualquer campo disciplinar subentende a necessidade de conhecer os processos históricos que caracterizam a evolução da profissão e do seu ensino, possibilitando quer, por um lado, um entendimento mais esclarecido, quer, por outro lado, lançar alguma luz sobre aspectos que, superficialmente analisados, poderiam parecer anacrónicos ou ininteligíveis. É nesta lógica que interessa, na análise dos processos subjacentes à construção por parte dos estudantes de enfermagem da sua identidade profissional, compreender as origens da disciplina, fundada na segunda metade do século XIX, no fogo cruzado da disputa da prestação de cuidados de saúde, entre um crescente poder médico laico que tinha do seu lado o rigor da ciência moderna positivista, e as históricas ordens religiosas de base caridosa. Tornadas “santas laicas”, as enfermeiras deveriam deter, a par de um conhecimento de natureza científica: “(..)as mesmas qualidades morais que aquelas que tradicionalmente eram atribuídas às religiosas: a vocação, a devoção, a honestidade e a ausência de vida privada (Carricaburu & Menoret, 2004, p. 66).

Esta origem, por um lado dual, (do ponto de vista dos valores da profissão), por outro lado como actividade profissional destinada a cumprir acções exogenamente prescritas, (do ponto de vista da autonomia científica e dos saberes que lhe subjazem),

contribuiu, decisivamente para aquilo que Canário (2005a) classifica como uma “difícil construção da profissão de enfermagem”.

Ao longo do processo de profissionalização da enfermagem, uma elevada taxa de feminização do grupo profissional (tornando-a uma actividade “sexualizada”), parece para Amendoeira (2006) ter ajudado a sustentar, através da via dos saberes e poderes uma relação crónica de subordinação às estruturas de poder na saúde, de onde se destaca o grupo profissional dos médicos. É nesta linha que a divisão do trabalho na área da prestação de cuidados de saúde não decorre somente como o resultado do desenvolvimento tecnológico, das necessidades efectivas dos utentes dos serviços de saúde, ou da investigação e de competências desenvolvidas endogenamente aos próprios grupos profissionais, mas sim, também como resultado de pressões políticas da parte da profissão dominante, e como tal, externamente determinadas (e aceites) relativamente ao grupo profissional dos enfermeiros, como ilustram Carricaburu e Menoret: “(...) não podendo eliminar as actividades concorrentes a profissão médica obteve poder para as controlar (...) Como em todas as actividades, a profissão médica procura guardar para si aquelas que são mais prestigiadas. Por consequência vai delegar aquelas que pensa poder dispensar, em particular aos enfermeiros, que reproduzem eles mesmo este tipo de comportamento com os auxiliares” (2004, p. 65).

Outros sinais desta polarização entre trabalho médico e trabalho “paramédico”, são evidentes na análise dos contextos de prática. O trabalho médico está fortemente associado a uma actividade de diagnóstico, e de estabelecimento do tratamento, pelo que é essencialmente de natureza cognitiva, enquanto que o trabalho dos enfermeiros está associado a uma dimensão eminentemente do domínio do fazer, e portanto mecânica (Carapinheiro, 1998). Por outro lado, como salientam Carricaburu e Menoret (2004), o contacto com a “sujidade” também serve para perceber o lugar que se ocupa na escala hierárquica nos serviços. Em certa medida a sujidade a que se está exposto é inversamente proporcional à proximidade que se tem do topo desta hierarquia. Ainda na óptica da divisão do trabalho, um desenvolvimento tão próximo (e dependente) do modo de trabalho médico determinou também que, ao nível

da diferenciação endógena do grupo profissional, esta fosse contaminada pelas áreas de diferenciação profissional médica (Canário, 2005a).

Em síntese, a enfermeira era até há pouco tempo alguém de quem se esperava que, de uma forma inteiramente dedicada (e se necessário evidenciando algum espírito de sacrifício pessoal), fosse competente na gestão dos aspectos domésticos na prestação de cuidados, aliada a competências motoras de destreza manual e revelando compaixão pelo outro e pelo seu sofrimento (Amendoeira, 2006), exigindo-se-lhe ainda um trabalho de controlo social sobre os doentes (Carapinheiro, 1998).

No passado recente a integração da enfermagem no ensino superior, no seguimento de um desenvolvimento gradual, foi entendida como uma forma de reconhecimento científico, e uma possibilidade de reforço da profissão, concorrendo para o acréscimo da qualidade dos cuidados prestados e abrindo definitivamente as portas à investigação e à produção de conhecimento específico na disciplina. Desta forma, e desde então, decorreu um aumento marcado das qualificações académicas e profissionais dos enfermeiros, e dos processos de produção de conhecimento sobre a própria enfermagem (Canário, 2005a), simultaneamente ao maior reconhecimento social da profissão com o estabelecimento da Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade responsável pela auto-regulação profissional em enfermagem. No presente, para Abreu (2001) este processo de reconfiguração identitária da enfermagem mantém-se e deve ser compreendido à luz dos processos de mudança social global.

A sociologia das profissões tem demonstrado que os territórios profissionais são fluidos, e as fronteiras, a existirem, estão em permanente construção. Nos contextos de prestação de cuidados de saúde esta questão é ainda mais actual: se por um lado, a tecnologia crescente e a diferenciação do saber não pára, surgindo quotidianamente novas tarefas a serem realizadas (Carricaburu & Menoret, 2004); por outro, estes contextos são cada vez mais heterogéneos e fragmentados, pelo que novas fronteiras profissionais há que delimitar. Para os mesmos autores a hiperespecialização do saber traz consigo também a necessidade de cooperar multidisciplinarymente. O aparecimento, a (re)valorização ou (re)definição de outros actores ligados à prestação de cuidados de

saúde, ou mesmo daqueles que trabalham em contacto directo com os enfermeiros tem determinado alguma apreensão no seio da enfermagem. Se em parte este é um processo comum no âmbito dos territórios profissionais, por outro lado pode estar relacionado com uma dificuldade crónica em precisar com exactidão quais são os contornos e os limites da actividade dos enfermeiros (Amendoeira, 2006).

Ainda do ponto de vista sociológico, a compreensão da construção das identidades profissionais e da socialização profissional, na época moderna, implica a adopção de um olhar que relativize a lógica das *instituições totalitárias* de Goffman (2003) e do *programa institucional* de Dubet (2002), que configuravam uma integração total por parte dos indivíduos, de papéis sociais e padrões normativos externamente determinados, e que simultaneamente privilegie uma perspectiva dinâmica de construção activa pelo indivíduo da sua própria identidade (Dubet, 2002), articulando e negociando constantemente normas e valores institucionais (por vezes contraditórias) dando expressão ao que Kaufmann (2005) referiu como uma: “misteriosa emancipação abstracta do indivíduo”.

O ENSINO DE ENFERMAGEM

Em Portugal, a finalidade manifesta do ensino de enfermagem, passava nos seus primórdios, no final do século XIX, pela preparação de profissionais que cumprissem as indicações do médico e desempenhassem em permanência a figura de auxiliar deste, obedecendo-lhe acriteriosamente. No início do século XX as escolas não dispunham de regulamentação própria sendo consideradas parte integrante dos hospitais, sem qualquer autonomia (Amendoeira, 2006), pelo que os estudantes se podiam converter, ainda enquanto aprendentes, em empregados do hospital, sem receberem remuneração e eram sujeitos às exigências e normas comportamentais correspondentes à sua posição nas hierarquias dos serviços (Soares, 1997).

O ensino teórico, inicialmente conceptualizado e operacionalizado por médicos, passou posteriormente a ser operacionalizado também por enfermeiros. Quanto ao ensino prático, quando existia, era, como admite Amendoeira: “(...) feito por

enfermeiras que pouco sabiam e não tinham tempo disponível, ou não se interessavam por orientar alunos. A aprendizagem era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas, sem qualquer orientação e relação com os conteúdos teóricos, limitando-se muitas vezes à observação do trabalho das enfermeiras” (2006, p. 131).

Neste cenário em que o ensino prático no meio hospitalar permaneceu, regra geral, durante a primeira parte século XX sem linhas orientadoras claras e uniformes, sendo os estudantes distribuídos por serviços de internamento onde o seu trabalho era insuficientemente supervisionado, e utilizado como mão de obra barata (Soares, 1997), facilmente os interesses da aprendizagem eram relativizados ou esquecidos, não havendo separação clara do espaço-tempo de formação do espaço-tempo de trabalho.

É na segunda metade do século XX que o ensino prático começa gradualmente a ser valorizado como espaço de aprendizagem com lógicas próprias, influenciado pela forma como o saber e as questões da prática educativa eram conceptualizadas, e ao qual é necessário dedicar alguma atenção e disponibilizar recursos humanos específicos e qualificados, e recursos físicos e materiais adequados. Do ponto de vista da filosofia curricular, e até ao final da década de 70, a formação em enfermagem foi claramente dominada pela perspectiva da racionalidade técnica inerente à perspectiva biomédica, que assenta na base de cura da doença e alívio dos sintomas (Amendoeira, 2006). Foi no início da década de 80 que ocorreu uma mudança na configuração dos currículos escolares, passando estes a compreender a perspectiva do *cuidar-curar*, enquadrável num: “paradigma de enfermagem contemporâneo emergente” (Amendoeira, 2006, p.34), e havendo uma revalorização da relevância curricular atribuída às ciências sociais e humanas, anteriormente subjugadas pelas ciências biomédicas.

Ao longo da história do ensino de enfermagem as condições de acesso ao curso alteraram-se substancialmente, incluindo em algumas épocas requisitos de natureza extra académica como a exigência do estado civil de solteira ou viuvez sem filhos (Soares, 1997), desaconselhando-se, mesmo formalmente em alguns períodos, o ingresso de alunos do sexo masculino (Amendoeira, 2006). De uma forma gradual, as habilitações académicas mínimas exigidas

aumentaram, passando, a partir da década de 70, a filosofia educativa a considerar o estudante de enfermagem como um ser em construção de quem se espera uma atitude crítica e construtiva face à realidade, e não um mero executor de tarefas, externamente determinadas. Passa-se também a valorizar, pelo menos no plano discursivo, a participação dos alunos na vida escolar e na operacionalização das práticas educativas. Este processo de desenvolvimento da formação inicial em enfermagem culminou em 1990 na integração no ensino superior, e em 1999 com a passagem a curso de licenciatura em Enfermagem, acompanhando de resto um movimento generalizado ao nível do mundo ocidental (Watson, 2006).

Hoje, a formação inicial em enfermagem desenvolve-se, basicamente, em dois contextos (teórico/teórico-prático na escola, e ensino clínico nos contextos de prestação de cuidados) de características bastante diferenciadas, relativamente a várias dimensões (intervenientes de referência na formação, tempos e espaços de aprendizagem, natureza dos saberes e competências a desenvolver, objecto de intervenção dos estudantes, trabalho esperado do estudante e avaliação).

Relativamente ao contexto teórico, mais académico, é consensual a noção de que este possibilita aprendizagens que se podem fazer exteriormente ao contexto do exercício profissional. Os contextos de ensino clínico como os serviços hospitalares ou os centros de saúde constituem-se como um local privilegiado de contacto com a prática profissional de uma forma acompanhada, constituindo uma concretização da “inserção social da aprendizagem” Canário (2005b), onde se espera que o estudante desenvolva novas competências, a par da aplicação de saberes desenvolvidos no período teórico. Não obstante a evolução conceptual e operacional das últimas décadas, o ensino de enfermagem é atravessado ainda hoje (e inevitavelmente?) por algumas contradições fundamentalmente relacionadas com a relação entre o contexto teórico e o prático.

Do ponto de vista dos princípios que norteiam a acção, salienta-se a incompatibilidade prática entre uma lógica da assistência ao utente face a uma lógica de aprendizagem do estudante, uma vez que ambos os desempenhos têm distintos objectos de

acção, com diferentes necessidades, que coexistem num mesmo ponto do espaço-tempo (Serra, 2005).

Por outro lado, os intervenientes no processo têm por vezes diferentes (e divergentes) concepções do que deve ser o seu desempenho. Tal como revela Rodrigues (numa descrição curiosamente sobreponível com outra referência supracitada dos contextos de prática no início do século XX), a investigação, tem demonstrado que “(...) muitas vezes nem os supervisores [profissionais] nem os supervisionados [estudantes] estão conscientes da natureza e do lugar específico da prática profissional no desenvolvimento do currículo de formação inicial. As práticas dos estudantes-futuros-enfermeiros são demasiadas vezes percebidas como um momento que permite a observação da sua performance, numa perspectiva frequentemente aplicacionista, apontando apenas para a certificação profissional, ou, como um momento relevando, sobretudo, do ritual (sofrido) de iniciação ao posto profissional” (2007, p. 87).

Por fim, do ponto de vista da filosofia curricular do CLE, e não obstante um discurso institucional que atribui um enfoque especial aos cuidados de saúde primários, Antunes (2007) conclui, a partir da sua investigação, que os resultados obtidos reforçam um centramento da formação inicial de enfermeiros numa cultura hospitalocêntrica. No sentido de inverter esta tendência, a mesma autora propõe o investimento da formação “(...) numa lógica progressiva de desenvolvimento de competências que se desloca da comunidade para o hospital. No caso do estudante, das suas redes de proximidade para os contextos da técnica e da especialização” (2007, p. 120). Pretende-se nesta lógica, e em ordem à socialização inicial à profissão, partir do desenvolvimento de competências ao nível da prestação de cuidados gerais, sobretudo no âmbito da prevenção, insistindo na valorização dos cuidados de saúde na comunidade sem relativizar a importância dos cuidados de saúde diferenciados.

A EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTE DE ENFERMAGEM

A experiência de “ser aluno” determina um estatuto transitório (Coulon, 2005), na medida em que

a escola é vivida muitas vezes como uma antevisão e preparação para o futuro e não como o presente em si mesmo (Perrenoud, 1995). Ainda assim, ser aluno compreende o desenvolvimento ao longo da (longa) vida escolar, de um saber agir específico e complexo que conotam esta actividade com um *ofício* (Coulon, 2005; Perrenoud, 1995), constrangido por uma série de elementos, determinando uma *condição estudante* (Felouzis, 2001), condição esta caracterizada por uma grande heterogeneidade de experiências (Sacristán, 2003). Ainda na mesma linha, para Bronfman e Martinez (1996), a aprendizagem do papel de estudante é mesmo uma das primeiras aprendizagens que a criança desenvolve fora do ambiente familiar.

Historicamente tem sido esperado, do aluno, um conjunto de comportamentos específicos associados a um estatuto de menoridade (Sacristán, 2003), que tem origem na figura da criança a educar, confundindo-o com a própria infância. Deste modo, a figura do aluno, independentemente do grau de ensino em que o indivíduo se situe, encontra-se ainda hoje imbuída de uma forte conotação de inferioridade face a algo (um saber específico, uma actividade profissional), ou a alguém (o professor).

A entrada no ensino superior é determinada nos estudantes pela procura de uma área de actividade definida que admita perspectivas profissionais, baseadas em relatos de pessoas conhecidas ou em representações sociais da área escolhida, construídas ao longo do seu processo de vida, sendo que esta passagem comporta especificidades e competências novas que há que desenvolver, de uma forma mais ampla, pelas características do próprio ensino superior, mas, em concreto, também competências específicas relativas à natureza da formação e da instituição que se frequenta.

Neste sentido, para Coulon (2005) a primeira tarefa que um estudante deve cumprir quando chega ao ensino superior é aprender o seu trabalho de estudante. A iniciação ao novo contexto e os respectivos rituais de passagem conduzem a um processo de mudança de estatuto de *aluno* para *estudante* (Coulon, 2005). Para este autor, a entrada no ensino superior, e o tornar-se um “membro” no sentido etnológico do mesmo, compõe-se em três distintos momentos, genericamente coincidentes de resto, com outras tipologias de rituais de passagem: uma

separação com o estatuto passado; uma fase intermédia de *ambiguidade*; e uma fase final de *conversão*. Felouzis (2001) refere-se ao processo de integração do estudante no ensino superior como um período de (re)construção identitária em que, não obstante o enorme peso institucional da escola e da sua condição de estudante aparentemente não concederem grandes margens de acção individual, os indivíduos não se constituem, de todo, elementos passivos no seu percurso escolar. Os sucessos, os insucessos e as transformações porque passam são também fruto de uma acção pessoal que se constrói diferentemente de indivíduo para indivíduo, de curso para curso, e de instituição para instituição.

Do ponto de vista do percurso de vida do indivíduo, a frequência do ensino superior coincide temporalmente, na maior parte dos estudantes, com transformações relacionadas com as suas próprias condições de existência que se consubstanciam na passagem da adolescência tardia para o estado adulto. Esta fase da trajectória de vida dos indivíduos que tradicionalmente compreendia um processo mais ou menos linear de transição, para um destino, descrito por Pais (2001), como *metasocialmente* conferido, e compreendendo pontos de chegada previsíveis, claros e assegurados, é hoje descrita (fruto de factores como a maior dificuldade em assegurar um emprego ou novas formas de parentalidade e de conjugalidade) como um fenómeno de *desinstitucionalização da condição juvenil*, ou *singularização biográfica*.

O estudante de enfermagem partilha naturalmente do processo de adaptação ao ensino superior tornado específico pelas particularidades inerentes ao processo de socialização à enfermagem enquanto profissão.

Sendo a enfermagem herdeira de uma imagem social decorrente de uma dupla filiação, de ordem conventual e médica (Collière, 1999), e em parte por consequência, herdeira também de uma relação problemática com o saber, possuindo um *saber periférico*, face a outros profissionais a quem se atribui um *saber sagrado* (Carapinheiro, 1998), são, por esta via, os processos de formação dos futuros profissionais influenciados bem como o próprio processo de organização da instituição escolar. Assim, importa perceber de que forma se relacionam, enquanto estudantes, os futuros profissionais com

o saber, em ordem à constituição da sua identidade profissional. O estudo da relação dos indivíduos com o saber deve residir, tal como defende Charlot, numa procura abrangente: “(...) das relações com os lugares, com as pessoas, com os objectos, com os conteúdos de pensamento, com as situações, com as normas relacionais (...)” (1997, p. 91), tendo em atenção a necessidade prévia de que, e ainda nas palavras do mesmo autor: “não existe ‘relação do saber’ sem sujeito” (Ib., p. 35), pelo que o estudo das relações com o saber é indissociável do estudo dos próprios sujeitos, não se devendo fazer a “economia do sujeito”.

A questão do acesso ao mundo do trabalho tem sido um factor importante na procura do curso de enfermagem e do acesso à profissão, uma vez que o mercado de trabalho tem tradicionalmente, e até aos últimos anos, absorvido os enfermeiros recém-formados, o que no actual cenário de impossibilidade de conseguir um emprego imediatamente após a formação no ensino superior, para muitos cursos, torna a licenciatura em enfermagem um curso altamente apetecível. De entre as razões da escolha do acesso ao curso de enfermagem destacam-se pela sua frequência a possibilidade do exercício de uma “vocação assistencial” de auxílio ao próximo e o gosto pelo contacto humano, ainda que, como refere Canário (2005a), as suas escolhas profissionais iniciais se centrem habitualmente nos locais de prestação de cuidados onde domina o primado da tecnologia. Por outro lado, coloca-se, no momento de decidir o acesso a um curso, a questão da proximidade, (ou interpenetração) com a área médica que tem sido historicamente uma área bastante desejada pelos estudantes do ensino secundário, pelo que, para alguns indivíduos, a frequência da enfermagem se consubstancia assumidamente como um ponto de passagem ou de preparação estratégica para nova tentativa, no ano seguinte, para o acesso ao curso de medicina.

Inscrevendo-se a enfermagem num quadro de “profissões de relação”, o currículo da licenciatura compreende necessariamente uma forte componente de dimensões não só na área da relação *interpessoal*, mas também da relação *intrapessoal*, quer no período teórico, quer de uma forma mais envolvente no período prático, de confronto real com os utentes. Assim, para o estudo da experiência vivida

pelos estudantes de enfermagem é absolutamente central considerar o *trabalho emocional* realizado por estes durante o curso, num *continuum* de experiências emocionalmente intensas que percorre todo o ciclo de vida humano, podendo-se destacar a título de exemplo, e pelas suas especificidades, os momentos do nascimento e da morte, ou de sofrimento intenso.

O papel da formação inicial em comunicação, ou do lidar com a morte e a irreversibilidade dos sintomas, e especificamente a comunicação em áreas como os cuidados paliativos têm sido amplamente referenciados. Tal como defendem Barbosa (2004), Buckman (2000) e Frias (2003), estas dimensões do desempenho nem sempre são alvo da atenção que se justifica, ao longo dos processos de formação inicial dos técnicos de saúde. Magalhães (2007) refere que, de entre o conjunto de técnicos de saúde, os enfermeiros são os que mais tempo passam a cuidar de doentes em fim de vida, sendo a partir desta realidade que os estudantes de enfermagem participam activamente neste trabalho. O mesmo autor, em estudo que procurava dar visibilidade a algumas dimensões das experiências dos estudantes de enfermagem enquanto cuidadores de doentes em fim de vida, refere que esta experiência é julgada pelos próprios como uma fonte de desenvolvimento pessoal e geradora de momentos de grande intensidade emocional.

Para lá do registo concreto da confrontação com a morte e situações de sofrimento, e do que isso implica do ponto de vista do desenvolvimento pessoal, o currículo formal do CLE, no contexto do desenvolvimento de competências no aspecto relacional, coloca um grande enfoque na personalidade dos estudantes, e conduz, do ponto de vista psicológico, a práticas de confrontação consigo mesmos ou com os docentes, que podem não ser bem vivenciadas, ou gerar sentimentos de intrusão a domínios mais íntimos da sua personalidade (Dubet, 2002). Um outro aspecto que se pode consubstanciar numa especificidade da experiência do estudante de enfermagem é a dificuldade em objectivar o que é esperado de si (e proceder em conformidade), do ponto de vista da avaliação, quando o que está em jogo, para lá da execução das técnicas e protocolos de cuidados, ou da evocação e mobilização de conhecimentos de natureza teórica, é a demonstração de competências

de natureza relacional e de atitudes face ao outro, nas mais variadas circunstâncias.

A par das questões relacionadas com as competências que os estudantes devem desenvolver, a partir do currículo escolar formalmente estabelecido, a identidade dos alunos de enfermagem é vivida e construída por estes a partir de outras dimensões da sua vivência académica e escolar. Assim, paralelamente ao currículo formal, os estudantes experienciam em permanência um *currículum* oculto que resulta do conjunto de interações que se dão no quotidiano escolar (conscientemente determinadas ou não), em contexto da sala de aula, ou em qualquer outro aspecto da vida escolar (Santomé, 1995), e que reflectem, entre outros aspectos, a estrutura sócio-organizacional da escola e do ensino (Ribeiro, 1999), ou ideologias latentes (Sacristán, 2000). Do ponto de vista da experiência dos estudantes de enfermagem, a investigação, em Portugal, não tem privilegiado esta dimensão da sua experiência, destacando-se os estudos de Abreu (2001), Costa (1998) e Fernandes (2007), e mantendo-se a pertinência em desvendar que aspectos do seu quotidiano intervêm na construção deste currículo oculto, e de que forma condicionam a construção da sua identidade profissional.

Dada a sua dimensão interventiva, os contextos de prática clínica, como serviços hospitalares ou centros de saúde, constituem-se como um local privilegiado de *prática*. Do ponto de vista de quem aprende, é aí que estão verdadeiramente as situações de aprendizagem que implicam uma aplicação de saberes previamente adquiridos. Com efeito, as práticas clínicas podem-se constituir como uma concretização da “inserção social da aprendizagem”, sendo simultaneamente um prolongamento do território da escola que transcende as fronteiras escolares e que constitui um aspecto decisivo para a construção de sentido (Canário, 2005b). É através do contacto directo com a realidade, muitas vezes sem mediação imediata de outros membros da equipa pedagógica, ou num registo puramente informal (Abreu, 2001) e privilegiando-se a aprendizagem pela experiência, que os estudantes em contexto de prática clínica constroem um referencial identitário próprio, aprendendo a tomar consciência de si mesmos como profissionais. Para Abreu, este domínio é “(...) o espaço de eleição para o aluno se

libertar paulatinamente da tutela do professor ou do tutor, construindo a sua própria personalidade e definindo os seus espaços de autonomia” (2003, p. 24), condicionando redefinições identitárias relativas ao indivíduo, que se concretizam como ilustra Dubar “(...) pela e na actividade com outros (...)” (1997, p. 106). Chan (2001) adianta ainda que os estudantes referem os contextos de prática e os profissionais que neles encontram, como aqueles que se constituem como os mais determinantes na aprendizagem do seu papel profissional.

A inserção da actividade *ensino*, na dinâmica dos contextos de trabalho na prestação de cuidados, produz, no entanto, alterações que afectam quer recursos humanos, quer físicos, quer as suas dinâmicas de funcionamento interno, registando-se um processo de influência mútua entre práticas de trabalho e práticas educativas. Assumindo múltiplas formas, as práticas clínicas decorrem num meio complexo e de imprevisibilidade. Uma lógica de acção eminentemente rotineira e mecânica constitui um obstáculo determinante ao desenvolvimento por parte dos estudantes de momentos de reflexão *na* acção e *sobre* a acção, não promovendo o ensino clínico como um local de prática reflexiva (Fernandes, 2007). Um outro aspecto que caracteriza as práticas clínicas, está relacionado com a prestação de cuidados de saúde, pelo seu carácter frequente invasivo, quer física quer emocionalmente aos utentes dos serviços de saúde. O manejo de instrumentos que provocam dor, ou de fármacos que podem pôr em risco a vida das pessoas consubstancia-se também como uma potencial e importante fonte de ansiedade, para os estudantes (Fernandes, 2007).

A prática clínica, a par de uma acção dominada pela incerteza, pelos cenários reais em permanente mutação e por uma abordagem casuística das situações, revela também, e do ponto de vista dos estudantes, uma correspondência, nem sempre pacífica e por vezes impossível, entre os aspectos teóricos e os práticos, geradora ela mesma de um quase permanente conflito cognitivo, sentimentos de ansiedade ou de impotência nas práticas clínicas iniciais. De facto, um carácter dicotómico no ensino da enfermagem entre teoria e prática real de cuidados tem sido referido amplamente na literatura (Allmark, 1995; Corlett, 2000; Costa, 1998; Eklund-Myrskog, 2000; Fernandes, 2007; Landers,

2000), e constitui-se como um aspecto importante na produção da identidade profissional do estudante de enfermagem e relações que futuramente estabelecerá com a instituição escolar. Gallahger (2004), utilizando o termo anglófono do “gap” entre teoria e prática, refere, por outro lado, que este conceito se tornou de tal forma central e inquestionável nos discursos sobre o ensino de enfermagem que se tornou dogmático inviabilizando por vezes novas formas de pensar e agir.

As práticas clínicas constituem-se como um contexto que rompe com a lógica de largos anos de relação com a escola, com o saber e com os outros actores do contexto escolar, e que conferiram ao aluno alguma mestria na gestão das situações de sala de aula permitindo-lhe com frequência atenuar, ou mesmo inverter pontualmente, o diferencial de poder que está habitualmente associado à relação entre professor e aluno. No entanto, nas práticas clínicas, reúnem-se algumas condições que acentuam esse diferencial. A complexidade e imprevisibilidade nas situações de cuidados de saúde, por vezes pautadas por contornos de urgência, e a experiência profissional que os professores e os profissionais têm, conotam muitas vezes a perspectiva das práticas clínicas como uma experiência ansiogénica e a antevisão dos campos de estágio como campos de batalha.

Ainda assim, dependendo dos contextos e das lógicas de acção do momento, a relação dos estudantes com os professores e com o saber pode assumir outros contornos, já que nas práticas clínicas o professor deixa de ser o referente (único) do saber, porque o afastamento de uma prática regular e permanente o deixa por vezes do ponto de vista das competências psico-motoras em desvantagem face aos profissionais dos serviços. Em acréscimo, os relatos de colegas mais experientes que “já fizeram” aquele estágio, e que descrevem a sua experiência (ainda que curta de algumas semanas), parecem inspirar nos inexperientes um sentimento de inferioridade que os parece distanciar sobremaneira face aos colegas que se encontram no estádio seguinte. Os colegas mais velhos revelam-se também como informantes privilegiados, na medida em que se podem pronunciar sobre quais são os campos de estágio mais “fáceis” ou os professores e enfermeiros mais “simpáticos”.

PERSPECTIVA METODOLÓGICA

Em ordem aos cenários esperados e objectivos a atingir, programa-se a realização de um estudo de natureza qualitativa, de cariz etnográfico na linha do que defende Patton (1990), em que a essência das questões que norteiam a pesquisa obedece à lógica da busca de sentido que os indivíduos atribuem às suas actividades quotidianas. O olhar sobre a realidade deve-se dirigir simultaneamente para a acção dos indivíduos, bem como para os sentidos que estes lhe dão.

Este estudo terá um carácter longitudinal desenvolvendo-se ao longo de um CLE de uma escola superior de enfermagem de Lisboa, sendo o universo em análise o conjunto de estudantes deste curso. A estratégia de selecção de sujeitos será fundamentalmente orientada pelo método de amostragem por quotas (Beaud, 2003), (destacando-se como variáveis o: contingente de entrada no curso, o sexo, a idade, e o grau de preferência para o ingresso nesta licenciatura/escola aquando da candidatura), servindo o propósito de obter indivíduos, cuja experiência possa lançar alguma luz sobre diferentes modos de construção da identidade profissional em enfermagem, no contexto em causa. Não está no entanto, à partida, excluída a possível inclusão no estudo de novos sujeitos, cuja experiência se revele importante ao longo do estudo e em função da sua relevância para o mesmo, tal como Patton (1990) os define como “*information rich cases*”.

A recolha de informação com vista à produção de dados para submeter a análise de conteúdo mobilizará três técnicas de recolha de informação: a entrevista semi-estruturada, a observação participante de aulas teóricas, teórico-práticas e ensinamentos clínicos, para além de momentos diversificados da vida académica (em contexto escolar ou não), e a técnica dos incidentes críticos.

NOTA CONCLUSIVA

A experiência de estudante de enfermagem encerra em si mesma um processo de construção da identidade profissional, que não cessa durante o curso, mas que se prolongará ao longo da vida profissional do indivíduo. Como factor importante para a

compreensão deste fenómeno emergem as próprias identidades profissionais do grupo dos enfermeiros, e o modo como estas são percebidas e interpretadas pelos estudantes. De outro ponto de vista, o modo como a escola, quer enquanto conjunto de

experiências de âmbito curricular (programadas ou não), quer enquanto espaço-tempo de vivências pessoais é experienciada pelos indivíduos, é também incontornável no estudo da construção da identidade profissional em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho*. Coimbra: Formasau e Educa.
- ABREU, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinós clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- ALLMARK, P. (1995). A classical view of the theory-practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1, 22, pp. 18-23.
- AMENDOEIRA, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- ANTUNES, L. (2007). Processos e trajetórias de socialização em enfermagem — uma reflexão sociológica sobre a construção de identidades sociais e profissionais dos estudantes. In A. RODRIGUES et al., *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência, pp. 93-123.
- BARBOSA, A. (2004). Comunicação com o doente em estado terminal. In J. GOMES-PEDRO & A. BARBOSA (coords.), *Comunicar na clínica, na Educação, na Investigação e no Ensino*. Lisboa: Climepsi, pp. 73-80.
- BEAUD, J-P. (2003). A amostragem. *Investigação Social*. Loures: Lusociência, pp. 201-232.
- BRONFMAN, A. & MARTINEZ, I. (1996). *La socialisation à l'école. Approche ethnographique* Paris: P.U.F.
- BUCKMAN, R. (2000). Communication in Palliative care: a practical guide. In D. DICKENSON; M. JOHNSON & J. KATZ (eds.), *Death, Dying and bereavement*. London: Sage Publications, pp. 146-173.
- CANÁRIO, R. (2005a). Ser enfermeiro hoje. *Caderno CE — Currículo e ensino*, V, 8. U.F.R.J. — Núcleo de tecnologia educacional para a saúde, pp. 9-24.
- CANÁRIO, R. (2005b). *O que é a escola? Um olhar sociológico*. Porto: Porto Editora.
- CARAPINHEIRO, G. (1998). *Saberes e poderes no Hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- CARRICABURU, D. & MENORET, M. (2004). *Sociologie de la santé*. Paris: Armand Colin.
- CHAN, D. (2001). Development of an innovative tool to assess hospital learning environments. *Nurse Education Today*, 21, 8, pp. 624-631.
- CHARLOT, B. (1997). *Du rapport au savoir*. Paris: Éditions Anthropos.
- COLLIÈRE, M-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- CORLETT, J. (2000). The perceptions of nurse teachers, student nurses and preceptors of the theory-practice gap in nurse education. *Nurse education today*, 20, pp. 499-505.
- COSTA, M. (1998). *Enfermeiros: Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.
- COULON, A. (2005). *Le métier d'étudiant*. Paris: Économica Anthropos.
- DENZIN, N. (2002). The interpretive process. In A. HUBERMAN & M. MILLES, *The qualitative researcher's companion*. London: Sage Publications, pp. 349-391.
- DUBAR, C. (1997). *A socialização*. Porto: Porto Editora.
- DUBET, F. (2002). *Le déclin de l'Institution*. Paris: Seuil.
- EKLUND-MYRSKOG, G. (2000). Student nurses' understanding of caring science. *Nurse Education Today*, 20, pp. 164-170.
- FELOUZIS, G. (2001). *La condition étudiante*. Paris: P.U.F.
- FERNANDES, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência*. Loures: Lusociência.
- FRIAS, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte*. Loures: Lusociência.
- FRIEDBERG, E. (1995). *O poder e a regra*. Lisboa: Piaget.
- GALLAHGER, P. (2004). How the metaphor of a gap between theory and practice has influenced nursing education. *Nurse Education Today*, 24, pp. 263-268.
- GOFFMAN, E. (2003). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- KAUFMANN, J-C. (2005). *A invenção de si. Uma teoria da identidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- LANDERS, M. (2000). The theory-practice gap in nursing: the role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 32, pp. 1550-1556.
- MAGALHÃES, J. (2007). *Cuidar em fim de vida: Uma abordagem qualitativa das experiências dos estudantes do CLE*. Tese de dissertação de mestrado em cuidados paliativos, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da U.L.
- PAIS, J. (2001). *Ganchos, Tachos e Biscates*. Porto: Âmbar.

- PATTON, M. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. London: Sage Publications.
- PERRENOUD, P. (1995). *Ofício de aluno e sentido de trabalho escolar*. Porto: Porto Editora.
- RIBEIRO, A. (1999). *Desenvolvimento Curricular*. Lisboa: Texto Editora.
- RODRIGUES, A. (2007). Da teoria à prática: Necessidades de formação dos formadores. In A. RODRIGUES *et al.*, *Processos de formação na e para a prática de cuidados*. Loures: Lusociência, pp. 77-91.
- SACRISTÁN, J. (2000). *A Educação Obrigatória*. Porto: Porto Editora.
- SACRISTÁN, J. (2003). *O aluno como invenção*. Porto: Porto Editora.
- SANTOMÉ, J. (1995). *O Curriculum Oculto*. Porto: Porto Editora.
- SERRA, M. (2005) Práticas clínicas na formação inicial em enfermagem — Lógicas em confronto. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 3, pp. 11-14.
- SOARES, I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: Educa e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- WATSON, R. (2006). Is there a role for higher education in preparing nurses? *Nurse Education Today*, 26, pp. 622-626.