UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

OFERTA DE ACTIVIDADES FORMATIVAS EM CONTEXTO DE TRABALHO NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTÍNUA EM ENFERMAGEM

Estudo de caso

Alexandre Augusto Coelho Costa

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO
Área de Especialização em Formação de Adultos

2008

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

OFERTA DE ACTIVIDADES FORMATIVAS EM CONTEXTO DE TRABALHO NO ÂMBITO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTÍNUA EM ENFERMAGEM

Estudo de caso

Alexandre Augusto Coelho Costa

MESTRADO EM CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Área de Especialização em Formação de Adultos

Dissertação orientada pelo PROFESSOR DOUTOR BELMIRO CABRITO

2008

AGRADECIMENTOS

À Luísa pelo amor, presença e ajuda.
Aos meus pais, ao Telmo, ao Carlos, à Cati, à Guida, à Fernanda, ao Zezinho, aos meus avós, aos meus tios, primos e sobrinhos pelo amor.
Ao Zé, à Cristina B., à Etelvina, ao Filipe, ao Luís, ao Rodrigo, à Cristina C. e a todos os meus amigos pelo apoio.
Ao grupo de grupanálise pela contribuição no desenvolvimento da matriz de relação interna.
Ao professor Belmiro Cabrito pela orientação e disponibilidade.

E o meu agradecimento profundo aos enfermeiros do HJM que tornaram este trabalho possível.

RESUMO

Dadas as mutações económicas e sociais que ocorrem a uma velocidade vertiginosa, a formação profissional contínua está cada vez mais presente nos discursos técnicos e políticos. O mesmo se passa no campo da saúde, em que os técnicos de saúde, nomeadamente os enfermeiros, são compelidos a formação contínua de modo a dar resposta a situações de saúde/doença cada vez mais complexas nas nossas sociedades.

Partindo do princípio que é sempre o indivíduo que se forma e que, a reflexão sobre as práticas formativas efectuadas pelos próprios trabalhadores, ocupa um lugar de destaque na formação profissional, a realização do estudo tentou caracterizar a oferta de formação em serviço promovida pelos enfermeiros dum hospital psiquiátrico, localizado na cidade de Lisboa, e compreender os modos do respectivo funcionamento e a sua relação com o contexto de trabalho.

Deste modo recorremos ao método do "estudo de caso" para aprofundar o conhecimento sobre a oferta de actividades formativas organizadas pelos enfermeiros em contexto de trabalho.

Neste estudo realizámos nove entrevistas e efectuámos a análise de dois relatos de sessões de formação realizadas em contexto de formação num dos serviços da instituição, onde a modalidade central da oferta de formação consiste na análise e reflexão das práticas de enfermagem, realizadas em grupo, pelos próprios enfermeiros. Com este estudo, tentámos responder à questão: Qual é o potencial formativo das actividades formativas organizadas pelos enfermeiros nos locais de trabalho?

Em conclusão, os enfermeiros inquiridos valorizam os contextos da prática como locais de trabalho e de formação e valorizam a reflexão sobre a acção na sua formação. Contudo, contraditoriamente quando questionados sobre o modo de organizar as actividades formativas consideram importante colmatar "necessidades de formação", recorrendo a "modalidades escolarizadas" através da realização de acções de formação em detrimento de actividades formativas que potenciem as capacidades existentes e que privilegiem a reflexão sobre a acção.

PALAVRAS-CHAVE: formação, experiência, reflexão, aprendizagem, profissional, grupo

ABSTRACT

Due to the economic and social changes occurring with vertiginous speed, continued professional training is more present than ever in technical and political speeches. So is the case in the health care field, in which health care providers, namely nurses, are compelled to continued training as a way to react to increasingly complex health/disease situations that occur in our society.

Starting on the principle that it is always the person that learns and that reflecting on the training practices is a cornerstone of professional training, this study tried to characterise the offer of professional training in working environment promoted by nurses in a psychiatric hospital located in Lisbon, and understand how this training takes place and its relation with the working environment.

The "case study" method was used in order to deepen the knowledge about the offer of training activities organised by nurses in working environment.

In the course of the study, nine interviews were conducted and the descriptions of two training sessions that took place in one of the hospital wards were analysed, where the main modality of training available consists on the analysis of and reflection on the nursing practices by the nurses themselves in group sessions. In this study we tried to answer the following question: what is the formative potential of training sessions organised by nurses in working environment?

In conclusion, the enquired nurses did value the working environment of the nursing practice as a training situation, as well as the reflection on their actions. Nevertheless, paradoxically, when questioned about the best way to organize training activities they considered necessary to deal with "formative needs" with "scholarly modalities", through master teaching instead of training activities that develop acquired capacities and that value reflection over action.

KEY-WORDS: training, experience, reflection, learning, professional worker, group

ÍNDICE

INTRODUÇÃO **10**

1 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTÍNUA **17**
1.1 – FORMAÇÃO INICIAL 20
1.1.1 – Formação Inicial em Enfermagem 21
1.2 – OFERTA E PROCURA DE FORMAÇÃO 25
1.3 – FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO 29
1.4 – FORMAÇÃO EM SERVIÇO 31
1.5 – FORMAÇÃO AO LONGO DA VIDA E ACTIVIDADES REFLEXIVAS 33
1.6 – REFLEXÃO SOBRE-A-ACÇÃO 40
1.7 – ANÁLISE DAS PRÁTICAS E GRUPOS DE REFLEXÃO 46
1.8 – FACTORES ORGANIZACIONAIS DOS CONTEXTOS PROFISSIONAIS 61

2 – UM OLHAR SOBRE A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM **67**
2.1 – A PROFISSIONALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM 69
2.2 – ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA 71
2.3 – BREVE RESENHA HISTÓRICA DE ENFERMAGEM 73
2.3.1 – Evolução da Enfermagem “Geral” 73
2.3.2 – Evolução da Enfermagem Psiquiátrica 74

3 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO **80**
3.1 – O ESTUDO DE CASO 80
3.2 – OBJECTO DE ESTUDO, OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 81
3.3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 82
3.3.1 – Entrevista semidirectiva 82
3.3.2 – Relato de sessões de análises das práticas 84
3.3.3 – Análise Documental 86
3.4 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS 87
3.5 – O CAMPO DO ESTUDO 91
3.6 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO 96

4 – APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS **98**
4.1 – ENTREVISTAS SEMIDIRECTIVAS COM OS ENFERMEIROS 98
4.2 – RELATO DE SESSÕES DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS 100
4.2.1 – Análise das produções verbais das sessões de análise das práticas 101
4.2.2 – Dinâmica de grupo das sessões de análise das práticas 105
4.2.2.1 – Interacções comunicacionais 106
4.2.2.2 – Níveis de comunicação 111
4.2.2.3 – Funcionamento emocional 115
4.2.2.4 – Registo dos receptores das mensagens 119
4.3 – SÍNTESE E ANÁLISE DOS DADOS 120

4.3.1 - Formação contínua em enfermagem 120
4.3.2 – Centro de Formação Profissional 123
4.3.3 – Contextos de trabalho em enfermagem 123
4.3.4 – Apreciação das actividades formativas dos serviços 130
4.3.5 – Assuntos abordados nas sessões de formação em serviço 137
4.3.6 - Papel do enfermeiro chefe 144
4.3.7 - Papel do enfermeiro responsável pela organização da formação em serviço 145
4.3.8 – Papel dos enfermeiros da prestação de cuidados 146
4.3.9 – Padrão de funcionamento das actividades formativas 148
4.3.10 – Planeamento da actividade formativa 149

CONCLUSÃO 152

BIBLIOGRAFIA 156

ANEXOS 163

ANEXO I – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIDIRECTIVA
ANEXO II – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA A
ANEXO III – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA CA
ANEXO IV – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA CR
ANEXO V – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA E
ANEXO VI – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA F
ANEXO VII – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA FR
ANEXO VIII – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA L
ANEXO IX – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA P
ANEXO X – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA PA
ANEXO XI – TRANSCRIÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 1
ANEXO XII – TRANSCRIÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 2
ANEXO XIII – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SEMIDIRECTIVAS
ANEXO XIV – ANÁLISE DE CONTEÚDO DA PRODUÇÃO VERBAL DAS SESSÕES DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS
ANEXO XV – ANÁLISE DA DINÂMICA DE GRUPO DAS SESSÕES DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição do nº de enfermeiros por género 91
Gráfico 2 – Distribuição do nº de enfermeiros por serviço e género 92
Gráfico 3 – Distribuição do nº de enfermeiros por vínculo à instituição 93
Gráfico 4 – Distribuição do nº de enfermeiros por categoria profissional 93
Gráfico 5 – Distribuição do nº de enfermeiros por serviço e por categoria profissional 94
Gráfico 6 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias de análise de conteúdo da produção verbal e por sessão de análise das práticas 103
Gráfico 7 – Distribuição do nº de unidades de registo por participante e por sessão de análise das práticas 104

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese da análise de conteúdo das entrevistas semidirectivas 98
Quadro 2 – Síntese da análise de conteúdo das produções verbais das sessões de análise das práticas 101
Quadro 3 – Distribuição do nº de unidades de registo por participante e por categorias de análise de conteúdo da produção verbal 105
Quadro 4 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias de interacção comunicacional 106
Quadro 5 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias da análise produção verbal e por categorias da interacção comunicacional 110
Quadro 6 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias de interacção comunicacional e por participante 111
Quadro 7 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias de níveis de comunicação e por participante 112
Quadro 8 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias de funcionamento emocional e por participante 116
Quadro 9 – Registo de contribuições verbais efectuadas e recebidas nas sessões de análise das práticas 119

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de investigação realizado no âmbito do Mestrado de Ciências da Educação, área de especialização de Formação de Adultos, respeita a área da Formação Profissional Contínua em Enfermagem. Com a sua realização pretendemos caracterizar a oferta de actividades formativas promovidas intencionalmente pelos enfermeiros nos seus locais de trabalho dum hospital psiquiátrico de Lisboa, onde o investigador desempenha funções como enfermeiro.

O mercado de formação profissional, entendido como espaço de confronto entre a procura e a oferta de formação, tem evoluído com respostas dinâmicas mais ou menos flexíveis às necessidades e modos de expressão da procura de formação. Os processos de produção de competências, saberes e conhecimentos efectuados através da formação não podem estar dissociados das características, da natureza e da especificidade do trabalho dos profissionais.

Conforme refere Canário, a oferta e a procura de actividades relacionadas com a formação profissional contínua, a par da educação em geral, aumentaram consideravelmente durante a segunda metade do século passado. O crescimento económico, as novas tecnologias, a necessidade de maior flexibilidade de pessoal nos locais de trabalho, o desemprego, a necessidade de produzir mais com menos gastos são algumas das razões que fomentaram esse aumento (Canário, 1999, p.39).

Particularizando a formação profissional contínua para o meio hospitalar, importa salientar que, tal como em outras áreas, se viveram no campo da saúde várias mutações decorrentes da revolução tecnológica e informacional, as quais se reflectiram, evidentemente, nas práticas formativas. Neste contexto, Canário (1997, p.119) salienta que a *"formação emerge, então, à semelhança do que se passa noutros domínios profissionais, como um instrumento essencial, quer para fazer face a mutações que decorrem da própria inércia social, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas."*

Porém, como refere o mesmo autor, o mundo da formação e o mundo do trabalho progrediram em caminhos separados, impedindo que a formação seja uma verdadeira estratégia para enfrentar as perturbações e as dificuldades sociais e económicas (Canário, 1999, p.39).

Actualmente, a formação inicial em enfermagem vive um período de transição de modo a adoptar os princípios emanados pelo Processo de Bolonha. Até aqui, a enfermagem com uma formação inicial de quatro anos, que conferia o grau de licenciatura, bem como a frequência de pós-graduações (incluindo várias especialidades), mestrados e doutoramentos, apresentava qualificações muito diversificadas e, em número expressivo. Do ponto de vista da formação contínua, os enfermeiros têm um percurso profissional tradicionalmente ligado aos departamentos de educação permanente, apresentando uma forte preocupação em melhorar o seu desempenho através da aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências.

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, levando Benner (in Guimarães, 2000, p.10) a afirmar que os enfermeiros constituem:

> *"(...) a primeira linha de defesa dos doentes, isto porque os enfermeiros são frequentemente os primeiros profissionais a detectar e identificar mudanças nos estados de saúde, permitindo o desenvolvimento de competências de monotorização e de identificação antecipada dos problemas".*

Deste modo, Guimarães (2000, p.10) salienta que *"estas competências nem sempre eram adquiridas na formação inicial, sendo desenvolvidas ao longo das suas vidas profissionais (...)"*. O que nos leva a dizer que a experiência profissional e os processos de aprendizagem inerentes à prática são essenciais para o desenvolvimento das competências.

A este propósito Canário (1997, p.9) refere que:

> *"a revalorização e a descoberta do potencial formativo das situações de trabalho propiciam a produção de estratégias, dispositivos e práticas de formação que valorizam fortemente a aprendizagem por via experiencial e o papel central da cada sujeito num processo de autoconstrução como pessoa e como profissional."*

Trata-se da busca de uma nova forma de olhar o contexto de trabalho e não entendê-lo como sendo o local tradicional da aplicação dos saberes teóricos ditados nos espaços tradicionais da formação, largamente escolarizados. Os contextos de trabalho surgem como o ponto de encontro privilegiado da oferta e da procura de formação, ao mesmo tempo que elegem os enfermeiros nos actores principais das actividades formativas e dos seus processos de aprendizagem.

Neste sentido, Jean Watson (in Abreu 2001, p.127) defende que a formação dos enfermeiros deve incidir sobre os saberes oriundos das práticas e sobre os processos de reflexão autobiográfica e não

apenas em técnicas ou actividades decorrentes de prescrições médicas ou oriundas de protocolos pré-estabelecidos.

A legislação em vigor, referente à profissão de enfermagem, prevê a realização de actividades formativas nas unidades de saúde. Apesar de prevista pela legislação, estas actividades formativas, não dão mostras visíveis da sua realização nem se conhecem ao certo os serviços e as instituições que apresentam uma formação em serviço organizada conforme anunciado legalmente, nem tão pouco se conhecem os resultados obtidos. Por vezes, quando existente, a oferta formativa consiste, em geral, na acumulação de acções de formação pontuais e dispersas no tempo, com objectivos formativos pouco claros e, quase sempre, por "imposição" da chefia ou por iniciativa do enfermeiro responsável pela organização da formação.

Talvez isto se deva à pouca valorização da formação em serviço como potencial formativo, bem como à ausência de cultura reflexiva das práticas de trabalho. Por outro lado, a formação em serviço recorre aos modelos de formação escolarizados, que afastam os enfermeiros da análise e da discussão das práticas enquanto processos formativos.

Perrenoud (2002) considera essencial a reflexão e análise dos processos de trabalho, tanto para o profissional como para as organizações. As auto-análises são fundamentais para que os profissionais das práticas se consciencializem sobre os modos de produção bem como sobre os saberes, conhecimentos e competências que lhes são subjacentes. Essa consciencialização é essencial para se mudarem atitudes e comportamentos. Esta forma de conceber a formação implica que o local de trabalho seja encarado pelas instituições não apenas como local de produção de bens e serviços mas também como locais de aprendizagem. Nesse sentido, torna-se essencial criar espaços que permitam a discussão e a reflexão sobre as práticas.

Face a este quadro, a nossa investigação pretendeu esclarecer, quanto possível, a questão:

- Qual o potencial formativo das actividades organizadas pelos enfermeiros nos seus locais de trabalho?

E com a realização deste estudo de formação, ambicionámos caracterizar a oferta de formação em serviço, e compreender os seus modos de funcionamento e a sua relação com os contextos de trabalho.

O modo de investigação do estudo empírico tem uma orientação predominantemente qualitativa, tendo-se optado pelo *estudo de caso*. Pretende-se uma descrição das dimensões e processos implícitos nas aprendizagens dos actores. A principal fonte de informação é o discurso dos próprios actores, sendo que entrevistámos um total de nove enfermeiros e analisámos o relato de duas sessões de

formação em serviço, onde a principal modalidade formativa consiste em reflectir sobre as práticas de enfermagem produzidas pelos enfermeiros.

O estudo de caso respeita o grupo dos enfermeiros do Hospital do Júlio de Matos (HJM). Este Hospital, inaugurado em 1942, é uma instituição especializada em saúde mental e psiquiátrica, tendo ao seu dispor vários grupos profissionais que permitem atender parte da população de Lisboa e de outras regiões do centro e do sul do país. É um hospital que está sobretudo vocacionado para o internamento de utentes em situação aguda e crónica de doença, mas a sua intervenção também abrange projectos de prevenção e de reinserção social.

O nosso estudo está organizado por capítulos: *Introdução; Formação Profissional Contínua; Um Olhar sobre a Profissão de Enfermagem; Enquadramento Metodológico; Dados Empíricos; Conclusão; Bibliografia e Anexos*.

No presente capítulo (Introdução) expõe-se a problemática, elucidando a contextualização e a definição do problema em estudo.

No capítulo *Formação Profissional Contínua* apresentamos referências teóricas que nos orientaram para analisar o nosso objecto de estudo, sendo constituído pelos sub capítulos: *Formação Inicial; Oferta e Procura de Formação; Formação em Serviço; Actividades Formativas Reflexivas; Reflexão Sobre-a-Acção; Análise das Práticas e Grupos de Reflexão* e por último *Factores Organizacionais dos Contextos Profissionais*. Ao longo do enquadramento teórico tentámos realçar a formação enquanto processo do sujeito em interacção consigo e com meio envolvente e a importância da reflexão nos processos formativos dos sujeitos e dos grupos.

Deste modo, no sub capítulo *Formação Inicial* é problematizada a importância que a escola representa para a formação profissional. É considerado que a escola ocupa um lugar de destaque na formação e preparação dos jovens para a vida adulta. Todavia, vive afastada das realidades sociais e laborais, tornando-se pouco eficaz na formação profissional. De forma aparentemente contraditória, exerce uma grande influência sobre o mundo laboral com o seu "modelo escolarizado" de formação, pelo que obscurece modos alternativos de formação e de aprendizagem (Nóvoa e Rodrigues, 2005). Neste sub capítulo fazemos referência, ainda, à formação inicial em enfermagem. A este respeito, referimos que a enfermagem começou a dar os primeiros passos, enquanto profissão, ainda no século XIX, pela mão dos médicos que requeriam colaboradores com preparação para os auxiliarem no tratamento dos doentes (Graça e Henriques, 2000). A enfermagem sempre privilegiou uma componente prática, pelo que torna o ensino clínico central na formação dos futuros profissionais. O

ensino clínico proporciona aos alunos uma perspectiva mais próxima da realidade profissional facilitando o seu processo futuro de integração nos contextos de trabalho.

No sub capítulo *Oferta e Procura de Formação* são analisadas as modalidades e os modos de formação empregues habitualmente (acções de formação) pelas instituições no âmbito da formação contínua. É realçado que há uma ineficácia das acções de formação associada à utilização de "modelos escolarizados", obscurecendo modalidades alternativas de aprendizagem.

Neste ponto do trabalho, é evidenciado que actualmente, o mundo laboral vive em permanente mudança, devido em parte à crescente concorrência a nível planetária, pelo que as organizações vêem-se obrigadas a produzir mais com menos custos. Isto leva a que as instituições procurem novas formas e estratégias de organizar o trabalho, fazendo dos trabalhadores os seus principais colaboradores. Assim, os profissionais são cada vez mais chamados a participarem de forma activa na produção e na tomada de decisão nas instituições e em simultâneo, responsabiliza os trabalhadores pela sua formação.

No sub capítulo *Formação em Serviço* analisa-se por um lado a lei vigente sobre carreira de enfermagem, nomeadamente sobre a formação contínua que prevê a realização de actividades formativas nos contextos de trabalho; por outro lado, evidenciamos a importância de se analisarem as práticas profissionais de modo a que os profissionais se consciencializem das aprendizagens provenientes do trabalho efectivamente realizado.

Quanto ao sub capítulo *Formação de Adultos e Actividades Formativas Reflexivas* apresenta uma análise crítica às influências do modelo escolar na formação de adultos e às tentativas de ruptura encetadas por movimentos de contestação, primeiro pela *"Educação Nova"*, depois pelo movimento da *"Educação Permanente"* e, mais recentemente, pela *"Reflexão Epistemológica Contemporânea sobre a Formação"* (Nóvoa, 1988). Estes movimentos permitem percepcionar, por um lado, as limitações do modelo escolar e, por outro, a importância das experiências e das reflexões na aprendizagem. Especificamente, o modelo autobiográfico, relacionado com o último dos movimentos sugeridos por Nóvoa (1988), permite dar visibilidade aos processos de aprendizagem inerentes à formação e coloca o indivíduo no centro da aprendizagem.

No sub capítulo *Reflexão Sobre-a-Acção*, tendo como base os trabalhos realizados por Schön e Argyris sobre a aprendizagem experiencial, distinguimos reflexão sobre a acção (efectuada após a acção) e reflexão na acção (efectuada durante a acção), realçando a importância que apresentam nas aprendizagens dos sujeitos a partir das experiências. Conforme é preconizado por estes autores, considera-se que os sujeitos na aprendizagem experiencial aprendem de duas formas: analisando a

acção e corrigindo os erros para melhorar o desempenho (volta simples de aprendizagem) ou então, analisando os propósitos subjacentes à sua acção, corrigindo não apenas os erros mas o modo como percepcionam a realidade (volta dupla de aprendizagem). As descrições efectuadas pelos sujeitos para descreverem a acção (teoria abraçada) nem sempre coincidem com a realidade (teoria na acção), daí a importância que a reflexão sobre a acção oferece em aproximar a descrição com a realidade, através da consciencialização das acções respectivas.

No sub capítulo *Análise das Práticas e Grupos de Reflexão*, problematizamos a reflexão sobre a acção em contexto de grupo, uma vez que a aprendizagem é individual mas inscrita nas relações interpessoais e na vida social. Assim, abordamos alguns conceitos relacionados com as dinâmicas de grupos: coesão de grupo, tarefa de grupo, interacções comunicacionais, papéis desempenhados nos grupos (liderança, bode expiatório, porta voz, etc.). Numa perspectiva social e psicanalítica abordámos o modo de funcionar dos grupos de reflexão tendo por base as *"Interacções Comunicacionais"* sugeridas por Bales, os *"Pressupostos Básicos"* a respeito do funcionamento emocional dos grupos identificados por Bion, os *"Níveis de Comunicação"* apontados por Cortesão (1990) e as *"Funções do Ego"* apresentadas por Zimerman (2000): percepção, pensamento, conhecimento e comunicação.

No último sub capítulo *Factores Organizacionais dos Contextos Profissionais* são evidenciados alguns aspectos da organização que influenciam o seu funcionamento bem como dos serviços e de pequenos grupos, tais como os grupos de reflexão. Esta reflexão teve em conta, essencialmente, a explicação sistémica e psicanalítica preconizada por Otto Kernberg. Este autor distingue instituições funcionais de outras que funcionam de forma não funcional, apontando como principais razões lideranças ineficazes, definição defeituosa ou deturpação das finalidades das organizações e a escassez de recursos humanos.

De forma complementar ao enquadramento teórico encetado no capítulo anterior, no capítulo *Um Olhar Sobre a Profissão de Enfermagem*, é efectuado uma revisão bibliográfica sobre a profissão de enfermagem e a sua evolução histórica. Também é analisada a enfermagem na área de saúde mental e psiquiátrica que assume contornos específicos que permite distingui-la das restantes áreas da saúde. A enfermagem, praticada na área de saúde mental e psiquiátrica é essencialmente relacional, escasseando técnicas e intervenções evasivas.

Quanto ao capítulo *Enquadramento Metodológico*, elucida a metodologia que empregámos para efectuar o estudo. Este ponto do trabalho explicita a questão de partida e questões subsequentes, o objecto e objectivos de estudo, os procedimentos de recolha de dados (entrevistas semidirectivas,

relato de sessões de análise das práticas e análise documental) e os procedimentos de análise de conteúdo utilizados para tratar os dados empíricos. Também fazemos uma caracterização da "População do Estudo" (enfermeiros do HJM). A terminar este capítulo reflectimos sobre as limitações do nosso estudo.

O capítulo *Dados Empíricos* apresenta os dados que obtivemos com a realização das entrevistas e da análise dos relatos das sessões de formação.

No capítulo *Conclusão* apresentámos uma síntese dos resultados obtidos com a investigação, e comparamo-los com as questões inicialmente inventariadas.

Por último, apresentam-se a *Bibliografia* e os *Anexos*.

1 – FORMAÇÃO PROFISSIONAL CONTÍNUA

A formação de adultos está cada vez mais presente nos debates técnicos e políticos no âmbito da educação. A importância que o saber e o conhecimento apresentam nos diferentes quadrantes da vida social faz da formação um meio privilegiado para a construção de uma sociedade mais equitativa e democrática, com uma maior participação dos cidadãos na vida social.

Pires (2005, p.29), ao citar Josso, afirma que, presentemente, o campo da formação de adultos pode ser caracterizado de acordo com três eixos distintos: *"formação como processo de aprendizagem de competências e de conhecimentos técnicos e simbólicos, formação como processo de mudança, formação como construção de si e de sentido."*

A mesma autora menciona que a aprendizagem de adultos é compreendida actualmente numa perspectiva mais globalizante, integrando também a dimensão sócio-cultural, e não apenas a psicológica, e refere que é um conceito que ultrapassa a aprendizagem realizada em contextos formais: *"não é limitável a tempos/espaços/finalidades específicos. Pode ter carácter intencional ou espontâneo, sistemático ou aleatório*" (Pires, 2005, p.30).

Por seu lado, Fernández (2005) distingue três modelos que têm acompanhado a história da educação de adultos: o modelo alfabetizador; o modelo dialógico social; e o modelo produtivo.

O modelo alfabetizador dá primazia ao ensinar a receber, no sentido em que ao adulto, através da alfabetização, é facilitada mais a memorização, a recordação e o recurso à tradição do que o pensamento.

O modelo dialógico social dedica-se fundamentalmente a facultar aprendizagens de competências que permitam interagir, de uma forma reflexiva e imaginativa, na vida quotidiana e estrutural da sociedade, dando primazia à consciência crítica, ao pensamento, à participação e gestão social.

O modelo produtivo baseia-se no ensino de competências relacionadas com a participação da população activa no sector produtivo. É norteado pelo paradigma das exigências produtivas e da procura de novas competências profissionais e o seu propósito da aprendizagem é directamente económico e indirectamente social. Actualmente, este é o modelo dominante (Fernández, 2005, p.76).

Este autor defende que o caminho a seguir pela educação de adultos é a junção dos três modelos, destacando que há uma mudança do paradigma do ensino para o paradigma da aprendizagem, em que o referente já não é a escola, mas sim a vida e as necessidades sociais, ao mesmo tempo que se passa de uma lógica da oferta para uma lógica da procura. Isto aponta para uma cada vez maior responsabilização do indivíduo na sua formação.

Segundo o mesmo autor, a educação, nos últimos três séculos, passou por três etapas:

1. Estatização da educação – passou das mãos de privados para o Estado;
2. Massificação da educação – a educação alargou a sua abrangência de algumas minorias para a população em geral;
3. Mercantilização da educação – como refere o autor, o *"conhecimento altamente qualificado adquire tanto valor que os estados não têm suficientes recursos para gerir a sua aprendizagem, e esta é assumida pelo mercado"* (Fernández, 2005, p.76).

Nos últimos anos, assistiu-se ao aparecimento de uma multiplicidade de acções educativas que envolvem todos os sectores da sociedade. Em muitos casos tratou-se de responder, por meio de soluções pedagógicas locais, a problemas conjunturais ligados ao emprego ou à produção (Malglaive, 1995, p.15). As mudanças sociais, técnicas e culturais obrigam a outras necessidades educativas e a outras estruturas educativas da formação para lhes fazer face. Nesse sentido, deparamo-nos com modos informais, não formais e formais de educação / formação.

Além da educação informal, que se realiza em todos os momentos da vida de uma pessoa em virtude das situações sociais, a educação não formal advém de uma acção em que o principal objectivo não é educativo mas pode existir alguma intencionalidade da parte dos participantes em promover aprendizagens com a sua realização. Por seu lado, a educação formal resulta de uma acção intencional educativa e *"assenta na dialéctica da separação e da articulação",* uma vez que as actividades sociais são cada vez mais complexas levando a que os conhecimentos teóricos e práticos não se limitem apenas aos acontecimentos vividos. Para se apropriar dos "*conhecimentos é necessário tempo separado das práticas, tempo consagrado à aquisição intensiva das capacidades e competências necessárias a qualquer actividade e portanto também em articulação com o que lhe serve de referência"* (Malglaive, 1995, p.21).

Malglaive (1995) sublinha que a formação inicial, confinada a outros fins, já não permite responder a estas necessidades, o que faz emergir diversificadas estruturas e organizações de oferta de formação, que designa por *formação contínua*.

A formação profissional contínua engloba processos formativos organizados e institucionalizados subsequentes à formação profissional inicial. A formação assume a vocação para "*satisfazer novas necessidades ligadas às múltiplas evoluções da sociedade e aos itinerários pessoais dos indivíduos que têm de as enfrentar; necessidades às quais estas estruturas devem estar sempre abertas e prontas a responder (...)"* (Malglaive, 1995, p.21).

Por outro lado, a formação contínua está ligada aos processos de produção, acompanha a transformação da organização do trabalho e faz dos seus colaboradores os actores principais. Como refere Malglaive (1995, p.22) *"pode recorrer a especialistas, mas mobiliza também os membros do quadro da empresa que se tornam "agentes de formação (...)"*. O processo de produção de qualificações da formação tende a ajustar-se às mutações sociais e alterações tecnológicas, designadamente ao emprego, à mão-de-obra qualificada, ao desemprego, e às novas competências.

A formação contínua difere da formação inicial a começar pelos seus públicos, passando pela sua organização, os seus conteúdos, os seus objectivos, bem como pela natureza das suas finalidades. Para Malglaive, a formação contínua não existe sem a inicial e ambas devem funcionar de uma forma articulada e, se possível, sobreposta, para assim se conseguir uma verdadeira educação permanente.

A propósito de educação permanente, Nóvoa e Rodrigues (2005, p.9) mencionam que esta *"reivindica uma formação centrada na pessoa e nos contextos, capaz de superar os constrangimentos do modelo escolar."* Estes autores afirmam que a formação profissional contínua e a educação permanente tiveram uma evolução paralela e que ambas "*traduzem necessidades sociais e formativas que não encontram resposta adequada em concepções escolarizantes fechadas no interior do sistema educativo formal*" (Nóvoa e Rodrigues, 2005, p.10). Os mesmos autores mencionam que actualmente há uma tendência para a centralização dos discursos na *"educação e formação ao longo da vida"* e no *"reconhecimento e validação de competências"*. Apesar de estas ideias não serem recentes, são importantes, tal como referem: "*uma e outra representam tendências que procuram uma formação para além do modelo escolar, no quadro de uma valorização da pessoa, da sua experiência e dos seus contextos de trabalho"* (Nóvoa e Rodrigues, 2005, p.11). E corroboram a ideia de Nikolas Rose quando esta afirma que *"a vida está a tornar-se uma contínua capitalização económica do self"*. Deste modo, referem que a formação está a transformar-se num dever e não num direito. As pessoas passam a ser encaradas como *"activos"* ou como meros *"recursos humanos"*.

1.1 – FORMAÇÃO INICIAL

A escola é um dos principais lugares de socialização e de formação dos jovens. É essencial para a transmissão de saberes, conhecimentos e valores às gerações vindouras, bem como para a qualificação das profissões.

Nóvoa e Rodrigues (2005, p.7) destacam que a expansão do modelo escolar a todos os países é uma das realidades marcantes do século XX, sendo que a *"escola torna-se numa das primeiras instituições da globalização."*

Também referem que, apesar de todas as mais valias resultantes dos processos de escolarização, a escola vive afastada da sociedade e do mundo do trabalho, o que provoca uma desvalorização dos saberes informais e de modos alternativos de aprendizagem. A escola impõe, não apenas o seu modelo escolarizante, como também condiciona a aprendizagem em outros domínios da sociedade, tais como o mundo do trabalho.

Os mesmos autores evidenciam que através do crescente domínio da escola, e consequentemente do afastamento do mundo do trabalho, se tem aumentado o fosso entre os dois domínios: escola e trabalho, e que as pontes inventadas para os unir têm tido pouco sucesso.

Para Malglaive (1995, p.17) o que caracteriza a formação inicial *"é a homogeneidade teórica do público: as gerações jovens que não ocuparam ainda o seu lugar na vida activa, à qual é preciso transmitir o património cultural, científico e técnico das gerações anteriores."* O autor ressalva que essa homogeneidade é relativa, pois os alunos não são todos iguais. No que respeita à organização da oferta de formação por níveis, a homogeneidade de uma faixa etária não garante a igualdade de comportamentos em relação aos programas e à sua assimilação.

Malglaive (1995), apesar de considerar a formação inicial necessária, refere que é inadaptada na sua configuração concreta e no seu funcionamento às exigências da sociedade actual.

Em Portugal, por intervenção da classe médica, a Enfermagem deu os primeiros passos enquanto profissão no fim do século XIX. A falta de indivíduos com uma preparação adequada, que pudesse auxiliar o médico na execução de procedimentos técnicos, impulsionou a criação de escolas de Enfermagem.

1.1.1 – Formação Inicial em Enfermagem

Segundo refere Graça e Henriques (2000), a Enfermagem foi, durante muito tempo, um exemplo de semi-profissão ou actividade paramédica, que nasceu de um processo de especialização vertical, conexo ao médico, independentemente de mais tarde ter vindo a desenvolver o seu próprio campo de competência. Neste sentido, Graça e Henriques (2000) considera que a enfermagem não foi construída a partir de dentro, através de um projecto profissional de auto-reforma, mas nas escolas de enfermagem, pelos médicos dos hospitais que sentiam necessidade de assistentes mais qualificadas do ponto de vista clínico. A formação da enfermagem baseou-se originalmente, pois, nas ciências médicas, e foi modelada pelos médicos.

Graça e Henriques (2000) refere que, com um atraso de algumas décadas em relação às ideias pioneiras dos grandes reformadores da enfermagem no séc. XIX (o Pastor alemão Fliedner e as inglesas Florence Nigthingale e Ethel Bedford Fenwick), as primeiras iniciativas no domínio da formação profissional dos enfermeiros portugueses remontam ao final da Regeneração ou fontismo, mais precisamente, aos Hospitais de Coimbra, Lisboa e Porto, respectivamente em 1881, 1886 e 1887.

O mesmo autor clarifica a ideia de que a necessidade de formar pessoal de enfermagem minimamente qualificado era sentida sobretudo pelos hospitais das três cidades onde se ministrava o ensino oficial da medicina: a Faculdade de Medicina de Coimbra e as Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto (Graça e Henriques, 2000).

Inicialmente os enfermeiros frequentavam pequenos cursos teóricos ao mesmo tempo que desempenhavam as suas funções em contexto hospitalar. A formação em enfermagem comportou, ao longo do século XX, várias metamorfoses. Abreu (2001, p.179) refere a esse propósito que *"experimentam-se diversos segmentos e modelos de formação, a construção dos currículos transita de uma lógica profundamente ligada ao poder médico para uma maior autonomia na sua definição, as escolas separam-se progressivamente dos hospitais, em termos funcionais (...)."*

As escolas de enfermagem, na década de 1980, apresentavam bastante autonomia e os seus currículos académicos eram planificados de acordo com as necessidades de saúde identificadas localmente. Em Portugal, em 1988, pelo Decreto-lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro, o ensino de enfermagem foi integrado no sistema de ensino superior.

Em 1990/1991, as escolas começaram a leccionar o Curso Superior de Enfermagem (grau de Bacharelato). Entre 1995 e 1999, as escolas de enfermagem iniciaram a formação ao nível da Licenciatura e Cursos de Estudos Superiores Especializados (Abreu, 2001, p.180).

Em 1999/2000, as escolas iniciaram os Cursos de Licenciatura em Enfermagem. E ao abrigo do Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro, ainda decorre nas escolas de enfermagem a formação de um ano para enfermeiros com a formação de grau Bacharelato, a fim de proporcionar a equivalência ao grau de Licenciatura.

O curso de Enfermagem manteve, ao longo dos seus anos de existência, uma componente teórica e uma componente prática na formação dos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros, de uma forma mais ou menos participada, sempre colaboraram no ensino clínico dos alunos de enfermagem. O decreto-lei n.º161/96, que regulamenta o exercício da profissão de enfermagem, aponta como uma função do enfermeiro a *"docência, formação e assessoria para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem"* e favorece a criação de protocolos entre instituições de formação e de saúde.

A estrutura curricular do curso superior de licenciatura em enfermagem, regulamentado pela portaria n.º 799-D99 de 18 de Setembro, inclui uma componente de ensino teórico, que tem como objectivo a *"aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional"* necessária ao exercício da profissão (artigo 4.º), e uma componente de ensino clínico, que ocupa pelo menos metade da carga horária do curso (artigo 3.º) e se destina a *"assegurar conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional da enfermagem"* (artigo 5.º).

Segundo Martin, citado por Daniel Silva e Ernestina Silva (2004, p.1), o ensino clínico permite tomar contacto directo com os contextos de trabalho, complementando a formação ministrada na escola:

> *"um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, em que se promove o encontro entre o professor e o aluno num contexto de trabalho (...) os estágios destinam-se a complementar a formação teórico-prática, nas condições concretas do posto de trabalho de uma organização que se compromete a facultar a informação em condições para isso necessárias"*.

O ensino clínico, considerado uma dimensão estruturante da qualidade dos cuidados de saúde (Abreu, 2007, p.16), promove a consciencialização dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho. Silva e Silva (2004) sublinham que, nos locais de estágio, os alunos estabelecem relações mais equitativas e próximas entre os

enfermeiros do exercício, aprendendo com eles a *"enfermagem prática"*, que facilitará a inserção futura no mundo do trabalho através das regras de funcionamento da organização.

Os mesmos autores sublinham que, a par da dimensão de socialização, há outras competências adquiridas em contexto de trabalho: o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, o aprender a aprender com as novas situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas: *"Só com plena interacção entre o indivíduo, a formação e o contexto de trabalho os processos formativos desenvolvem capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo"* (Silva e Silva, 2004, p.1).

De acordo com Perrenoud (2002, p.108), o ensino clínico não é um simples *"exercício de aplicação de conhecimentos adquiridos",* mas, *"um trabalho de construção de conceitos e de novos saberes teóricos (ao menos para o estudante) a partir de situações singulares"* e, em simultâneo, *"um trabalho de integração e de mobilização de recursos adquiridos, criador de competências"* (Le Boterf e Roegiers in Perrenoud, 2002, 108).

Actualmente, durante o ensino clínico, os alunos são orientados por enfermeiros dos serviços, designados habitualmente por tutores, ao contrário do que sucedia anteriormente, em que o ensino clínico era da responsabilidade de um docente. Este permanecia no local de estágio e estava envolvido na prestação directa de cuidados, coordenando um grupo de alunos (D'Espiney, 1997).

Deste modo, os professores da formação inicial estão cada vez mais afastados dos contextos de trabalho dos enfermeiros, cavando o fosso entre a teoria e a prática, entre os que pensam a profissão e os que executam e aplicam os conhecimentos e as técnicas e entre o trabalho ideal e aquele que é realmente efectuado. Neste sentido, Abreu (2001, p.52) refere que a formação escolar se distancia da realidade das práticas e que *"as pesquisas que têm a escola e a formação escolar como objecto de estudo tendem a dar visibilidade a uma certa ineficácia da formação inicial"*, isto porque, segundo Canário (in Abreu, 2001, p.52), *"a matriz conceptual de referência encara a prática profissional como um momento de aplicação."* Abreu (2007, p.18) afirma que a formação em contexto clínico transcende a aplicação da teoria à prática, *"para se situar ao nível dos processos mais complexos da consciência, da identidade profissional e da construção colectiva de uma lógica de qualidade."*

Por seu turno, Silva e Silva (2004, p.1) realçam a importância do trabalho na planificação da formação, sendo necessária uma maior proximidade da escola aos contextos das práticas profissionais:

> *"(...) as escolas devem relacionar-se com os contextos de trabalho e os sistemas de formação devem ser cada vez mais permeáveis à lógica do trabalho para que os contextos de trabalho se tornem qualificantes. A articulação entre os dois locais de formação (escola e trabalho) deve realizar-se através de processos de informação e avaliação constantes, resultando um processo de influência mútua, em que a teoria tem repercussões na prática e as práticas influenciam e actualizam o processo de ensino/aprendizagem."*

Abreu (2007, pp. 13-14), que considera a formação em contexto de trabalho essencial na formação dos enfermeiros, quer na formação inicial, quer na formação graduada e pós-graduada, refere que é necessário os sistemas de saúde certificarem as unidades de cuidados como espaços de formação e se promovam a supervisão e acompanhamento das práticas clínicas.

A colaboração dos enfermeiros na formação inicial pode não ser apenas formativa para os alunos, mas também para os próprios profissionais, uma vez que os profissionais ao "ensinar", fazendo um movimento no sentido oposto aos alunos, têm a necessidade de teorizar as práticas. Como refere Niza (1997, p.34), este movimento da prática para a teoria é importante para que *"a prática se aperfeiçoe e desenvolva por sucessivos e interpolados momentos de teorização, enquadramento ou confronto teórico, conforme as situações e as necessidades de percurso da acção e do conhecimento."*

No âmbito da formação, é indispensável que sejam criados dispositivos de formação profissional contínua comuns aos profissionais da saúde e aos professores (da formação inicial) permitindo, desta maneira, a articulação entre teoria e prática. Por outro lado, tal como sublinha Luísa D' Espiney (1997, p.173), a produção de saber em enfermagem requer dos profissionais uma atitude de permanente interrogação das suas práticas, de confronto de ideias, de debate. Reflectir a prática e produzir saber constituem um modo de estar na profissão que deve ser preparado desde o início (formação inicial). O desenvolvimento de competências que permita aos futuros profissionais trabalhar em contextos de mudança e responder à diversidade de problemas de complexidade crescente com que se deparam confronta-nos com a pertinência de promover a reflexão das práticas.

Nesse sentido, Pernoud (2002, p. 44) considera que a nível da formação inicial se deve privilegiar mais a reflexão das práticas do que a transmissão de conhecimentos, mesmo que isso represente perda de conteúdos disciplinares. Assim, considera mais importante *"reservar tempo e espaço para realizar um procedimento clínico, com resolução de problemas, com a aprendizagem prática da reflexão profissional, em uma articulação entre tempo de intervenção em campo e tempo de análise."*

O mesmo autor, reportando-se à formação inicial de professores, que nós poderemos transpor para o campo da enfermagem, considera que se devem *"criar ambientes de análise da prática, ambientes de partilha das contribuições e de reflexão sobre a forma como se pensa, decide, comunica e reage em*

uma sala de aula" (Perrenoud, 2002, p.18). Estes espaços são essenciais para que se possam trabalhar os saberes, mas também as dificuldades, medos e emoções expressados pelos alunos.

Perrenoud acrescenta que se devem desenvolver *"as capacidades de auto-socioconstrução do habitus, dos savoir-faire, das representações e dos saberes profissionais"* (Perrenoud, 2002, p.45). De acordo com a opinião deste autor, para tornar o profissional reflexivo, é essencial que os alunos abandonem a sua profissão de alunos, tornando-se actores da sua formação e *"que aceitem formas de envolvimento, de incerteza, de risco e de complexidade que podem, com razão, aterrorizar aqueles que se refugiam no saber"* (Perrenoud, 2002, p.18).

Perrenoud (2002) comenta que o status social de algumas profissões e o seu poder económico, nomeadamente dos médicos e engenheiros, fazem com que estes tenham um desempenho superior através de investimento permanente das universidades na investigação e na formação tanto ao nível da formação inicial quanto da formação profissional contínua.

Ao contrário, outras profissões, tais como a enfermagem, não tendo o mesmo status, apesar de possuírem um ensino universitário ou politécnico, não têm o mesmo prestígio nem os mesmos recursos. Outro aspecto salientado por Perrenoud diz respeito ao modo de entrada dos alunos nos respectivos cursos. O autor considera que a admissão é mais rigorosa e ao mesmo tempo mais desejada no curso de medicina do que no curso de enfermagem, levando a que as expectativas dos alunos face ao curso, no caso da enfermagem, sejam inferiores, considerando que se trata de um curso mais acessível e menos exigente. Neste sentido, o autor conclui que quanto maior a exigência dos cursos, maior a expectativa dos alunos e maior o seu empenho. Por outro lado, temos que ter presente a limitação da formação:

> *"Em um grupo de professores em formação, em geral nove décimos das trocas não terão nenhum valor para a construção de novos conhecimentos, por mais que sejam importantes para a tomada de consciência e para o processo de formação das pessoas envolvidas. A décima parte, se for ampliada, sustentada e explicitada, pode motivar o avanço nas teorias do desenvolvimento, da aprendizagem, das interações didáticas ou das organizações educativas"* (Perrenoud, 2002, p.100).

1.2 – OFERTA E PROCURA DE FORMAÇÃO

O contexto de mudanças tecnológicas, socioeconómicas e culturais em que vivemos impõe a necessidade de prolongar a formação profissional inicial, numa perspectiva de aprendizagem contínua ao longo da vida. Por outro lado, os espaços e os tempos de formação estão diluídos e imiscuídos nas mais variadas actividades humanas, como refere Fernández (2005, p74) cada *"um se vê desafiado a*

criar a sua própria distancia e o seu próprio silêncio de aprendizagem em contextos de vida complexos."

A formação de adultos não deve ser apenas de "reciclagem" mas também deverá incluir todas as componentes da vida humana. Neste sentido, os mesmos autores, consideram que as problemáticas de referência na área da *"formação ao longo da vida"* compreenderão aprendizagens e aquisição de conhecimentos com vista a comportamentos de vida saudável, bem-estar e autonomia (Nóvoa e Rodrigues, 2005, p.12).

As acções de formação, habitualmente organizadas pelas entidades empregadoras, são dirigidas aos seus colaboradores e ambicionam responder a diferentes situações e problemas que os contextos de trabalho denunciam. São caracterizadas como operações com duração mais ou menos longa e, como aponta Malglaive (1995, p.22), *"(...) correspondem à necessidade, sempre renovada, de fazer face a necessidades conjunturais e localizadas, quer sejam de ordem funcional ou individual."*

Um dos aspectos inerentes à realização das acções de formação é a necessidade da articulação permanente entre teoria e prática, bem como a implicação dos participantes em todo o processo. Isto vai ao encontro do que Malglaive (1995, p.23) anuncia:

> *"Embora as operações de formação realizadas possam comportar cursos sobre diversos conteúdos, estes têm que manter-se permanentemente articulados com os dados da situação que impôs a sua existência, e o trabalho pedagógico deve ultrapassar a mera transmissão de conhecimentos para tomar em consideração os factores a montante que justificam os conteúdos e domínios propostos de saber ou de saber-fazer, assim como os factores a jusante que dão a estes conhecimentos as suas finalidades práticas."*

A sobrevalorização das dimensões técnicas em detrimento das dimensões pessoais e sociais faz prevalecer uma lógica cumulativa de acções de formação bem como uma perspectiva instrumental e adaptativa. Para Canário, nesta perspectiva *"a ineficácia está associada à persistência de modalidades escolarizadas de formação e o homem é encarado como uma entidade programável que através da formação pode ser transformado num «homem novo»"* (Canário, 1999, p.40).

No mesmo sentido, Perrenoud (2002, p.21), criticando a formação contínua dos professores, considera que a formação tem assumido apenas a função de reciclagem dos profissionais. Revela que tem-se apostado em transmitir conhecimentos aos profissionais com o intuito de *"atenuar a desfasagem entre o que os professores aprenderam durante sua formação inicial e o que foi acrescentado a isso a partir da evolução dos saberes académicos e dos programas (...)"* (Perrenoud, 2002, p.21). Este autor acrescenta que se têm desconsiderado a prática e as experiências dos

profissionais: *"o formador dizia-lhes o que era preciso fazer sem perguntar o que eles faziam"* (Perrenoud, 2002, p.21).

Esta forma de conceber a formação é fundamentada por uma visão técnica dos processos de mudança, em que o saber científico e técnico por si são capazes de produzir a mudança de comportamentos e, consequentemente, a resolução dos problemas, o que na prática contraria os resultados obtidos (Canário, 1999).

Assim, cada vez mais se defende um modelo de formação assente na experiência de cada profissional, o que significa que se assume como ponto de partida a valorização dos saberes e dos conhecimentos que cada um possui em detrimento da avaliação de lacunas e de "necessidades" dos profissionais.

Esta perspectiva é corroborada por Bogard (in Canário, 1999, p.43), que defende: *"o princípio é o de fazer do adulto não um cliente, mas o co-produtor da sua formação (...). Em vez de procurar vender um produto pré confeccionado, torna-se necessário co-produzi-lo com o seu consumidor"*.

Formas diferentes de pensar e conceber a formação emergem pois como alternativa aos modelos de formação clássica, onde os sujeitos são formados para ocuparem um posto de trabalho ou exercerem uma actividade profissional (Canário, 1999).

Neste sentido, Perrenoud (2002, p.22) revela que têm surgido modalidades de formação contínua que dão preferência às práticas e aos problemas profissionais, tais como intervenções em estabelecimentos, acompanhamento de projectos ou de equipas, supervisão das práticas, análise das práticas *"sem colaboração temática, sem um «biombo» didático, transversal ou tecnológico"* (Perrenoud, 2002, p.23).

O mesmo autor apela para práticas reflexivas através da realização de seminários de análise das práticas, grupos de reflexão, estudos de caso e histórias de vida:

> *"A prática reflexiva pode ser orientada de forma especifica em seminários de análise das práticas, em grupos de reflexão sobre problemas profissionais, em oficinas de escrita clínica, em estudos de caso ou de histórias de vida, ou, ainda, em estudos dos ensinamentos orientados para a metodologia da observação ou da pesquisa. Os objetivos a serem atingidos remetem à postura, ao método, à ética e aos savoir-faire de observação, de moderação e de debate"* (Perrenoud, 2002, p.67).

Ao valorizar a experiência e o saber do indivíduo para a sua aprendizagem e ao atender aos contextos de trabalho onde este está inserido, estamos, não só, a promover a formação da pessoa, como também a contribuir para a organização da instituição empregadora.

Os indivíduos e as organizações devem ter a capacidade de se adaptarem a novas exigências inerentes às sucessivas mudanças. Canário (1999) aponta novos saberes que podem facilitar o processo de mudança, nomeadamente o espírito de trabalho de equipa, o pensar a formação à escala de organização no seu todo e o agir estrategicamente através de raciocínios antecipados.

A formação é, assim, encarada como componente essencial da gestão organizacional do trabalho em que a estratégia formativa assenta na formação global, participativa e interactiva. No entanto, para que o processo formativo seja eficaz deve existir uma estreita articulação entre as práticas formativas e o contexto de trabalho. Por outro lado, a formação deve criar no trabalhador um espírito de autoformação permanente, ou seja, promover no trabalhador o reconhecimento do valor formativo.

A formação que atende a componente humana, a nível individual e de grupo torna-se um dos elementos essenciais na gestão, organização e adaptação a novas realidades de qualquer instituição. Em suma, é o trabalho, assente na perspectiva de produção e do saber, que favorece a qualificação dos bens e serviços produzidos.

Do mesmo modo que os enfermeiros apresentam uma perspectiva de partilha da responsabilidade de assistir o indivíduo e a família, a sua formação contínua deve ser pensada e desenvolvida em conjunto com a formação das outras profissões da instituição. A concepção da formação multiprofissional permite que os grupos profissionais aprendam através da partilha dos saberes de cada profissão e que os técnicos de saúde aliem esforços na investigação e resolução dos problemas de forma combinada. Por outro lado, permite o respeito e o reconhecimento por parte dos técnicos, das particularidades e dos limites do campo de actuação de cada profissão.

Antes de Florence Nightingale, considerada por muitos a mãe da enfermagem profissional, a profissão caracterizava-se por um modelo religioso, assente na caridade de assistir. A profissão de enfermagem, que habitualmente é associada à ideia do cuidar do doente (Hesbeen, 2000), foi fortemente marcada por uma dependência das prescrições e dos saberes médicos.

Os enfermeiros, na década de setenta do século passado, *"aderiram"* ao *Movimento da Educação Permanente* de forma a colmatar as insuficiências de escolarização e como resposta às crescentes necessidades de formação que a tecnologização da medicina exigia (D' Espiney, 1997, p.171). Surgiram, deste modo, os Departamentos de Educação Permanentes dos enfermeiros que, recentemente, foram integrados ou transformados em Centros de Formação Multiprofissionais.

1.3 – FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO

Abreu (2001, p.60) considera o contexto da prática profissional como um espaço de trabalho e de formação, em que se assiste à construção e mobilização de saberes, implicando o envolvimento dos profissionais no seu todo. Nestas circunstâncias, a formação visa "*a produção simultânea de saberes, de competências, e de identidades profissionais"*. Em outro local, o mesmo autor considera o contexto da prática profissional como um espaço impar, em que trabalho, investigação e formação são componentes indissociáveis da acção do indivíduo e do colectivo (Abreu, 2007, p.56).

Ao ter em conta os contextos de trabalho estamos, em simultâneo, a valorizar as pessoas, os seus saberes, os seus objectivos de vida e as suas experiências. Abreu (2001, p.71) reforça a importância da aprendizagem pela experiência que *"supõe uma intensa actividade intelectual, a fim de confrontar a experiência, de a integrar, de lhe dar um sentido e de a reinvestir"*. Este autor, nos seus estudos empíricos, mostrou que o processo de aprendizagem é individual, tendo cada indivíduo o seu estilo de aprendizagem, enfatizando *"(...) o desenvolvimento de determinadas competências, em detrimento de outras"* (Abreu, 2001, p.121).

Kolb, citado por Abreu, refere que a aprendizagem experiencial implica que um saber é criado pela experiência. Para este, a formação pela experiência admite a formação informal e a dinâmica potencialmente formativa dos contextos de trabalho (e de formação) em permanente mutação. Por outro lado, refere que *"a prática profissional implica o indivíduo no seu todo e por tal motivo influencia e é influenciado pela formação das entidades sociais e profissionais, num processo recursivo de dupla influência"*. Segundo este autor, a formação é considerada experiencial quando o indivíduo tem *"o contacto directo com a situação e a possibilidade de agir"* (Abreu, 2001, p.117).

São bastantes os argumentos que nos fazem acreditar no potencial formativo que representa os contextos de trabalho e na necessidade de reflectir sobre as práticas. A esse propósito, Guy Jobert (2001, p.228) expõe o seguinte:

> *"Os formadores já não podem mais contentarem-se em transmitir saberes formalizados produzidos pelos cientistas ou pelos organizadores, esperando que serão aplicados eficazmente, devem igualmente estar à escuta dos saberes práticos produzidos e executados pelos trabalhadores, na acção situada, por ocasião da experiência do trabalho real. Por tanto é necessário renunciar a considerar a noção de trabalho como natural, como designativa de uma realidade «natural» e construí-la como conceito (...)."*

A aprendizagem, no que se refere à actividade profissional, tem que ser contínua, quer para actualizar e aperfeiçoar conhecimentos, quer para desenvolver ou adquirir novas competências. Essas competências, na maior parte dos casos, são construídas na acção e no contacto directo com as

situações, trazendo aos contextos de trabalho um elevado potencial formativo. Estes contextos são espaços essenciais de socialização profissional e de aquisições de saberes e competências profissionais:

> *"As competências desenvolvidas nos locais de trabalho apresentam-se como complexas, interdisciplinares e ordenadas em torno de um campo de práticas. (...) As aprendizagens que na prática profissional lhe dão origem ocorrem de forma desorganizada, pouco estruturada, sob condições mais ou menos previsíveis e rotineiras e nem sempre os indivíduos percebem que estão a aprender"* (Guimarães, 2002, p.2).

Os locais de trabalho devem ser não apenas encarados como geradores de produtos e serviços mas devem ser encarados, também, como formativos. As organizações devem possibilitar tempos, espaços e, sobretudo, modos que permitam aos profissionais aprender com as situações de trabalho.

A realização do trabalho depende de quem o executa, o que exige da parte dos profissionais conhecimentos, saberes e competências:

> *"Os trabalhadores não só aplicam os saberes que lhes foram transmitidos mas produzem eles mesmos saberes próprios, por vezes denominados saberes práticos, empíricos, informais ou ainda destrezas, jeitos, astúcias e outros «expedientes»"* (Jobert, 2001, p.230)

Como refere Jobert, é necessário ter em conta o trabalho real na planificação da formação, e não apenas o que é prescrito, pois dessa forma corre-se o risco de esbarrar em condições dos contextos de trabalho que não permitem a efectuação do trabalho tal como ela é idealizada.

Por seu lado, Falzon e Teiger (2001, p.171) afirmam que o conhecimento adequado do trabalho real antes de planear a formação *"deve permitir além disso colocar em questão as próprias condições de exercício da actividade e as suas características"*, que são indispensáveis para a eficácia do trabalho.

Na planificação da formação temos que valorizar os saberes já existentes e partir da análise dos objectivos, das competências dos trabalhadores já com experiência. A perspectiva da formação é analisar o trabalho com os trabalhadores e, em conjunto, reflectir sobre a produção do trabalho e as condições em que ele ocorre. Falzon e Teiger (2001, p.172) defendem que se deve transformar a ideia do trabalho, ou seja, muitas vezes os trabalhadores, para mudarem, têm que começar por mudar a sua concepção de trabalho.

Nesse sentido, as organizações devem criar condições para que se possa desenvolver a aprendizagem. As condições dizem respeito às estruturas funcionais, aos níveis hierárquicos, aos canais de comunicação e à distribuição de responsabilidades. O trabalho deve estimular a resolução de problemas:

> *"O confronto com elementos variados e complexos, a cooperação entre colegas, a iniciativa e trabalho em grupo. Deve-se coincidir a organização do trabalho com a organização da formação, o que permitirá conciliar de forma mais adequada investimentos em formação e educação e desempenho dos indivíduos"* (Moniz et al., 1998, p.64).

1.4 – FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Os contextos de trabalho exigem dispositivos de formação para se prepararem e desenvolverem as práticas profissionais. Abreu, baseando-se em Correia, define dispositivo de formação:

> *"(...) como um conjunto de condições materiais, simbólicas e institucionais indutoras de uma dinâmica reflexiva e investigativa, que se constitua em instância mediadora e formativa entre o actor e o meio, entre o indivíduo e a sua própria subjectividade"* (Abreu, 2007, p.71).

Deste modo, os contextos de trabalho reclamam momentos para os enfermeiros analisarem as práticas, de modo a promoverem o seu exercício profissional. Correia (in Abreu, 2007, p.71) acrescenta que o dispositivo de formação, além de se propor mediar as relações entre formadores e formandos, é uma *"mediação do formando com o seu mundo subjectivo, mediação do grupo com um projecto de acção através do qual ele se exteriorizou"*.

A legislação em vigor, referente à carreira de enfermagem, Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro (alterado pelo Decreto-Lei n.º 412/98 e pelo Decreto-Lei n.º 411/99), previne que no âmbito da formação contínua dos enfermeiros as instituições de saúde devem realizar actividades de *formação em serviço*. A concretização da formação em serviço é habitualmente da responsabilidade de um enfermeiro especialista ou, diante a sua indisponibilidade, de um enfermeiro graduado.

A escolha do enfermeiro responsável da formação em serviço é efectuada pelo enfermeiro chefe do serviço e pelo enfermeiro supervisor de quem o enfermeiro chefe depende funcionalmente. A sua selecção terá por base a avaliação do curriculum profissional, valorizando a formação em técnicas e métodos no âmbito da pedagogia, a sua experiência profissional e as características facilitadoras do processo de aprendizagem.

Tendo em conta a legislação em vigor, a formação em serviço pretende visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objectivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo.

De acordo com o ponto 7º do Artigo 64º do Decreto-Lei n.º 437/91, o trabalho desenvolvido no âmbito da formação em serviço em cada unidade deve ser planeado, programado e avaliado de forma coordenada com a estrutura de formação da instituição.

As modalidades formativas a empregar, no âmbito da formação em serviço, devem privilegiar a análise do trabalho pelos próprios profissionais. Desta forma, Pierre Falzon e Catherine Teiger (2001, p.173) afirmam que a análise do trabalho, pelos operadores, numa perspectiva de aprendizagem, permite "*entender melhor o trabalho e os seus efeitos, o que contribui para que façam melhores diagnósticos das situações de trabalho e acções mais pertinentes."* Pelo que a análise do trabalho é vista como *"um instrumento cognitivo para a acção, posto à disposição dos operadores"*.

Assim, a formação em serviço efectuada pelos enfermeiros, ao promover o confronto entre o trabalho real e o ideal, através da análise das práticas, poderá contribuir para a modificação de comportamentos e atitudes.

O método da análise das práticas consiste em solicitar aos profissionais que efectuem uma auto-análise do seu próprio desempenho. As maiores dificuldades deste método provêm do facto de que as competências em questão são frequentemente competências de acção, não conscientes, o que torna difícil a consciencialização e a sua verbalização. É um trabalho moroso, de persistência, e é necessário fomentar essa descoberta junto dos profissionais (Falzon e Teiger, 2001, p.173).

Os mesmos autores sublinham ainda que a construção dos saberes não é fácil. Em primeiro lugar, porque os profissionais podem sentir dificuldades em extrair da experiência singular vivida um saber mais geral; em segundo lugar, por uma questão de tempos e finalização de objectivos na acção é difícil a reflexão sobre a acção; e, em terceiro lugar, porque as organizações não valorizam as práticas reflexivas, logo os espaços atribuídos são mínimos (Falzon e Teiger, 2001, p.175).

Falzon e Teiger, invocando o papel de um ergonomista na análise do trabalho, consideram que este assume o papel de moderador e de interlocutor do trabalho ideal:

> *"O ergonomista pede precisões sobre as actividades físicas e mentais utilizadas (informações temporais, espaciais), sobre os meios materiais utilizados, sobre os factores de variação possíveis, sobre a estrutura temporal das acções, sobre as consequências da actividade sobre o operador. Por esta maiêutica, os operadores descobrem gradualmente a complexidade da sua própria actividade, e aprendem a levar um outro olhar sobre ela e sobre a actividade de outros"* (Falzon e Teiger, p.174, 2001).

Adaptando esta perspectiva à formação em serviço em meio hospitalar, o papel de moderador pode ser assumido pelo enfermeiro responsável pela organização da formação. No entanto, todos os participantes têm um papel activo de confronto e de espelho uns para com os outros. Assim, de acordo com esta perspectiva, o modelo de formação baseia-se no princípio de tomada de consciência e de confrontação das situações de trabalho. O colectivo da formação desempenha um papel importante de parceiro no questionamento, na confrontação, na deliberação, na partilha ou no

desacordo das actividades, levando à produção de descobertas mútuas (Falzon e Teiger, 2001, p.174), tal como referem estes autores:

> *"trata-se tanto de um trabalho sobre os conhecimentos e a sua aplicação quanto sobre as representações que dizem respeito às «representações para a acção», a acção, neste caso, é finalizada pela análise crítica do trabalho e das suas condições numa orientação de adaptação de um e de outros"* (Falzon e Teiger, 2001, p.174).

1.5 – FORMAÇÃO AO LONGO DA VIDA E ACTIVIDADES REFLEXIVAS

Como salientámos anteriormente, a formação contínua tem estado muito circunscrita a práticas formativas escolarizadas, onde os aspectos mais valorizados são as matérias a transmitir e as técnicas de ensino a empregar. A propósito da influência do modelo escolar sobre a formação, Nóvoa (1988, p.109) considera que este está presente desde o seu surgimento na Época Moderna e se consolidou *"a partir da revolução burguesa dos finais do século XVIII."* Este autor dá-nos conta de um aspecto central da formação, e que se tem mantido inalterável, a existência de tempos distintos de formação e de acção.

A separação dos tempos de formação leva a uma outra clivagem não menos importante: *"a separação entre os espaços de formação e da acção"* (Nóvoa, 1988, p.110). Estas clivagens dos tempos e espaços de formação, por um lado, e de acção, por outro, têm fomentado duas lógicas distintas:

> *"De um lado, as situações de formação normalmente organizadas segundo uma lógica dos conteúdos a transmitir e das disciplinas a ensinar; do outro lado, as situações de trabalho organizadas segundo uma lógica dos problemas a resolver e dos projectos a realizar"* (Nóvoa, 1988, p.110).

As medidas paliativas, que se têm tomado para minimizar as clivagens entre a formação e a acção, têm evidenciado pouca eficácia, daí Nóvoa (1988, p.110) questionar *"em que medida (e de que modo) as atitudes, as capacidades e os conhecimentos adquiridos durante a formação podem ser "mobilizados" numa situação real de trabalho?"*.

Como referimos anteriormente, este autor considera o modelo escolar ainda dominante na formação, todavia, aponta três grandes movimentos de contestação ao paradigma escolar: Educação Nova (anos vinte); Educação Permanente (anos setenta); e, mais recentemente, a reflexão epistemológica contemporânea sobre a formação.

O Movimento da Educação Nova, iniciado no final do século XIX e atingida a sua plenitude nos anos que se seguiram à Primeira Grande Guerra Mundial, trouxe um novo fôlego à formação. Um dos autores em destaque desta época foi Jonh Dewey, que considerava a escola essencial para a

preparação das gerações futuras, quer em termos profissionais, quer em termos culturais. Este considerava a educação numa perspectiva de desenvolvimento e defendia os princípios de democracia na gerência da vida social, a começar pela escola. No que respeita ao ensino, refere que *"o professor não se deve preocupar com a matéria em si, mas com a interacção desta com as necessidades e as capacidades dos alunos"* (Dewey, 2007, p.164).

Outra das ideias marcantes da obra de Dewey prende-se com a formação pela experiência. O autor considerava a experiência central no processo de aprendizagem do indivíduo:

> *"Na sua essência, é a capacidade de aprender com a experiência; o poder de reter dela alguma coisa que possa ajudar a resolver os problemas de uma situação futura. (...) A aprendizagem de um acto, quando não se nasce a saber fazê-lo, obriga a aprender a variar os seus factores, a fazerem-se inúmeras combinações com eles de acordo com as circunstâncias. E isto conduz à possibilidade de um progresso contínuo, porque ao aprender um acto desenvolvem-se métodos para outras situações. Mais importante ainda é o facto de o ser humano adquirir o hábito de aprender. Aprende a aprender"* (Dewey, 2007, p.55).

Contudo, tal como refere Nóvoa (1988, p.111), a Educação Nova não foi suficiente para pôr em causa os dois «pilares» do modelo escolar: *"a existência de um tempo para aprender e de um tempo para fazer; o encerramento das práticas educativas em espaços próprios e específicos, em instituições especializadas."*

Dewey justifica a necessidade de recorrer a instituições e pessoas especializadas devido ao aumento das complexidades dos diferentes ofícios que emanam com o desenvolvimento técnico, económico e social, não sendo possível aprender apenas pela imitação dos mais experientes.

A respeito do papel da escola em matéria de formação, Dewey, encara a escola como apenas um dos recursos existentes e que têm as suas limitações. Em simultâneo considera essencial desenvolver outras estratégias de formação mais adequadas:

> *"As escolas são, sem dúvida, um importante meio da transmissão para formar o carácter dos imaturos; mas são apenas um meio e, comparadas com outros agentes, são um meio relativamente superficial. Apenas quando tivermos compreendido a necessidade das formas de ensino mais persistentes e fundamentais poderemos ter a certeza de colocar os métodos escolares no seu verdadeiro contexto"* (Dewey, 2007, p.22).

Após a Segunda Guerra Mundial, face à necessidade de readaptação permanente, devido às revoluções tecnológicas que ocorreram, o modelo escolar, melhor adaptado a realidades estáticas e previsíveis, deixa de responder às novas exigências sócio-económicas. Deste modo, *"o sucesso educativo passa pela capacidade de formar indivíduos capazes de se reciclarem permanentemente,*

aptos a adquirirem novas atitudes e capacidades, capazes de responderem eficazmente aos apelos constantes de mudança" (Nóvoa, 1988, p.112).

Tal como refere este autor, assiste-se a uma invasão da formação profissional contínua *"em todos os domínios da vida social e económica"* (Nóvoa, 1988, p.112). O movimento da Educação Permanente veio reclamar *"uma sociedade sem escola"*, cabendo a cada *individuo "decidir que quer aprender, como, quando e onde"* (Dauber e Verne in Nóvoa, 1988, p.113).

Mas esta exigência de *"descolarização da sociedade"* apenas veio reforçar o poder do modelo escolar nos vários quadrantes da vida social: *"a institucionalização da formação contínua está em vias de transformar a sociedade numa imensa sala de aula de dimensões planetárias"* (Dauber e Verne in Nóvoa, 1988, p.113). Como refere Nóvoa (1988, p.114), com a Educação Permanente efectuou-se *"uma ruptura com o modelo escolar, mas continuou-se a agir segundo uma lógica escolarizante, ainda que não confinada a tempos próprios e a espaços específicos."*

A Educação Permanente trouxe contributos valiosos no domínio da formação de adultos ao permitir desenvolver práticas educativas inovadoras, estratégias pedagógicas e instrumentos de avaliação rigorosos das actividades formativas. Contudo, a Educação Permanente falhou na interrogação *"epistemológica sobre o processo da formação"* (Nóvoa, 1988, p.115).

Neste sentido, Nóvoa distingue os trabalhos realizados no âmbito da formação de adultos que recorrem às histórias de vida e ao método (auto)biográfico. Esta nova perspectiva encetada na Educação dos Adultos, que fomenta nos formandos uma investigação retrospectiva dos seus percursos de vida, permite identificar recursos, experiências e estratégias mobilizadas nos seus processos formativos:

> *"Formar-se, não é instruir-se; é antes de mais, reflectir, pensar numa experiência vivida (...). Formar-se é aprender a construir uma distância face à sua própria experiência de vida, é aprender a contá-la através de palavras, é ser capaz de a conceptualizar. Formar é aprender a destrinçar, dentro de nós, o que diz respeito ao imaginário e o que diz respeito ao real, o que é da ordem do vivido e o que é do domínio do pretendido, isto é do projecto, etc."* (Hess, in Nóvoa, 1988, p.115).

Nóvoa (1988, p.115) defende que a formação não deve ser apenas encarada na perspectiva do desenvolvimento futuro, mas também na perspectiva de que o adulto tem que construir a sua própria formação *"com base num balanço de vida (perspectiva retrospectiva)"*. Este autor aponta dois aspectos centrais a ter em conta na formação de adultos: o conceito de reflexividade crítica e a consciência contextualizada. Enquanto que a reflexividade crítica consiste essencialmente na análise

do trajecto construído, a consciência contextualizada vai ao encontro do que refere Bercovitz (in Nóvoa, 1988, p.116):

> *"(...) A tomada de consciência opera-se através do assumir da palavra. O saber gera-se na partilha do discurso! (...) Numa outra forma, deparamo-nos com a necessidade de reconstruir o saber em função de cada prática concreta (de cada processo individual de aprendizagem). As aprendizagens só adquirem sentido à posteriori."*

Pineau (in Nóvoa, 1988, p.116), considerando as histórias de vida numa perspectiva sociológica, refere que são um método de investigação-acção e que estimulam a auto-formação. Este autor reforça a ideia de que *"é sempre a própria pessoa que se forma e forma-se na medida em que elabora uma compreensão sobre o seu percurso de vida."*

A noção de que é sempre a pessoa que se forma remete para um segundo plano os meios envolventes nos processos de ensino. Todavia é de ressalvar que a formação *"é um espaço de socialização e está marcada pelos contextos institucionais, profissionais, sócio-culturais e económicos, em que cada indivíduo vive"* (Nóvoa, 1988, p.120). Deste modo, a formação respeita, principalmente, o indivíduo que se forma em interacção com os outros e consigo próprio, necessitando de um contexto propício para se desenvolver (Nóvoa, 1989, p.121).

O processo de formação remete-nos igualmente para a noção de aprendizagem e de conhecimento. Enquanto que o processo de aprendizagem implica a aquisição e destreza de técnicas, o processo de conhecimento promove a assimilação de valores, normas e ideologias. Por seu turno, o processo de formação abrange *"a reflexão retroactiva sobre os elementos dos outros dois processos, tendo como consequência uma tomada de consciência"* (Nóvoa, 1988, p.120).

A utilização do método biográfico, a partir da investigação da biografia educativa, permite a tomada de consciência, tanto individual, como colectiva (Nóvoa, 1988, p.121). A biografia educativa é uma narrativa centrada na formação e nas aprendizagens, efectuada pelo próprio indivíduo, e o seu interesse está menos centrado *"na narrativa propriamente dita do que na reflexão que permite a sua construção"* (Josso, 1988, p.40).

Nos processos de formação de adultos em que se recorre à construção da biografia educativa, para acompanhar as pessoas a reflectirem sobre o seu percurso formativo, é solicitado aos participantes procurarem responder à questão: *"como me tornei no que sou?"*. A construção abrange três etapas de reflexão: uma primeira consiste em descrever oralmente e depois por escrito uma narrativa dos percursos de vida, centrados essencialmente nos processos de formação. A segunda e a terceira etapas

abrangem a reflexão *"em torno de compreensão do processo de formação e, para alguns, do processo de conhecimento"* (Josso, 1988, 40).

Esta autora considera que sem estas três etapas concluídas não se poderá falar em biografia educativa, ressalvando que para muitos indivíduos é difícil o trabalho de reflexão. Neste caso, as pessoas constroem apenas *"uma narrativa evocativa do seu percurso de vida"* e, como tal, a *"aprendizagem da reflexibilidade sobre a formação está incompleta"* (Josso, 1988, p.40). Ao abordar os obstáculos inerentes ao método empregue na elaboração da biografia educativa, a autora fala em bloqueios ao processo de reflexão devido a prováveis *"dificuldades de ordem psicológica (afectivas e intelectuais), articuladas com dificuldades de ordem sócio-cultural (sociológicas e psico-sociológicas)"* (Josso, 1988, p.40).

Josso (1988, p.41) considera a reflexão central ao processo de formação, permitindo ao indivíduo tomar consciência das actividades interiores inerentes às suas aprendizagens. A autora, com base na sua experiência no âmbito da formação, nomeadamente no âmbito de seminários desenvolvidos na Secção das Ciências da Educação da Universidade de Genebra, refere que habitualmente as pessoas apresentam esta *"atenção interior"* voltada para a consciencialização de emoções e afectos e só muito raramente a colocam ao serviço da actividade mental. Segundo Josso (1988, p.41), estes seminários, que decorrem ao longo do ano lectivo, dividem-se em três momentos: um primeiro é dedicado, pelos animadores, à exploração de vários conceitos teóricos relacionados com a formação. No final deste primeiro período, é pedida aos alunos uma síntese da problemática estudada, com o intuito de, por um lado, responsabilizar os alunos pela sua formação e, por outro, exercitarem o processo de reflexão.

No segundo momento, que a autora designa por *"descoberta da singularidade dos percursos de formação"*, cada aluno constrói o seu percurso de formação, primeiro verbalizando e depois escrevendo a sua narrativa.

A narrativa oral é efectuada em grupo, onde cada participante tem a oportunidade de participar na construção da sua narração e na dos outros participantes. A comunicação que se estabelece no grupo, em que cada um fala acerca das suas experiências e ouve as narrativas dos outros, promove a mobilização de recordações. No grupo, o sujeito identifica-se (ou não) com as outras narrativas, permitindo, por comparação, reflectir sobre a sua história. Outro aspecto que promove a construção das narrativas biográficas prende-se com as interrogações efectuadas pelos participantes sobre as narrativas, onde as questões levantadas pelos outros levam a que o sujeito reflicta sobre si e clarifique as suas experiências presentes e passadas (Josso, 1988, p.42).

De acordo com Josso (1988, p.42), o processo de reflexão presente na narrativa oral *"caracteriza-se pela mobilização da memória, pelo jogo discriminativo do pensamento e pela ordenação através da linguagem, da actividade interior do sujeito."* Neste processo de construção da biografia, o sujeito ordena as emoções, sentimentos, imagens e ideias, de modo a partilhar com os outros através da linguagem.

Nas descrições das narrativas, os sujeitos dão especial ênfase a determinados momentos que marcaram as suas vidas, o seu modo de pensar e as mudanças ocorridas nos seus percursos de vida. Josso (1988, p.44) considera que estes momentos-charneira *"articulam-se com situações de conflito e/ou mudanças de estatuto social, e/ou com relações humanas particularmente intensas, e/ou com acontecimentos sócio-culturais (familiares, profissionais, políticos, económicos)"*. Estes momentos-charneira evidenciam perdas/ganhos e *"transformações mais ou menos profundas e amplas"* (Josso, 1988, p.44) nos comportamentos e nas vidas dos sujeitos e são essenciais para se compreender os processos de formação.

No decorrer das partilhas, os sujeitos dão conta da aquisição de competências (pessoais, técnicas e sociais), conhecimentos (factos humanos e sociais, tomada de consciência de significados relevantes para a compreensão de si próprios e do ambiente que os rodeia):*"Em todos os casos, um «gene», um «choque», uma curiosidade, a maturação de uma questão ou ainda um exercício efectuado com perseverança, estão na origem destas competências, descobertas e significados"* (Josso, 1988, p.45).

A terceira etapa descrita por Josso (1988, p.45), *"dos percursos de formação aos processos de formação"*, compreende a reflexão dos percursos de formação em termos de dinâmicas, onde se promove a explicitação das decisões e dos percursos de forma a compreender os «motivos» que sustentam as biografias.

Entre os «motivos» apontados nas narrativas, Josso (1988, p.46) salienta aqueles que dizem respeito ao tema gerador das relações entre o individual e o colectivo. A este propósito, refere os que são mais representativos das narrativas. Assim, menciona a autonomização/conformização, a responsabilização/dependência e a interioridade/exterioridade. No que respeita à autonomização/conformização, a autora considera que, ao longo dos percursos de vida, há escolhas entre a busca pela autonomia e o conformar-se com as opiniões e desejos dos outros: *"o jogo da autonomização desejada face a uma conformização esperada pelo meio ambiente é o «motivo» mais representativo dos processos de formação"* (Josso, 1988, p.47).

Quanto à responsabilização/dependência, a autora salienta o equilíbrio manifestado, ao longo dos percursos, entre a aceitação da responsabilidade e o colocar-se em posição de dependência face aos outros.

Por seu turno, a interioridade/exterioridade consiste na diferença existente entre o mundo interno de cada um, com os seus desejos, e o mundo externo, com as suas pressões e vicissitudes. A este propósito, Josso (1988, p.48) considera que o equilíbrio procurado pelo sujeito entre a interioridade e a exterioridade está presente quando se muda, por exemplo, de profissão devido *"a uma tomada de consciência de que o sujeito ainda não esgotou o seu potencial ou se sente tentado pelo desenvolvimento de novas competências."*

Josso (1988, p.40) considera que as reflexões encetadas ao redor dos processos de formação são essenciais para responder à pergunta: *"«como é que eu tenho as ideias que tenho?»",* e promove nos participantes:

> *"(...) uma abertura na sua relação com os saberes. Esta abertura implica-os directamente como sujeitos que utilizam os referenciais que edificaram e dos quais se apropriaram no seu percurso de vida, para construírem significados que não têm outra legitimidade senão a de serem o resultado pensado das suas experiências."*

Em suma, a *"Biografia Educativa"*, ao colocar o sujeito no centro da formação através de uma estratégia de investigação-acção dos percursos e dos processos de formação, permite às estruturas de educação de adultos encarar a formação não como uma imposição externa, mas como uma construção de sentido encetada pelo próprio sujeito:

> *"A Educação dos Adultos pode, por meio de uma pedagogia apropriada, oferecer àqueles e àquelas que utilizam as suas estruturas a abertura para um exercício mais consciente da sua liberdade na inter-dependência comunitária, tornando-os mais conscientes do que os constitui enquanto seres psicossomáticos, sociais, políticos e culturais"* (Josso, 1988, p.49).

Deste modo, tal como refere Josso (1988, pp.49-50), a formação *"deverá ser uma teoria da actividade do sujeito"*, tendo em conta não apenas as situações e os modos de aprendizagem, como também o seu projecto, tal como a autora anunciou em outro local:

> *"Porque o trabalho biográfico sobre o passado se efectua a partir dos interesses, das questões, das preocupações, das expectativas e dos desejos de um presente que contém um futuro implícita ou explicitamente projectado, este trabalho é portador de uma mudança que «faz» sentido (direcção, valor e significação), assim como de uma potencialidade, captada ou não, de poder ir à descoberta de um saber-viver consigo, com os outros, com o meio humano e natural (incluindo aí a dimensão cósmica) e isto tanto no que diz respeito aos aspectos visíveis como invisíveis. É por isso que considero que a intenção de caminhar*

> *conscientemente para si é um processo-projecto que só termina no fim da vida"* (Josso, 2002, p.62).

A teorização da formação de adultos tem vindo a caminhar na direcção do sujeito que se forma, na perspectiva da formação enquanto actividade social. Um dos aspectos centrais ao processo de formação toca as experiências e as reflexões que o sujeito efectua para aprender. Do mesmo modo, no campo da formação profissional contínua, o sujeito, em interacção com ambiente, realiza um conjunto de práticas que requerem competências, saberes e conhecimentos e, como tal, está sujeito a processos formativos, apelando à experiência e a práticas reflexivas.

1.6 – REFLEXÃO SOBRE-A-ACÇÃO

Schön (2000), que se dedicou ao estudo da formação profissional contínua, nomeadamente aos *"níveis mais baixos das organizações"* (Finger e Asún, 2003, p.47), realça a importância da reflexão sobre as práticas, distinguindo a *reflexão na acção* e a *reflexão sobre a acção*.

A reflexão na acção consiste em reflectir durante o desenvolvimento de uma actividade, debruçando-se, nomeadamente, sobre o que está a acontecer e o que fazer naquela situação:

> *"Refletir durante a ação consiste em se perguntar o que está acontecendo ou o que vai acontecer, o que podemos fazer, o que devemos fazer, qual é a melhor tática, que desvios e precauções temos de tomar, que riscos corremos, etc."* (Perrenoud, 2002, p.31).

Na reflexão sobre a acção, a *"reflexão distante do calor da acção"* (Perrenoud, 2002), o objecto de análise é a nossa própria acção, seja para avaliá-la, criticá-la ou para explicá-la:

> *"Depois da realização da ação singular, a reflexão sobre ela só tem sentido para compreender, aprender e integrar o que aconteceu. Portanto, a reflexão não se limita a uma evocação, mas passa por uma crítica, por uma análise, por uma relação com regras, teorias ou outras ações, imaginadas ou realizadas em uma situação análoga"* (Perrenoud, 2002, p.31).

O mesmo autor refere que esta distinção pode trazer contributos importantes na formação de profissionais reflexivos, uma vez que perspectiva desenvolver capacidades de se reflectir durante a acção e sobre a acção, bem como desenvolver capacidades para se reflectir sobre o sistema e sobre as estruturas de acção individual ou colectiva (Perrenoud, 2002, p.33).

Perrenoud considera que a reflexão sobre os sistemas de acção interroga uma parte racional da acção, onde inclui *"informações disponíveis, seu tratamento, os saberes e os métodos nos quais ela se baseia",* bem como os pontos fracos e inconsistentes da acção que espelham *"conhecimentos ultrapassados, insuficientes ou indisponíveis na memória de trabalho, informações incompletas ou tendenciosas, inferências precipitadas ou aproximativas"* (Perrenoud, 2002, p.37).

Por outro lado, a reflexão sobre os sistemas de acção afecta uma parte inconsciente da acção, constituída essencialmente por automatismos memorizados: *"não somos conscientes de todos os nossos atos e tão pouco temos consciência que os nossos atos seguem estruturas estáveis"* (Perrenoud, 2002, p.39). Esta inconsciência, como refere este autor, é "funcional", permitindo agir em "piloto automático", que Piaget (in Perrenoud, 2002, p.39) apelida de *"inconsciente prático"*. Esta capacidade de interiorizar uma série de acções, tanto operacionais, como mentais, permite ao ser humano alargar o ângulo de acção e poder realizar um maior número de acções em simultâneo.

Perrenoud (2002, p.38) refere que os esquemas de acção, ou seja, tudo aquilo que numa acção *"pode ser transposto, generalizado ou diferenciado de uma situação como relação à seguinte, ou seja, tudo o que existe de comum nas diversas repetições ou aplicações da mesma ação"* (Piaget in Perrenoud, 2002, p.38), guiam a acção mas não afectam a criatividade, a variação ou a diferenciação das acções.

Bourdieu in (Perrenoud, 2002, p.39) descreve habitus como sendo *"um pequeno grupo de esquemas que permitem gerar uma infinidade de práticas adaptadas a situações que sempre se renovam sem nunca se constituir em princípios explícitos."*

Perrenoud (2002, p.39), que considera "comparável" o termo habitus à *"personalidade ou carácter"*. Refere que as nossas acções espelham aquilo que somos e que para designarmos os aspectos dos nossos habitus, temos a percepção da sua existência. O desafio da reflexão não se resume apenas a correcções de acções com vista a melhorar resultados, mas sim a transformar-se em alguém diferente. Passamos de uma reflexão no calor da acção, mais centrada no sucesso a curto prazo, para uma reflexão mais distanciada da acção, onde o sujeito se questiona a si mesmo, à sua formação, ao seu projecto, à sua identidade profissional e pessoal.

Contudo, a reflexão do sujeito tem que ser vista não apenas numa perspectiva isolada, mas inserida em sistemas sociais e na relação com os outros. O processo de reflexão do sujeito só tem a ganhar quando feito em grupo, pois a reflexão feita de forma isolada "*torna-se cada vez mais difícil devido à fragilidade de uma parte do habitus aos olhos do ator; bem como a suas ambivalências diante da tomada de consciência"* (Perrenoud, 2002, p.40). Neste sentido, a reflexão aponta para uma actividade feita pelo sujeito, mas inserida num contexto colectivo e atendendo às próprias relações interpessoais. Por outro lado, a reflexão deverá ser realizada de forma sistemática se pretendermos a tomada de consciência e a mudança de práticas (Perrenoud, 2002, p.43).

Perrenoud, em profissões humanistas, como na docência ou na enfermagem, onde se prescreve menos que em profissões mais técnicas e onde se exige um nível mais elevado de qualificação (Perrenoud, 2002, p.11), é da opinião que a formação contínua deve apostar *"claramente para uma prática*

reflexiva em vez de limitar-se a ser uma atualização dos saberes disciplinares, didáticos ou tecnológicos" (Perrenoud, 2002, p.45). Este autor considera que a prática reflexiva deve ser transversal ao processo formativo, independentemente da modalidade formativa em questão.

Contudo, o mesmo autor faz referência ao facto de também ser necessário aprender a reflectir. Considera essencial que esse processo seja iniciado no âmbito da formação inicial e que ao nível da formação contínua se possa fazer recorrendo a *"formações totalmente dedicadas à análise de práticas e ao procedimento clínico da formação"* (Perrenoud, 2002, p.45), este último inspirado na análise dos problemas da profissão, à semelhança do que acontece na formação médica.

Perrenoud apela para práticas formativas onde se realizem análises das situações de trabalho invocando "procedimentos clínicos", em que os sujeitos, fazendo um movimento da prática para a teoria, aprendem a partir da análise das situações vivenciadas nos contextos de trabalho: *"Um procedimento clínico desenvolve saberes, os quais, inicialmente, são situados e contextualizados e, em seguida, vinculados às teorias académicas e aos saberes profissionais acumulados"* (Perrenoud, 2002, p.109).

Os procedimentos clínicos, concedidos individualmente ou em grupo, além de permitirem ao indivíduo aprender com as situações, promovem o desenvolvimento de capacidades essenciais para se aprender a aprender:

> *De modo paralelo, ele desenvolve capacidades de aprendizagem, auto-observação, autodiagnóstico e autotransformação. Na melhor das hipóteses, forma profissionais capazes de aprender e de mudar por si próprios, sozinhos ou em grupos, em uma dinâmica da equipe ou da instituição"* (Perrenoud, 2002, p.109).

Na perspectiva de Argyris e Schön, e de forma esquemática, o processo de aprendizagem experiencial compreende dois níveis de aprendizagem sobrepostos em dois tipos de ciclo. Num primeiro nível de aprendizagem, está presente um ciclo simples em que a pessoa executa uma acção, retira uma experiência dessa acção, observa e efectua uma conceptualização abstracta dessa acção de modo a construir uma teoria na acção. O funcionamento deste ciclo simples[1], ou volta simples, permite ao sujeito analisar a acção, verificando, sobretudo, o seu resultado de modo a efectuar pequenos acertos na acção. Neste sentido, Clemente (2006, p.89) refere que neste caso a aprendizagem é *"adaptativa, correctiva ou incremental, baseada numa retroacção única e linear, (...) sem que haja um questionamento dos mesmos e da razão de ser do erro."* Esta autora acrescenta que são *"modificados*

[1] *Single loop learning*

alguns aspectos das teorias-em-uso" (Clemente, 2006, p.89), apenas para não comprometer os resultados das acções.

Num segundo nível do processo de aprendizagem, o sujeito funciona segundo um ciclo duplo[2], ou uma dupla-volta, onde, em vez de correr todo o ciclo (simples): acção; experiência; observação; e conceptualização abstracta, reflecte sobre a teoria na acção (conceptualização abstracta da acção):

> *"(...) através de reflexão sobre a teoria-na-acção – tornando explícitos os pressupostos ou a visão do mundo que está subjacente à acção através da chamada aprendizagem de dupla-volta – o indivíduo aprende mais depressa do que percorrendo todo o ciclo de aprendizagem que Argyris e Schön chamam de «volta simples»"* (Finger e Asún, 2003, p.48).

Figura 1 – Aprendizagem de dupla-volta de Argyris e Shön

Adaptado por Finger e Asún (2003, p.48)

Neste caso, a aprendizagem *"é considerada como um nível de aprendizagem superior, na medida em que implica a alteração das normas e dos pressupostos organizacionais"* (Clemente, 2006, p.89). Assim, a reflexão incide no *"modo como a acção é conceptualizada, – a reflexão sobre a teoria-na-acção –, o que faz com que a pessoa aprenda e, em última análise, se comporte de maneira diferente"* (Finger e Asún, 2003, p.48).

Deste modo, Argyris e Schön (in Schön, 2000, p.189) propuseram *"teorias-na-acção"* para explicar o comportamento que os sujeitos dispõem para justificarem e para agirem de forma espontânea durante a acção. Os autores fazem a distinção entre teorias na acção (aquelas que são utilizadas pelos sujeitos

[2] D*ouble loop learning*

para explicar as suas acções) e "*teorias-em-uso*" (aquelas que são usadas espontaneamente durante a acção):

> *"(...) que os seres humanos, em sua interação com o outro, constroem um design de seu comportamento e dispõem de teorias para fazê-lo. Essas teorias de ação, como as chamamos, incluem os valores, as estratégias e os pressupostos básicos que informam os padrões de comportamento interpessoal dos indivíduos. Distinguimos dois níveis nos quais operam as teorias da ação: há teorias que usamos para explicar ou justificar nosso comportamento. (...) E há, também, teorias-em-uso em nossos padrões de comportamento espontâneo com os outros."*

Estes autores indicam dois modelos: o Modelo I e o Modelo II – para explicarem as teorias na acção, utilizadas pelo sujeito nas relações interpessoais. Os autores, nas suas pesquisas, identificam sujeitos que funcionam de acordo o Modelo I e, em menor número, sujeitos que funcionam segundo o Modelo II.

De acordo com o Modelo I, os sujeitos têm dificuldade em partilhar a sua teoria na acção, as suas dificuldades, as suas opiniões e formas de agir, pelo que tentam a todo custo controlar o meio, maximizar os ganhos e minimizar as derrotas e evitam ao máximo os sentimentos negativos. Habitualmente, a aprendizagem associada a este modelo é a que designam por ciclo simples (Schön, 2000, p.190).

No Modelo II, pelo contrário, o sujeito tem capacidade para questionar as suas teorias em acção bem como partilhá-las com os outros. Os actores nas relações interpessoais e dinâmicas de grupo apresentam-se minimamente defensivos. Neste caso a aprendizagem é de dupla-volta, e a eficácia está aumentada. Os sujeitos frequentemente testam em público as suas teorias, há um alto nível de liberdade de expressão, compromisso interno e disposição para correr riscos. Este Modelo II destina-se a:

> *"(...) criar um universo comportamental no qual as pessoas possam intercambiar informações válidas, mesmo a respeito de questões sensíveis e difíceis, sujeitar dilemas privados à investigação comum e fazer testes públicos de atribuições (...). Ele pode testar até que ponto pode ir na tentativa de colocar em discussão as questões de dúvida e desconfiança que, frequentemente, surgem entre clientes e consultores"* (Schön, 2000, p.191).

Segundo os mesmos autores, a dupla-volta de aprendizagem, presente no modelo II, é de longe a mais eficaz, pelo que estudaram estratégias para passar de círculo simples para um duplo círculo de aprendizagem. Uma das estratégias defendidas foi colocar os formandos como co-pesquisadores da sua própria teoria em uso para investigarem como funcionam na prática. Com os seus trabalhos, os autores levaram a que os alunos percebessem quais eram as suas teorias em uso, descobrindo na maior parte dos casos que funcionavam de acordo com o modelo I:

> *"Os estudantes reagem de várias formas a essa descoberta chocante. Alguns abandonam o curso. Outros continuam, de maneira passiva e defensiva. Porém, um número substancial, aqueles que continuam a participar dos seminários de teoria-em-uso (...) são estimulados a explorar e a reestruturar suas teorias-em-uso."* (Schön, 2000, p.194)

Um outro aspecto que verificaram foi que os sujeitos detectam mais facilmente no outro características do modelo I do que em si próprios (Schön, 2000, p.194). Descobriram, ainda, que nos seminários onde trabalharam estas questões com os seus alunos apenas podiam ajudá-los a criticar e a verificar as suas teorias em uso, mas não conseguiam aprender por eles.

A estratégia para promover a passagem do Modelo I para o Modelo II consistia no *"método da decomposição"* (Schön, 2000, p.198), ou seja, era solicitado aos alunos que analisassem "casos" e estratégias utilizadas para lidar com as situações. Argyris e Schön, nos seus seminários dedicados à reflexão sobre a teoria na acção, recorriam frequentemente à dramatização de casos. Os alunos tentavam representar o "caso" por imitação, ou por improvisação e depois, em grupo, analisavam os problemas, as estratégias, as possíveis causas dos problemas e os sentimentos despoletados face ao desenvolvimento do exercício. Outra das estratégias utilizadas pelos autores consistia em pedir aos alunos que escrevessem e depois partilhassem com os pares as diversas reflexões sobre as teorias em uso. Schön (2000, p.198) dá ênfase à escrita como forma de promover a reflexão e nota que os alunos ao partilharem as suas dificuldades e medos percebem que os colegas também sentem o mesmo. O autor dá conta da importância de se verbalizar *"as confusões, descrever elementos do que já sabe ou dizer o que já produz a partir do que o instrutor diz e mostra"* (Schön, 2000, p.220) nos processos de aprendizagem. O *"método da decomposição",* em que solicitavam, em primeiro lugar, a descrição do significado da situação, em segundo, a estratégia encetada e, em terceiro, o que pretendiam fazer, permitiu aos alunos compreender o raciocínio que está por trás das respostas espontâneas e facilitar a passagem do Modelo I para o Modelo II (Schön, 2000, p.198).

Schön considera que a passagem de um modelo para o outro é complexa, lenta e difícil e faz-se mantendo o foco de atenção nos significados e sentimentos associados às experiências. Os alunos, no decorrer da consciencialização das suas teorias na acção, e ao compreenderem as diferenças entre o funcionamento do Modelo I e do Modelo II, começam a sentir o *"Modelo II menos como um método para a ação interpessoal efetiva, nos limites de seu trabalho profissional, e mais como uma maneira de entender a si mesmos, moldando suas relações com os outros e vivendo suas vidas"* (Schön, 2000, p.208).

O autor ênfatiza fenómenos típicos das dinâmicas dos grupos, como é o caso do *"padrão do grupo"* que se instala desde o começo do grupo, *"no qual os estudantes dramatizaram suas tentativas de refazer o design de seus casos"* (Schön, 2000, p.208), e na função de espelho associada às

dramatizações e verbalizações efectuadas por cada um dos participantes. Deste modo, o aluno pode ver no outro as suas próprias teorias na acção. Por outro lado, Schön (2000) regista conflitos, ciúmes, competição e atitudes defensivas que de vez em quando surgem no grupo, mas que são habitualmente ultrapassados pela acção do grupo.

Segundo a opinião de Finger e Asús (2003, p.48), a perspectiva de aprendizagem defendida por Argyris e Schön é uma mais valia significativa face a contributos de outros teóricos do pragmatismo americano, pois permite que se encare a mudança da prática, mudando a teoria na acção. Estes autores distinguem ainda a teoria em uso da teoria abraçada, ou seja, a explicação que os sujeitos dão sobre as suas acções corresponde à teoria abraçada. Por outro lado, a teoria em uso corresponde efectivamente à acção efectuada, isto significa que, habitualmente, a percepção que se tem não corresponde à realidade. Deste modo, o papel da formação consiste em questionar as teorias na acção, de forma a aproximar as teorias em uso e a teoria abraçada.

1.7 – ANÁLISE DAS PRÁTICAS E GRUPOS DE REFLEXÃO

As estratégias utilizadas por Argyris e Schön, no sentido de os estudantes passarem do Modelo I para o Modelo II e, da volta simples de aprendizagem para a dupla volta de aprendizagem, vão ao encontro dos grupos de reflexão ou de grupos de análise das práticas. Nestes grupos é pedido aos participantes que, de forma livre e espontânea, descrevam as suas acções para que se compreendam os esquemas de acção, os problemas e as dificuldades sentidas nas práticas profissionais:

A sociedade em geral, e especificamente os grupos sociais de menores dimensões onde o sujeito está inserido, assumem uma influência de destaque nos processos de formação. Como sugere Zimerman (2000, p82), o ser humano *"é gregário, e só existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais."* Desde que nasce, ele faz parte de vários grupos: família, amigos, escola, emprego, etc.) e vive numa constante *"dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social"* (Zimerman, 2000, p.82).

Existem diferentes definições e tipologias de grupo consoante os modelos teóricos e as funções que os legitimam.

Maisonneuve (2004, p.17), a partir das correntes da psicanálise de Freud, da dinamista de Lewin e da interaccionista de Bales, define grupo como um organismo constituído por membros independentes, com regras, fins, acções e tensões próprios. Numa perspectiva de investigação, Maisenneuve (2004, p.24), tendo em conta a *"relação com a organização social, com as normas aceitas, com fins colectivos e com os próprio projecto colectivo",* classifica os grupos em quatro categorias: grupo

institucional / grupo espontâneo, grupo formal / grupo informal, grupo de base / grupo de trabalho e grupo natural / grupo de laboratório. Estes grupos apresentam denominadores comuns, nomeadamente ao nível operatório e ao nível afectivo do funcionamento do processo grupal, que passamos a descrever.

Maisonneuve (2004, p.29) considera existirem factores essenciais para o funcionamento do grupo. Estas forças, designadas anteriormente por Lewin por factores de coesão, podem ser extrínsecas ou intrínsecas ao grupo.

Quanto aos factores extrínsecos, o autor salienta os de influência dos controles sociais – que vão desde as formas legais de constrangimento até à pressão da opinião pública; os factores de dependência hierárquica ou funcional de um grupo; os factores de disposição material que regulam as redes de comunicação; factores de semelhança ou de diferença dos status sociais e dos quadros de referência próprios dos indivíduos do grupo. Por outro lado, o autor realça que a *"proximidade sob todas as suas formas – espacial, social, cultural – constitui um poderoso meio de facilitação"* (Maisonneuve, p.2004, p.29) do processo de coesão do grupo.

Quanto aos factores intrínsecos, o autor enumera os de ordem sócio-afectiva e os de ordem operatória e funcional (Maisonneuve, 2004, p.30). No que respeita aos factores sócio-afectivos, distingue os seguintes:

- o atractivo de um fim comum – a finalidade a que se propõe o grupo;
- o atractivo da acção colectiva – as acções com vista a atingir a finalidade;
- o atractivo da pertença ao grupo – o prazer do indivíduo pertencer ao grupo.

Além destes afectos, o autor acrescenta a necessidade que o sujeito tem em *"comunicar, de se unir, de algum modo, aos outros, fugindo à ansiedade da solidão"* (Maisonneuve, 2004, p.31). Os afectos são essenciais para se estabelecer o processo de identificação dos membros com o seu grupo e criar o sentimento do «nós» dentro do grupo.

Maisonneuve (2004, p.32), entre os factores sócio-afectivos, também salienta o jogo de afinidades interpessoais, referindo que a filiação de um sujeito num grupo depende, em parte, das afinidades e simpatias com os membros do grupo. Outro aspecto de destaque, relacionado com os factores sócio-afectivos, prende-se com o equilíbrio entre a satisfação das necessidades individuais e a satisfação das necessidades colectivas. Estas satisfações têm que ser equilibradas, pois ambas são necessárias à coesão do grupo (Maisonneuve, 2004, p. 33).

De acordo com o mesmo autor, os factores sócio-operatórios estão relacionados com os papéis que os membros assumem no grupo. Os papéis desempenhados pelos sujeitos dependem, por um lado, da actividade e, por outro, das aptidões individuais de cada membro. Conforme os papéis representados, os membros apresentam influências diferentes, em qualidade e quantidade, sobre os restantes elementos do grupo e sobre o desenvolvimento das actividades comuns. Um papel de destaque num grupo é o de liderança, pois na maior parte das situações terá de existir quem lidere: *"compreende-se perfeitamente que nenhuma operação de produtividade (material ou intelectual) se pode efectuar sem um papel proeminente de um chefe ou de um dirigente do grupo"* (Maisonneuve, 2004, p.34). Todavia, o autor salienta que esta relação, entre um chefe e os restantes elementos, deve ser perspectivada como complementar *"porque não depende exclusivamente só da atitude do chefe, mas das exigências variáveis da situação total (fim colectivo, pretensões e necessidades dos membros, posição do grupo no ambiente que o rodeia, etc.)"* (Maisonneuve, 2004, p.35). A função de liderança pode estar centrada numa pessoa, num líder que chama a si todo o poder de decisão, ou no grupo, se o chefe assumir um papel de «catalizador» e, portanto, diluir o poder de decisão na equipa.

A coesão do grupo é manifestada pelos comportamentos dos membros do grupo. Para Maisonneuve (2004, p. 35), estes comportamentos devem ser entendidos como factores dinâmicos e circulares que, resultando de pressões internas, vão reforçar a pressão e catalizar o grupo. O autor fala de três tipos de pressão: o conformismo, a resistência aos desvios e a agressividade potencial para com o exterior.

O conformismo é representado por normas e regras definidas no grupo, que são manifestadas por uniformidades nos comportamentos, opiniões, sentimentos e linguagem, tanto ao nível sócio-afectivo como operacional (Maisonneuve, 2004, p.36).

Por seu lado, os comportamentos de desvio respeitam todo aquele que sai da norma instituída pelo grupo. O grupo tende a controlar os desvios podendo, muitas vezes, levar à expulsão de elementos do grupo.

Quanto à potencial agressividade com o exterior, Maisonneuve (2004, p.42) relaciona esta pressão com as relações inter-grupos. Este autor refere que por vezes, de uma forma espontânea, os membros de um grupo podem "atacar" um outro grupo com o propósito de aumentar a coesão do seu próprio grupo.

A noção de conformismo e de desviacionismo é importante para se compreender os fenómenos de mudança dos grupos. Contudo, nos processos de mudança também devemos considerar, além dos factores internos, as pressões externas exercidas sobre o grupo. Na modificação de hábitos, comportamentos e atitudes tem que se considerar a existência de resistências ou forças contrárias, que

se opõem à mudança. O autor considera que o grupo assume um papel importante nos processos de mudança. A este propósito, o mesmo refere que é mais fácil a mudança ocorrer em grupo do que individualmente:

> *"A grande implicação, o compromisso das pessoas convidadas a uma discussão é mais intenso que o daquelas que se contentam com ler um folheto ou escutar uma conferência; os membros de um grupo de discussão são mais activos, sentem-se mais directamente atingidos e sobretudo mais profundamente comprometidos quando tomam uma decisão colectiva"* (Maisonneuve, 2004, p.53).

Tendo em conta Lewin, o autor considera que, contrariamente aos grupos onde as pessoas não estão isoladas, quando estas são abordadas individualmente vão resistir mais às propostas de mudança, uma vez que não têm referência da opinião do restante grupo:

> *Enquanto o ensino individual ou a propaganda de massa deixam o indivíduo numa situação solitária, sozinho com as suas hesitações e dúvidas, a discussão é capaz de suscitar um movimento colectivo de evolução das atitudes. (...) é mais fácil modificar os hábitos de um grupo que os de um indivíduo tomado isoladamente, mesmo quando não se trate de uma decisão respeitante a um fim comum, mas de uma decisão concernente aos comportamentos individuais num quadro social"* (Maisonneuve, 2004, p.53).

Um aspecto essencial na compreensão dos grupos prende-se com as interacções estabelecidas entre os membros dos grupos. O mesmo autor, tendo em conta Eubanck, define interacção como *"a força interna da acção colectiva. Vista da parte daqueles que nela participam"* (Eubanck in Maisonneuve, 2004, p.65), distinguindo interacções por oposição (conflito, competição e interacções por acomodação), combinação e fusão.

Maisonneuve (2004, p.66), de acordo com a classificação proposta por Bales, considera que os grupos passam por várias fases com vista à resolução de problemas. Assim, num grupo o processo de resolução de problemas inicia-se pela fase de informação, seguida pelas fases de avaliação, controle, decisão, tensão e integração. Cada fase é correspondida por um tipo de interacção e é manifestada pelos comportamentos verbal e não verbal dos membros do grupo. Estes comportamentos foram classificados por Bales e estão relacionados com a área sócio-efectiva (que pode ser positiva ou negativa) e com a área sócio-operatória. Os membros do grupo vão interagir uns com os outros de modo a resolver o problema. Por um lado, funcionam num nível sócio-operatório, dando ou pedindo opiniões, informações ou sugestões; e, por outro, funcionam ao nível sócio-afectivo, agindo de forma conciliadora com o grupo – aprovando, mostrando-se ligados ou dando provas de solidariedade com o grupo, ou pelo contrário, em oposição a um ou mais membros do grupo – apresentando sentimentos de desaprovação, tensão ou agressividade.

Minicucci (2001, p.267), entre as categorias sugeridas por Bales, aponta contribuições relevantes e irrelevantes para a realização da tarefa. As contribuições relevantes podem indicar factos relacionados com a tarefa, como é o caso de quando se "dá ou pede informação" sobre um assunto. Dentro das contribuições relevantes para a tarefa, ainda encontramos o "pedir ou dar uma opinião" e o "aprovar ou desaprovar", que combinam factos com juízos de valor (opiniões). Pelo contrário, há contribuições que são irrelevantes para a tarefa, como são o caso da expressão de hostilidade, alheamento e cordialidade.

As interacções entre os membros do grupo variam conforme os papéis assumidos por cada um dos participantes. Um dos papéis preponderantes na condução da maioria dos grupos de modo a resolverem os problemas é o de liderança. Barnard (in Maisonneuve, 2004, pp.81-82) refere que liderança é *"o carácter de uma tal comunicação que é aceite. Por aquele que a recebe, como devendo reger o seu comportamento."* Sobre liderança, Maisonneuve releva, com base em Bales, que há uma complementaridade entre o papel do líder e os restantes elementos:

> *"Conforme o tipo de liderança exercido – e aceite: se o líder intervém muito na orientação das funções (categorias 4 e 5), o grupo em si mesmo produz relativamente pouco; e vice-versa: o grupo é mais produtivo e mais implicado quando o líder intervém somente ou sobretudo a nível da informação e da explicação (categoria 6) e manifesta uma atitude de compreensão (categoria 3)."* (Maisonneuve, 2004, p.71)

No âmbito das discussões em grupo, o condutor do grupo pode influenciar ou facilitar o funcionamento da reunião. Maisonneuve (2004, p.141) dá conta de duas funções que se conjugam: a de produção e a de regulação. Quanto à função de produção diz respeito ao desenvolvimento de ideias e de conteúdos verbais. Por seu turno, a função de regulação compreende a zona sócio-operatória e a zona sócio-afectiva:

> *"Esta função de regulação envolve igualmente as duas zonas várias vezes apontadas: compreende a zona dos fenómenos operatórios, da organização, do procedimento de trabalho, e a dos fenómenos afectivos, ou mais geralmente dos processos relacionais, porque as interacções implicam simultaneamente afectos e acções, desempenho de papéis e influência"* (Maisonneuve, 2004, p.141).

O modo de liderança é variável em grau e em estilo, podendo apontar-se três técnicas de condução: directiva, não directiva e mista.

Na técnica directiva, quanto ao procedimento, o líder actua *"sobre «a organização», a fim de facilitar a produtividade do grupo e eventualmente o encontro de uma solução comum"* (Maisonneuve, 2004, p.142). Neste caso, o líder contribui para a planificação do problema, para a estruturação dos intercâmbios e para a coordenação das achegas. No que se refere à produção, o líder apenas dá

informações, abstendo-se de dar opiniões pessoais porque *"se ela se estende directamente à expressão dos seus próprios desejos, cai imediatamente da situação de discussão numa reunião de mera transmissão de ordens"* (Maisonneuve, 2004, p.142).

A técnica não directiva, inspirada no método clínico de Carl Rogers, funciona essencialmente ao nível da percepção e da relação do grupo com o problema em análise. Neste caso, o dinamizador efectua esclarecimentos, procede à coordenação das achegas e elucida os processos de relação que surgem no grupo, de modo a que os restantes membros percepcionem as situações e os acontecimentos.

A técnica mista é utilizada em determinados grupos conforme os seus objectivos e os problemas em resolução. Assim, pode haver fases em que o coordenador funciona de forma directiva e outras fases em que funciona de forma não directiva. Em qualquer situação de discussão em grupo, o condutor apresenta funções distintas dos restantes elementos.

Por seu turno, Zimerman (2000) faz a distinção entre grupos com funções terapêuticas e grupos com funções não terapêuticas. Estes últimos assumem essencialmente funções operacionais, com o objectivo comum de fazer cumprir uma tarefa. Os primeiros têm objectivos e meios diferentes de actuação, com vista a modificar aspectos da vida intra-psíquica do sujeito.

Além disso, o grupo terapêutico implica a existência de um terapeuta com experiência em terapia de grupo, que domine os problemas de saúde mental e que esteja inscrito *"num racional teórico, reconhecido na actualidade científica, e que poderá ser humanista, psicodinâmico, comportamental / cognitivo, interpessoal / interaccional"* (Guerra e Lima, p.31, 2005). Os grupos não terapêuticos são grupos em que não é necessário um condutor especialista em saúde mental, como são os casos dos grupos de auto-ajuda (Guerra e Lima, p.31, 2005) e os grupos de reflexão. Outro aspecto relevante na aplicação de um grupo terapêutico ou não terapêutico é a necessidade de que o seu condutor tenha *"ele mesmo vivenciado exercícios semelhantes e tenha consciência das dificuldades que a técnica possa criar"* (Guerra e Lima, 2005, p.51).

Elizalde (in Guerra e Lima, 2005, p. 72) distingue nos grupos três forças emergentes: intrapessoais, interpessoais e grupais. As intrapessoais, dizem respeito a aspectos biológicos, às necessidades humanas básicas, segurança e de desenvolvimento pessoal. As forças interpessoais dizem respeito aos aspectos em jogo quando se interage com o outro, tais como sentimentos de proximidade, atracção, repulsa, necessidade de poder ou de submissão. Por último, as forças grupais *"(...) estão vinculadas à história individual e às experiências do primeiro grupo a que as pessoas pertenceram (a família)*

onde a memória do inconsciente e as ligações afectivas aos pais e irmãos ficaram gravadas, sendo reactivadas em posteriores experiências de grupo."

A propósito da função dos grupos, Zimerman (2000, p.90) considera que, frequentemente, os grupos não terapêuticos desempenham funções terapêuticas e que os grupos terapêuticos assumem, por exemplo, funções de aprendizagem. Além disso, há aspectos funcionais comuns em ambos os casos. Devido a isso, este autor refere ser difícil estabelecer as fronteiras entre uns e outros.

No nosso trabalho, centramos a nossa atenção nos grupos não terapêuticos ou operacionais, mais especificamente nos grupos de reflexão. Zimerman (2000, p.90) destaca, relativamente à utilização dos grupos operacionais, o trabalho pioneiro do argentino Pichon Rivière que, desde 1945, os começou a utilizar, primeiro na formação médica na área da saúde mental, e depois na formação de outros grupos profissionais, nomeadamente de professores.

Pichon-Rivière, influenciado pela corrente psicanalítica de Freud, pela teoria da Gestalt e pelas experiências de grupos efectuadas por Kurt Lewin, inscreve a sua teoria na "psicanálise vincular":

> *"O vínculo é um conceito instrumental em psicologia social que assume uma determinada estrutura e que é manejável operacionalmente. O vínculo é sempre um vínculo social, mesmo sendo com uma só pessoa; através da relação com essa pessoa repete-se uma história de vínculos determinados em um tempo e em espaços determinados. Por essa razão, o vínculo se relaciona posteriormente com a noção de papel, de status e de comunicação"* (Pichon-Revière, p.31, 2000).

Pichon-Revière (2000), com uma perspectiva análoga aos conceitos de assimilação e acomodação de Piaget, sugere que possuímos uma estrutura de acção composta por aspectos que o próprio conhece (conscientes) e que desconhece (inconscientes). Essa estrutura é dinâmica e, sob influências internas e/ou externas, vai-se modificando e enriquecendo com novas experiências.

Zimermam (2000, p.91) resume da seguinte maneira os principais conceitos tratados por Pichon-Revière e que se reflectem na dinâmica dos grupos:

- Teoria dos vínculos – Os vínculos são tripessoais, ou seja, estão relacionados com as figuras parentais introjectadas pelo indivíduo;
- Formação de papéis – Nos grupos o indivíduo assume determinados papéis: porta-voz, bode expiatório, líder (tipo autoritário, democrático, laissez-faire, demagógico);
- Esquema corporal – Nos grupos os sujeitos funcionam em espelho uns para com os outros.

- Modelo do cone invertido – o grupo compreende afiliação, pertença, pertinência, comunicação, aprendizagem, cooperação e "tele", sendo que este último designa o clima emocional do grupo;
- Conceitos de verticalidade – No grupo está presente, em simultâneo, a história de cada indivíduo e o aqui-e-agora da totalidade do grupo (conceitos de horizontalidade)
- Conceito de pré-tarefa – Conceito similar aos pressupostos básicos de Bion, em que o estado irracional do grupo impede a realização da tarefa.
- A noção dos "três D" – o depositante, o depositado e o depositário das ansiedades básicas.

Os conceitos descritos são identificados em qualquer grupo, seja ele terapêutico ou não terapêutico. O papel do moderador do grupo não terapêutico deve apenas ser centrado na tarefa do grupo e não na intervenção de ordem interpretativa. A não interpretação nos grupos operacionais é fundamental para o seu bom funcionamento pois, caso contrário, as interpretações comprometem os processos de reflexão (Osório, 2003, p.133), uma vez que podem provocar mal-estar entre os participantes do grupo.

Os grupos não terapêuticos, nos quais se inclui os grupos de reflexão, centram a sua ideologia no sujeito que aprende e nas suas capacidades, remetendo para segundo plano os processos de ensino. O trabalho desenvolvido por Kurt Lewin, que se dedicou a estudar grupos humanos, foi determinante no desenvolvimento de diversos tipos de grupos: T-Group, grupos de desenvolvimento ou sensibilização, grupos de laboratórios temáticos ou ateliers e grupos Balint.

Zimerman (2000, p.92) considera que a designação de "grupo de reflexão", sugerida por outro psicanalista argentino, Dellarosa, traduz o sentido adequado ao seu propósito, preferindo esta designação a outras, por duas razões:

> *"a primeira está contida em sua etimologia, composta a partir de re+flexão, ou seja: sugere que cada um e todos do grupo façam uma renovada e continuada flexão sobre si próprios, assumindo as responsabilidades que lhes são próprias. A segunda razão é o fato de que a palavra "reflexão" indica a propriedade de um espelho, ou seja: o fato de que também este tipo de grupo comportar-se como uma "galeria de espelhos" onde cada um pode reflectir-se de forma especular, nos demais e vice-versa."*

Este autor salienta que os grupos de reflexão buscam essencialmente a aquisição de atitudes internas, trabalhando quatro funções do Ego: percepção, pensamento, conhecimento e comunicação (Zimerman, 2000, p.93).

No que respeita à percepção, esta compreende a forma como o indivíduo ou o grupo *"percebe os estímulos provindo do mundo exterior e isso varia de acordo com a natureza e o grau das possíveis*

ansiedades de que eles sejam portadores." Se a natureza da ansiedade é depressiva ou paranóica, a percepção vai variar e influência a vida do grupo. Por exemplo, no caso da ansiedade ser do tipo paranóica, o indivíduo pode reagir aos estímulos externos de forma agressiva e/ou defensiva.

Quanto ao pensamento, Zimerman (2000, p.93) salienta que é a função central no processo de aprendizagem e que o grupo possibilita *"aos indivíduos uma forma mais adequada de utilização do pensamento"*. Esta consciencialização é essencial para alterar pensamentos irrealistas e desadequados que muitas vezes apresentamos.

A função do conhecimento está intimamente ligada ao querer conhecer, e ao evitar conhecer. Na perspectiva psicanalítica, são vários os mecanismos que usamos ao serviço do Ego para manter o desconhecimento dos factos. Isto deve-se a situações de desprazer que normalmente estão associadas a certas verdades penosas, tanto internas como externas, que não queremos saber (Zimerman, 2000, p.93).

Zimerman realça a função da comunicação nos grupos de reflexão, referindo que o grande mal da humanidade se deve aos mal-entendidos:

> *"(...) os mal-entendidos decorrem da patologia da percepção do pensamento, e resultam especialmente do emprego excessivo de identificações projectivas nas relações interpessoais. Cada pessoa costuma depositar e atribuir a outra tudo aquilo que detesta e não suporta em si própria."*

E acrescenta que os problemas de *"inveja, ciúme, rivalidades, ansiedades, identificações"* estão na base desses mal-entendidos, podendo prejudicar o processo de reflexão do grupo (Zimerman, 2000, p.93).

A respeito da comunicação, Eduardo Cortesão (1989, p.127) identificou nos grupos terapêuticos vários níveis de comunicação, os quais designou por níveis de experiência: *"Num grupo de psicoterapia observa-se que os membros do grupo procuram comunicar ou partilhar os seus sentimentos, conflitos ou mesmo as arreigadas convicções."* Os primeiros três níveis de comunicação relatados por Cortesão podem-se encontrar também nos grupos não terapêuticos. Designou o primeiro nível de comunicação por experiência subjectiva individual, em que o sujeito *"relata eventos da sua vida actual ou passada",* portanto, partilha as suas experiências. O segundo nível apontado por Cortesão foi o de experiência subjectiva múltipla, em que o sujeito, ao ouvir o relato de outros, fala das suas próprias experiências: *"Se outros encarrilam nessa cadeia de pensamentos e dizem de seu mister e preocupações, relatados ou não através de um «já agora…» ou «a propósito do que se está a dizer», o grupo está a comunicar num nível de experiência subjectiva múltipla."* O terceiro nível

corresponde ao que este autor designou por nível de comunicação associativa. Este caso dá-se quando vários elementos do grupo tecem comentários sobre um mesmo assunto: *"E é quando A e B comentam sobre o que disseram C e D, fazendo perguntas, oferecendo sugestões ou informações, que o grupo entra em funcionamento no nível de comunicação associativa"* (Cortesão, 1989, p.130).

Os níveis de comunicação referidos anteriormente por Cortesão são percepcionados nos grupos de análises das práticas. Nestes grupos, procura-se desenvolver a capacidade de reflectir ou de desenvolver *"a capacidade para pensar as experiências emocionais"* (Zimerman, 2000, p.221).

No que respeita ao papel do moderador dos grupos, cabe-lhe promover no grupo o *"pensar sobre as coisas"* e no caso de grupos em que os indivíduos trabalham com pacientes, que é o caso dos enfermeiros, é essencial que se desenvolva a capacidade de empatia, ou seja, a capacidade de cada membro do grupo se colocar no lugar do outro. Assim, as sessões reflexivas visam promover a reflexão sobre as relações inter-pessoais, situações do trabalho, e análise de situações problemáticas que vão surgindo no quotidiano dos profissionais.

Alguns dos conceitos anteriormente apresentados podem ser encontrados em outro psicanalista de renome, o inglês Wilfred Bion, nomeadamente a noção dos "três D" referida por Pichon-Revière, que Bion apelidou, anteriormente, de função de "continente" e "conteúdo".

No que respeita aos grupos, Bion considera que os sujeitos constituem um grupo porque têm uma tarefa comum a cumprir. Quando o grupo não funciona em prol da tarefa, passa a funcionar inadequadamente e sob um registo irracional, ao qual chamou "pressupostos básicos comuns" (Symington e Symington, 1999, p.150). Bion designou a actividade mental cooperativa que existe no grupo para desenvolver a tarefa por grupo de trabalho:

> *"Um nível manifesto, racional, consciente, o das tarefas, em relação directa com a realidade objectiva, Bion chama a este nível «grupo de trabalho» (acrescentando frequentemente especializado»). A actividade pressupõe uma aprendizagem e é normalmente facilitada por uma estrutura institucional e diversos sistemas do controle aceites pelos membros que cooperam voluntariamente"* (Maisonneuve, 2004, p.99).

Ao contrário do grupo de trabalho ou de tarefa, existe um outro nível da vida do grupo, este é irracional e quase sempre inconsciente de que afecta o desenvolvimento da actividade do grupo:

> *"Um nível implícito, irracional, geralmente inconsciente e irrealista, dominado por fantasmas. A actividade mental deste «grupo de base» é «instantânea e instintiva». Não exige nenhuma formação nem aptidão especial para cooperar (...). Ora, estes processos vêm perturbar mais ou menos seriamente a cooperação racional durante todo o tempo que permanecerem por elucidar ou por meter em matrizes"* (Maisonneuve, 2004, p.100).

Bion identificou três tipos de pressupostos básicos: *"dependência, ataque-fuga e acasalamento e, tal como o grupo de trabalho, cada um destes descreve um modo de funcionamento do grupo, e não das pessoas que o constituem"* (Symington e Symington, 1999, p.150). Quando o grupo funciona segundo o pressuposto básico de dependência é como se estivesse à espera de que um líder tomasse conta do grupo, tal como os pais fazem em relação aos filhos. Neste caso a fantasia inconsciente é a de que o líder é omnipotente.

O pressuposto básico de ataque e fuga implica que o grupo funciona como se houvesse um inimigo a abater ou a evitar. O sujeito eleito para líder terá que ser invencível para lutar e proteger o grupo do inimigo.

Quando o grupo está sob domínio do pressuposto de acasalamento (designado também por acasalamento messiânico), o grupo acredita que ainda não nasceu o líder capaz de resolver a liderança do grupo. Perante esta crença, no grupo assiste-se a alianças e à formação de sub-grupos para gerar o "Messias que virá salvá-los". A fantasia inconsciente é a de que esse líder é perfeito (Osório, 2003, p.18). Segundo Kernberg (2000), enquanto os pressupostos de dependência e de ataque-fuga estão num estádio de desenvolvimento pré-edipiano, o pressuposto de acasalamento messiânico está numa fase edipiana.

Portanto, o funcionamento dos grupos, segundo Bion, assenta em actividades mentais objectivas, designadas por trabalho de grupo ou de tarefa, e actividades mentais mais subjectivas, referidas por pressupostos básicos comuns.

Contudo, Bleger (2003, p.60) menciona que nos grupos os factores subjectivos, que muitas vezes são referenciados como barreiras para se produzir ou funcionar mais objectivamente, são essenciais para essa mesma objectividade:

> *"No ensino, o grupo operativo trabalha sobre um tópico de estudo dado, porém, enquanto o desenvolve, se forma nos diferentes aspectos do fator humano. Embora o grupo esteja concretamente aplicado a uma tarefa, o fator humano tem importância primordial, já que constitui o "instrumento de todos os instrumentos". Não existe nenhum instrumento que funcione sem o ser humano."*

A propósito de educação, Bleger (2003, p.61) considera que o ensino e a aprendizagem implicados nos grupos *"constituem passos dialéticos inseparáveis, integrantes de um processo único em permanente movimento",* e que ao ensinar também se aprende. Este autor crítica o modelo escolar tradicional, alegando existir uma barreira devido à divisão existente entre o professor, que ensina, e os alunos, que aprendem. No entanto, o autor alerta para a dificuldade de se mudar esta situação, pois

isso iria provocar ansiedade *"devido à mudança e abandono de uma conduta estereotipada"* (Bleger, 2003, p.62).

O abandono da conduta estereotipada no ser humano é difícil de se operar, uma vez que lhe são subjacentes rituais, normas, papéis e benefícios pessoais. A manutenção da conduta tem a vantagem de evitar o desconhecido e a ansiedade, mas *"o preço dessa segurança e tranqüilidade é o bloqueio do ensino e da aprendizagem, e a transformação desses instrumentos no oposto daquilo que devem ser: um meio de alienação do ser humano."* (Bleger, p.62, 2003).

Bleger é da opinião que existe, da parte de quem ensina, um medo de perder o status ou o medo de ficar "desprotegido". Perante esta situação, o mesmo autor sugere que se deve criar a *"consciência de que a melhor «defesa» é conhecer o que se vai ensinar e ser honesto na valorização do que se sabe e do que se desconhece."* Para Bleger é importante que quem ensina assuma as suas limitações, porque desta forma há um abandono da atitude de omnipotência, a redução de narcisismo, a adopção de atitudes adequadas na relação interpessoal, *"a indagação e a aprendizagem, e a colocação como ser humano diante de outros seres humanos e das coisas tais como elas são"* (Bleger, 2003, p.63). O mais importante no campo do conhecimento não é dispor de toda a informação, mas possuir instrumentos para resolver os problemas e acrescenta que *"existe grande diferença entre o conhecimento acumulado e o utilizado; o primeiro aliena (inclusive o sábio), o segundo enriquece a tarefa e o ser humano"* (Bleger, 2003, p.64).

Bleger (2003) realça que é essencial transformar todas as condutas, experiências, relações humanas e ocupações em objectos do ensino-aprendizagem. Acompanhando esta perspectiva, os formadores devem "co-trabalhar e co-pensar" com os formandos, sendo que as realidades a serem trabalhadas devem ser analisadas tal como se apresentam, as informações no nível que se encontram, sem deixar de se apresentar todos factos, mesmo os que não se conhecem bem, tal como refere Bleger (2003, p.67): *"(...)Não se devem ocultar as lacunas nem as dúvidas, nem preenchê-las com improvisações."*

O trabalho promovido nos grupos de reflexão visa corrigir padrões estereotipados e distorcidos, que funcionam como antítese ao conhecimento e como barreira aos processos reflexivos sobre as condutas dos indivíduos.

Nos grupos de reflexão, ao se promover a dialéctica entre sujeito e objecto, em que o sujeito analisa o objecto, contribui-se para se esbater a diferença que existe entre teoria e prática e entre o dito (ideal) e o que se faz (real):

> *"A práxis enriquece a tarefa e o ser humano, e é isto que devemos conseguir no grupo, rompendo as dissociações entre teoria e prática, em cada uma e em todas as modalidades em que elas podem ocorrer, inclusive dissociação e contradição (tão freqüente) entre ideologia e ação. Elas não são apenas perturbações da tarefa, mas são também, ao mesmo tempo, dissociações da personalidade, e ao superá-las o resultado é duplo"* (Bleger, p.72, 2003).

O objecto de análise pode ser a própria conduta do sujeito e isso implica necessariamente que se reflicta sobre este tópico. O grupo pode colaborar nessa análise, nessa reflexão, e nessa transformação, tal como é sugerido por Lima (in Minicucci, 2002, p.49):

> *"a maturação do pensamento (embriologiado pensamento) resulta da estimulação provocada pelo grupo (situação de constrangimento e de contigüidade). O grupo força a superação da intuitividade do pensamento egocéntrico, levando-o à forma sociocêntrica. A reflexão não é se não uma discussão em voz baixa (interiorização do grupo), assim como a discussão: uma reflexão em voz alta – «a lógica é a moral do pensamento» (Piaget), da mesma forma que a moral é a lógica da conduta. A necessidade de compreensão do exercício das funções, de diálogo e de defesa em comum leva o indivíduo à coerência do pensamento (pela lógica) e à ordenação da conduta (pela cooperação)."*

Utilizando a distinção que Schön (2000) faz acerca de reflexão, nos grupos de reflexão, estamos perante a reflexão sobre a acção, isto é, o profissional centra o seu pensamento no conhecimento que está subjacente ao objecto em análise. A descrição nem sempre é fácil, uma vez que a percepção que se tem do objecto nem sempre corresponde à realidade e, por outro lado, nem sempre há palavras para se descrever a acção, mas *"apesar disso, é possível, às vezes através da observação e da reflexão sobre nossas ações, fazermos uma descrição do saber tácito que está implícito nelas"* (Schön, 2000, p.31).

Por seu turno, Perrenoud (2002, p. 61) salienta que o envolvimento dos sujeitos no grupo não é fácil. Os grupos apresentam frequentemente *"conflitos, abusos de poder, desequilíbrios entre as retribuições e contribuições de seus membros"*. Como consequência, surgem sentimentos de *"injustiça, exclusão, revolta e humilhação"*. Segundo este autor, estas situações são mais comuns em grupos menos experientes, todavia, os outros também estão sujeitos a estas dificuldades. Para se evitar estas situações e promover o funcionamento adequado dos grupos *"é preciso, acima de tudo, conversar; de tal forma que não agrave as tensões, os não-ditos ou as mágoas, mas que permita que eles sejam explicados"* (Perrenoud, 2002, p.61).

O mesmo autor considera que a reflexão efectuada nos grupos é essencial também na inovação das práticas profissionais, pois sem *"uma análise do que é feito e das razões para manter ou mudar"* (Perrenoud, 2002, p.62) não há transformações. O autor refere, inclusive, que a *"fonte da inovação endógena é a prática reflexiva, que é a mobilizadora de uma tomada de consciência e da elaboração de projetos alternativos"* (Perrenoud, 2002, p.62).

Quando as inovações vêm do lado de fora do grupo só são aceites e assimiladas se forem congruentes com as práticas em vigência (Perrenoud, 2002, p.62) e fizerem sentido para os sujeitos. Este autor salienta que a reflexão por si só não responde à questão do sentido, todavia, permite *"(...) suscitar o problema, oferece algumas ferramentas e estimula uma forma de sensatez, a qual consiste em abandonar as certezas, os problemas definitivamente resolvidos e os pareceres egocêntricos"* (Perrenoud, 2002, p.63).

Perrenoud (2002, p. 119) considera o grupo de reflexão essencial para desbloquear e promover avanços na análise do trabalho dos profissionais que, de forma isolada, ou nas estruturas comuns de trabalho, seriam difíceis de ocorrer. Deste modo, o autor realça que o grupo é fundamental para proporcionar recursos e serve como abrigo aos sujeitos.

O grupo de reflexão funciona como o espaço protegido para ocorrer a análise das práticas profissionais e a partilha de experiências entre os sujeitos. Todavia, não se pode obrigar ninguém a participar e a *"análise das práticas só pode ter sucesso se estiver baseada no voluntariado"* (Perrenoud, 2002, p.122), sendo essencial o seu envolvimento activo na discussão e partilha no grupo.

O papel destinado ao condutor do grupo de reflexão deve ser, na opinião de Perrenoud (2002, p.123), reservado a ajudar os outros a reflectir, efectuando questões, a respeitar silêncios e a efectuar reformulações.

Na opinião de Perrenoud, a análise das práticas visa *"uma transformação - livremente assumida - dos profissionais, ainda que nem sempre ela seja explícita."* (Perrenoud, 2002, p.124) e para tal acontecer é necessário que o sujeito mude a sua forma de agir, estar no mundo, implicando necessariamente mudanças de atitudes, representações, saberes, competências e dos esquemas de pensamento e de acção.

O trabalho de reflexão sobre as práticas efectuado pelo sujeito começa, quase sempre, com a intenção de tornar as suas acções mais eficazes, de modo a *"ir mais rápido, mais longe, com menos vacilações, desvios ou erros (...)"* (Perrenoud, 2002, p.159), podendo, posteriormente, dar sentido às suas acções e às suas relações com o meio. Esta procura de sentido pode ser entendida pela psicanálise como forma de encontrar no inconsciente do sujeito aspectos que bloqueiem a acção ou o pensamento da pessoa bem como a repetição de acções. Contudo, tal como refere Perrenoud (2002, p.159):

> *"o trabalho sobre si mesmo também pode ser entendido em um sentido menos «freudiano» para designar uma atividade de tomada de consciência e de transformação do habitus que,*

> *sem ser anódino, não tenha de mobilizar necessariamente mecanismos contundentes de defesa quanto os que têm vínculos com a análise freudiana do inconsciente."*

Perrenoud (2002, p.165) menciona que no trabalho de reflexão sobre a prática é essencial *"uma cultura teórica mínima no âmbito das ciências cognitivas, da psicanálise e da antropologia das práticas"* e, por outro lado, uma intenção deliberada do sujeito em analisar o seu habitus. Além disso, o autor considera mais importante a descrição das acções que as próprias explicações ou as interpretações selvagens. Associadas a estes aspectos, temos ainda que considerar as questões éticas subjacentes às naturezas das análises das práticas, privilegiando o respeito.

Nos grupos de análise das práticas, tal como refere Perrenoud (2002, p.167), aproximamo-nos constantemente do habitus, mas apenas de forma implícita devido a questões deontológicas, teóricas e metodológicas. Nos grupos de reflexão, expressamos e descrevamos as nossas acções "sem apontar o dedo" e sem efectuar interpretações "tipo psicanalíticas." Neste sentido, este autor considera que os condutores dos grupos de reflexão não deveriam ser psicanalistas, pois os sujeitos temeriam as interpretações destes. Perrenoud (2002, p.167) considera que *"o grupo de análise de práticas não é o espaço por excelência de um trabalho sobre o habitus, mesmo que possa «preparar o terreno» para ele."* Este autor refere ser mais adequado analisar o habitus no trabalho de equipa e a partir de trabalho de supervisão das práticas.

Não sendo o objectivo central do grupo de reflexão *"a ampliação das competências, dos conhecimentos ou dos saberes-fazeres"* (Perrenoud, 2002, p.125), a discussão e a análise das práticas podem contribuir para isso. Como lembra este autor, não existe um programa previamente estabelecido:

> *"um grupo de análise das práticas, no sentido estrito em que o entendemos, não tem programa, exceto o de contribuir para o desenvolvimento em todos de uma capacidade de análise e, eventualmente, de um projeto e de estratégias de mudança pessoal"* (Perrenoud, 2002, p.125).

Este autor considera que se deve articular a análise das práticas promovidas pelos grupos de reflexão com outras modalidades formativas, pois pelo trabalho de análise das *"situações complexas e dos comportamentos que elas provocam faz emergir necessidades de formação e apela por novos saberes ou por novas competências mais profundas"* (Perrenoud, 2002, p.126). Em simultâneo, a reflexão *"incita os profissionais envolvidos a realizarem seu próprio balanço de competências, o que pode levá-los à decisão de uma formação mais qualificada"* (Perrenoud, 2002, p.126). O mesmo sublinha que formação deve ser em outros tempos e espaços, fora do grupo de reflexão.

1.8 – FACTORES ORGANIZACIONAIS DOS CONTEXTOS PROFISSIONAIS

Ao estudar a formação contínua em enfermagem temos que ter em conta os contextos onde se inscrevem as práticas profissionais. Neste sentido, tal como salienta Abreu (2007, pp. 31-32), tendo em consideração o trabalho desenvolvido por Carapinheiro, *"os diversos estudos que têm o contexto hospitalar como objecto de reflexão referem-no como um complexo social, onde coexistem tecidos socioculturais, racionalidades e ideologias distintas."* O hospital é um local onde se inscrevem redes complexas de objectivos institucionais e *"operatórios, próprios de cada grupo profissional"* (Abreu, 2007, pp. 31-32). Por seu turno, Friedberg (in Abreu, 2007, pp.31-32) considera que os hospitais são *"conjuntos humanos formalizados e hierarquizados com vista a assegurar a cooperação e a coordenação dos seus membros no cumprimento de determinados fins"*. O funcionamento das organizações depende das cooperações estabelecidas entre os profissionais e das relações estabelecidas entre os vários grupos que constituem o hospital.

Tal como é sugerido por Perrenoud (2002, p.139), na análise das práticas tem que se ter em conta *"abertamente as tensões, reais ou imaginárias, que os participantes vivem com relação a seu ambiente de trabalho e seus parceiros habituais"*. Deste modo, o nosso foco nos grupos de reflexão tem que se alargar ao *"contexto sistémico em que cada um vive"* (Perrenoud, 2002, p.139).

Kernberg (2000, p.26), a partir da teoria psicanalítica e sistémica e tendo por base as ideias de autores como Bion, Rice e Turquet, analisa o funcionamento das organizações. Nesse sentido, considera que o indivíduo, o grupo e a organização social são vistos como um continuum de sistemas abertos. O autor refere que todos os sistemas abertos executam tarefas em intercâmbio com o meio ambiente e as que são essenciais à sobrevivência dos sistemas abertos denomina-as por tarefas primárias. Por outro lado, aponta a existência de uma função de controlo para regular o funcionamento interno e as trocas com o meio externo. No caso de falhar a função de controlo, o sistema aberto deixa de funcionar, normalmente levando ao *"colapso na execução da tarefa primária e ameaça a sobrevivência do sistema social"* (Kernberg, 2000, p.26).

Enquanto que na situação da vida psíquica do indivíduo, Kernberg (2000, p.27) refere que o ego assume a função de controlo e a *"(...) tarefa primária do indivíduo consiste em satisfazer as necessidades instintuais e orientadas para o objeto de seu mundo interno, mediante interações com o ambiente social,"* na vida do grupo, o líder pode ser considerado a função de controlo para o desempenho da tarefa primária que determinou a génese do grupo. Se a realização da tarefa, por qualquer motivo, está comprometida dá-se a activação das relações objectais primitivas (pressupostos

Básicos de Bion) dentro da estrutura do grupo. A realização da tarefa pelo grupo depende da dificuldade da própria tarefa, da sua clareza, dos seus processos e da liderança do grupo.

Kernberg (2000, p.27) realça que numa organização social, como é o caso de um hospital, a administração representa o líder que gere as funções de controlo do sistema. Os objectivos a que se destina o hospital desempenham a tarefa primária do sistema. Para se realizar as tarefas primárias é necessário que a administração promova uma atmosfera social apropriada e que as necessidades humanas sejam gratificantes no desenrolar das tarefas. Outro aspecto realçado pelo mesmo autor, no que respeita à realização da tarefa, consiste numa boa articulação inter e intra-grupos da organização. A administração deve definir adequadamente as tarefas e as dificuldades organizacionais primárias, bem como estabelecer prioridades e dificuldades de maneira funcional. A par de uma boa delimitação de objectivos ou tarefas primárias, deve ser exercida uma *"autoridade estável e com plenos poderes sobre todas as funções organizacionais, desde o conselho administrativo até o diretor ou a equipe diretora"* (Kernberg, 2000, pp.27-28).

Quando as tarefas deixam de ser realizadas de forma conveniente, assiste-se a processos de regressão e os grupos ficam tentados a seleccionar *"os membros mais disfuncionais dos grupos para se tornarem os líderes dos grupos de pressupostos básicos"* (Kernberg, 2000, p.28). Deste modo, são accionados no grupo os pressupostos básicos referidos por Bion. Nesta perspectiva, os líderes são escolhidos de acordo com as necessidades do grupo. Por exemplo, se o grupo se sente ameaçado por alguma força externa, terá tendência para eleger alguém como líder que os "proteja do inimigo".

O autor anteriormente citado considera a liderança essencial na condução dos grupos, pelo que assinala cinco características do líder desejáveis para uma liderança racional:

- inteligência;
- honestidade pessoal e incorruptibilidade;
- capacidade de estabelecer e manter relações objectais profundas;
- narcisismo sadio; e
- atitude antecipatória paranóide justificável e sadia, em contraste com a ingenuidade.

Este autor considera estas duas últimas características como provavelmente as mais importantes delas todas:

> *"Um narcisismo sadio protege o líder da dependência excessiva da aprovação alheia e fortalece a sua capacidade de manter um funcionamento autónomo; uma atitude paranóide sadia faz com que permaneça alerta para os perigos da corrupção e da regressão paranogênica (a atuação agressiva difusa, que é ativada inconsciente em todos os processos*

> *organizacionais) e protege-o da ingenuidade que o incapacitaria de analisar os aspectos motivacionais dos conflitos institucionais"* (Kernberg, 2000, p.55).

De acordo com este modelo, a regressão no grupo e a activação dos pressupostos básicos levam ao comprometimento da realização da tarefa.

Kernberg (2000, p.117) considera algumas forças correctivas para proteger o líder da regressão nas organizações sociais. Estas forças correctivas incluem a capacidade do líder analisar as tarefas principais da organização, centrar a sua acção nos aspectos funcionais, fortalecer os canais formais de comunicação e combater as injustiças na organização. Deve promover reuniões entre os colaboradores, nomeadamente para partilhar informações. De acordo com este autor, a organização deve incluir três níveis de administração: *"(...) controle, equilíbrio e reparação de injustiças (um funcionário, seu supervisor e o supervisor do supervisor)* e deve, ainda, contemplar estruturas racionais como formas de controlo interno e externo:

> *"(...) relações racionais podem ser incentivadas com agências de controle interno e externo, tais como estruturas jurídicas, conselhos profissionais, comissões de acionistas e sindicatos de trabalhadores, as quais oferecem foros para uma análise racional capaz de combater boatos, a desmoralização institucional e o sentimento de difusão do processo decisório"* (Kernberg, 2000, p.117).

Este autor defende que uma liderança racional deve, em primeiro lugar, identificar-se com uma ideologia orientada para a tarefa de forma a perseguir os objectivos da organização e, em simultâneo, o líder deve atender as necessidades humanas básicas dos colaboradores e *"proteger os indivíduos diante de más condições de trabalho, de arbitrariedades na atribuição de tarefas e dos riscos ligados ao trabalho, independentemente do impacto que tais medidas possam ter sobre a eficiência no trabalho"* (Kernberg, 2000, p.125).

Jaques (in Kernberg, 2000, p.129) distingue dois tipos de organizações sociais: *"de requisito e paranogênicas"*. As de requisito são saudáveis e apresentam estruturas administrativas funcionais capazes de executar as suas tarefas com o número certo de pessoas. Tais organizações fazem com que as *"pessoas relacionem-se umas com as outras com confiança, eliminando desconfianças e suspeitas"*.

Pelo contrário, as organizações paranogênicas suscitam relações entre as pessoas assentes na paranóia:

> *"Elas forçam as interações sociais a moldarem-se segundo formas de comportamento que levantam desconfiança, inveja, rivalidade hostil e ansiedade, refreando os relacionamentos*

> *sociais, independentemente do quanto haja de boa-vontade individual" (Jaques in Kernberg, 2000, p.129).*

Kernberg (2000, p.131) refere que nas organizações paranogênicas os sintomas vão desde a depressão à psicopatia em que os seus colaboradores manifestam *"comportamentos visivelmente fraudulentos, desonestos e anti-sociais",* que não são habituais nas suas vidas pessoais. Estes indivíduos não só funcionam deste modo como também vêem os seus comportamentos aceites pelos outros e até são *"admirados por conseguirem safar-se com eles, quando prevalecem condições que favorecem a paranogênese"* (Kernberg, 2000, p.131).

De acordo com este autor a causa da paranogênese organizacional reside no colapso dos sistemas de tarefas da organização, ou seja, as tarefas primárias deixam de ser centrais à actividade da instituição por razões de má administração dos processos grupais. Outra causa relevante de organizações paranogêneses reside nos líderes.

> *"Uma liderança defeituosa expressa-se no diagnóstico inadequado das tarefas primárias e suas dificuldades, no fracasso em desenvolver bons compromissos entre tarefas e dificuldades e na estruturação deficiente da organização, que contraria as exigência funcionais da execução da tarefa"* (Kernberg, 2000, p.132).

Além de uma liderança defeituosa, associada frequentemente às próprias características da personalidade dos seus líderes, a escassez de recursos é a principal causa de paranogênese das organizações sociais (Kernberg, 2000, p.133).

A realização das tarefas primárias das instituições tem implícitas políticas e ideais que nem sempre são convergentes. As divergências de opinião podem desencadear processos de paranóia e regressão nos grupos, sobretudo quando a acção política é tangencial ou não tem relação com os objectivos funcionais da instituição (Kernberg, 2000, p.134).

Na origem das organizações paranogêneses, Kernberg (2000, p.136) realça sobretudo os líderes incompetentes. Este autor considera que a incompetência dos líderes *"não só tem um efeito devastador sobre o funcionamento da organização, como também é enormemente paranogênica."* Os líderes incompetentes, perante colaboradores competentes, defendem-se destes com atitudes autoritárias:

> *"Os líderes incompetentes, no afã de se protegerem diante de subordinados competentes, tornam-se altamente desconfiados, defensivos e ardilosos; eles tornam-se autoritários para com seus subordinados e subservientes diante de seus superiores"* (Kernberg, 2000, p.136).

Kernberg (2000) na sua obra aponta alguns mecanismos correctivos das organizações paranogêneses. Entre essas medidas realça a burocracia, democracia, humanismo e o altruísmo.

A propósito da burocracia, o autor refere que é o meio mais eficaz para a organização se proteger da paronogênese. Contudo, refere ser importante associar um sistema democrático e, por outro lado, alerta para o perigo do excesso de burocratização e para a inflexibilidade que pode ocorrer, tornando a organização ineficiente.

Kernberg, apoiando-se em Masters, resume da seguinte forma as principais características de uma burocracia funcionante:

> *"(...) em primeiro lugar, uma burocracia oferece um elemento de coerção, o qual é necessário caso se queira que grandes grupos com interesses conflitantes trabalhem para o benefício de todos. Segundo, o sistema burocrático, ao criar novos modos de cooperação entre os grupos constituintes, tem o potencial de aumentar sua eficiência. Terceiro, as burocracias oferecem benefícios para seus membros, garantindo, assim, a sua autoperpetuação"* (Kernberg, 2000, p.139).

No que respeita ao humanismo, o autor considera essencial a justiça na organização, onde se promovem oportunidades iguais e igualdade para todos perante a lei:

> *Tal ideologia, embutida em um sistema de governo democrático, pode dar suporte aos controles sociais que protegem os requisitos da estrutura organizaciona1. Tais sistemas de controle podem, também, proteger a organização diante da corrupção dos líderes e contra a deterioração paranogênica derivada do mau uso do poder"* (Kernberg, 2000, p.142).

A propósito da democracia, o autor considera central à organização promover processos democráticos. Os líderes devem promover e garantir a discussão aberta em todos os níveis hierárquicos, de forma a que as pessoas dêem as suas opiniões e escolham os seus líderes.

Contudo, o autor alerta para alguns riscos de efeitos paranogênicos que podem ocorrer nas organizações democráticas, devido à natureza dos processos políticos e da confusão entre mecanismos de decisão democráticos e funcionais:

> *A democracia é um sistema político de governo que, em essência, funciona melhor na regulamentação social de sociedades abertas ou, em termos sistémicos, em sistemas abertos com um número infinito de fronteiras. Em contraste, as organizações sociais limitadas – ou seja, sistemas abertos com um número restrito de delimitações e tarefas primárias específicas – requerem uma liderança funcional que corresponda aos sistemas de tarefas primárias"* (Kernberg, 2000, p.143).

No que concerne ao altruísmo, o autor aponta algumas iniciativas que aparentemente são simples, mas que surtem um grande efeito na redução da paronogênese da organização. As iniciativas

consistem essencialmente em auscultar os colaboradores e promover uma rede formal de comunicação entre as pessoas, promovendo nomeadamente reuniões de equipas (Kernberg, 2000, p.144).

Em suma, os grupos de reflexão onde se analisam as práticas profissionais estão sujeitos a forças emanadas no seu interior e a forças exercidas do exterior. Por outro lado, o grupo de reflexão pode reflectir o funcionamento da instituição.

2 – UM OLHAR SOBRE A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Numa instituição de saúde, os elementos da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar gravitam em torno da pessoa que recebe cuidados, junto da qual exercem funções diversas.

Para Watson, citada por Abreu (2001, p.129), enfermagem pode definir-se *"como uma ciência humana de experiências de saúde-doença, que são mediadas por uma transacção de cuidados profissionais, pessoais, científicos, estéticos, humanos e éticos."*

Segundo Phaneuf (2001, p.25), os enfermeiros assumem um duplo papel: por um lado, colaboram com os médicos para administrar os cuidados prescritos e, por outro lado, prestam cuidados autónomos de enfermagem. Esses cuidados são habitualmente ministrados a partir da avaliação de necessidades ou detecção de problemas de saúde.

O que Phaneuf (2001) refere sobre a essência da enfermagem espelha-se no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril:

> *"2 – O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social.*
>
> *3 – Os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional."* (Artigo 8º)

De acordo com o mesmo regulamento, as intervenções dos enfermeiros são autónomas e interdependentes:

> *"2 – Consideram-se autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais (...).*
>
> *3 - Consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas." (Artigo 9º)*

Actualmente, a enfermagem é reconhecida socialmente pelo seu papel no âmbito da saúde. Contudo, o processo de reconhecimento e conquista de autonomia face a outras profissões, nomeadamente a profissão médica, pode ser considerado uma obra inacabada.

Segundo Soares (1997, p.119), a questão sobre se a enfermagem é ou não uma profissão permanece em aberto por duas razões fundamentais: *"a autonomia e o corpo de saberes, próprio, específico, autónomo relativamente a outros domínios do conhecimento."*

Isso parece elucidativo quando pesquisamos algumas definições de enfermagem. Ao comparamos o que é definido pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros com o que é definido por alguns dicionários nomeadamente o *Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea*, verificamos que o papel atribuído ao enfermeiro consiste em cuidar do doente e que a sua actuação é inter-depende da prescrição médica: ***"****1 – Actividade que consiste na prestação de cuidados específicos a enfermos, geralmente sob a orientação de um médico; tratamento de doentes, de enfermos. 2 – Conjunto de enfermeiros."*

Estas definições parecem corroborar as de Freidson (in Soares, 1997, p.119), ao afirmar que o conceito de profissão não se adequa à enfermagem e a enfermagem está numa posição de subordinação tanto em relação ao médico como em relação às administrações hospitalares. Segundo este autor *"o principal atributo de uma profissão é a autonomia, que se concretiza na capacidade de controlo sobre o conteúdo e os termos do seu trabalho"*

Soares (1997, p.120) refere que a enfermagem, ao longo da sua história, tem apresentado algumas dificuldades em se afirmar como profissão, sobretudo por ser uma profissão maioritariamente feminina e por falta de conhecimentos próprios, o que coloca o enfermeiro em posição de subordinação e dependência face ao médico.

A autora cita Crowder para afirmar que é duvidoso o facto de a enfermagem ter conseguido o estatuto profissional. Todavia, indica quatro factores cruciais para o reconhecimento da enfermagem como profissão: a formação, o compromisso dos enfermeiros para com a enfermagem, aceitação social e a organização profissional. (Soares, 1997, p.121).
Para Soares (1997, p.121), o caminho a seguir na autonomia e no reconhecimento do estatuto da profissão é *"demonstrar que a enfermagem é importante para a qualidade de vida das pessoas".*

Por seu turno, Abreu (2007, p.40), que considera a profissão de enfermagem centrada nas respostas humanas e no autocuidado, realça que para uma profissão se afirmar necessita de *"uma base*

consistente de conhecimentos; um conjunto de meios para os difundir e um elevado nível de autonomia."

Actualmente, a profissão de enfermagem apresenta uma organização da carreira por níveis e categorias profissionais e abrange três áreas essenciais de actuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria. As funções exercidas pelo enfermeiro são diferenciadas de acordo com as áreas de actuação (prestação de cuidados, gestão ou assessoria), o nível e categoria profissional ou o cargo no qual o mesmo se situa.

A área da prestação de cuidados respeita essencialmente à assistência de saúde directa a utentes, famílias e comunidade. Habitualmente os enfermeiros, perante os problemas de saúde, planificam e executam acções de forma a solucionar os problemas identificados. Os enfermeiros que regularmente assistem os doentes são enfermeiros, enfermeiros graduados e enfermeiros especialistas.

A área de gestão, habitualmente assegurada pelos enfermeiros chefes, supervisores e directores, está vocacionada para a gestão das equipas de enfermagem e dos cuidados prestados bem como para a definição de prioridades de enfermagem na instituição.

O enfermeiro assessor é um cargo de nomeação e colabora, a nível das direcções de saúde, na definição de políticas de saúde.

A cada uma das categorias correspondem competências específicas que são "definidas" pela Ordem dos Enfermeiros. As competências definidas no âmbito da formação vão no sentido de responsabilizar o enfermeiro pela sua formação ao longo da vida, pela manutenção das próprias competências e pela obrigação de contribuir para a formação dos demais colegas e estudantes da formação inicial e formação pós-básica.

2.1 – A PROFISSIONALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

A especificidade sobre a assistência de enfermagem tem sido tema de discussão e estudo no seio da enfermagem. Nas últimas décadas, a par do desenvolvimento da profissão, assistimos ao aparecimento de vários modelos de enfermagem. A propósito da especificidade de enfermagem, Lisete Ribeiro (1995, p.14) refere que

> *"De Nightingale a Henderson, a busca da especificidade do conteúdo da enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais: uma, relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnico próprios; e a outra, com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais: uma atitude de ajuda e substituição do utente. Esta ajuda e substituição implica fazer pelo utente e dar-lhe apoio incluindo no momento da morte."*

Esta autora distingue duas formas distintas de actuação por parte dos enfermeiros: uma orientação para o tratar e outra para o cuidar. Refere que a orientação para o tratar é uma orientação mais instrumental, relacionada com procedimentos terapêuticos e técnicos e que tem em vista a cura – é uma orientação centrada sobretudo na doença. A orientação para cuidar é uma orientação mais holística, isto é, para além de atender à cura (quando ela é possível), atende ao utente na sua globalidade, incluindo os aspectos subjectivos da sua situação. Em suma, visa, sobretudo, o bem-estar do utente.

No mesmo sentido, Bevis (2005, p.396) considera que a enfermagem tende mais para o cuidar, ao contrário da medicina, que declina para o tratar e curar. Todavia, Bevis refere ser necessário promover mais o cuidar na prática clínica e na formação dos enfermeiros, criticando a formação predominantemente behaviorista:

> *"Cuidar e a sua dimensão ética deve espalhar-se por toda a enfermagem. Cuidar, como outros aspectos da enfermagem, não se adiciona muito bem ao paradigma behaviorista. Requer um modelo de desenvolvimento curricular que torne legítima e central a missão de cuidar – o mandato de cuidar – que é a herança de todos os enfermeiros. Este paradigma central torna o cuidar pela legitimação da aprendizagem contextual, a qual é a aprendizagem da cultura do campo da enfermagem. Para a enfermagem esta é uma cultura de cuidar. Torna também o cuidar central alargando as interacções entre professor-estudante-enfermeiro perito que são baseadas no paradigma das experiências do mundo real, experiências essas que são essenciais para viver o legado do cuidar com sucesso"* (2005, p.397).

A propósito da orientação e da especificidade da assistência de enfermagem, Abreu (2001, p.47) defende uma perspectiva antropobiológica em que o indivíduo tem que ser visto de forma global, atendendo ao contexto em que se insere e tendo em conta os seus costumes, hábitos de vida, crenças e valores, bem como a determinação do impacto da doença nas suas actividades de vida.

Para este autor, os cuidados de enfermagem destinam-se a promover o bem-estar do indivíduo, ajudá-lo a manter um estado de equilíbrio com o meio ou, na impossibilidade de isto acontecer, a ter uma morte serena.

Ribeiro (1995, p.14) destaca que, apesar da evolução tecnológica apelar para a valorização tecnicista, o aumento da esperança de vida e o prolongamento das situações de doenças crónicas tem evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva.

Desta forma, Lisete Ribeiro identifica a assistência de enfermagem mais com a perspectiva do cuidar e refere que dentro desta existem diferentes modelos de enfermagem. Os modelos orientam a acção do enfermeiro de modos ligeiramente diferentes, mas a atenção vai para as necessidades do utente,

para os problemas decorrentes do seu desequilíbrio ou instabilidade e para as dificuldades da sua adaptação a situações de stress.

A autora, Ribeiro (1995, p.31), menciona os seguintes modelos de enfermagem, bem como os seus teorizadores:

- Actividades de Vida – Ropper, Logan e Tierney (1980);
- Auto-cuidado – D. Orem (1980);
- Adaptação – Callista Roy (1970);
- Sistema de Cuidados de Saúde – B. Neuman (1972);
- Interacção – I. King (1971);
- Desenvolvimento – H. Peplau (1952).

Por seu turno, Abreu sublinha uma série de elementos comuns entre os diversos modelos de enfermagem existentes: *"utente, transição, interacção, processo de enfermagem, meio, assistência e saúde."* Atendendo a estes elementos o autor destaca o conceito de utente. Afirma que *"a enfermagem vê no utente alguém cujas actividade de vida estão (ou podem vir a estar) comprometidas e que representa, perante o meio, uma realidade multidimensional.*" (Abreu, 2001, p.129). O autor defende a existência dos modelos de enfermagem adaptados aos contextos de trabalho. A finalidade do modelo é proporcionar uma referência para a assistência de enfermagem, baseada no diagnóstico dirigido às actividades de vida do utente.

A componente basilar dos modelos de vida descritos por Abreu é a actividade de vida, sendo as práticas de enfermagem encaradas como as formas de ajudar o indivíduo a evitar, resolver ou aliviar os problemas relacionados com as actividades de vida. A assistência de enfermagem está presente ao longo das fases do ciclo de vida: desde a pré-natal, nascimento, infância, adolescência, vida adulta, velhice e morte. Assim, a enfermagem tem sempre presente a individualidade dos cuidados e cada indivíduo situa-se num continuum de dependência e independência face às actividades de vida.

Neste sentido, Abreu (2007, p.53), apoiando-se em Meleis, considera a enfermagem como uma disciplina orientada para a prática, onde se valoriza *"o conhecimento a partir das respostas dos seres humanos relacionados com a saúde e a doença."*

2.2 – ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Na área de saúde mental e psiquiátrica, as actuações dos enfermeiros centram-se mais nos cuidados relacionais. Segundo Taylor (1992), a relação terapêutica desenvolvida pelo enfermeiro na sua prática baseia-se na relação de ajuda proposta por Carl Rogers, que tem por base uma filosofia humanista.

Rogers aposta no homem com potencialidades latentes a serem desenvolvidas, principalmente em situações de crise de vida, com a ajuda de outro, no sentido de uma cada vez maior autonomia, de forma a ser ele próprio o condutor da sua vida. No caso do doente, é na relação de ajuda que a pessoa pode encontrar alívio, conforto e crescimento. Na definição do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros em Outubro de 2003, a relação terapêutica, promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, *"caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades, envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo)."*

Segundo Taylor (1992, p.70), na área da psiquiatria, o enfoque da relação terapêutica centra-se no comportamento do utente, que o enfermeiro deverá compreender. E é importante que *"o enfermeiro interaja com ele de modo a desenvolver e reflectir um entendimento sobre as suas respostas emocionais e provável significado do seu comportamento."*

Actualmente reconhece-se que o uso que o enfermeiro faz da sua própria personalidade pode ter uma grande influência terapêutica na experiência do utente.

Segundo Taylor (1992, pp.79-87), há vários papéis que são atribuídos ao enfermeiro nas interacções com o utente:

- criador de um ambiente terapêutico: o enfermeiro apresenta-se, mostra a sua disponibilidade para ajudar o utente. Escutando-o, estabelece uma relação de empatia, age com sinceridade e respeito para com os respectivos sentimentos e valores.
- agente socializador – o enfermeiro acolhe o doente no espaço físico e social, mostrando os vários espaços físicos, apresenta equipas técnicas e outros utentes.
- conselheiro – ajuda o utente a escolher opções de vida mais protectoras.
- professor – instrui para hábitos de vida saudáveis.
- substituto dos pais – "dá o colo" em situações em que o utente está "perdido", impõe limites na relação quando o utente os ultrapassa e faz de "contentor" das projecções do utente (por vezes os utentes projectam, na figura do enfermeiro, sentimentos de raiva, agressividade, inveja, etc.. De seguida, o enfermeiro tem os que elaborar e os devolver ao utente com outro significado e afecto).
- técnico – sem julgar, ouve e questiona o utente para este encontrar o seu caminho.
- terapeuta – promove a relação de ajuda de forma a que o utente possa expressar os seus sentimentos.

Em comunhão com estes papéis e com base na relação de ajuda, a comunicação terapêutica com o doente exige da parte do enfermeiro uma atitude de aceitação e genuíno interesse pelos pacientes.

Criar um clima de confiança e respeito mútuo promove a comunicação, mas exige da parte do enfermeiro tempo, paciência, conhecimento e habilidade.

2.3 – BREVE RESENHA HISTÓRICA DE ENFERMAGEM

A profissão de enfermagem, ao longo da sua existência, tem assistido a mudanças significativas de ordem conceptual, identitária e formacional. A evolução da enfermagem psiquiátrica teve uma evolução paralela à da enfermagem "geral". Este facto deve-se provavelmente ao estigma associado ao doente mental e ao medo da loucura que acompanha a história do homem e, consequentemente, ao isolamento da psiquiatria da sociedade em geral e dos cuidados de saúde em específico:

> *"Além da ideia da morte, nada haverá porventura que tanto e tão profundamente abale o homem como o receio e a expectativa de perder a razão. Poucas mudanças do modo de ser e de se conduzir e de reagir perante o Mundo e os homens, como a «loucura», desencadeiam tantos sentimentos e impulsos contrastantes da parte dos outros (que se têm por sãos). É a surpresa e a estranheza, quando não certa veneração e culto. É o pasmo e o horror, o medo, a fuga, ou, ao invés, a defensiva, a agressividade…"* (Fernandes, 1998, p.3)

Como sugere Bevis (2005, p.24), *"a memória capacita-nos a analisar o que temos sido, para onde estamos a ir e a criar novas abordagens para que os nossos esforços melhorem."*

Passemos, então, de seguida, a apreciar alguns marcos históricos da enfermagem, nomeadamente da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, para que possamos saber donde vimos e para onde caminhamos.

2.3.1 – Evolução da Enfermagem "Geral"

A enfermagem procura a construção de um corpo de conhecimentos que lhe confira um estatuto de autonomia. Meyer, citado por Abreu (2001), identificou no processo de produção social da profissão cinco fases históricas:

A primeira fase, a pré-profissional, caracteriza-se por um modelo religioso, assente na caridade de assistir.

A segunda fase histórica corresponde, segundo este autor, ao modelo vocacional introduzido por Florence Nightingale. Esta criou a primeira escola de enfermagem, com ela a profissão passou assumir três grandes funções: "promover o bem-estar e o conforto dos doentes, gerir os serviços hospitalares e desenvolver actividades do âmbito da esfera médica" (Meyer in Abreu, 2001, p.101). Nightingale, tal como Hipócrates, defendiam uma visão holística do doente e a abordagem da pessoa no seu todo.

A terceira fase corresponde à enfermagem funcional e desenvolveu-se sobretudo nos EUA até aos anos quarenta do século passado. O papel da enfermagem era essencialmente o de auxiliar o trabalho médico. Esta aproximação ao médico permitiu, segundo Meyer (in Abreu, 2001, p.102), *" (...) o reconhecimento jurídico do exercício, a introdução de carreiras profissionais e a formação dos diversos órgãos representativo."*.

A quarta fase desenvolve-se entre os anos quarenta e sessenta, e o autor denomina-a de *"enfermagem científica"*. Esta fase destaca-se pela preocupação em organizar princípios científicos e procurar uma dimensão intelectual. Concomitantemente, dá-se ênfase ao trabalho de equipa na assistência ao doente.

A quinta fase sucedeu após os anos sessenta. Corresponde à afirmação das teorias de enfermagem: *"As ciências de enfermagem têm por propósito conseguir uma articulação lógica e coerente entre um conjunto de conceitos e conhecimentos próprios da profissão, que sirvam de referência à prática profissional."* (Meyer in Abreu, 2001:103).

Lisete Ribeiro (1995) salienta que, após os anos 60/70, a enfermagem passou a ser **…**

- Ciência e uma arte;
- Profissão de ajuda;
- Profissão que exige competência técnica e relacional.

… contrapondo-se à enfermagem predominantemente vocacional que dominou anteriormente a profissão.

Abreu (2001) realça que, em Portugal, a enfermagem como profissão surge no século XIX. A partir dos meados do século XX, a formação académica e profissional desenvolveu-se de forma acentuada. Num curto espaço de tempo, a enfermagem tornou-se *"numa profissão imprescindível no funcionamento das instituições e na assistência em matéria de cuidados de saúde."* (Abreu, 2001, p.104). Este autor destaca como aspectos essenciais para a afirmação da enfermagem a integração de enfermagem no ensino superior politécnico, o investimento na investigação e a frequência dos enfermeiros em graus académicos mais elevados.

2.3.2 – Evolução da Enfermagem Psiquiátrica

De acordo com o trabalho empírico – História da Enfermagem Psiquiátrica – realizado por Botelho (1996), os cuidados aos alienados – doentes mentais – são conhecidos desde da Idade Média. Desde muito cedo que a doença mental foi socialmente excluída, sendo por isso marginalizada e, muitas

vezes, esquecida pela própria ciência médica. Todavia, o mesmo autor menciona que a história apresenta algumas excepções, destacando Hipócrates e Asclepíades, este último considerado, por muitos, o pai da psiquiatria. Ambos defendiam os direitos dos doentes e apresentavam terapias bastante inovadoras para a época, tais como a musicoterapia, a hidroterapia, a massagem, a hipnose, as sessões de relaxamento e as actividades sociais.

Inicialmente, o cristianismo também teve esta atitude perante os doentes mentais. Manfreda (in Botelho, 1996, p.21) refere que até aqui os enfermeiros eram escravos e, com o cristianismo, passam a ser "as diaconisas (mulheres cristãs que professam a fé de Cristo) que vão a casa cuidar dos enfermos." Posteriormente, os doentes passaram a ser acusados pelos cristãos de "bruxaria", "pecadores" e "possessos de demónio" sendo, por isso, muitas vezes, mortos de forma cruel.

Pelo contrário, seguindo o exemplo grego, o mundo árabe trata bem os seus doentes. Estes, na Europa, influenciaram o aparecimento de alguns hospitais: Valência (1409), Saragoça (1425), Sevilha (1436) e Granada (1527):

> *"Estes hospitais, durante alguns anos, sofreram a influencia árabe pelo que o tratamento aí aplicado era um tratamento já avançado para a época: jogos, práticas ocupacionais, música, etc. Contudo, esta acção humanizante não dura muito tempo pois quando S. João de Deus é internado, em 1538, no Hospital de Granada, já aí predominavam os maus-tratos.*" (Botelho, 1996, p.21)

Os anos que se seguem, com excepção dos vividos por São João de Deus – considerado Padroeiro dos Enfermeiros – que em 1538 faz o seu primeiro hospital e fica conhecido pelo seu trabalho de equipa, são muito maus para os doentes psiquiátricos.

Assim, durante muito tempo, os doentes foram colocados em espécie de prisões e maltratados pelos guardas.

Em França, pelo ano de 1876, perante tais atrocidades começa-se a reclamar *"a laicização dos hospitais e a criação de escolas de enfermagem, a fim de se formarem enfermeiros para substituir aquelas religiosas"* (Botelho, 1996, p.24). As escolas surgem dois anos depois em Salpêtrière e em Bicêtre, as quais, segundo Giesberger (in Botelho, 1996, p.24), se viriam a tornar no berço da enfermagem em França, não apenas no que respeita à enfermagem, em geral, mas também à enfermagem psiquiátrica.

Segundo Botelho (1996, p.25), nos Estados Unidos da América *"a primeira escola de enfermagem para o ensino da enfermagem psiquiátrica foi a McLean School, no McLean Hospital, no Massachussets, em 1882."*

Durante alguns anos, os cuidados aos doentes mentais foram assegurados, na sua maioria, por vigilantes. Estes, como refere Botelho, deveriam "*possuir um temperamento estável de modo a poder suportar o stress e os contínuos episódios de perturbação e comportamento imprevisível dos*

doentes". O autor sublinha que, apesar destas melhorias, era difícil recrutar pessoal devido às condições de trabalho, que ainda não eram boas.

No que respeita à formação dessas pessoas responsáveis por acompanhar os doentes, eram ministradas aulas para desempenharem o papel de vigilantes.

A partir da segunda metade do século XX, com o surgimento de outras terapias, como a insulinoterapia e a electroconvulsivoterapia e, sobretudo, as terapêuticas medicamentosas (largatil e seus derivados), os cuidados aos doentes vão melhorar consideravelmente.

Por outro lado, o ambiente hospitalar é envolvido por novos conhecimentos provenientes de outras áreas do saber, tais como da psicologia, da antropologia e da sociologia.

Em Portugal, como sublinha o médico António Sena, só em 1848, é que surgiu o primeiro hospital para atender alienados:

> *"Em toda a primeira metade deste século, quando a Inglaterra, a França, a Itália, e muitos outros estados da Europa e da América, tinham hospitais regulares para tratamento e asilo dos alienados, entre nós eram estes recebidos em alguns hospitais gerais ou nas cadeias, quando não vagueavam ao desamparo pelas ruas e estradas, completamente abandonados de qualquer género de protecção."* (Sena, p.94, 2003)

O atraso é considerável, e é testemunhado por Bernardino Gomes, em 1843, após viagem efectuada por alguns países europeus. Ele retrata a assistência mental em Portugal da seguinte forma:

> *"De estabelecimentos para alienados temos tudo por fazer em Portugal. Os mais infelizes destes doentes, e cuja presença pelas ruas ou no interior das familias mais incommóda, são por isso recolhidos, não em asylos proprios, que não ha, nas nos Hospitaes geraes das primeiras cidades do Reino, onde se lhes destina hum local, que pela sua situação, extensão, distribuição e outros arranjos internos, mais vezes parece abrigo para feras, ou hum despejo para residuos inuteis que se querem condemnar á sequestração, que habitação para doentes, onde devão encontrar o indespensável á sua existência, não digo já ao seu tratamento."* (Gomes, p.105, 1999)

Em Portugal alguns dos alienados eram assistidos nos hospitais gerais. Destacamos o Hospital de São José, em Lisboa e o Hospital de Santo António, no Porto.

Segundo Sena (2003, p.94), o Hospital de S. José, desde 1818, começou a receber em maior escala alienados, onde são tratados sob certas condições de isolamento. As enfermarias do hospital de S. José, destinadas aos alienados, eram a 13ª e 19ª, denominadas de S. Teotónio e de Santa Eufémia, esta para mulheres e aquela para homens. Bernardino Gomes, por sua vez, lembra as condições miseráveis em que estavam os doentes em S. José nessas enfermarias: *"Quem terá entrado huma vez na divisão de S. José, especialmente a parte consagrada ás mulheres, que deixe de sahir com o coração opprimido de observar tanta miséria (...)"* (Gomes, p.109, 1999).

Sena (2003, p.110) afirma que em 1848, o governo ordenou que se fizesse uma inspecção médica às enfermarias de S. José. O próprio Duque de Saldanha, então ministro do Reino, verificando o estado em que se encontravam os doentes nessas enfermarias, afirma: *"(...) pude convencer-me por meus próprios olhos de quanto era urgente acudir aos infelizes alienados ali existentes e reduzidos a uma condição tão miserável, que faltam expressões para descrevê-la."* (Sena, p.111, 2003)

Sob pressão do Duque de Saldanha, a Rainha D. Maria II ordenou a saída do Colégio Militar de Rilhafoles para Mafra e a realização de adaptações das instalações do antigo convento para vir a receber os primeiros doentes em 13 de Dezembro de 1848. (Amaral in Centenário do Hospital Miguel Bombarda, 1948).

Nessa altura, no Porto, as coisas são idênticas. Segundo Sena (2003) no Hospital de Santo António, em 1799, foram adaptados espaços, sem as mínimas condições de higiene e habitabilidade, para atender alienados. Nesta altura, os "alienados" ainda não tinham estatuto de doentes e eram escorraçados para os escuros porões do hospital:

> "(…) *não havia recursos para assistir aos míseros insanos, alguns eram recolhidos, em tristíssimas condições, no Hospital de Santo António, no expressivamente chamado «Porão». A maioria deambulava pelas vilas ou aldeias ou eram recolhidos nas prisões!*" (Pichot e Fernandes, p.255, 1984)

No dia 24 de Março de 1883, inaugurou-se o Hospital Conde Ferreira. O Dr. António Sena, médico que presidiu a comissão instaladora, e assumiu o cargo de Director do Hospital, juntamente com o seu assistente Dr. Júlio de Matos, recebe os primeiros alienados.

Por seu turno Pichot e Fernandes (1984, p.240) contemplam seis períodos da psiquiatria moderna em Portugal, em que o primeiro período coincide com a fundação, em 1848, do Hospital de Rilhafoles.

O segundo período corresponde ao período em que Miguel Bombarda geriu os destinos do Hospital de Rilhafoles, caracterizando-se pela reforma da assistência e pelo avanço da investigação do sistema nervoso. Vai desde 1889 até ao seu assassínio, em 3 de Outubro de 1910.

O terceiro período inicia-se após esse acidente e a proclamação da Republica, pela criação em 1911, do ensino universitário da Psiquiatria nas três faculdades de medicina do país, então constituídas. Foi a época do predomínio doutrinal de Júlio de Matos e dura até à sua morte em 1922. Este médico, em 1910, ao assumir a direcção do Hospital de Rilhafoles (designado posteriormente por Manicómio Bombarda e Hospital Miguel Bombarda) achou essencial construir um novo hospital para atender

doentes mentais, uma vez que considerava as instalações pequenas e desadequadas para o número elevado de doentes que assistia.

O quarto período é marcado pela acção pedagógica, no decurso dos anos vinte e trinta, de Sobral Cid. Considerado inovador da psicopatologia de cunho moderno, deixando já uma «escola» de formação de psiquiatras e de psicopatologia clínica.

O quinto período assinala-se pela inauguração e organização, em moldes actualizados e inovadores, do Hospital de Júlio de Matos, em 1942, pela terapêutica ocupacional e das terapêuticas biológicas, bem como do inicio de outras psicoterapias e das actividades de saúde mental.

O sexto período, pode demarcar-se pelo inicio do ensino da psicologia médica nas três faculdades de medicina, em 1955, seguido pela inovação dos serviços de psiquiatria nos hospitais gerais e a consequente difusão de atitudes e de práticas terapêuticas em várias linhas. Este período também é marcado pelo avanço extraordinário da introdução dos neurolépticos e, paralelamente, pelo desenvolvimento da psicopatologia dos estudos psicodinâmicos, sociopatológicos e investigações psicofisiólogicas.

O Hospital Júlio de Matos, considerado um hospital de referência em termos de assistência de enfermagem e de intervenções terapêuticas, contou com a colaboração de 14 enfermeiros oriundos da Suiça, sete de cada sexo, para a sua abertura. Segundo o Dr. António Flores (1953), a sua escolha na altura deveu-se, por um lado, à boa reputação técnica dos enfermeiros da Suiça e, por outro, pelo facto de a Suiça ter optado pela posição de país neutro durante a Segunda Guerra Mundial.
Segundo Antunes (in Botelho, 1996, p.48), com o decorrer dos tempos foi declinando a qualidade dos cuidados assistenciais como consequência da falta de preparação das pessoas que concorriam para o hospital.
De facto, eram poucas as pessoas que queriam trabalhar nos hospitais psiquiátricos e raramente possuíam qualificações específicas. A formação era habitualmente dada no próprio hospital. Conforme salienta Botelho (1996, p.48), às pessoas, ao serem admitidas, era-lhes facultado um "*curso sumário, a realizar nos próprios estabelecimentos que os admitiam"* e estas teriam obrigatoriamente de frequentar "*na escola da respectiva zona, o curso de auxiliares de Enfermagem psiquiátrica, a concluir no prazo de 5 anos a partir da sua admissão nos serviços."*
Segundo Botelho (1996, p.50), o Doutor Luís Cebola, Director Clínico do Manicómio do Telhal, terá escrito a primeiro livro de Enfermagem Psiquiátrica em Portugal, em 1932. No seu livro, o autor abrange assuntos como anatomia, fisiologia, pequena cirurgia, higiene, farmácia. Este médico apresenta, ainda, uma segunda parte do livro especialmente dedicada à enfermagem de alienados. O

autor distingue as seguintes categorias de enfermeiro: enfermeiro-fiscal geral; enfermeiro-chefe de divisão, enfermeiro aspirante e enfermeiro praticante.

O mesmo médico define alienado como *"indivíduo que manifesta perturbações mentais, em regra, de carácter anti-social"* (Botelho, 1996, p.50).

O ensino da enfermagem psiquiátrica, segundo Botelho, teve o seu início em Portugal em 1911, no Hospital Conde Ferreira e no Hospital Miguel Bombarda.

Em 1942, a escola do Hospital Miguel Bombarda passa para o Hospital Júlio de Matos.

Em 1969, são ministrados os primeiros cursos de base de Enfermagem Psiquiátrica e de Auxiliares de Enfermagem Psiquiátrica.

Com a abertura do Hospital Júlio de Matos, abre também uma escola para enfermeiros. Para a sua abertura, a escola contou com a colaboração dos enfermeiros provenientes da Suiça, na formação de enfermeiros:

> *"O curso tinha dois anos de duração (...) além dos conhecimentos gerais de psiquiatria e do ensino das mais modernas técnicas terapêuticas, são ministrados aos alunos em semestres sucessivos lições de anatomia, fisiologia, patologia, higiene e profilaxia médica, psicologia e cultura geral, assistência social, higiene mental, etc. na formação destes enfermeiros colaboraram os enfermeiros e enfermeiras que, com tal finalidade, vieram da Suiça (...)".* (Botelho, 1996, p.57)

Paralelamente aos cursos de enfermeiros também surgiu, quase simultaneamente, o curso para auxiliares de enfermagem. De salientar que muitos dos auxiliares de enfermagem, após concluírem o seu curso, ingressavam de seguida no curso de enfermagem psiquiátrica. Estes cursos funcionavam para trabalhadores dos hospitais Miguel Bombarda e Júlio de Matos. Para admissão ao curso de Enfermagem Psiquiátrica, de duração de dois anos (ou um ano para quem tivesse o curso geral de Enfermagem), eram necessários os seguintes requisitos:

- Exame médico;
- Prova de conhecimentos – ditado, redacção e uma prova de aritmética;
- Exame de instrução primária.

Após o 25 de Abril, os cursos de enfermeiros psiquiátricos bem como os de auxiliares de enfermagem terminam. Entretanto, aos auxiliares foi ministrado um curso para equiparação de 3ª classe e para os enfermeiros psiquiátricos que assim o desejassem foi criado o Curso de Equiparação do Curso de Enfermagem Psiquiátrica ao Curso de Enfermagem Geral.

Em 1981, surge uma nova carreira de enfermagem e os enfermeiros que tinham o curso de Enfermagem Psiquiátrica, portanto os enfermeiros de 1º 2ª classe ou os Auxiliares de Enfermagem Psiquiátrica, foram equiparados a Enfermeiros Especialistas – podendo apenas trabalhar em psiquiatria.

3 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O nosso estudo encontra-se centrado na temática: *Actividades formativas em contexto de trabalho e pretende caracterizar a oferta de formação em serviço e compreender os seus modos de funcionamento, bem como a sua relação com os contextos de trabalho*. Para realizar o estudo enveredámos por uma *Abordagem Qualitativa* e o método optado foi o *Estudo de Caso*. A entrevista semidirectiva foi a nossa principal técnica de recolha de dados, complementada com a análise de relatos de sessões de formação e análise documental. Tanto as entrevistas, quanto os relatos das sessões de formação foram sujeitas a análise de conteúdo.

Este capítulo expõe as opções metodológicas encetadas para efectuar este trabalho de investigação.

3.1 – O ESTUDO DE CASO

De modo a realizar o nosso estudo seguimos a metodologia implícita ao estudo de caso. Adelman et al. (in Bell, 1993, p.23) definem o estudo de caso como sendo *"um termo global para uma família de métodos de investigação que têm em comum o facto de se concentrarem deliberadamente sobre o estudo de um determinado caso."* Por seu turno, Lessard-Hérbert et al. (1990, p.169) referem que o investigador, no modo de investigação de estudo de caso, aborda o seu campo de investigação a partir do interior e caracterizam o campo da investigação como:

- o menos construído, portanto o mais real;
- o menos limitado, portanto o mais aberto;
- o menos manipulável, portanto o menos controlado.

Em simultâneo, o nosso estudo assume, à partida, contornos específicos das abordagens qualitativas, visto que a preocupação central é aceder às opiniões e às vivências das pessoas. Segundo Bogdan e Biklen (1994, p.16), os dados recolhidos nas investigações qualitativas são ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas:

> *"As questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo, outrossim, formuladas com o objectivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural."*

Por outro lado, a investigação não se efectua com o objectivo de testar hipóteses, mas sim de compreender os comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação. Segundo Carmo e Ferreira (1998, p.180), os investigadores, nas abordagens qualitativas, têm em conta os contextos e

os sujeitos, tendendo a ser o mais discretos possível, de modo a provocar o menos efeitos sobre o objecto de estudo:

> *"O «significado» tem uma grande importância – os investigadores procuram compreender os sujeitos a partir dos «quadros de referência» desses mesmos sujeitos. Tentam viver a realidade da mesma maneira que eles, demonstram empatia e identificam-se com eles para tentar compreender como encaram a realidade. Procuram compreender as perspectivas daqueles que estão a estudar, de todos na sua globalidade e não apenas de alguns. O investigador deve «abandonar», «deixar de lado» as suas próprias perspectivas e convicções."*

Os mesmos autores referem que, nos processos de investigação desta natureza, são tão importantes os processos como os resultados de investigação. Consideram, ainda, que a investigação qualitativa é descritiva, uma vez que se descrevem de forma rigorosa os dados recolhidos (Carmo e Ferreira, 1998, p.180).

3.2 – OBJECTO DE ESTUDO, OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Objecto da investigação

O objecto de estudo compreende a oferta de actividades formativas em contexto de trabalho, organizadas pelos enfermeiros no HJM.

Objectivos

O estudo pretende caracterizar a oferta de formação em serviço e compreender os modos do respectivo funcionamento e a sua relação com os contextos de trabalho.

A questão de partida do estudo:

- Qual é o potencial formativo das actividades formativas organizadas pelos enfermeiros nos seus locais de trabalho?

Questões subsequentes

- Qual é a percepção que os enfermeiros apresentam sobre os contextos de trabalho enquanto locais de aprendizagem?
- Qual é a oferta de formação organizada pelo serviço?
- Como se articulam, no terreno, os momentos de acção e de formação?
- Quais são os modelos de formação subjacentes à oferta de formação?

3.3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

De modo a efectuar a colheita de dados, para o nosso estudo recorremos, sobretudo, ao inquérito por entrevista. Segundo Ghiglione e Matalon, realizar um inquérito implica, em primeiro lugar, *"interrogar"* e, em segundo, obter dos sujeitos informações susceptíveis de serem analisadas e que se possam retirar conclusões sobre os fenómenos em estudo:

> *"(...) porque define como unidade de observação, e portanto de análise, o indivíduo, finalmente, trata-se de inquirir visando uma generalização: não são os indivíduos pessoalmente que nos interessam (...) mas a possibilidade de retirar do que eles dizem conclusões mais vastas (...) consiste, portanto, em suscitar um conjunto de discursos individuais, em interpretá-los"* (Ghiglione e Matalon, 2001, p.2).

Optamos, ainda, pelo inquérito porque pretendíamos obter as opiniões, as atitudes dos próprios sujeitos:

> *"Somos ainda obrigados a recorrer a este método para compreender fenómenos como as atitudes, as opiniões, as preferências, as representações, etc., que só são acessíveis de uma forma prática pela linguagem, e que só raramente se exprimem de forma espontânea. (...)."* (Ghiglione e Matalon, 2001, p.13).

Estes autores classificam os diferentes modos de inquirição em função da maior ou menor liberdade deixada à pessoa inquirida para responder, eleger os assuntos e os termos a empregar (Ghiglione e Matalon, 2001, pp.63-64). Assim, enumeram quatro técnicas no sentido crescente de directividade: as entrevistas não directivas (o entrevistador apenas intervém para insistir ou encorajar), as entrevistas semidirectivas (em que o entrevistador apenas conduz o entrevistado de forma a este abordar todos os assuntos pretendidos), o questionário aberto (o entrevistado responde a uma série de questões abertas, não havendo limite ao tamanho da resposta) e o questionário fechado (o entrevistado responde a questões e a respostas previamente enunciadas). No nosso estudo, optámos pelas entrevistas semidirectivas, uma vez que pretendíamos *"aprofundar um determinado domínio"* (Ghiglione e Matalon, 2001, p.89).

3.3.1 – Entrevista semidirectiva

Na preparação e realização das entrevistas tivemos em conta Ghiglione e Matalon (2001, p.64) que, a partir de Rogers, consideram a entrevista ou a aplicação de um questionário como sendo *"um encontro interpessoal que se desenrola num contexto e numa situação social determinados, implicando a presença de um profissional e de um leigo"*. Ou seja, a entrevista caracteriza-se *"pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interacção humana"* (Quivy, 2005, p.192).

Neste sentido, De Ketele e Roegiers (1999, p.22) consideram a entrevista como um método de recolha de informação, através de conversas orais com um indivíduo ou com um grupo, tendo como propósito *"obter informações sobre factos ou representações, cujo grau de pertinência, validade e habilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações."*

Para conhecer em profundidade as representações e opiniões dos enfermeiros, efectuámos entrevistas semidirectivas. Neste tipo de entrevista, por vezes chamada clínica ou estruturada (Ghiglione e Matalon, 2001, p.64), o entrevistador constrói previamente um esquema de entrevista com os temas sobre os quais pretende obter reacções por parte do inquirido e que lhe servirá de guia no decorrer da mesma (ANEXO I).

Na entrevista semidirectiva, o entrevistador "estrutura" o indivíduo ao dar referências sobre os temas que quer ver abordados, contudo, preserva alguma ambiguidade característica das entrevistas livres, no sentido em que o entrevistador deixa o entrevistado centrar-se nas suas próprias referências.

Neste tipo de entrevista, a ordem dos temas e a forma como o entrevistado expressa as suas opiniões são feitas de forma livre. Quando o entrevistado não fala sobre um tema, o entrevistador propõe-o ao entrevistado, de modo a recolher dados sobre ele.

A realização de uma entrevista, desde a sua concepção até ao processo de análise com vista a conhecer as opiniões dos sujeitos, leva em conta a relação entre entrevistador e entrevistado, que pressupõe a existência de influências na situação de entrevista. Neste sentido, Ghiglione e Matalon (2001, p.68) consideram que na situação da entrevista há a produção de um efeito e que a linguagem é o seu veículo. A linguagem produz significados e ao mesmo tempo é *" socializada na medida em que é partilhada por um conjunto de pessoas e lhes serve para actuar."*

Assim, dos cinco serviços que desenvolveram actividades formativas de forma regular, entre os anos de 2005 e 2007, seleccionámos três enfermeiros chefes, dois enfermeiros responsáveis pela organização da formação em serviço e dois enfermeiros da prestação de cuidados que participaram em sessões de formação em serviço e que demonstraram interesse em colaborar com a realização do nosso estudo.

Inquirimos mais dois enfermeiros chefes que se encontravam a iniciar o projecto de formação nos respectivos serviços, uma vez que considerámos importante, para o nosso estudo, explorar as expectativas e as opiniões dos sujeitos, sobre as actividades formativas a desenvolver nos seus serviços.

Contactámos pessoalmente os enfermeiros nos respectivos locais de trabalho, explicitando os objectivos do estudo e pedindo a sua colaboração para nos fornecerem as suas opiniões. Aqueles que demonstraram interesse em participar foi combinado o local, hora e duração da entrevista de acordo com as respectivas disponibilidades. Em suma, entrevistámos:

- Dois enfermeiros responsáveis pela formação em serviço;
- Três enfermeiros chefes;
- Dois enfermeiros da prestação de cuidados;
- Dois enfermeiros chefes em fase inicial do processo de organização da formação em serviço.

Após realizar as entrevistas, efectuámos a sua transcrição tendo de seguida validado o seu conteúdo junto dos entrevistados. Posteriormente, as entrevistas foram sujeitas a análise de conteúdo.

3.3.2 – Relato de sessões de análises das práticas

No nosso estudo, ao pretender abordar as actividades formativas, considerámos essencial focar "in loco" as sessões de formação, de modo a compreender o desenrolar da acção, a dinâmica das sessões, o papel do condutor do grupo (enfermeiro responsável pela dinamização da formação), o papel do enfermeiro chefe e dos restantes enfermeiros, e os assuntos abordados pelos enfermeiros na análise das práticas.

Deste modo, recorrendo à gravação em áudio, optámos por efectuar o relato de duas sessões de formação no serviço onde o investigador exerce a função de enfermeiro responsável pela organização das actividades formativas. Para isso, após explicitação breve dos objectivos do estudo e da finalidade dos relatos, solicitámos aos participantes autorização para utilizar gravador áudio durante as sessões. Cada sessão foi transcrita e divulgada junto dos participantes, que validaram o seu conteúdo. Posteriormente, procedeu-se à análise do seu conteúdo.

A utilização das sessões de formação em serviço, enquanto estratégia de recolha de dados, seguiu os mesmos princípios enunciados por Flick (2005, pp.115-126), a respeito das entrevistas e dos debates de grupo. Neste caso, em que as sessões de formação assumiram uma função complementar de investigação, a postura e o modo de conduzir a sessão de formação, por parte do enfermeiro responsável pela organização da formação em serviço, manteve-se inalterada, com a excepção do seu início, em que foi solicitada a colaboração dos enfermeiros no estudo e a autorização da gravação áudio da sessão. Julgamos que isto não trouxe repercussões à participação habitual dos restantes elementos do grupo.

A propósito de grupos de debate, enquanto estratégia de recolha de dados numa investigação qualitativa, Blumer (in Flick, 2005 pp.116-117) refere que a discussão de grupo é eficiente para se desmoronarem as barreiras das comunicações individuais:

> *"Um pequeno número de indivíduos que se juntam num grupo de discussão ou de conjugação de esforços, é muito mais valioso que uma amostra representativa. Este grupo, ao debater em conjunto a sua esfera de vida e sujeitá-la ao teste do confronto das divergências, é mais eficiente que qualquer outra técnica que eu conheça para retirar os véus que a escondem."*

Flick considera que, deste modo, se consegue aproximar mais dos quotidianos e dos contextos sociais dos sujeitos. Por um lado, obtêm-se opiniões individuais de cada sujeito, onde o *"grupo torna-se um instrumento de reconstituição mais ajustada das opiniões individuais"* (Flick, 2005, p.117) e, por outro, consegue-se a opinião colectiva que se gera no grupo, que vai além das opiniões individuais.

Ao utilizarmos esta técnica de recolha de dados, mantivemos as características naturais do grupo e da sua condução habitual, permitindo que os sujeitos participassem na análise das práticas à semelhança do que fazem regularmente. Isto vai ao encontro do que Flick (2005, p.120) designou por grupos naturais ou reais, em que *"os membros já se conhecem e têm possivelmente interesse pelo assunto em discussão."*

Os debates de grupo podem mostrar como as *"opiniões nascem, e principalmente como mudam, se afirmam e se abandonam, nas trocas sociais"* (Flick, 2005, p.121). As opiniões surgem no contexto social e são mediadas pelas relações intra e interpessoais existentes no grupo:

> *"Os modelos estruturalistas são o fundamento teórico geral das aplicações do método, com base na ideia de que a partir da dinâmica do grupo e do inconsciente se geram os significados manifestos nos debates de grupo"* (Flick, 2005, p.121).

O mesmo autor enumera várias modalidades de condução dos debates de grupo: a direcção formal, a condução temática e a orientação da dinâmica. No que diz respeito à direcção formal, limita-se *"ao controle da agenda de intervenientes, e à determinação do início, desenvolvimento e termo do debate"* (Flick, 2005, p.119). Por seu lado, a condução temática, que além de assumir as características de controlo presentes na formal, inclui a introdução de temas para o debate. Quanto à orientação da dinâmica, incide nas intervenções, efectuando questões provocatórias, ou apresentando textos e imagens para estimular o debate e a participação de todos (Flick, 2005, p.119). O tipo de condução depende dos objectivos, do tipo de grupo e sua composição e do moderador. No nosso caso, como conhecíamos o grupo, e tal como refere Flick (2005, p.119), *"há casos em que a confiança na dinâmica do grupo é tal que se dispensa a moderação do investigador*", a nossa participação nos

debates foi mínima, seguindo a postura habitual do orientador do grupo, de modo a perturbar o mínimo possível a iniciativa dos participantes:

> *"É uma norma geral que o moderador perturbe o menos possível a iniciativa dos participantes, deixando-lhe um campo tão livre quanto puder, para que o debate se faça acima de tudo pela troca de argumentos"* (Dreher in Flick, 2005, p.119).

3.3.3 – Análise Documental

A análise documental foi uma das técnicas de colheita de dados que empregámos no nosso estudo. Bogdan e Biklen (1994, p.177), que consideram os textos produzidos pelos sujeitos como fonte secundária de dados nas investigações, onde habitualmente a *"tónica principal é a observação participante ou a entrevista,"* distinguem entre *"documentos pessoais"* e *"documentos oficiais."*

Nos documentos pessoais, destacam os diários íntimos, cartas pessoais e autobiografias, que fornecem informações de experiências e crenças sobre o indivíduo. Nos documentos oficiais (Bogdan e Biklen, 1994, p.180), os autores fazem a distinção entre *"documentos internos"* e *"comunicação externa"*. Os documentos internos apresentam a forma de circulares internas, relatórios, actas de reuniões, relatórios de actividades e ficheiros de dados. Estes documentos podem fornecer informações relevantes sobre a organização e relações sociais existentes na instituição. As comunicações externas são relativas a documentos produzidos pela instituição destinados a consumo público. Bogdan e Biklen (1994, p.181) salientam que estes documentos são habitualmente fáceis de obter e, tal como os anteriores, podem fornecer informações sobre a vida da instituição.

No nosso estudo, auxiliámo-nos da pesquisa de documentos existentes na instituição, nomeadamente, relatos de sessões de formação e relatórios anuais, produzidos por enfermeiros no âmbito da formação em serviço.

Os relatos são "actas" das reuniões de formação, onde o enfermeiro responsável pela formação em serviço resume os assuntos tratados, a duração da sessão, e regista os participantes da reunião formativa:

> *"As Actas de encontros (minutes) são descrições, por escrito, das acções consideradas e realizadas durante uma reunião. Constituem, normalmente um registo oficial de todas as transacções e procedimentos feitos pelo conjunto dos membros da organização que promoveu o encontro. Contêm o relatório de todas as propostas de acção e itens em discussão e o carácter dessas propostas. Indicam também quais os participantes da reunião que puseram à discussão propostas específicas"* (Tuckman, 2000, p. 522).

Os relatos possibilitaram saber a duração e o local onde se reuniram os enfermeiros, todavia, *"falta-lhes o detalhe que nos permite compreender o que aconteceu"* (Tuckman, 2000, p. 522).

Nos relatórios anuais das actividades formativas, também produzidos pelos mesmos enfermeiros, encontrámos uma descrição avaliativa das actividades de formação dos respectivos serviços. Como sugere Tuckman (2000, p.523), estes documentos descrevem e por vezes explicam os acontecimentos, contudo, também é necessário complementar a informação, a partir de outras fontes.

3.4 – TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para tratar a informação recolhida através das entrevistas e dos relatos das sessões de formação em serviço, utilizámos a técnica de análise de conteúdo. A utilização da técnica de análise de conteúdo teve a sua origem no início do século XX, nos Estados Unidos da América, em primeiro lugar, no meio jornalístico, estendendo-se de seguida ao meio político. Esta técnica foi utilizada na Primeira Guerra Mundial para analisar a propaganda militar, tendo sido desenvolvida, mais tarde, no decorrer da Segunda Guerra Mundial (Bardin, 1977, p.15). Segundo esta autora, a análise de conteúdo destes primeiros anos foi fortemente influenciada pelo behaviorismo, que dominou as ciências psicológicas nos Estados Unidos desta época e, portanto, havia uma rejeição da *"introspecção intuitiva em benefício da psicologia comportamental objectiva"*, em que se procurava descrever e quantificar todos os comportamentos *"com um máximo rigor e cientificidade"* (Bardin, 1977, pp.15-16).

Nos anos seguintes à Segunda Guerra Mundial, Berelson, professor na Universidade de Chicago, nos finais dos anos 40 e início dos anos 50, definiu análise de conteúdo como *"uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação"*. Segundo Bardin (1977, p.19) Berelson deu um grande impulso à utilização da análise de conteúdo.

Bardin (1977, p.31) considera a análise de conteúdo como um *"conjunto de técnicas de análises das comunicações"* que dependem *"do tipo de «fala» a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objectivo."* A autora considera, ainda, que não há o *"pronto-a-vestir em análise de conteúdo, mas somente algumas regras de base",* sendo necessário adaptar a técnica ao objecto e aos objectivos de estudo.

A mesma autora compara o trabalho do analista ao do arqueólogo que retira conclusões a partir dos vestígios encontrados, em que os *"(...) vestígios são a manifestação de estados, de dados e de fenómenos. Há qualquer coisa para descobrir por e graças a eles"* (Bardin, 1977, p.39). O analista trabalha as mensagens de modo a inferir elações sobre a situação em estudo. Com esse trabalho de

inferência, o analista tenta compreender, por um lado, as causas ou os antecedentes da mensagem ou prever as consequências ou possíveis efeitos das mensagens (Bardin, 1977, p.39). Assim, a autora define análise de conteúdo como:

> *"Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens."* (Bardin, 1977, p.42)

Bardin (1977, p.95) salienta que a análise de conteúdo se processa em três fases:

1. Pré-análise;
2. Exploração do material;
3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A autora considera a pré-análise como a fase de organização propriamente dita, em que se seleccionam *"os documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objectivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final"* (Bardin, 1977, p.95). Nesta primeira fase são efectuadas leituras «flutuantes» dos documentos para se obter as primeiras impressões provenientes dos discursos. Os documentos devem ser devidamente identificados e as gravações transcritas. No nosso caso, recorrendo ao suporte informático, efectuámos a transcrição das entrevistas e dos relatos das sessões de análise das práticas no programa de texto Word da Microsoft, posteriormente codificados no programa Access da Microsoft.

A segunda fase enumerada pela autora é designada por *Exploração do Material*. Esta consiste essencialmente na codificação dos dados:

> *"A codificação corresponde a uma transformação – efectuada segundo regras precisas – dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices (...)"* (Bardin, 1977, p.103).

Segundo Bardin (1977, p.104), o processo de codificação na análise quantitativa e categorial implica escolher o modo de recorte do texto, definir as regras de enumeração, e ainda a escolha das categorias.

O modo como o texto é recortado para ser codificado pressupõe seleccionar as unidades de registo. A unidade de registo *"é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial"* (Bardin, 1977,

p.104). Esta autora considera que na análise de conteúdo o critério de recorte é sempre de ordem semântica, que, por vezes, pode ter correspondência com unidades linguísticas formais, como a palavra, a frase, ou o parágrafo.

Quando se processa o recorte e se constitui as unidades de registo, temos que ter em atenção o contexto de onde estas são retiradas, de modo a não desvirtuar o seu sentido. Assim, no nosso trabalho de análise de conteúdo das entrevistas semidirectivas, considerámos como unidades de contexto as "respostas" dadas pelos entrevistados, que correspondem a porções de texto maiores, e, no caso das sessões de análise das práticas, o diálogo proporcionado à volta de cada assunto:

> *"A unidade de contexto serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo. Isto pode, por exemplo, ser a frase para a palavra e o parágrafo para o tema"* (Bardin, 1977, p.107).

No que respeita às regras de enumeração, e como o nosso estudo é de natureza qualitativa, damos principal relevo às inferências e aos temas emergentes dos discursos, todavia, recorremos à contagem (frequência) das unidades de registo de modo a perceber a dimensão dos diferentes temas.

Após o recorte e a codificação, as unidades de registo são agrupadas por categorias, conforme as suas características. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de unidades de registo sob um título genérico: *"Classificar elementos em categorias, impõe a investigação do que cada um deles tem um comum com outros. O que vai permitir o seu agrupamento, é a parte comum existente entre eles."* (Bardin, 1977, p.118).

A categorização permite condensar os dados brutos, facilitando o processo de análise e interpretação das comunicações. O processo de categorização comporta duas etapas: primeiro o inventário das unidades de registo e depois a sua organização de acordo com a natureza das suas mensagens (Bardin, 1977, p.118).

Formular as categorias é *"um processo longo, difícil e desafiante"* para o investigador (Franco, 2003, p.51), e pode ser feito à priori ou à posteriori do processo de codificação. Quando as categorias são definidas antes da codificação, o procedimento é designado por «caixas» (Bardin, 1977, p.119). Neste caso, o investigador baseia-se essencialmente no referencial teórico e nos objectivos da investigação.

No caso de se optar pela categorização à posteriori, as categorias emergem *"da «fala», do discurso, do conteúdo das respostas e implicam constante ida e volta do material de análise à teoria"* (Franco, 2003, p.53). Assim, as categorias surgem após a codificação, em que o título é dado consoante os

temas: *"partimos dos elementos particulares e reagrupamo-los progressivamente por aproximação de elementos contíguos, para no final deste procedimento atribuirmos um título à categoria"* (Bardin, 1977, p.62). De acordo com esta autora, este procedimento é designado por «milha» (Bardin, 1977, p.119).

No nosso estudo, procedemos à análise temática das entrevistas semidirectivas e das produções verbais das sessões de formação, usando a técnica categorial do tipo «milha» para percepcionar as opiniões dos sujeitos. Neste tipo de análise, as categorias emergiram a partir dos temas presentes nos discursos dos sujeitos.

De modo a compreender a dinâmica das sessões de formação, realizámos mais três análises categoriais do tipo «caixa», recorrendo à caracterização das interacções comunicacionais, aos níveis de comunicação e ao funcionamento emocional das relações estabelecidas nas sessões. Nestes casos, definimos previamente as categorias, onde, posteriormente, encaixámos as unidades de registo. Estas três categorizações e as respectivas categorias emergiram respectivamente da caracterização de Bales sobre a interacção comunicacional; dos níveis de comunicação propostos por Cortesão para as dinâmicas de grupo; e da caracterização do funcionamento emocional dos grupos de acordo com Bion. Além destas três categorizações, registámos a quem os participantes dirigiam as suas intervenções ("quem comunica a quem").

Estas categorizações realizadas atendendo à dinâmica das sessões vão ao encontro de Ghiglione e Matalon (2001, p. 71), que consideram ser necessário nas entrevistas de grupo abordar as produções verbais e as interacções do grupo:

> *"Neste caso, são necessários dois tipos de abordagem na análise a efectuar: uma que se interesse pelas produções verbais, outra que dê conta da dinâmica do grupo, por forma a descortinar as interacções recíprocas dos dois fenómenos."* (Ghiglione e Matalon, 2001, p.71).

Ao seleccionar as categorias de Bales sobre as interacções comunicacionais, os níveis de comunicação propostos por Cortesão e os pressupostos básicos defendidos por Bion, partimos do princípio de que a *"a linguagem representa e reflecte directamente aquele que a utiliza"* (Bardin, 1977, p.155), pelo que através de inferências poderemos retirar elações sobre os sujeitos inquiridos, nomeadamente sobre as suas atitudes:

> *"Uma atitude é uma pré-disposição, relativamente estável e organizada, para reagir sob forma de opiniões (nível verbal), ou de actos (nível comportamental), em presença de objectos (pessoas, ideias, acontecimentos, coisas, etc.) de maneira determinada. (...) Uma atitude é um núcleo, uma matriz muitas vezes inconsciente, que produz (e que se produz por) um conjunto*

de tomadas de posição, de qualificações, de descrições e de designações de avaliação mais ou menos coloridas. Encontrar as bases destas atitudes por trás da dispersão das manifestações verbais, tal é o objectivo da análise de asserção avaliativa" (Bardin, 1977, pp.155-156).

Para se medirem as atitudes tem-se em conta a direcção da opinião, ou seja, a opinião apresenta sentidos opostos, podendo ser favorável/ positiva/ amigável ou, pelo contrário, desfavorável/ negativa/ hostil. Outra característica presente na avaliação das atitudes prende-se com a sua intensidade, revelando a força ou o grau de convicção expressa face a determinada situação.

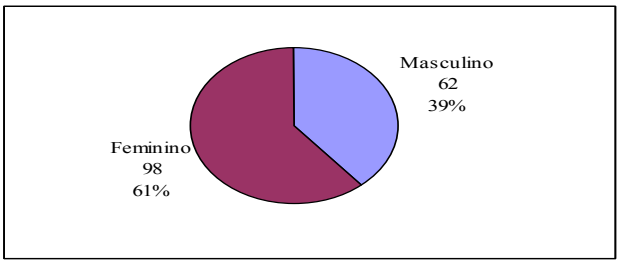
A última fase do processo de análise de conteúdo consistiu no tratamento dos resultados e na sua interpretação, apresentado no capítulo seguinte do nosso estudo.

3.5 – O CAMPO DO ESTUDO

A investigação decorreu no HJM e centrou-se na formação contínua dos enfermeiros, nomeadamente nas actividades formativas promovidas, pelos próprios, nos respectivos contextos de trabalho.

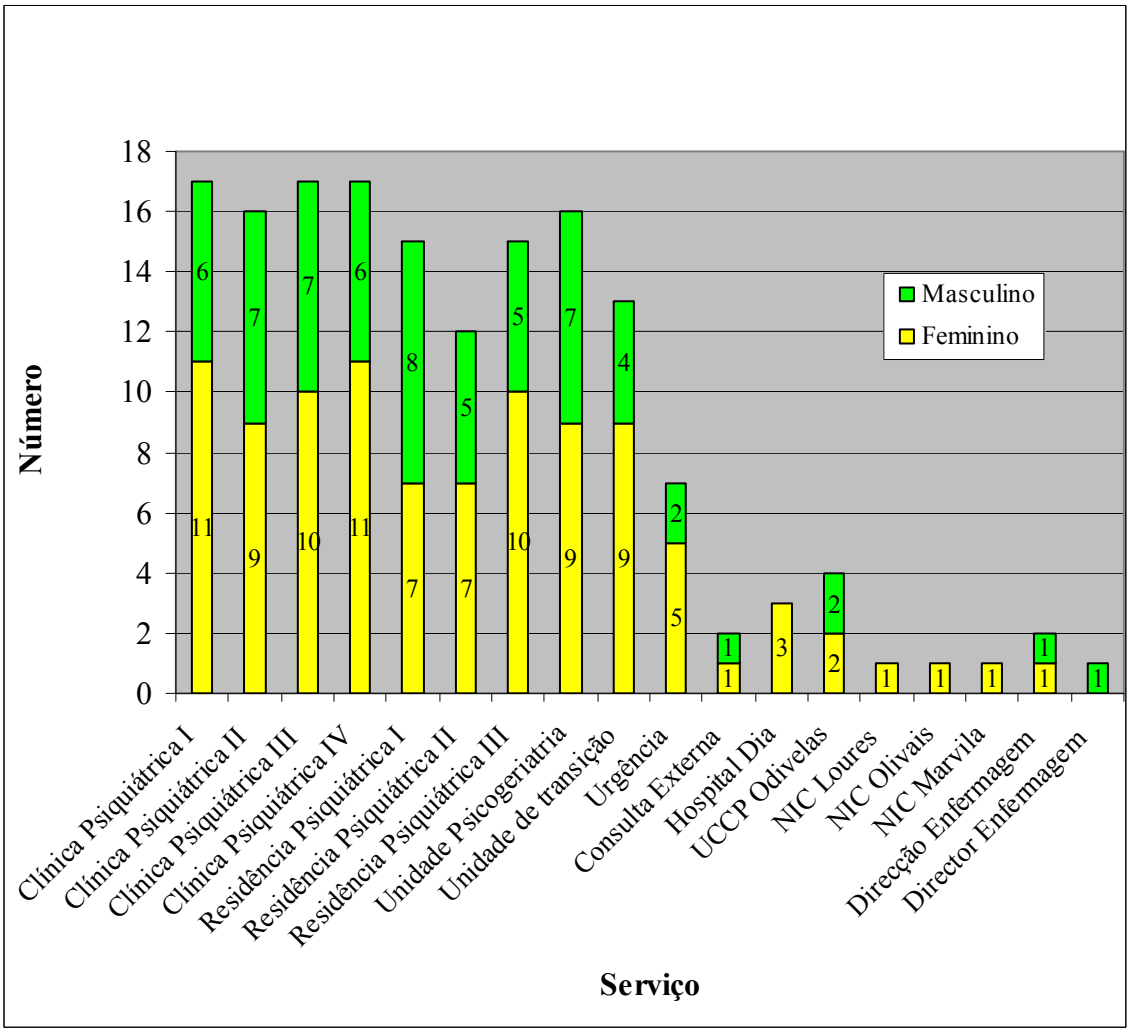
Em Julho de 2007, o hospital apresentava 160 enfermeiros, dos quais 98 eram mulheres e os restantes 48 homens. Estes valores podem ser observados no gráfico seguinte. Aqui notamos que 61% dos profissionais são do sexo feminino, valor inferior à média portuguesa, que se situa nos 81,20%, de acordo com dados estatísticos referentes a Abril de 2007, fornecidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Gráfico 1 – Distribuição do nº de enfermeiros por género



No gráfico 2 podemos verificar que a maior parte dos serviços é constituída por enfermeiros de ambos os sexos. Com excepção do serviço Residência Psiquiátrica I, todos os serviços de internamento e núcleos de intervenção comunitária apresentam mais enfermeiras do que enfermeiros. A presença de enfermeiros de ambos os géneros favorece os processos relacionais entre técnicos e utentes.

Gráfico 2 – Distribuição do nº de enfermeiros por serviço e género

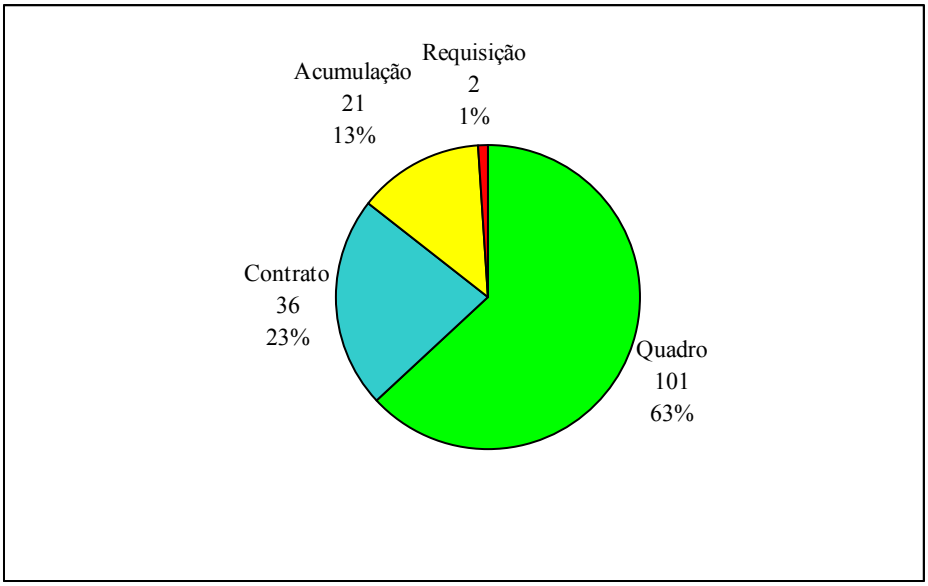


No que respeita às idades, variam entre os 23 e os 69 anos, sendo a média de 40,47 anos.

O gráfico seguinte caracteriza o grupo de enfermagem quanto à natureza do vínculo que apresenta com a instituição. Da sua leitura constatamos que 101 enfermeiros (63%) se encontram nos lugares de quadro, 36 enfermeiros (23%) estão em regime de contrato a termo certo, 21 enfermeiros (13%) em regime de acumulação de funções (enfermeiros pertencentes a quadro de outras instituições públicas), e apenas dois enfermeiros (1%) estão em regime de requisição.

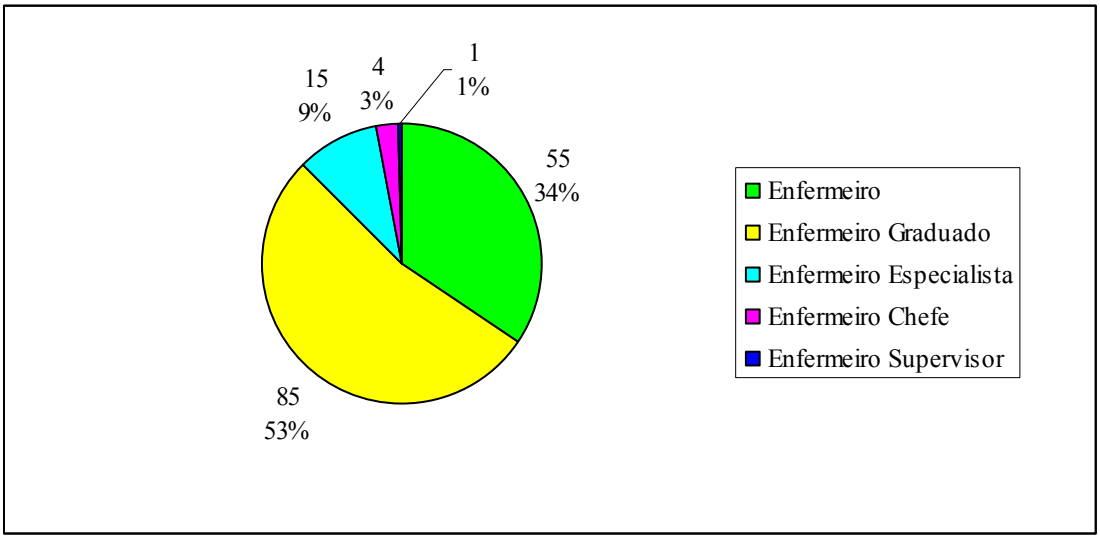
Nos últimos tempos, os vínculos dos enfermeiros são cada vez mais precários, notando-se um aumento de enfermeiros a contrato de termo certo, por outro lado, a precariedade do vínculo facilita a mobilidade de enfermeiros entre instituições, pelo que muitos dos contratados ao fim de algum tempo rescindem dos seus contratos. Por outro lado, obriga a instituição a despender de mais recursos e tempo para integrações de novos elementos nos serviços.

Gráfico 3 – Distribuição do nº de enfermeiros por vínculo à instituição



No que respeita à categoria profissional, tal como se pode observar no gráfico seguinte, a instituição conta com 85 enfermeiros graduados (53%), enquanto que enfermeiros especialistas são apenas 15 (9%). Este valor tem vindo a decrescer ao longo dos últimos anos. De acordo com os dados estatísticos produzidos pela Ordem dos Enfermeiros, este valor de enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica é comparativamente inferior ao valor médio existente em Portugal que, em Abril de 2007, se situava em 12,64%.

Gráfico 4 – Distribuição do nº de enfermeiros por categoria profissional

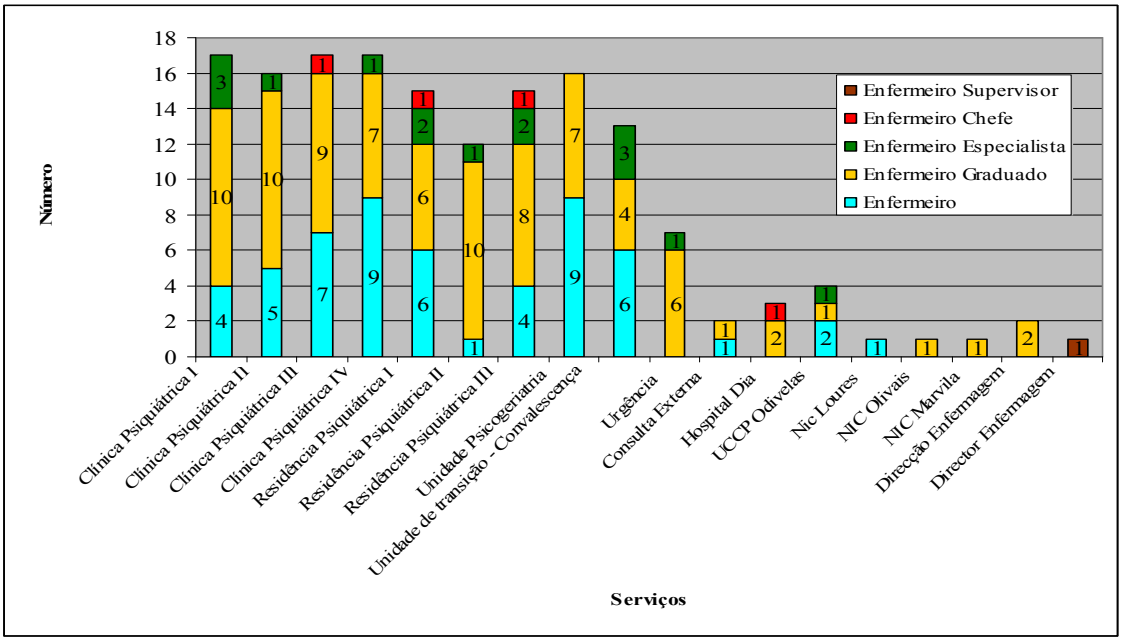


Nos diversos serviços, os enfermeiros prestam cuidados de saúde aos utentes sob a orientação de um enfermeiro chefe ou, na sua inexistência, de um coordenador designado pelo enfermeiro director entre

especialistas ou graduados. No gráfico 4 podemos verificar que o número de enfermeiros chefes é de 4 (3 %). Tendo em conta o número de serviços existentes no hospital, este valor é inferior às necessidades da instituição. A falta de enfermeiros chefes implica a mobilização de enfermeiros da prestação de cuidados para a gestão das equipas.

Quanto aos profissionais da categoria enfermeiro, o hospital conta com 55 elementos (34%). Na maioria dos casos, trata-se de enfermeiros recém formados, sendo este o seu primeiro emprego.

Gráfico 5 – Distribuição do nº de enfermeiros por serviço e por categoria profissional



O hospital, em Julho de 2007, apresentava quatro serviços de doentes em fase aguda, três serviços de doentes de evolução prolongada, um serviço de psicogeriatria, um serviço de unidade de transição (serviço de reabilitação), uma unidade de hospital de dia, um serviço de consultas e um serviço de urgência, a funcionar no espaço do Hospital C.C.

Da leitura do gráfico 5 constatamos que o grosso dos enfermeiros desempenhava funções nos serviços de internamento e, pelo contrário, em menor número, nos serviços comunitários (NIC e CCPO), serviço de Hospital de Dia e Consultas Externas. Por enquanto, esta distribuição de enfermeiros parece contrariar as perspectivas actuais das políticas de saúde mentais e psiquiátricas, que apontam para um maior investimento nos serviços comunitários (Relatório de Reestruturação da Saúde Mental, 2007).

Actualmente, e ao contrário de tempos mais passados, o grupo de enfermagem conta apenas com um enfermeiro a tempo parcial no Centro de Formação Profissional da instituição, desde os finais dos anos noventa, altura em que este mudou os seus estatutos e modos de funcionamento.

De acordo com o regulamento do Centro de Formação Profissional do HJM, este é constituído por uma Comissão Coordenadora da Formação e por Núcleos de Formação. A Comissão Coordenadora é constituída por um Administrador Hospitalar, um Técnico de Recursos Humanos, uma Secretária e um Técnico em Meios Audiovisuais. À comissão cabe conceber anualmente um programa de formação com vista a habilitar e motivar os profissionais da saúde no desempenho das suas funções. A planificação da formação é anual e, para a realizar, a comissão ausculta as várias chefias dos serviços e os representantes dos diferentes Núcleos de Formação. Por seu lado, os Núcleos de Formação são órgãos consultivos e representam os vários grupos profissionais que actuam no hospital.

A Direcção de Enfermagem do HJM tem vindo a efectuar um esforço no sentido de promover práticas formativas nos diversos contextos de trabalho. Deste modo, a partir de 2005, e seguindo os trâmites legais, cooperou com os serviços na selecção de responsáveis pela organização da formação em serviço. Os serviços que tomaram a dianteira do processo foram as quatro clínicas psiquiátricas (serviços de doentes em situação aguda de doença), uma residência psiquiátrica (serviço de doentes de evolução prolongada) e a Unidade de Transição (serviço de reabilitação). Nas clínicas psiquiátricas foi acordado com os enfermeiros chefes e com os enfermeiros responsáveis pela formação em serviço efectuar uma sessão de formação semanal, com a duração de uma hora. Nos restantes serviços, como as equipas eram de menor dimensão, foi combinado efectuar uma sessão mensalmente, com duração de duas horas.

Na maioria dos casos, os serviços optaram por efectuar as sessões de formação no final do turno da manhã, na perspectiva de abranger os enfermeiros dos turnos da manhã e da tarde. O propósito principal das actividades consistia em analisar as práticas realizadas pelos enfermeiros, identificando problemas e possíveis soluções.

Como forma de apoio às práticas formativas, o representante dos enfermeiros no Centro de Formação Profissional reunia periodicamente com os enfermeiros responsáveis pela formação em serviço. Estas reuniões vieram mostrar que os enfermeiros tinham perspectivas distintas da formação de adultos e formas diferentes de conceber as actividades formativas.

A partir do segundo semestre do ano de 2006, fruto de mudanças políticas encetadas na área da saúde, ocorreram várias alterações no hospital, por exemplo, ao nível da organização das equipas, com o

encerramento de serviços e mobilidade de técnicos entre as equipas. Estas mudanças fizeram-se sentir na oferta, organização e dinâmica da formação em serviço, pelo que houve serviços que deixaram de realizar formalmente actividades formativas nos serviços.

3.6 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

No nosso estudo identificámos algumas limitações que se prendem essencialmente com a metodologia de investigação utilizada e com a participação do principal investigador do estudo que em simultâneo exerce a profissão de enfermagem na instituição.

No que se refere ao método de investigação, respectivamente os métodos de recolha de dados, o nosso estudo baseou-se fundamentalmente no inquérito por entrevista, pelo que temos de ter em conta algumas das suas limitações, nomeadamente pelo facto de o inquérito ser dependente da linguagem, em "*tudo o que dispomos é do que a pessoa pôde ou quis dizer"* (Ghiglione e Matalon, 2001, p.14). Tentámos colmatar esta limitação recorrendo por um lado a outras fontes, designadamente à análise dos relatos produzidos em sessões de formação e à pesquisa documental.

No que se refere à participação do investigador principal temos que nos interrogar sobre o seu duplo papel, ou seja, enquanto investigador e participante activo do grupo estudado. Se por um lado, constitui uma fonte de informação, essencial para se aprofundar o conhecimento do objecto em estudo, por outro, não se pode esquecer que condiciona a investigação com os seus preconceitos e as suas opiniões sobre os assuntos em análise e as pessoas contactadas.

O investigador para minimizar a sua influência na condução e nos resultados obtidos do estudo, foi analisando as suas acções e interpretações consoante decorriam as recolhas e análises da informação. Para tal, valeu-se em grande parte, da reflexão realizada com a ajuda de outros investigadores.

Também há que considerar que neste estudo não conseguimos abranger todos os serviços onde se realizaram actividades formativas e apenas auscultamos uma pequena parte de enfermeiros. O nosso foco de atenção centrou-se sobretudo nos principais organizadores da oferta de formação (enfermeiros chefes e enfermeiros responsáveis pela organização da oferta de formação), descurando, de algum modo, os restantes enfermeiros participantes nas actividades formativas. No entanto, considerámos que, tanto estes dinamizadores da formação em serviço, como os restantes elementos da equipa, são simultaneamente "produtores" e "consumidores" das práticas formativas. Assim, não se podem generalizar os resultados e nem extrapolar os resultados para outros contextos onde se realizam actividades formativas no âmbito da formação em serviço em enfermagem. Todavia, e

porque mais do que resultados pretendíamos conhecer processos e os discursos dos actores, daí considerar que a metodologia utilizada foi a mais adequada para alcançar os objectivos propostos.

4 – APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

De seguida, apresentam-se os dados obtidos a partir das análises de conteúdo das entrevistas semidirectivas realizadas com enfermeiros do HJM e dos relatos de sessões de formação efectuados num dos serviços do hospital, onde a principal modalidade formativa consiste em solicitar à equipa de enfermagem a reflexão em grupo acerca da sua prática profissional.

4.1 – ENTREVISTAS SEMIDIRECTIVAS COM OS ENFERMEIROS

As entrevistas semidirectivas permitiram obter informações sobre o modo de organizar a formação em serviço em alguns dos serviços do HJM. Os entrevistados, além de manifestarem opiniões sobre a formação em serviço, falaram da formação contínua em enfermagem, da oferta de formação do Centro de Formação Profissional do Hospital e dos contextos de trabalho. Assim, obtivemos dez categorias, algumas com uma ou mais subcategorias, agrupadas por dois temas mais genéricos: *Formação profissional em enfermagem* e *Actividades formativas do serviço*. No primeiro, tema estão reunidas as categorias: *Formação contínua, Centro de Formação Profissional* e *Contexto de trabalho*. Por sua vez, o segundo tema, que reúne as opiniões dos entrevistados sobre as actividades de formação desenvolvidas nos serviços, apresenta as seguintes categorias: *Apreciação das actividades formativas, Assuntos abordados, Padrão de funcionamento, Papel do enfermeiro chefe, Papel do enfermeiro responsável pela formação em serviço, Papel dos enfermeiros* e *Planeamento da actividade formativa.*

Os resultados desta análise de conteúdo são apresentados de forma sintetizada no quadro que se segue, onde se podem observar os temas, as categorias, as subcategorias, as ideias principais e o número de unidades de registo.

Quadro 1 – Síntese da análise de conteúdo das entrevistas semidirectivas

Tema	Categoria	Subcategoria	Ideias-chave	Nº UR
Formação profissional em enfermagem	Formação contínua	Formação inicial	- teve um grande desenvolvimento, - é insuficiente para fazer face às exigências do mercado de trabalho, - é o começo da formação contínua	8
		Críticas à procura de formação	- os enfermeiros não se preocupam com a sua formação, - há falta de disponibilidade para "procurar" formação.	22

Tema	Categoria	Subcategoria	Ideias-chave	Nº UR
		Importância atribuída à formação	- a formação é indispensável, - a formação deve ser cada vez mais da responsabilidade do próprio, - a formação contínua é complementar à formação inicial.	33
	Centro de Formação Profissional	Oferta de formação	- é escassa e pouco adequada aos problemas de enfermagem, - uma das mais valias das acções de formação é a promoção das relações interpessoais entre técnicos.	33
		Sugestões	- o CFP deve fazer um diagnóstico das necessidades de formação.	13
	Contexto de trabalho	A equipa de enfermagem	- as equipas de enfermagem têm qualidade, - há escassos recursos humanos, - os enfermeiros sentem dificuldades inerentes às especificidades da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, - sentem-se inseguros quanto ao futuro devido às mudanças institucionais e políticas.	48
		Especificidades do trabalho de enfermagem	- a enfermagem psiquiátrica é complexa e mais subjectiva que a enfermagem "geral".	13
		Formação experiencial	- a fazer aprende-se, - aprende-se com os outros enfermeiros, - há falta de "modelos" para se aprender.	29
		Momentos informais de formação	- as passagens de turno são formativas, - as reuniões da Direcção de Enfermagem são formativas.	15
Actividades formativas do serviço	Apreciação das actividades formativas	Avaliação das sessões de formação	- discutem-se aspectos relacionados com as práticas profissionais, - permite efectuar a ligação entre prática e teoria.	74
		Promove a reflexão sobre as práticas	- a formação permite analisar as práticas, - permite partilhar modos de agir, - permite aprender com os outros, - promove a reflexão sobre os esquemas de acção.	49
	Assuntos abordados		- os assuntos são seleccionados de acordo com a estratégia encetada pelo responsável da organização da formação - os assuntos reflectem a natureza dos contextos de trabalho, - surgem espontaneamente no decorrer das actividades formativas.	29
	Padrão de funcionamento		- a oferta de formação deve funcionar de forma regular no que respeita ao dia, hora, duração e local de modo a promover o hábito - deve envolver todos os enfermeiros do serviço	35
	Papel do enfermeiro chefe		- é essencial, - participa de forma activa, - dá o exemplo.	34
	Papel do enfermeiro responsável pela formação em serviço		- é essencial, - é organizador, - exerce trabalho solitário, - assume papel de formador, - questiona os outros sobre determinados assuntos, - é moderador e promove a discussão no grupo.	49
	Papel dos enfermeiros		- participam mais nas sessões de formação dedicadas à análise das práticas, - preferem as acções de formação porque não necessitam de se expor (os temas funcionam como biombo) - é importante que os chefes valorizem as opiniões dos enfermeiros para se sentirem motivados a participarem nas actividades formativas, - a participação na formação em serviço não se prende com a aquisição de certificados.	73
	Planeamento da actividade	Diagnosticar problemas e	- atender às potencialidades e lacunas dos enfermeiros, - partir das necessidades sentidas pelos enfermeiros,	48

Tema	Categoria	Subcategoria	Ideias-chave	Nº UR
	formativa	necessidades de formação	- avaliar as necessidades de formação atendendo à avaliação do desempenho.	
		Criar espaço de análise das práticas	- são necessários espaços de discussão e análise das práticas, - devem-se efectuar discussões de casos clínicos.	27
		Envolver a equipa	- é importante o envolvimento da equipa em todo o processo de planeamento	13

4.2 – RELATO DE SESSÕES DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS

As sessões de formação que analisámos foram efectuadas num serviço de doentes em situação aguda de doença, onde o investigador principal do estudo é o enfermeiro responsável pela organização da formação em serviço. Neste serviço, as sessões são efectuadas semanalmente, às terças-feiras, das 11:30 às 13:00 horas. As reuniões de formação funcionam de Outubro a Junho, uma vez que nos restantes meses há maior escassez de recursos, devido ao gozo de férias.

Habitualmente, participam nestas reuniões os enfermeiros que estão de serviço naquele horário. A maior parte dos enfermeiros, como trabalha por turnos, assiste de forma irregular às reuniões. O enfermeiro responsável pela organização da formação em serviço e o enfermeiro chefe do serviço estão sempre presentes nestes momentos. Habitualmente, participam cinco a seis enfermeiros por sessão. Contudo, esse número é muitas vezes superior, visto que os alunos do curso de Licenciatura em Enfermagem e da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica em ensino clínico no serviço também participam. No decorrer das duas sessões que analisámos, assistiram cinco enfermeiros por sessão: na primeira estiveram presentes os enfermeiros **Ch, RF, I, R** e **MJ** (enfermeira de outro serviço, a efectuar ensino clínico no âmbito da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica); e, na segunda, os enfermeiros **Ch, RF, I, D** e **F.**

Neste serviço, a modalidade principal de formação consiste na análise das práticas, partindo dos problemas do quotidiano e do "sentir" de cada enfermeiro. Excepcionalmente, recorre-se a outras modalidades formativas, nomeadamente a acções de formação (com a colaboração de formadores internos ou externos, podendo ser enfermeiros ou elementos de outras profissões) e a estudos de casos clínicos.

Tal como é sugerido por Canário (1999, p.44)

> *"a optimização do potencial formativo das situações de trabalho passa pela criação de dispositivos e dinâmicas formativas que propiciem, no ambiente do trabalho, as condições necessárias para que os trabalhadores transformem as experiências em aprendizagens, a partir de um processo autoformativo"*

De modo a estudar as sessões, procedemos a dois tipos de análise de conteúdo: o primeiro consistiu em analisar as produções verbais ocorridas nas sessões, e o segundo centrou-se na análise da dinâmica do grupo. Passamos a descrever cada um dos tipos de análise de conteúdo.

4.2.1 – Análise das produções verbais das sessões de análise das práticas

Após a gravação das sessões de formação, efectuámos a sua transcrição para suporte informático, primeiro para um programa de texto Microsoft Word e, posteriormente, para a Microsoft Access, de modo a proceder à sua análise de conteúdo. Tendo em conta a análise de conteúdo do tipo semântico, efectuámos, em primeiro lugar, a definição das unidades de registo e de contexto. Em segundo, e de acordo com a emergência dos temas a partir da análise das unidades de registo, definimos as categorias. Em terceiro, distribuímos as unidades de registo pelas categorias. Finalmente, aglomerámos as categorias em temas mais abrangentes e, em alguns casos, tivemos a necessidade de classificar as categorias em subcategorias, conforme os assuntos associados.

Assim, desta análise de conteúdo resultaram onze categorias distribuídas por três temas mais abrangentes: *Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, Apreciação do trabalho dos enfermeiros* e *Planeamento das actividades formativas do serviço*.

No quadro seguinte são descritos os temas, as categorias, as subcategorias, as ideias-chave e a frequência de unidades de registo referentes a cada uma das categorias.

Quadro 2 – Síntese da análise de conteúdo das produções verbais das sessões de análise das práticas

Tema	Categoria	Subcategoria	Ideias-chave	Nº UR
Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	Equipa de enfermagem	Os enfermeiros do serviço	- necessitam da atenção dos superiores hierárquicos, - a equipa de enfermagem tem qualidade.	18
		Sentimentos de insegurança e incerteza	- sentem insegurança e incerteza face às mudanças institucionais e políticas, - esses sentimentos também são percepcionados pelos doentes.	31
	Especificidades da enfermagem psiquiátrica	Estigma em saúde mental	- falam sobre os estigmas existentes relacionados com a doença mental.	16
		Evolução dos cuidados de enfermagem	- os cuidados de enfermagem têm evoluído favoravelmente, - os enfermeiros actualmente têm mais formação académica, - os cuidados de enfermagem não dependem apenas da formação académica dos enfermeiros.	19
		Humanização dos cuidados de enfermagem	- os enfermeiros têm um papel fundamental na humanização dos cuidados.	13
	Profissão de enfermagem	É necessário dar visibilidade ao trabalho de enfermagem	- os enfermeiros têm falta de visibilidade social, - deviam escrever as suas práticas para dar visibilidade ao seu trabalho.	24
		Supervisão clínica	- deve-se promover práticas de supervisão clínica dos cuidados de enfermagem.	16

Tema	Categoria	Subcategoria	Ideias-chave	Nº UR
Apreciação do trabalho dos enfermeiros	A autonomia dos doentes		- outros profissionais colocam em causa a promoção da autonomia dos doentes pelos enfermeiros.	28
	Análise das práticas diárias de enfermagem	É importante perceber como se resolvem situações difíceis	- cada enfermeiro tem o seu "jeito" para lidar com situações mais complicadas da prática clínica.	7
		Relação com o doente	- a relação de ajuda é essencial na enfermagem.	14
		Situação vivida no turno da noite	- na prática clínica surgem situações inesperadas para os enfermeiros.	11
	Circular informativa		- os enfermeiros discutem e analisam ordens superiores.	31
	Conforto do doente		- analisam uma crítica efectuada aos enfermeiros que questiona os gastos inerentes à utilização de material usado no conforto dos doentes com incontinência urinária.	14
	Contenção física dos doentes		- analisam situações clínicas que necessitam de contenção física.	31
Planeamento das actividades formativas	Avaliação das actividades de formação		- a formação não tem tido a mesma regularidade que no ano anterior.	21
	Plano de sessão teórico-prática		- agendam uma apresentação formal sobre uma intervenção terapêutica.	8
	Sessões de análise das práticas		- as reuniões de formação são um espaço onde os enfermeiros analisam as práticas profissionais.	37

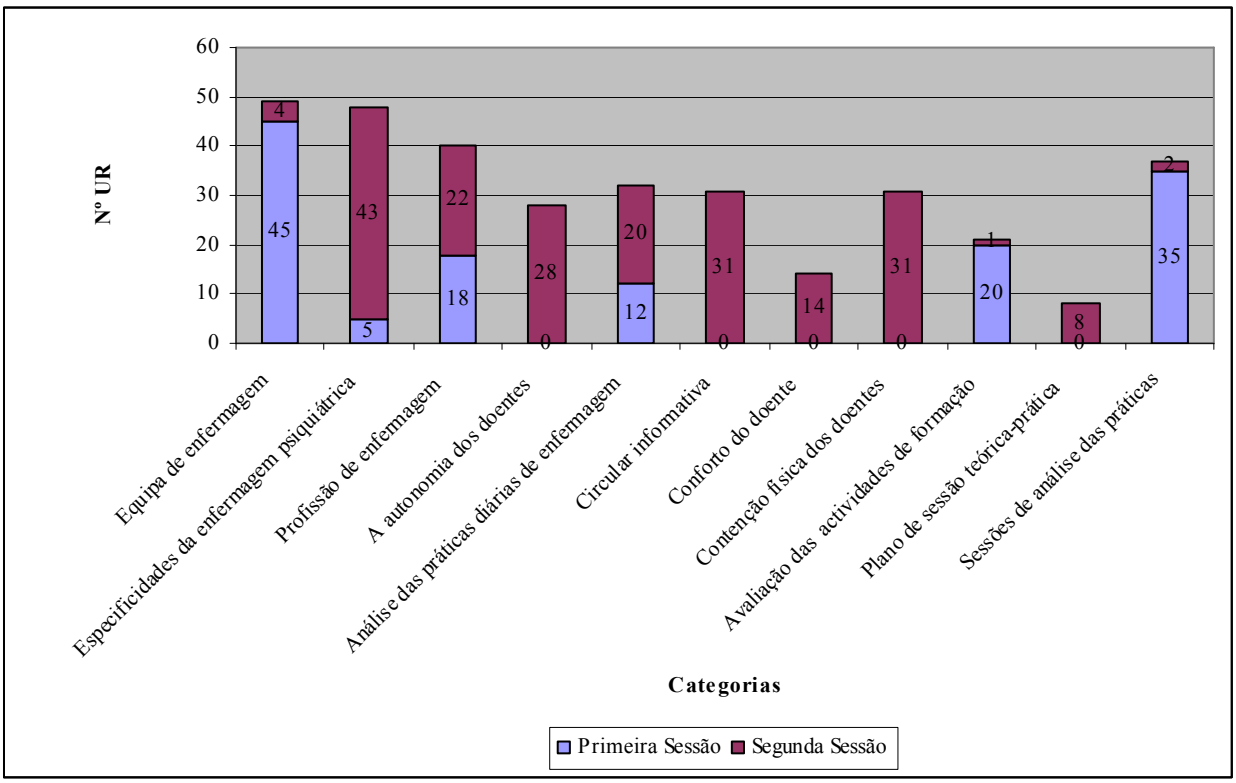
As designações das categorias reflectem assuntos que foram abordados no decorrer das duas sessões. Assim, há assuntos que foram tratados apenas em uma destas sessões e há assuntos que surgem em ambas as sessões. As categorias *A autonomia dos doentes, Circular Informativa, Conforto do doente, Contenção física dos doentes e Plano de sessão teórico-prática* reflectem assuntos que apenas foram abordados na segunda sessão de formação. Por seu turno, os assuntos representados pelas restantes categorias estiveram presentes em ambas as sessões. Na primeira sessão destacam-se as categorias *Equipa de enfermagem, Avaliação das actividades formativas, Sessões de análise das práticas,* que apresentam maior número de unidades de registo, comparativamente à segunda sessão.

De acordo com a pesquisa documental que efectuámos, há assuntos recorrentes em várias sessões, conforme os interesses dos participantes, e reflectem os acontecimentos ocorridos na altura. Recorrentemente, nas sessões de formação, são lembrados pelo moderador do grupo, ou por outro(s) elemento(s), a finalidade das sessões e o seu modo de procedimento. Isto acontece, sobretudo, quando alguém assiste pela primeira vez às sessões de formação. Estes aspectos estão representados pela categoria *Sessões de análise das práticas*. Além disso, em todas as sessões, o condutor da sessão efectua o esclarecimento das contribuições, faz o resumo dos assuntos que foram abordados,

estabelece o início e o fim da sessão, lembra a seguinte sessão, procedimentos fundamentais à manutenção do grupo de formação.

Estes dados podem ser constatados no gráfico seguinte, que revela as categorias presentes em cada sessão bem como o seu número de unidades de registo.

Gráfico 6 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias de análise de conteúdo da produção verbal e por sessão de análise das práticas

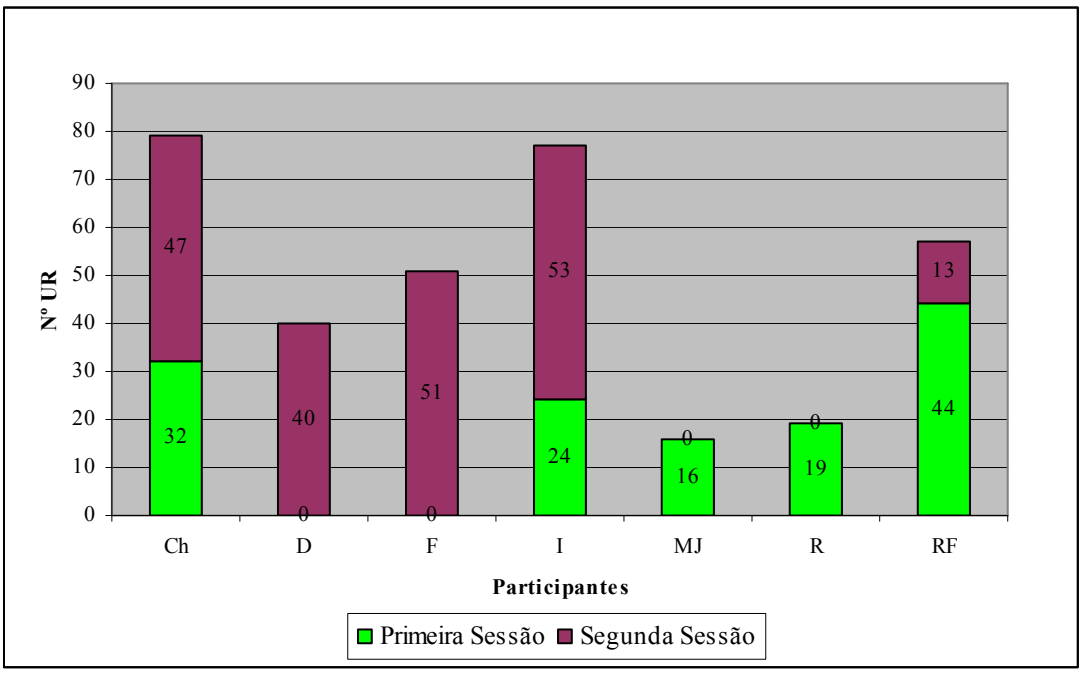


A partir da leitura do gráfico, podemos verificar que a categoria com mais unidades de registo é a *Equipa de enfermagem*, seguida da categoria *Especificidades da enfermagem psiquiátrica*. As categorias com menos unidades de registo são a categoria designada por *Plano de sessão teórico-prática*, seguida pela categoria *Conforto do doente*.

No que concerne à participação, como dissemos anteriormente, em ambas as sessões estiveram presentes os enfermeiros **Ch, I** e **RF**. Na primeira sessão também estiveram presentes as enfermeiras **R** e **MJ** e, por sua vez, as enfermeiras **D** e **F** também participaram na segunda sessão.

No gráfico que se segue mostramos as presenças dos participantes por sessão bem como o número de unidades de registo referentes em cada um deles. Aqui, podemos constatar que o enfermeiro **Ch** é aquele que apresenta o maior número de unidades de registo, seguido da enfermeira **I** e do enfermeiro **RF**. Todavia, é de lembrar que estes três enfermeiros estiveram presentes nas duas sessões.

Gráfico 7 – Distribuição do nº de unidades de registo por participante e por sessão de análise das práticas



Tendo em conta as categorias emergentes da análise de conteúdo verbal das sessões, podemos verificar, a partir da leitura do quadro seguinte, a distribuição do número de unidades de registo por participante. Deste modo, constatamos que o enfermeiro **Ch**, sendo o que mais unidades de registo apresenta no total, é aquele que mais unidades de registo apresenta nas categorias *Equipa de enfermagem* (de forma destacada), *Profissão de enfermagem* e *Autonomia dos doentes*. Por seu lado, a enfermeira **I** apresenta mais unidades de registo nas categorias *Especificidades da enfermagem psiquiátrica, Análise das práticas diárias de enfermagem* e *Circular informativa*. O enfermeiro **RF** surge com o maior número de unidades de registo nas categorias *Avaliação das actividades formação*, *Plano de sessão teórico-prática* e *Sessões de análise das práticas*. No que respeita à categoria *Contenção física do doente*, verificamos que, com o mesmo número de unidades de registo, estão as enfermeiras **I** e **D**, seguindo de imediato a enfermeira **F.**

A análise destes dados sugere-nos, em primeiro lugar, que a participação dos enfermeiros nas sessões de formação projecta as funções que cada elemento tem na equipa e, em segundo lugar, e relacionada com a primeira, que os enfermeiros tendem a discutir e a participar mais nos assuntos que mais lhes dizem respeito. Assim, o enfermeiro **Ch**, com funções de gestão, revela mais interesse por questões relacionadas com a organização e funcionamento da equipa de enfermagem. As contribuições dos elementos do grupo: **I, D, F, R** e **MJ**, sendo a sua função principal a prestação de cuidados, reflectem mais a organização do trabalho e aspectos da relação terapêutica. Por seu turno, as contribuições do

enfermeiro **RF** prendem-se mais com funções de regulação das sessões e o planeamento das actividades formativas do serviço, visto ser o responsável pela organização da formação em serviço e o condutor das sessões de formação.

Quadro 3 – Distribuição do nº de unidades de registo por participante e por categorias de análise de conteúdo da produção verbal

Categoria	Ch	I	F	D	R	MJ	RF	TOTAL Nº UR
Equipa de enfermagem	24	6	1		8	4	6	49
Especificidades da enfermagem psiquiátrica	4	20	11	11			2	48
Profissão de enfermagem	13	9	3	2	4	3	6	40
A autonomia dos doentes	11		7	5			5	28
Análise das práticas diárias de enfermagem	6	9	5	5	1	4	2	32
Circular informativa	8	10	8	5				31
Conforto do doente	3	2	6	3				14
Contenção física dos doentes	5	9	8	9				31
Avaliação das actividades de formação	2		1		3	3	12	21
Plano de sessão teórico-prática	2	1	1				4	8
Sessões de análise das práticas	1	11			3	2	20	37
TOTAL Nº UR	79	77	51	40	19	16	57	339

4.2.2 – Dinâmica de grupo das sessões de análise das práticas

De modo a complementar a informação que obtivemos com a análise da produção verbal, em que nos debruçámos sobre os assuntos reflectidos pelos participantes, analisámos, neste espaço, a dinâmica de grupo das sessões de formação. O estudo da dinâmica foi realizado tendo em conta quatro categorizações «tipo caixa» (Bardin, 1977): a primeira categorização baseou-se nas categorias sugeridas por Bales sobre a interacção comunicacional; a segunda categorização teve em conta os níveis de comunicação tratados por Cortesão; a terceira das categorizações compreende os pressupostos básicos de Bion; e a quarta categorização consistiu em registar a quem foram dirigidas as comunicações proferidas pelos participantes nas duas sessões em análise.

4.2.2.1 – Interacções comunicacionais

O estudo da interacção comunicacional permite, entre outras coisas, avaliar a estabilidade do grupo, percepcionar o modo como a informação é colocada em circulação entre os participantes e a oportunidade dos membros do grupo participarem na discussão. Por outro lado, permite perceber se as intervenções efectuadas pelos participantes na discussão são por oposição ou por acomodação. Tendo em conta a análise do processo de interacção sugerido por Bales, obtivemos sete categorias: A categoria mais contabilizada foi *Dar uma opinião*, seguida das categorias *Aprovar* e *Dar uma informação*. Com menos registos temos as categorias *Pedir uma opinião*, *Pedir uma informação, Desaprovar* e *Dar uma sugestão*. Estes dados podem ser constatados no quadro que se segue.

Quadro 4 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias de interacção comunicacional

Categorias	Nº Unidade Registo
Aprovar	55
Dar uma informação	42
Dar uma opinião	206
Dar uma sugestão	4
Desaprovar	8
Pedir informação	11
Pedir uma opinião	13

De modo a ilustrar as categorias que definimos, passamos a apresentar uma parte do diálogo estabelecido no início da primeira sessão, onde se percepcionam as categorias: *Aprovar, Dar informação, Dar uma opinião e Pedir Informação*.

RF	*A **I** é a primeira vez que assiste às nossas reuniões de formação. Nós reunimos habitualmente uma vez por semana, com uma duração mais ou menos de uma hora. São discutidos sobretudo o "aqui e agora" sentido pelos enfermeiros. O objectivo principal é analisar as nossas práticas, reflectir sobre as nossas acções e tentar, a partir daí, melhorar as nossas actuações e prestar melhores cuidados aos utentes. Aproveitamos as experiências de cada um para enriquecer as nossas. À partida, não temos nenhum tema em geral para discutir, o que não quer dizer que, pontualmente, não o aconteça.*	- Dar uma informação
I	*Por acaso é uma ideia muito gira! Há quanto tempo estão a fazer?*	- Dar uma opinião - Pedir informação
	(...)	
I	*Portanto, é todas as terças-feiras às 11 horas?*	- Pedir informação
RF	*Nós estávamos a fazer às quartas-feiras, das 11 às 12 horas, mas como surgiu uma actividade…*	- Dar uma informação

R	*a reunião comunitária…*	- Dar uma informação
	(…)	
MJ	*Nós lá em baixo temos pedido aos colegas para falarem de temas de interesse e vários têm participado e depois a colega que está responsável da formação, a enfermeira A., tem o cuidado de levar um estudo de caso ou tema que acha pertinente ou até mesmo falar sobre os doentes que na altura nos suscitam mais preocupação. Por acaso, acho isso muito interessante.*	- Dar uma informação - Dar uma opinião
I	*Então o que se está aqui a fazer também se está a fazer no restante hospital?*	- Pedir informação
RF	*Nós estamos a tentar dinamizar em todos os serviços. (…).*	- Dar uma informação
	(…)	
I	*Isso faz-me sentido.*	- Aprovar
RF	*(…) Ao contrário, este ano foi muito irregular, também houve muitas mudanças ao nível do hospital e acho que isso também mexeu muito com as pessoas. Houve a junção de serviços…*	- Dar uma opinião
R	*O 21 B que passou para este pavilhão.*	- Dar uma opinião
	(…)	
Ch	*Desiludidas e mais desanimadas.*	- Dar uma opinião
MJ	*Mais desmotivadas. Aqui há dias, uma doente dizia: "senhora enfermeira, não consigo compreender, estive internada cá no ano passado, a equipa é exactamente a mesma, mas estão diferentes." Mas diferentes como?" – perguntava eu. "Há qualquer coisa diferente, parece que há um deixa andar, estão desmotivados e desinteressados." Nós vimos sempre com os mesmos olhos e nem nos apercebemos do que estamos a transmitir aos outros. Achei muito pertinente a observação da doente.*	- Aprovar - Dar uma opinião
	(…)	

A categoria *Aprovar,* segundo Minicucci (2001, 267), consiste em combinar um facto com um juízo de valor em que o sujeito demonstra acordo sobre uma situação. Nas sessões de formação, registámos 54 unidades de registo em que o sujeito manifesta aprovação da opinião discutida. Tendo em conta Maisonneuve (2004, p.67), esta categoria enquadra-se na área sócio-efectiva, sendo útil para a manutenção da coesão de grupo. Na passagem da sessão, apresentada anteriormente, temos duas mensagens assinaladas de aprovação. A primeira proferida pela enfermeira **I,** que se manifesta favorável ao dispositivo de formação apresentado pelo **RF.** E a segunda interacção, indiciando aprovação, apresentada na comunicação da enfermeira **MJ** quando esta manifesta acordo com o que o grupo estava a verbalizar a respeito das mudanças e das dificuldades pelas quais os serviços do hospital estão a passar.

No lado oposto a esta categoria, temos a categoria *Desaprovar.* Os contributos que se encontram dentro desta categoria revelam oposição, desacordo à opinião manifestada por outros. Nas sessões analisadas, apenas registámos 8 unidades de registo com estas características.

Um dos exemplos de desacordo pode ser descortinado na intervenção da enfermeira **I**, quando o grupo abordava a questão da evolução dos cuidados de enfermagem, em que a enfermeira **D** referia que actualmente havia melhores cuidados porque as pessoas também tinham uma formação académica mais diferenciada:

D	*Exactamente. Se calhar se cuida mais, quem tem familiares com múltiplos internamentos e que teve internamentos há vinte anos, neste momento há melhorias, há humanização, as coisas vão mudando, as escolas vão formando de outra maneira e acho que agora há outra visão do doente. Era o que o F estava a dizer há bocado, agora é mais uma visão holística dos doentes. As pessoas começam também a mudar um bocadinho. E, de facto, o hospital é o estigma, lá está.*	- Dar uma opinião
	(...)	
I	*Mas, ó D, olha que eu, havia colegas nossas, colegas que tinham habilitações do quinto ano, segundo ano do ciclo, quarta classe, eram melhores que certos professores universitários. Tinham uma experiência em psiquiatria espectacular.*	- Desaprovar

A categoria *Dar uma informação* implica, segundo Minicucci (2001, p.267), fornecer factos relacionados com a tarefa ou assunto em discussão. Trata-se de descrever a situação ou apresentar o problema ao grupo. Os seus contributos permitem fornecer pistas para que os restantes participantes possam processar uma opinião sobre os factos. Esta categoria encontra-se ligada à realização da tarefa. A categoria *Pedir uma informação*, apresenta contributos em que o participante solicita informações a outro para compreender os factos. No decorrer das sessões de formação registámos 11 unidades de registo em que algum dos membros solicitava informação a outro ou ao grupo em geral. Estas categorias estão caracterizadas em várias contribuições relatadas na passagem que apresentamos (ou: apresentámos) anteriormente, nomeadamente na primeira intervenção descrita, onde o enfermeiro responsável pela formação em serviço **(RF)** explica o modo e os propósitos do funcionamento das sessões de formação. Por seu turno, a enfermeira **I** solicita mais detalhes sobre o assunto.

Na categoria *Dar uma opinião* registámos 206 unidades de registo, cerca de 61%. Esta categoria revela que no decorrer das sessões os participantes foram dando as suas opiniões sobre os temas que iam surgindo na sessão. Conforme descrição efectuada por Minicucci (2001, p.267), *"dar uma opinião"* está relacionado com a tarefa ou problema a discutir e implica combinar factos com juízos de valor. Dentro desta categoria cabe o comportamento do participante que *"avalia, analisa, expressa sentimento ou desejo"* Minicucci (2001, p.268). Assim, no texto apresentado temos a manifestação de opiniões sobre o dispositivo de formação (**RF, MJ**) e sobre as dificuldades que os enfermeiros do serviço atravessam (**R, Ch, MJ**).

No decorrer do diálogo estabelecido entre os participantes, surge o interesse ou a curiosidade de conhecer a opinião de outros sobre o assunto. As contribuições em que os participantes interrogam outros para determinar qual a sua opinião fazem parte da categoria *Pedir uma opinião*. Na análise que

efectuámos, encontraram-se 13 unidades de registo desta categoria. Um dos exemplos está presente aquando da verbalização de indisponibilidade que muitas vezes apresentam devido às dificuldades de trabalho e às mudanças ocorridas no hospital. O pedido de opinião vem da parte do enfermeiro **Ch**, que questiona o **RF** sobre o que sente acerca da situação em discussão.

Ch	*(…) Às vezes, estarem três enfermeiros não é diferente de ter dois, em termos do número de horas disponíveis para os doentes, porque a disponibilidade continua a ser pouca. Pois se os enfermeiros se retraem, se resguardam numa sala atrás de uma secretária, se não dão a cara e se não vão para o terreno, se não vão falar com os utentes, tanto faz ter três como ter dois enfermeiros.*	- Dar uma opinião
I	*Eu noto que há uma grande mudança em termos de saúde mental e psiquiatria em termos de reestruturação e claro que isso se sente nas unidades de internamento.*	- Dar uma opinião
Ch	*Não sei se sentes isso?*	- Pedir uma opinião
RF	*Claro que sim.*	- Aprovar

Outra das categorias de interacção que percepcionámos na análise das sessões foi a categoria *Dar uma sugestão*. Neste caso registámos 4 unidades de registo em que o participante, de algum modo, deu uma direcção à discussão ou partilhou uma possível solução para o problema. Neste sentido, a enfermeira **I** sugeriu ao grupo que os enfermeiros deviam escrever sobre as suas actividades de modo a dar visibilidade ao trabalho de enfermagem:

> *"Mas se calhar porque não passarmos estas nossas experiências, isto para o papel. Porque nós, em relação aos outros profissionais, perdemos muito por não dar visibilidade."* **(I)**

Ao analisar em simultâneo as categorias provenientes de conteúdo verbal e as categorias da análise das interacções comunicacionais, constatámos que a categoria da análise da interacção comunicacional com o maior número de unidades de registo é a *Dar uma opinião*. Esta categoria está representada em todas as categorias de análise de conteúdo verbal excepto na categoria *Plano de sessão teórico-prática*. Seguidamente, as categorias com mais frequência de unidades de registo é *Aprovar,* que está presente em todas as categorias da análise de conteúdo verbal, seguida da categoria *Dar uma informação*, que apresenta uma frequência mais elevada na categoria de análise verbal *Sessões de análises das práticas.*

Ao observar o quadro, constatamos que a categoria *Equipa de enfermagem* é a que tem o valor de frequência mais elevado, seguida da categoria *Especificidades da enfermagem psiquiátrica*, *Profissão de enfermagem* e *Circular informativa,* todas com valores muito idênticos.

A análise destes dados leva-nos a pensar que os assuntos abordados nas sessões de formação suscitam uma participação activa, evidenciada pela presença de opiniões ocorridas nas várias categorias de análise de conteúdo verbal.

Quadro 5 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias da análise produção verbal e por categorias da interacção comunicacional

Categoria	Aprovar	Dar uma informação	Dar uma opinião	Dar uma sugestão	Desaprovar	Pedir informação	Pedir uma opinião	Total UR
Equipa de enfermagem	13		32	1			3	49
Especificidades da enfermagem psiquiátrica	8	1	33		5		1	48
Profissão de enfermagem	2	4	28	2	1	2	1	40
A autonomia dos doentes	4	4	19			1		28
Análise das práticas diárias de enfermagem	8	4	17				3	32
Circular informativa	2		26			2	1	31
Conforto do doente	2		10				2	14
Contenção física dos doentes	7	1	22			1		31
Avaliação das actividades de formação	1	7	10		2		1	21
Plano de sessão teórico-prática	1	4		1		2		8
Sessões de análise das práticas	7	17	9			3	1	37
Total	55	42	206	4	8	11	13	339

No quadro seguinte, podemos verificar que a categoria *Dar uma opinião*, com uma frequência mais elevada, apresenta o enfermeiro **Ch**, com mais unidades de registo, seguido das enfermeiras **I, F** e **D.** Na categoria que segue com uma frequência mais elevada, *Aprovar*, quem regista uma frequência mais elevada é a enfermeira **D**, seguida da enfermeira **I** e do enfermeiro **Ch**. É de salientar que todos os participantes estão representados nesta categoria e os seus valores variam entre um máximo de 12 e um mínimo de 5 unidades de registo. A terceira categoria com uma frequência mais elevada é *Dar uma informação*, onde surge de forma destacada o enfermeiro **RF** com a frequência mais elevada.

No que respeita às categorias de frequências inferiores, temos *Pedir opinião* e nesta também é o enfermeiro **RF** a registar o valor mais alto de unidades de registo, seguido dos enfermeiros **Ch** e **F**, com o mesmo valor. Na categoria *Pedir informação*, a enfermeira **I** surge com o valor de unidades de registo mais alto, seguido da enfermeira **F.**

A categoria *Desaprovar*, com oito unidades de registo, apresenta a enfermeira **I** com o valor mais alto. E na última das categorias, *Dar uma sugestão,* com uma frequência de quatro, surge o enfermeiro **Ch** com a frequência de duas unidades de registo.

Quadro 6 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias de interacção comunicacional e por participante

Categoria	Ch	I	F	D	R	MJ	RF	Total Nº UR
Aprovar	8	9	6	12	8	7	5	55
Dar uma informação	5	3	2	3	2	2	25	42
Dar uma opinião	58	55	35	23	8	6	21	206
Dar uma sugestão	2	1	1					4
Desaprovar	2	3	1	1	1			8
Pedir informação	1	5	3	1		1		11
Pedir uma opinião	3	1	3				6	13
Total	79	77	51	40	19	16	57	339

Tendo em conta que o objectivo principal destas sessões consiste em analisar as práticas profissionais, levando a que os enfermeiros reflictam sobre o seu trabalho e atendendo aos resultados da análise da interacção comunicacional, podemos afirmar que os enfermeiros participam de forma activa nas sessões, a demonstrar pelo registo das frequências das categorias de *Dar uma opinião*, *Dar uma informação* e *Aprovar*. Há a expressão aparentemente positiva face ao grupo por parte dos elementos, tendo em consideração os valores encontrados na categoria *Aprovar* ser superior aos valores da categoria *Desaprovar*, nomeadamente nos assuntos relacionados com a expressão de opiniões sobre a equipa. Todavia, tendo em conta as finalidades de um grupo de discussão, o valor de desaprovação pode ser considerado baixo, pelo que o processo de confrontação entre os participantes é quase inexistente. A este respeito, Perrenoud (2002, p.68) considera que muitas vezes os intervenientes da discussão receiam magoar os outros, pelo que evitam dar opiniões ou fazer questões dirigidas aos outros. De acordo com Minicucci (2001, 270), isto pode revelar que a *"reunião se tornará uma sociedade de admiração mútua, na qual os desacordos são reprimidos, inibidos, ou estão ausentes por falta de envolvimento"*. Contudo, perante a natureza dos assuntos emergentes nestas duas sessões que levaram à manifestação de sentimentos de dificuldade e de insegurança, o grupo, numa tentativa de manter a coesão e fazer frente às dificuldades, manifestou maior número de aprovações em relação aos outros.

4.2.2.2 – Níveis de comunicação

No sentido de ajudar a percepcionar a dinâmica de grupo no decorrer das reuniões, nomeadamente para perceber o modo como os assuntos emergem na discussão das sessões de análise das práticas,

recorremos a uma análise de conteúdo na qual damos especial atenção aos níveis de comunicação propostos por Cortesão (1989). Este autor, a respeito da comunicação encetada entre os membros de um grupo, designa as contribuições verbais por "experiências". Cortesão (1989, p79) identifica três níveis de comunicação nos grupos. O primeiro nível designa-o por *Experiência subjectiva individual*, onde se incluem as situações em que um membro partilha no grupo as suas experiências pessoais. O segundo nível de comunicação em grupo é designado por *Experiência subjectiva plural*, e respeita aos casos em que um membro um membro partilha as suas experiências após escutar as experiências de outros membros. A presença do terceiro nível, ou *comunicação associativa*, é quando dois ou mais membros abordam o mesmo tema, fazendo perguntas e dando opiniões.

De acordo com esta caracterização, a partir da análise dos níveis de comunicação obtivemos três categorias: *Experiência subjectiva individual, Experiência subjectiva plural* e *Comunicação associativa,* de que damos conta no quadro seguinte.

Quadro 7 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias de níveis de comunicação e por participante

Categorias	Ch	D	F	I	MJ	R	RF	Total Nº UR
Comunicação associativa	66	37	49	62	12	19	46	291
Experiência subjectiva individual	12	1		7			8	28
Experiência subjectiva plural	1	2	2	8	4		3	20
Total	79	40	51	77	16	19	57	339

Da sua leitura, podemos constatar que a categoria *Comunicação associativa* é a que apresenta uma frequência de unidades de registo superior, ostentando 291 unidades de registo. Em seguida, temos as categorias *Experiência subjectiva individual* e *Experiência subjectiva plural,* com 28 e 20 unidades de registo, respectivamente.

Ao observar as frequências registadas dentro da categoria *Comunicação associativa,* constatamos que todos os enfermeiros apresentam unidades de registo. Nesta categoria, o enfermeiro **Ch** apresenta a frequência de 66 unidades de registo, seguido das enfermeiras **I**, com 62, e **F**, com 49 unidades de registo. Isto dá mostras de que, aparentemente, todos os intervenientes participam no debate, tendo a oportunidade de explanar os assuntos em discussão.

No que concerne à categoria *Experiência Subjectiva individual*, o enfermeiro **Ch** apresenta de frequência 12 unidades de registo, seguido do enfermeiro **RF**, com 8, da enfermeira **I,** com 7, e da enfermeira **D**, com a frequência de 1 (uma) unidade de registo. Os restantes elementos não registaram qualquer unidade de registo nesta categoria. Esta categoria espelha, no nosso entender, a iniciativa da discussão de um assunto no grupo de formação, a partir das experiências que sejam oportunas para discussão no âmbito da análise das práticas.

Deste modo, parece-nos que estes valores, aparentemente, demonstram que os membros apresentam graus de influência diferentes no grupo. Como possível razão, apontamos as funções exercidas pelos enfermeiros no grupo e na própria equipa de enfermagem do serviço. Assim, o enfermeiro **RF**, pelas suas funções de condutor do grupo, tem nomeadamente de iniciar e terminar a sessão, efectuar resumos, centrar o grupo na análise das práticas, dar conta da evolução das actividades formativas, pelo que parte dos assuntos debatidos no grupo prendem-se com a actividade de condução da sessão. Por outro lado, o enfermeiro **Ch**, com as funções de gestão e liderança na equipa e no grupo, introduz na discussão aspectos da organização do serviço com vista à resolução de problemas e à tomada de decisão. Em parte, é da responsabilidade do condutor do grupo gerir as comunicações, promovendo a possibilidade de todos partilharem as suas experiências. A sua maior iniciativa no grupo também pode estar relacionada com a periodicidade da frequência nas sessões, ou seja, os elementos que apresentam menos iniciativa são aqueles que assistem menos vezes às sessões de análise das práticas, ou seja, estarão menos à vontade para trazer experiências suas para serem analisadas.

Por outro lado, estes dados também revelam que as participações são espontâneas e livres, não se forçando os elementos a participarem, respeitando deste modo a sua integração no grupo, o seu modo de ser e de estar.

Na categoria *Experiência subjectiva plural*, a enfermeira **I** surge com a frequência de 8 unidades de registo, seguida da enfermeira **MJ**, com 4, e do enfermeiro **RF**, com 3 unidades de registo. A enfermeira **R** não teve qualquer unidade de registo nesta categoria. De modo semelhante à categoria anterior, a categoria *Experiência subjectiva plural* permite percepcionar a orientação do discurso, mantendo os mesmos assuntos em debate ou introduzindo novos assuntos no diálogo.

Por forma a exemplificar com dados empíricos, passamos a apresentar parte de um discurso produzido na segunda sessão, onde o enfermeiro **Ch** introduz, na discussão do grupo, a análise de uma circular informativa produzida pelo Conselho de Administração da instituição.

	(...)	
Ch	*É como quem faz esta circular informativa, mais uma vez aquilo que nos estão a propor*	- Experiência

	juntar os homens e as mulheres.	subjectiva individual
	(...)	
F	*É uma desumanização.*	- Comunicação associativa
Ch	*Estamos aqui a analisar as coisas. É o meu propósito que os cuidados prestados nesta unidade, quer em todas as unidades de serviço de agudos, se pautem pela boa prática dos serviços de enfermagem. Agora isto que está aqui a delegar nos enfermeiros, não é vigilância porque nós somos vigilantes todo o dia.*	- Comunicação associativa
	(...)	
F	*Isto é uma desumanização.*	- Comunicação associativa
I	*Eu acho que as coisas são muito organizacionais em termos de instituição e depois há modo de trabalho. Eu aqui ainda não tinha tido a experiência de trabalhar num serviço com homens e mulheres, excepto no hospital de dia, e a mim fazia-me uma certa confusão como é que as coisas funcionavam. Fazendo uma comparação com Coimbra, aqui é tudo fechado, lá não, psiquiatria homens e psiquiatria mulheres são diferentes. É um hospital geral como Santa Maria, e fazia-me confusão como é que os enfermeiros naquele serviço aberto tinham "controle", porque aquilo entravam e saíam, estavam logo ao pé do bar ou ao pé dos correios. Na unidade de mulheres, já era diferente porque era tipo uma casinha, tipo isto, mas também tudo aberto. O que eu quero dizer.*	- Experiência subjectiva plural
F	*Como faziam com doentes com internamentos compulsivos?*	- Comunicação associativa
D	*E com doentes tipo dona AL?*	
I	*Porque realmente isto é um internamento aberto.*	
F	*Teoricamente é. Mas temos internamentos compulsivos porque é um internamento fechado.*	
I	*Nunca me preocupei com isso. Mas isto faz-me confusão ter homens e mulheres, mas estou-me habituando. Termos em unidades separadas isso "vá que não vá".*	
	(...)	

Após o enfermeiro **Ch** ter feito o comentário sobre a circular informativa – categoria *Experiência subjectiva individual* – os restantes elementos abraçaram o assunto fazendo comentários e dando as suas opiniões. Deste modo, o grupo passou a funcionar num nível de comunicação associativa (categoria *Comunicação associativa*). Após algumas contribuições de membros do grupo de formação, neste nível de comunicação, a enfermeira **I**, num nível de comunicação de experiência plural, ou seja, tendo em conta o assunto em análise, partilhou uma experiência sua, vivenciada em outro local, suscitando curiosidade e envolvendo os elementos do grupo na análise da nova situação em debate. Deste modo, o grupo volta a funcionar no terceiro nível de comunicação – comunicação associativa. A partir desse momento, surgem questões, dúvidas e comparam-se modos diferentes de actuar.

As sucessivas mudanças de níveis de comunicação ao longo das sessões de análise das práticas, no nosso entender, deixam transparecer, por um lado, a riqueza da informação gerada e partilhada no grupo e, por outro, a concentração do grupo na análise das práticas profissionais.

Atendendo à análise destas duas sessões, percebemos, através da identificação de unidades de registo nas três categorias: *Experiências subjectivas individuais*, *Experiências subjectivas plurais* e *Comunicação associativa*, que os enfermeiros além de explorarem os assuntos em discussão (comunicação associativa), introduzem novos assuntos de acordo com as suas motivações (níveis de experiência subjectiva individual e plural).

4.2.2.3 – Funcionamento emocional

De acordo com observações realizadas por Bion, os grupos têm dois tipos de funcionamento emocional: um racional e consciente e outro irracional e quase sempre inconsciente. Quando o grupo funciona maioritariamente de modo racional, consegue realizar as suas actividades, cumprindo com os seus objectivos. Neste caso, Bion designa o funcionamento emocional por «grupo de trabalho» ou «grupo de tarefa».

Nas situações em que o grupo funciona maioritariamente de modo irracional e sob forças inconscientes, Bion designou o funcionamento emocional por pressupostos básicos. Dentro dos pressupostos básicos, este autor identificou três modos diferentes de funcionamento: ataque e fuga; dependência e acasalamento messiânico. Os pressupostos básicos pressupõem a vivência emocional sob o domínio de fantasias inconscientes que activam no indivíduo sentimentos específicos e condicionam os comportamentos dos sujeitos, podendo comprometer a realização das tarefas.

Assim, o sentimento principal afecto ao pressuposto básico ataque e fuga é o medo. O indivíduo sente-se ameaçado por pessoas ou situações, pelo que manifesta duas reacções: atacando a suposta ameaça, ou fugindo dela.

Quando o grupo funciona de acordo com o pressuposto básico de dependência, os membros sentem-se incapazes de resolver os problemas dependendo de "forças divinas" ou de alguém "todo-poderoso" capaz de resolver os problemas por si.

A situação de pressuposto básico de acasalamento messiânico pressupõe que os membros do grupo sintam que o mesmo não funciona adequadamente, e então associam-se a outros membros, criando subgrupos. A fantasia que está por trás deste movimento é a de que o líder é incompetente e, como tal, é necessário gerar um "Messias" para vir liderar o grupo.

Atendendo ao o funcionamento emocional descrito por Bion, efectuámos uma análise de conteúdo definindo à priori quatro categorias: *Trabalho de tarefa, Ataque e fuga, Dependência* e *Acasalamento messiânico.* No processo de análise considerámos as mesmas unidades de registo e unidades de

contexto definidas anteriormente na análise de conteúdo de produção verbal. Na distribuição das unidades de registo pelas categorias definidas, atendemos à expressão de sentimentos que manifestassem medo, insegurança, incapacidade, e ao modo como os membros se dirigiam ou reagiam à informação apresentada por outro membro: aceitando as opiniões dos outros, analisando de forma racional os conteúdos ou, pelo contrário, rejeitando a informação apresentada, atacando os conteúdos, ou outros objectos relacionados com a informação.

Na análise de conteúdo destas duas sessões encontrámos registos nas quatro categorias inicialmente definidas, conforme apresentação no quadro seguinte.

Quadro 8 – Distribuição do nº de unidades de registo por categorias de funcionamento emocional e por participante

Categorias	Ch	D	F	I	MJ	R	RF	Total Nº UR
Acasalamento messiânico	1	3	1	3	1	1		10
Ataque e fuga	29	16	28	13	1	6	1	94
Dependência	8				2	4	2	16
Trabalho de Tarefa	41	21	22	61	12	8	54	219
Total	79	40	51	77	16	19	57	339

Da leitura do quadro podemos constatar que a categoria *Trabalho de tarefa* apresenta um total de 219 unidades de registo, seguida da categoria *Pressuposto básico de ataque e fuga*, com uma frequência de 94 unidades de registo. Com menos frequência apresentam-se as categorias *Dependência* e *Acasalamento Messiânico*, respectivamente com 16 e 10 unidades de registo.

Na categoria *Trabalho de tarefa*, o enfermeiro **RF** apresenta uma frequência de 54 unidades de registo, seguido da enfermeira **I**, com 61 unidades de registo, e do enfermeiro **Ch**, com 52 unidades de registo. Estes dados, no nosso entender, são significativos, pois se o condutor (**RF**) e o líder (**Ch**) do grupo não funcionassem na maioria das situações de forma racional e voltados para a tarefa de analisar as práticas de enfermagem, isso comprometeria os objectivos e a missão do grupo.

Quanto à categoria *Ataque e fuga*, o enfermeiro **Ch** apresenta uma frequência de 29 unidades de registo e a enfermeira **F** de 28 unidades de registo, seguidos das enfermeiras **D** e **I**, com uma frequência de unidades de registo de 16 e 13, respectivamente.

No que respeita à categoria *Dependência*, o enfermeiro **Ch** apresenta 8 unidades de registo, seguido da enfermeira **R**, com 4 unidades de registo. Nesta categoria, registámos, ainda, 2 (duas) unidades de registo no enfermeiro **RF** e outras 2 (duas) na enfermeira **MJ**.

Por último, a categoria *Acasalamento messiânico* apresenta as enfermeiras **D** e **I** com 3 (três) unidades de registo, enquanto que os enfermeiros **Ch**, **MJ** e **R** ostentam 1 (uma) unidade de registo cada.

De acordo com os dados obtidos, julgamos que o grupo cumpre com a sua finalidade, contudo consideramos que a presença dos pressupostos básicos de ataque e fuga, dependência e acasalamento messiânico que identificámos em algumas passagens das sessões, afecta o trabalho de análise das práticas. De modo a mostrar isso, apresentamos duas passagens do discurso onde isso parece patente.

Assim, a determinado momento da primeira sessão estudada, encontramos contribuições que nos parecem ser de natureza de *Dependência*, *Acasalamento messiânico*, *Ataque e fuga* e *Tarefa*.

Ch	*"Nós estamos a atravessar um momento, não digo a chegar à exaustão, mas as mudanças são tantas, a perspectiva é, o que se advinha não é nada fácil e, portanto, isso repercute-se."*	- Dependência
	(...)	
MJ	*"[Situação difícil] Exacto."*	- Acasalamento messiânico
Ch	*"Porque nós também precisamos de apoio."*	- Dependência
Ch	*"[Porque nós também precisamos de apoio.] E o que se tem feito é tábua rasa nessa questão de cuidarmos de nós próprios."*	- Ataque e fuga
R	*"Completamente!"*	- Acasalamento messiânico
I	*"Eu acho que na psiquiatria é preciso ter tempo. E ter tempo de alguma forma para lidar com as pessoas, para auscultar e a tarefa, o fazer, a actividade, a sequência de promover as actividades de vida diárias ao doente, ou pela terapêutica, etc., etc., são coisas básicas de enfermagem que é cuidar na sua amplitude, mas nós precisamos de que é pedra básica da psiquiatria, que é a relação de ajuda, que é a relação terapêutica, e nós não podemos dizer "é só um bocadinho que já falamos consigo…". Temos que ter disponibilidade e auscultar o doente."*	- Tarefa

Neste caso, o enfermeiro **Ch** revela sentimentos de desânimo e de dificuldade em enfrentar os problemas em discussão. A enfermeira **MJ** confirma este sentimento, colando o seu discurso ao de **Ch**. O mesmo enfermeiro "ataca" o próprio grupo, referindo que não tem sabido tomar conta do mesmo. Por seu lado, a enfermeira **I** tenta analisar de forma racional a situação.

Em outro momento, no decorrer da segunda sessão, o enfermeiro **Ch** lança um assunto no seio do grupo:

Ch	*"(...) Entretanto, hoje, não sei se vem a propósito ou não, mas gostava de reflectir em grupo aquelas questões que foram abordadas ontem na reunião da direcção de*	- Ataque e fuga

	enfermagem. Gostava de reflectir a importância das nossas acções aqui no internamento, sobre a autonomia dos doentes e da maneira como são geridos de maneira não minimizá-los e torná-los dependentes, como já foi apontado, por outros técnicos, nomeadamente por Dr. P. Isto não sei se faz sentido."	
RF	*"Isto que se está a falar está relacionado com o nosso papel na promoção da autonomia dos doentes e que muitas vezes é questionada essa nossa capacidade."*	- Tarefa
F	*"Mas isso é criticado em que bases?"*	- Ataque e fuga
Ch	*"Eu nem sei se somos criticados por outros técnicos ou pelos próprios. Eu, ontem, senti que estavam a criticar o nosso trabalho. O que eu acho é que somos nós próprios a criticar o nosso trabalho e nem sequer nos interrogamos da atitude dos nossos colegas, nem nos preocupamos a perceber o porquê de tais atitudes. E se calhar temos sempre a mania de dizer que é mais fácil ou que estamos a fazer porque é mais conveniente para o profissional."*	- Ataque e fuga
RF	*"Eu, por acaso, ontem também fiquei a pensar no conteúdo da conversa da nossa reunião, e estive a ler umas coisas relacionadas com essas problemáticas, nomeadamente a questão das contenções físicas, e arranjei um livro que também aborda isso e fotocopiei para trazer, que gostava hoje ou outro dia poder discutir com vocês. A propósito destas reuniões, também acho que nestas reuniões podemos abordar estes assuntos e pensar porque fazemos de terminada maneira e não de outra, partilhando entre nós diferentes opiniões sobre o assunto. Porque muitas vezes nós temos determinadas atitudes com os colegas, efectuamos determinadas coisas, que como Ch disse são interpretadas. Acho que devemos explicar aos colegas porque agimos daquele modo. (...) Não sei se isto faz sentido."*	- Tarefa
Ch	*"Claro que faz. Para mim faz sentido. O que me marca é que parece às vezes quem crítica, é os argumentos que as pessoas têm, é que os actos de quem os pratica são sempre de forma leviana. Eu não entendo assim as coisas e acredito que os profissionais de enfermagem são bons prestadores de cuidados e, quando agem, estão a agir conscientemente e estão a agir para o melhor do doente."*	- Ataque e fuga
F	*"Eu não estive na reunião e já não estou aqui no serviço há alguns dias, portanto não sei o que se passou. Eu acho, aliás foi a palavra leviana que me ocorreu, porque uma coisa é a crítica aos outros e autocrítica que é sempre positiva. Não é preciso fazermos uma reunião para fazermos críticas, fazemos na passagem de turno, fazemos "anda cá, porque é que fizeste e eu não concordei, ou afinal até concordo e estava errada". Outra coisa é fazer uma afirmação que me parece leviana e inadequada: "os enfermeiros tornam os doentes mais dependentes" – o que é isso? Acho isso uma ofensa. Essas pessoas decerto não trabalham cá."*	- Ataque e fuga
Ch	*"Isso não foi dirigido aqui em especial."*	- Tarefa
F	*"Eu sou enfermeira, isso ofende-me e isso é uma falta de respeito."*	- Ataque e fuga
D	*"Eu até acho que temos bastante cuidado, até quando estão cá os alunos..."*	- Ataque e fuga
	(...)	-
F	*"Eu acho que nem vale a pena dar importância a estes boatos, nem sequer falar deles."*	- Ataque e fuga

Esta passagem, que começa com a intervenção do enfermeiro **Ch** a apresentar um tema que gostaria de partilhar e analisar com o restante grupo, parece-nos ser um "trabalho de tarefa", ou seja, voltado para o objectivo do grupo de analisar as práticas. Contudo, o modo como foi colocado aos restantes elementos, realçando que os enfermeiros estavam a ser alvo de críticas por parte de outros técnicos (e provavelmente também foi sentido pelo próprio **Ch**, quando lhe transmitiram essa informação), parece-nos ser mais de "ataque e fuga". Isto levou a que o grupo ficasse indignado e reagisse do

mesmo modo que **Ch** – atacando, mesmo que o condutor do grupo (**RF**) tenha tentado centrar o trabalho do grupo na tarefa, e o próprio **Ch**, mais tarde, tenha tentado minimizar a situação, quando refere "*Isso não foi dirigido aqui em especial".*

A discussão do grupo processou-se, não centrada na tarefa de analisar as acções dos enfermeiros, mas na justificação de que os outros estavam errados e de que essas afirmações não faziam sentido. Portanto, neste caso, a emoção associada ao pressuposto básico de "ataque e fuga" tomou conta da discussão do grupo, prejudicando a capacidade de reflectir sobre o assunto.

4.2.2.4 – Registo dos receptores das mensagens

De modo a complementar a caracterização da dinâmica de grupo, efectuámos o registo de a quem foram dirigidas as produções verbais proferidas pelos participantes nas sessões de análise das práticas. Os dados obtidos são apresentados no quadro síntese que se segue.

Quadro 9 – Registo de contribuições verbais efectuadas e recebidas nas sessões de análise das práticas

Participante	Ch	D	F	I	MJ	R	RF	Grupo	Total
Ch			3		1		3	42	49
D			3	4				23	30
F	4	1		7			1	34	47
I	2	5	2			1	5	36	51
MJ	1							9	10
R							3	14	17
RF	1		1	4		1		26	33
Total	8	6	9	15	1	2	12	184	237

A observação do quadro permite constatar que a maior parte das contribuições verbais foi dirigida ao grupo em geral. O enfermeiro **Ch** emitiu por 42 vezes a palavra direccionada ao grupo, seguido das enfermeiras **I**, com 36 e da enfermeira **F**, com 34. Parece-nos que isto se prende com o estádio evolutivo do grupo, ou seja, no início dos grupos, a tendência é para que os diálogos se processem de forma individual e sobretudo entre participante e condutor do grupo. Neste caso, depois do grupo atingir alguma maturidade, a maioria das produções verbais foi dirigida ao grupo em geral. Ao contrário de actividades formativas tipicamente "escolarizadas" onde, habitualmente, um elemento transmite informação para um conjunto de formandos, a informação tem predominantemente um sentido (formador para o formando) e as relações que se estabelecem são tendencialmente individuais (formador e cada formando) e desniveladas, ou seja, o formador, encontra-se num patamar superior aos restantes elementos. Pelo contrário, nos grupos de reflexão, todos têm um papel activo, sendo receptores e emissores de mensagens. Neste caso, há maior circulação de informação entre os participantes, e todos encontram-se ao mesmo nível (são tão importantes uns como os outros).

Esta ideia é complementada pelos valores que o enfermeiro **RF** tem registado. O condutor do grupo recebeu 12 contribuições verbais de outros elementos: 3 da enfermeira **R**, 5 da enfermeira **I**, 3 do enfermeiro **Ch** e uma vez da enfermeira **F**. E, por outro lado, dirigiu o discurso por 26 vezes ao grupo, 4 à enfermeira **I** (iniciada no grupo e na equipa), e uma vez a cada um dos restantes enfermeiros: **Ch**, **D**, **F** e **R**.

Estes dados referentes ao condutor do grupo também ajudam a definir o estilo de condução das reuniões de análises das práticas, que no nosso entender é tendencialmente não directivo (Debesse, 1975; Maisonneuve, 2004).

À enfermeira, **I** foi-lhe dirigida a palavra por 15 vezes, 7 das quais pela enfermeira **F**, 4 pela enfermeira **D** e 4 pelo enfermeiro **RF**. Julgamos que estes dados se devem ao facto da enfermeira **I** estar a participar pela primeira vez no grupo e ser enfermeira recente na equipa. Neste sentido, o grupo de formação também funcionou como meio facilitador de integração, nesta fase inicial.

4.3 – SÍNTESE E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas semidirectivas realizadas a alguns dos enfermeiros intervenientes nas práticas de formação em serviço, e os documentos consultados, nomeadamente relatórios produzidos por enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, permitiram compreender como a formação em serviço é organizada e como é perspectivada pelos próprios actores.

O modo de organização da formação em serviço varia de serviço para serviço, dependendo do entendimento que os enfermeiros têm da formação contínua. As sessões que analisámos no nosso estudo compreendem uma modalidade específica adoptada num dos serviços pelo investigador principal do presente estudo. Nessas actividades formativas são analisadas as práticas dos enfermeiros do serviço efectuadas pelos próprios.

Este ponto do trabalho compreende uma síntese e análise dos dados obtidos no nosso estudo.

4.3.1 - Formação contínua em enfermagem

A partir da análise dos dados, obtivemos opiniões relativamente à formação inicial e formação contínua em enfermagem, pelo que passamos a apresentar alguns excertos, tanto das entrevistas, como dos relatos das sessões, relacionados com estes temas.

Formação inicial

Os enfermeiros entrevistados consideram que a formação em enfermagem apresentou um desenvolvimento significativo nos últimos anos, nomeadamente no que respeita ao ensino académico. No mesmo sentido, é realçada a importância do ensino clínico e o papel dos enfermeiros dos contextos de trabalho nesse processo de formação, revelando a responsabilidade que escola e os contextos de trabalho devem ter na formação dos futuros profissionais:

> *- "A formação académica, acho que desenvolveu-se bastante, ao nível dos diferentes saberes."* **(Pa)**
>
> *- "E agora com o desenvolvimento profissional e com a formação dos enfermeiros tutelada, penso que nós, enfermeiros, temos que nos habituar a dar resposta também de uma forma obrigatória."* **(Ca)**

Por outro lado, consideram que aquilo que se aprende no âmbito da formação inicial é só um começo e não é suficiente face às exigências do mercado de trabalho, sendo necessário dar continuidade à formação no decorrer do exercício profissional:

> *- "Sinto que há desconhecimento, ou seja, eu acho que durante a nossa formação inicial nós aprendemos algumas coisas, ficamos com o embrião de várias coisas, e depois temos que as desenvolver."* **(E)**
>
> *- "Penso que a nossa formação profissional não termina quando saímos da escola (...)."* **(Ca)**

Críticas à procura de formação

Os enfermeiros inquiridos consideram que os seus pares profissionais não dão a devida importância à formação, relacionando essa falta de disponibilidade com o duplo emprego, situação em que a maioria dos enfermeiros da instituição se encontra:

> *- "Os enfermeiros têm uma carga de trabalho de poucas horas ou nenhumas para a formação."* **(Ca)**
>
> *- (...) e tu sabes que para a maior parte das pessoas isto é o segundo emprego e para outras é o primeiro, mas além de outro emprego."* **(Fr)**

Perante a ocupação em mais do que um emprego, a formação contínua fica confinada, na maior parte das vezes, às aprendizagens proporcionadas pelos próprios contextos de trabalho, tal como é sugerido pela enfermeira **(E)**:

> *- "Quando os enfermeiros investem em trabalhos duplos e triplos sentem que o seu trabalho de um sítio complementa o trabalho do outro, sendo trabalhos diferentes e vão fazendo a sua formação por aí. Eu penso que não chega."* **(E)**

Importância atribuída à formação

Os entrevistados entendem a formação contínua como algo essencial ao desempenho das suas funções e esta é cada vez mais da responsabilidade do próprio profissional:

> *- "Eu acho que é quase uma obrigação para os enfermeiros, ou seja, as coisas mudam constantemente, os saberes estão constantemente em mutação."* **(Fr)**

> *- "Acho que sim. A formação deve fazer parte de nós. A continuidade de formação, (...) da aprendizagem."* **(E)**

Por outro lado, a ideia que os enfermeiros fazem da formação está muito ligada à perspectiva de colmatar falhas e adquirir conhecimentos, apresentando neste caso uma visão escolarizada da formação:

> *- "Eu acho que a formação tem que ver com as necessidades do enfermeiro (...)"* **(L)**

> **-** *"Eu acho que há sempre áreas que necessitamos de aprofundar conhecimentos."* **(Pa)**

A formação também é percepcionada como necessária para dar sentido às acções. Para isso, é necessário analisar a prática e reflectir sobre a acção:

> *- Para mim, a formação é a gente procurar conteúdo e substância para as nossas acções e ir-se actualizando, ou seja, à medida que vamos criando comportamentos e atitudes que não estão correctas, porque a formação também implica repensar sobre a nossa atitude, reflectir. E a formação é isso, a formação dos enfermeiros é reflectir sobre uma prática.* **(P)**

Tendo em conta estes dados, concluímos que os enfermeiros consideram importantes os processos de aprendizagem presentes nos contextos de trabalho, mas que estes não são suficientes para tornarem os enfermeiros competentes. Do mesmo modo, consideram que a formação inicial apenas é o começo da sua formação profissional, necessitando de dar continuidade aos processos formativos. Por outro lado, a formação é encarada como um processo individual, em que se aprende ao longo da vida no local do trabalho e fora dele:

> *"Acho que alguns enfermeiros necessitam dessa formação. Aquilo que acontece é que temos a formação que se aprende na escola, mas depois há toda a formação da nossa vida e, portanto, uma aprendizagem que vamos tendo ao longo da nossa vida como seres humanos, portanto estamos sempre a aprender. E é pelo facto de irmos aprendendo ao longo da vida que vamos mudando algumas das nossas atitudes e ter uma melhor resposta às necessidades que vamos encontrando nos utentes e respondendo de uma forma mais adequada a essas necessidades."* **(Ca)**

No que respeita à formação contínua, acham que é essencial para o desempenho e desenvolvimento das práticas de enfermagem. Contudo consideram que os enfermeiros, por falta de disponibilidade, limitam a sua formação àquilo que aprendem no local de trabalho. Por outro lado, têm uma percepção escolarizada da formação, em que se busca colmatar necessidades de formação (Canário, 1999).

4.3.2 – Centro de Formação Profissional

Dentro da formação contínua dos enfermeiros do hospital, existe uma forte tradição ligada ao Centro de Formação Profissional, anteriormente designado por DEP (Departamento de Educação Permanente). Ainda com a designação de DEP, o centro de formação funcionou sob a responsabilidade de uma enfermeira que se dedicava em exclusivo à organização de modalidades formativas, sobretudo acções de formação, essencialmente para enfermeiros, mas também para outros grupos profissionais.

Na altura em que o DEP passou a designar-se Centro de Formação Profissional, ficou sob a responsabilidade de uma administradora hospitalar e uma gestora de recursos humanos, ambas a trabalharem a tempo parcial na formação.

Anualmente, o Centro de Formação Profissional realiza um plano de formação para os profissionais da instituição, tendo como pano a auscultação das chefias dos serviços. Os enfermeiros inquiridos efectuaram algumas considerações sobre a oferta de formação promovida por aquele centro de formação e fizeram algumas sugestões relativamente à sua organização. No discurso de alguns dos entrevistados é perceptível o seu descontentamento face à oferta de formação para o grupo de enfermagem:

> - *"Eu fui a duas ou três formações desde que cá estou e tenho reparado que há uns tempos para cá, a não ser as nossas reuniões, a nível do DEP (Centro de Formação Profissional) muito pouco tem havido."* **(F)**
>
> - *"(...) formação (...) o que há com outros técnicos é muito geral, e se calhar mais para os médicos e para os psicólogos. Tenho esta ideia!"* **(A)**
>
> - *"[Acções de formação] (...) é sempre a mesma todos os anos, excepto um ou outro tema, são sempre os mesmos temas: psicopatologia, psicofarmacologia, etc."* **(Cr)**

Por outro lado, registámos algumas mais-valias das acções de formação promovidas pelo Centro de Formação Profissional, nomeadamente ao nível das relações interpessoais, relatadas pela enfermeira **F**:

> - *"Fiquei a conhecer pessoas do hospital, que não conhecia, (...) Foi o colocar-nos à vontade uns com os outros. Achei muito interessante."* **(F)**

4.3.3 – Contextos de trabalho em enfermagem

No nosso estudo constatámos que os enfermeiros perspectivam os locais de trabalho como espaços de trabalho e de formação onde se produzem, simultaneamente, serviços, saberes, competências e identidades profissionais (Abreu, 2001).

Passamos a relatar algumas opiniões manifestadas pelos inquiridos sobre as equipas de enfermagem, especificidades do trabalho de enfermagem, formação experiencial e momentos informais de aprendizagem.

Equipas de Enfermagem

Tanto no decorrer das entrevistas semidirectivas como das sessões analisadas, observamos a expressão de sentimentos positivos, e alguns negativos, sobre a equipa de enfermagem. Estes sentimentos traduzem as forças de coesão de grupo (Lewin, 1970; Maisonneuve, 2004) necessárias para manter o mesmo unido e funcional:

> *-"Vários. Nós, neste momento, temos uma equipa muito heterogénea, uma equipa que tem elementos novos, temos uma filosofia no serviço a ser implementada há relativamente pouco tempo e aqui há várias frentes."* **(E)**
>
> *-"Eu acho que nós agora temos uma excelente equipa. Depois da junção dos serviços que houve por aqui, ficámos muito bem em termos de pessoal. Pessoas muito interessadas e responsáveis.* **(F)**

Também nas sessões de formação registámos sentimentos positivos em relação à equipa de enfermagem:

> *- "Por exemplo eu, em último caso, e todas nós, pelo que tenho visto, porque a equipa é espectacular e estou a gostar muito de estar aqui, da chefia do enfermeiro chefe e de todos os colegas (...)."* **(I)**
>
> *- "Nós até trabalhos em equipa."* **(F)**

E, por outro lado, são apontadas críticas, evidenciando, segundo os entrevistados, défices no desempenho profissional na área da saúde mental e psiquiátrica, valorizando sobretudo as actividades interdependentes de enfermagem:

> *"(...) É extremamente importante, porque as pessoas baseiam muito a enfermagem da psiquiatria na injecção, no comprimido, e ainda estamos muito nessa fase."* **(P)**
>
> *- "É preciso estudar-se e o que eu sinto, embora todos os enfermeiros estejam no serviço, por inerência da sua formação inicial, todos estudaram um pouco da patologia psiquiátrica, mas é muito básico. Portanto, é preciso desenvolver e actualizar e penso que isso é uma lacuna não sendo feito."* **(E)**

Também é verbalizado que nem todos os problemas identificados pelos enfermeiros chefes na realização das actividades dos seus colaboradores se devem à falta de conhecimento:

- "Sim. As pessoas sabem e muitas vezes não fazem. Vão pelo que é mais simples e por aquilo que dá menos trabalho." **(P)**

- "Não, nem todos [problemas] são motivados pela falta de formação." **(L)**

Registámos, ainda, a expressão de sentimentos de insegurança, incerteza e dificuldades sentidas pelos enfermeiros, que influenciam os desempenhos profissionais e o envolvimento em actividades formativas:

- "Agora acho que estamos a viver uns tempos difíceis, sobretudo as pessoas que estão em contrato, porque sentem o seu posto de trabalho ameaçado. E não sei se vão transpor isso para aqui." **(F)**

- "(...) e isso também tem a ver com a conjuntura geral, se calhar não vou ser eu… se calhar as pessoas não participam mais da condição do conjunto geral (...)" **(A)**

- "O que se tem sentido mais é a angustia e a dificuldade em lidar com o número insuficiente de cuidadores. Isto é uma coisa que diariamente se sente." **(Ca)**

Segundo Kernberg (2002), a falta de recursos humanos nas instituições é uma das principais causas para a "paronogênia" das organizações. Este sentimento também é perceptível nas sessões de análise das práticas, onde os participantes apelaram para a necessidade de maior atenção ao seu trabalho e maior suporte de retaguarda às suas acções. Vejamos alguns excertos da conversação:

> *- "Porque nós também precisamos de apoio. E o que se tem feito é tábua rasa nessa questão de cuidarmos de nós próprios."* **(Ch)**
>
> *- "Completamente!"* **(R)**
>
> *- É lógico que é importante, as pessoas necessitam de falar entre elas e se calhar demoram mais tempo no café alguns minutos por causa disso."* **(Ch)**

No decorrer das sessões verificámos, ainda, a expressão de sentimentos de insegurança e instabilidade vividos pelos enfermeiros do serviço nos últimos tempos, sendo percebidos pelos próprios doentes. Neste caso, o grupo de reflexão, ao permitir esta expressão e partilha de sentimentos de insegurança, funciona como um meio de apoio às necessidades individuais (Guerra e Lima, 2005). Sem estas necessidades humanas suprimidas e perante a frustração, os indivíduos não conseguem realizar convenientemente as suas tarefas dentro do grupo (reflexão sobre as práticas) e nos contextos de trabalho (desempenho profissional), levando-os à estagnação (Lewin, 1970, p.127).

> *- "Nós estamos a atravessar um momento, não digo a chegar à exaustão, mas as mudanças são tantas, a perspectiva é, o que se advinha não é nada fácil e, portanto, isso repercute-se."* **(Ch)**

- "Mais desmotivadas. Aqui há dias, uma doente dizia: «senhora enfermeira, não consigo compreender, estive internada cá no ano passado, a equipa é exactamente a mesma, mas estão diferentes». «Mas diferentes como?» – perguntava eu. «Há qualquer coisa diferente, parece que há um deixa andar, estão desmotivados e desinteressados.»" **(MJ)**

- "É claro que as pessoas que estão a contrato a termo certo de três mais três meses vivem uma insegurança permanente com o receio de perderem o seu posto de trabalho, que apesar de o hospital dar provas de querer manter esses enfermeiros, essa insegurança pelo vínculo precário que apresentam. Estamos a falar da insegurança dos enfermeiros que estão a contrato. E qual é a insegurança que os enfermeiros do quadro sentem?" **(RF)**

- "Eu acho que o pessoal do quadro se reflecte um bocadinho nestas mudanças, nesta instabilidade. Eu senti isto quando vim do quadro de outra instituição. De facto, estas mudanças são muito radicais e nós não temos poder de qualquer opinião. "Agora vai para ali" e "agora vai para aqui". Estas coisas também se reflectem em nós, como é óbvio. Não sabemos se amanhã vamos continuar aqui, é sempre uma incógnita, é muita incerteza, quando agora temos a nossa equipa completamente estruturada e amanhã aparece alguém com ordens para mais mudanças. E isso é sempre muitas incertezas e insegurança para nós, agora que estamos a estabilizar como equipa, a conhecermo-nos e trabalharmos como equipa multidisciplinar. Mas amanhã não sabemos e isso reflecte-se." **(R)**

Numa das sessões os enfermeiros abordaram sobre a necessidade de dar mais visibilidade à profissão, referindo que, pelas particularidades e pelo papel que desempenha em benefício dos doentes, a enfermagem deveria ter outro reconhecimento social:

- "(...) e é pena que nós não consigamos passar isso para o papel para dar visibilidade ao nosso trabalho." **(Ch*)**

No seguimento da discussão sobre a necessidade de dar visibilidade à prática de enfermagem, uma das enfermeiras compara a autonomia dos doentes com a autonomia dos enfermeiros face a outros técnicos, nomeadamente aos médicos. Como salienta Osório (2003, p.135), os grupos de reflexão são uma referência para o processo de consolidação da identidade profissional e focam sobretudo a *"atitude ou postura do profissional no desempenho continuado de seu métier"*.

- "Nós estamos aqui a falar da dependência e da independência e no fundo estamos a falar da autonomia da enfermagem. Porque nós estamos a falar da dependência e da independência do doente, no fundo (...)." **(I)**

- "E ainda há a mentalidade do médico, em que o enfermeiro está para cumprir. Há médicos que evoluíram e percebem o que é o trabalho multidisciplinar, em que estamos aqui todos para o mesmo objectivo, para o mesmo fim. Agora há outros, como tu sabes, que são assim." **(R)**

(…)

- "Nós, enfermeiros, gozamos de autonomia, mas somos uma profissão interdependente e as minhas perspectivas como profissional de enfermagem são umas e as perspectivas dos gestores podem ser outras. Para esses, até pode não lhes interessar este "momento de pensar

> *dos enfermeiros". Para eles até pode ser importante que nós nem devemos pensar sobre as coisas."* **(Ch)**

Esta comparação entre autonomia dos doentes e dos enfermeiros face à classe médica também é abordada por Canário (2005, p.10):

> *"No campo da enfermagem, os esforços desenvolvidos para afirmar uma profissionalidade autónoma têm sido, de forma dominante, ancorados numa dicotomia simples que opõe o papel do enfermeiro ao papel do médico."*

A propósito da autonomia profissional da enfermagem, aspecto central na afirmação da profissão, o mesmo autor sugere que se deve passar da dicotomia habitual enfermeiro / médico para a dicotomia enfermeiro / doente, de modo a valorizar o ponto de vista dos destinatários dos cuidados de enfermagem. Assim, a atenção dos enfermeiros sobre a sua autonomia deve ser colocada na prestação de cuidados com vista à autonomia do doente e família, para fazer face aos problemas de saúde:

> *"A questão da autonomia do destinatário dos cuidados é uma questão absolutamente essencial porque o entendimento de que a saúde é um bem essencial a promover supõe a autonomia de cada pessoa e do seu projecto de vida"* (Canário, 2005, p.13).

Do discurso dos entrevistados sobressaem, ainda, apreciações efectuadas sobre a eventual necessidade de formação dos elementos das equipas de enfermagem. De um modo geral, os discursos revelam que a formação é essencial para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros. Neste sentido, a enfermeira **E** considera que muitas vezes as necessidades de formação só são perceptíveis após a realização das actividades terapêuticas, pelo que depreendemos a dificuldade em organizar a formação seguindo o modelo da avaliação das necessidades:

> *- "Uma das coisas que eu tenho questionado é se algumas coisas que não são feitas, se não serão feitas por desconhecimento, ou seja, ocupar um conjunto de doentes com determinados objectivos, é preciso saber os objectivos da ocupação se as pessoas não o fizeram, se não o experienciaram, também não o sabem fazer, portanto não vão sentir essa necessidade, logo não vão criar um espaço de ocupação. Esta é uma questão que eu tenho levantado e que passa por aqui."* **(E)**

Dentro dos entrevistados, nomeadamente da parte de enfermeiros com funções de liderança, há quem considere que a formação deveria assumir um carácter obrigatório e ser efectuada atendendo à avaliação de necessidades de formação:

> *- "Se pudesse punha um carácter muito obrigatório ligado à avaliação do triénio, ou seja, no final do triénio faria uma avaliação das formações que a pessoa assistiu."* **(P)**

> *- "E o chefe deverá ver quais os défices que ele tem para pôr no seu plano: a desenvolver, a adquirir e a fomentar."* **(Pa)**

Isto *"fundamenta-se numa visão global do homem como entidade «programável»"* (Canário, 1999, p.40), que através da formação, se conseguem resolver os problemas dos contextos de trabalho e acomodar os profissionais a funcionar de acordo com as representações dos seus superiores hierárquicos. O mesmo autor considera que isto terá sido potenciado pela *"psicologia de raiz beaviorista, bem como a sociologia de inspiração funcionalista"* (Canário, 1999, p.40).

No mesmo sentido, Bevis (2005) crítica a formação em enfermagem por ser predominantemente comportamentalista, não dando espaço à criatividade e ao desenvolvimento do pensamento crítico e abstracto dos enfermeiros. Deste modo, formam-se profissionais "executores de tarefas", dependentes de ordens e de prescrições, sem autonomia para pensarem e agirem por si. Daí que enfermeiros que não sejam autónomos muito dificilmente prestam cuidados com o intuito de favorecer a autonomia dos doentes, uma vez que o modelo ao qual foram sujeitos, na sua formação, assenta na dependência face ao professor/formador, conforme se trate de formação inicial ou contínua.

Especificidades do trabalho de enfermagem

Os enfermeiros destacam algumas especificidades do seu trabalho, nomeadamente aspectos relacionais importantes para se estabelecer a relação terapêutica com os doentes, tais como o envolvimento, a disponibilidade e as características pessoais do enfermeiro:

> *- "Porque nós próprios temos "contra atitudes" com alguns doentes, não conseguimos ser empáticos da mesma forma com todos os doentes. Antes de sermos enfermeiros somos pessoas."* **(F)**

E, ainda, são expressadas dificuldades relacionadas com a especificidade e subjectividade da saúde mental e psiquiátrica:

> *- "Isto da saúde mental (...). Uma das coisas que tem sido complicado é em termos de formação. Parece que é fácil mas depois, na prática, a coisa é mais complicada. E o saber estar em saúde mental é extremamente importante, o saber fazer também é, mas o saber estar é de primordial importância. E portanto não há duas situações iguais. Isto não é uma objectividade tão grande como em outras especialidades. Numa cirurgia, se faço um penso e "infecto" um ferro, eu "infecto" um ferro em todas as partes do mundo."* **(Ca)**

Conforme refere Taylor (1992), os aspectos relacionais são centrais à actividade dos enfermeiros na área da saúde mental e psiquiatria, fazendo do próprio profissional a sua principal ferramenta de trabalho (Phaneuf, 2001). Neste caso, as intervenções terapêuticas são essencialmente relacionais, o enfermeiro tem ao seu dispor vários mediadores da relação, conforme o cuidado prestado. O principal dos mediadores será a palavra, pois é transversal a quase todas as intervenções, mas dispõe de outros, nomeadamente, do "fármaco" a administrar, da expressão plástica, do toque, etc. É importante que os

enfermeiros saibam utilizar convenientemente estes mediadores para ajudar o doente e família a encarar a situação de doença ou a preveni-la. Por outro lado, se os enfermeiros perceberem o alcance terapêutico das suas intervenções, estão certamente a contribuir para aumentar a sua auto-estima "profissional" e desejarem ser cada vez mais enfermeiros.

Formação experiencial

Os entrevistados realçam a importância dos modelos profissionais e do fazer enquanto forma de se aprender.

> - *"E nós precisamos de discutir as coisas e termos modelos para aprendermos com eles. Muitas vezes os enfermeiros, como não têm modelos, não sabem planear o trabalho com os doentes".* **(Pa)**
>
> - *"E o treino, o fazer "calo", é a fazer as coisas que se aprende (...)"* **(A)**

Esta ideia também é corroborada por Fernadez (2005, p.74), que considera que cada vez mais a forma de aprender é fazendo. Neste sentido considera que:

> *"Os locais de trabalho estão, também e cada vez mais, impregnados de conhecimento. Reconhece-se que, mais que em qualquer outro momento da história, o trabalho é um local de aprendizagem, porque cada vez mais a forma de aprender é fazendo. De tal maneira que já não só se aprende para agir, mas age-se e uma vez estando a exercer uma actividade vemo-nos impelidos a aprender."*

Por vezes, perante situações mais complicadas, o enfermeiro, valendo-se da sua criatividade, procura dar resposta a certas situações mais difíceis de resolver:

> - *"Todos passamos por isso. Ontem, ainda estávamos a passar o turno e nem estava fardada, uma doente teve "uma crise histérica", em que estava muito exaltada, e ao mesmo tempo é muito psicótica. E todos estavam a tentar resolver da melhor maneira. Então como é que eu consegui que ela se acalmasse? Encostei a cabeça dela ao meu ombro, chorou no meu ombro e ficou tranquila."* **(F)**

Certas situações das práticas não vêm descritas em livros ou manuais técnicos, cabendo ao profissional, na acção, resolver o problema e retirar daí as conclusões sobre os procedimentos e resultados da sua acção. Schön (2000) sugere que estas situações apelam ao talento artístico do profissional. Por talento artístico profissional o autor entende ser os "*tipos de competência que os profissionais demonstram em certas situações da prática que são únicas, incertas e conflituosas"* (2002, p.29).

De acordo com um dos entrevistados, o contexto de trabalho impulsiona a procura de formação, promovendo um movimento da prática para a teoria, de modo a dar sentido às suas práticas:

- "Tu confrontas-te diariamente com saberes que tu próprio, por iniciativa própria, vais fazer essa pesquisa porque tu queres saber. Queres aprender mais, queres estar mais à vontade porque isso contribui para que tenhas uma prestação e de facto saibas o que estás a fazer." **(Fr)**

Por outro lado, também deixa transparecer que em primeiro lugar é o próprio indivíduo que se forma (Josso, 1988), ou seja, terá que ser ele a desejar saber e conhecer mais. Aos outros cabe o papel de ajudar o outro neste trajecto de autoformação.

Momentos informais de formação

Os enfermeiros, nos serviços de internamento, trabalham por turnos para assegurarem a cobertura de cuidados de enfermagem nas vinte e quatro horas do dia. Assim, nas passagens de um turno para outro, transmitem informação sobre a actividade dos serviços, nomeadamente, a relacionada com o estado de saúde dos utentes. Nas entrevistas são apontadas qualidades formativas destes momentos:

- "Sim. Primeiro a passagem de turno não era considerada como formação, porque as pessoas têm a ideia da formação como sendo numa sala de aula. Mas às três horas, à hora da passagem de turno, e durante meia hora, temos um momento de formação em serviço. **(Pa)**

- "Não falamos apenas dos doentes e a passagem do turno, mas falamos de situações que aconteceram e desenvolvemos ali um pouco as estratégias." **(E)**

As passagens de turno são, ainda, considerados momentos de reflexão em equipa, em que se analisam, discutem e tentam encontrar soluções para se melhorarem os cuidados de saúde:

- "Eu comparo a reflexão das práticas com as passagens de turno, quando cada um coloca as suas dúvidas e partilharmos a opinião e o saber sobre aquela situação do doente e o saber de cada um. E tentar reflectir sobre o que se pode fazer e o que se pode melhorar nos cuidados de enfermagem aos doentes, família e comunidade." **(L)**

Como momentos informais de formação também se podem realçar os processos de integração dos novos elementos na equipa de enfermagem:

- "Tu, por exemplo, passas aos colegas que acabam de chegar a cultura do próprio serviço. De certa maneira, estás a fazer formação, a integrá-los, a formá-los na cultura do que é feito ali e penso que tem de haver sensibilidade de quem lá está, de ser permeável a quem chega. Porque quem chega trás coisas novas e novas formas de fazer e às vezes novas formas de pensar os problemas. Acho que é indispensável." **(Fr)**

4.3.4 – Apreciação das actividades formativas dos serviços

Neste ponto do estudo apresentamos as opiniões dos entrevistados sobre as sessões de formação realizadas nos respectivos serviços.

Avaliação das sessões de Formação

Os entrevistados, de um modo geral, efectuaram críticas negativas e positivas relativamente à oferta da formação em serviço e, por seu lado, os responsáveis pela organização da formação verbalizaram algumas dificuldades que sentiram no cumprimento das suas funções.

A respeito das reuniões formativas realizadas num dos serviços são apontadas algumas críticas, nomeadamente a repetição de assuntos e o facto de muitas vezes a formação não ter passado de um queixume:

> - *"Nas reuniões apresentava um tema, por exemplo, e depois discutia-se esse tema. Eu acho que a reflexão das práticas não é bem isso."* **(L)**
>
> - *"(...) eram discutidos sempre os mesmos assuntos, as mesmas coisas(...)"* **(Fr)**
>
> - *"(...) e o que eu sentia era aquela reunião resultava mais num momento de queixume do que algo que tu depois pudesses agarrar e fazer mais alguma coisa."* **(Fr)**

Por seu turno, a enfermeira **F** também tece críticas às reuniões de formação dedicadas às análises das práticas, realizadas no seu serviço:

> - *"Porque nós tivemos aqui algumas que não havia nada programado. Como é que correu a semana, e pronto, não que é que seja uma perda de tempo (...)"* **(F)**
>
> - *"Posso trazer para haver uma troca entre as pessoas, porque só um a falar também não tem interesse nenhum. Uma coisa mais organizada."* **(F)**

Por outro lado, também são apontadas mais-valias da formação em serviço. Uma das mais-valias sugere que as actividades de formação em serviço permitem articular, de forma mais adequada, a teoria e a prática. Outra opinião manifestada revela que no âmbito das actividades formativas se podem adequar métodos, normas e procedimentos necessários ao trabalho em equipa:

> - *"[Formação em serviço] Acho que é importante porque se faz a ligação entre a teoria e prática e a prática e a teoria."* **(A)**
>
> - *"Sim, temos que ir para além da catarse, porque a formação é importante porque depois devem ficar definidos da discussão de algum assunto algumas normas ou regras de maneira que perante situações futuras já consigam resolvê-las perante o que ficou estabelecido."* **(Ca)**

As actividades formativas desenvolvidas nos serviços pelos próprios enfermeiros permitem explorar assuntos específicos do interesse da equipa e, por vezes, surgem coisas novas que os elementos desconheciam:

- "Vão reavivar conhecimentos que obtiveram na escola e aprofundar outros. Às vezes há colegas que perguntam coisas. Eu, por exemplo, na acção sobre esquizofrenia que fizemos e que foi dada pelo M., houve um dado importante que foi: eu levei uma tabela sobre a avaliação da parte cognitiva dos doentes. Para espanto meu, a maioria dos colegas não conheciam essas tabelas. Se não fosse essa formação, eu se calhar nunca teria levado aquilo para ali, e os colegas nunca teriam visto isso." **(P)**

Os enfermeiros responsáveis pela organização da formação em serviço falam das dificuldades sentidas no desempenho das suas funções, nomeadamente no seu início:

- "É verdade. Ao início foi mais complicado, ainda por cima estava cá há dois dias (...)." **(A)**

No mesmo sentido, outra das enfermeiras responsáveis pela organização das actividades formativas de outro serviço menciona que houve acções de formação que não se realizaram por falta de continuidade e que, pela mesma razão, os enfermeiros desmotivaram-se em relação às actividades formativas:

-"Essas não chegaram a ser feitas. Porque depois não dei continuidade." **(Cr)**

-"(...) mas como não tive aquela linha de continuidade, por diversos motivos, acho que há uma desmotivação das pessoas." **(Cr)**

Como se constata pela afirmação que se segue, as sessões de formação são influenciadas pelas condições do meio envolvente:

- "(...) se calhar às precárias condições hoteleiras, muitas vezes a incapacidade de responder a algumas solicitações por não termos recursos humanos e materiais. Estas são as minhas maiores dificuldades." **(Ca)**

Por seu turno, a enfermeira **P** menciona que as formações onde se analisam as práticas são mais difíceis de gerir porque não havendo tema, que funciona como escudo (Bleger, 2003), as pessoas terão que olhar para elas próprias e analisarem os seus modos de acção. Por outro lado, acrescenta, é difícil gerir a ansiedade que surge nessas sessões:

-"Por alguma razão nós gostamos de falar mais dos outros do que nós e ninguém gosta que falem de nós, mesmo que seja para falar profissionalmente de nós, ninguém gosta." **(P)**

-"É mais difícil lidar com o vazio. O que nós fazemos ao vazio? Ficamos todos a olhar uns para os outros. É muito complicado" **(P)**

-"(...) disse para não haver temas, porque isso era uma defesa para as pessoas se porem por detrás dos temas. Para se falar mais de nós, das práticas, das dificuldades e então a A passou a colocar no plano uma ou duas sessões sobre reflexões das práticas sem tema." **(P)**

Zimerman (2000) considera a ansiedade o "motor" para as pessoas participarem nas sessões dedicadas às reflexões das práticas. Todavia, nem sempre é fácil gerir esta ansiedade no grupo, levando muitos indivíduos, a preferir formações mais directivas, onde o nível de ansiedade gerado é inferior.

Nas sessões dedicadas às análises das práticas, a avaliação é efectuada de forma contínua, cabendo ao condutor das sessões parte desse trabalho. Assim, a partir das sessões estudas, verificámos algumas intervenções a esse respeito:

> *- "Nós aqui partimos sempre das preocupações e do sentir "aqui e agora" dos enfermeiros. Isto para promover, através da reflexão e análise, a mudança interna. Apesar de ser uma coisa mais demorada, lenta e menos demonstrativa, dá mais visibilidade se disséssemos que fizemos "não sei quantas" acções de formação por ano. Porque isto também é difícil avaliar e demonstrar as mudanças ocorridas e a influência que isto tem na prática clínica. Como referi, acho que o ano passado correu melhor porque houve a tal continuidade. Ao contrário, este ano foi muito irregular, também houve muitas mudanças ao nível do hospital e acho que isso também mexeu muito com as pessoas. Houve a junção de serviços…"* **(RF)**

Estas considerações, encetadas em jeito de avaliação da actividade formativa desenvolvida no serviço, apresentam, complementarmente, a função de centrar os enfermeiros na análise das práticas.

A formação em serviço promove a reflexão sobre as práticas

Os enfermeiros entrevistados entendem que as actividades formativas desenvolvidas nos respectivos serviços permitem reflectir sobre as práticas.

Neste sentido, o enfermeiro **Ca,** tendo em conta que no seu serviço a modalidade principal de formação consiste em analisar as práticas, realça a importância de se partilharem experiências entre os pares:

> *- "Portanto, se chegarmos à conclusão que nem eu nem mais ninguém do grupo sabe, então temos de arranjar outros meios para dar a resposta."* **(Ca)**
>
> *- "Portanto, nós aprendemos perante os saberes dos outros, que nos vivenciam e transmitem"* **(Ca)**
>
> *- "(...) porque muitas vezes fazemos as coisas de uma maneira e nem sempre pensamos que há hipótese de fazer outra. Por exemplo, quando um colega diz: "olha, eu fiz desta maneira". E se calhar isso nunca me passava pela cabeça se não fosse o outro."* **(Ca)**

Por outro lado, as reflexões sobre as práticas põem em causa os esquemas de acção dos próprios formandos e permitem falar sobre as dificuldades:

- "Agora, as reflexões das práticas já implicam um bocadinho pôr-me em causa (...)." **(A)**

- "Acho que sim. Por exemplo, discutir o stress, as contenções, essas coisas que nos incomodam, com as quais é difícil de lidar e com as quais temos muitas dúvidas e não sabemos como agir." **(F)**

- "A formação não pode ser só aquilo que é muito bonitinho, mas a formação é falar sobre as dificuldades (...)" **(P)**

Os enfermeiros reforçam, ainda, o papel das sessões em que se analisam as práticas para se poderem enfrentar as situações difíceis dos contextos de trabalho. Também é salientado que esses assuntos levam o seu tempo a serem analisados pelos técnicos:

- "(...) a formação se calhar também é falar sobre determinadas situações em que eu muitas vezes peço a um colega para intervir, não porque não me apetece, mas por sentir que ele tem melhor atitude e relação terapêutica com o doente que eu. E também temos que aceitar que temos doentes que nos hostilizam não porque nós somos maus profissionais, mas porque se calhar não fomos empáticos com o doente. E isso tem que ser trabalhado na formação. Esta parte andamos lá à volta disso mas ainda não lá chegamos." **(P)**

- "Há muitas situações que os enfermeiros têm muita dificuldade em gerir essas situações mais complicadas e com a experiência de colegas que passaram por essa ou experiências semelhantes e apresentaram alternativas, provavelmente é sempre maneira de nós aprendermos e incutirmos alguns saberes de maneira de futuro a ultrapassar essas situações." **(Ca)**

O enfermeiro **Ca** lembra que as actividades formativas são essenciais para fazer face à subjectividade da saúde mental e psiquiátrica:

- "Em saúde mental, a objectividade não é assim tão grande e, portanto, os doentes são diferentes, as pessoas são diferentes e, portanto, há que aprender com as nossas experiências e com as experiências dos outros." **(Ca)**

A propósito dessa subjectividade, a enfermeira **P** refere que é importante analisar e discutir detalhadamente as situações para que possam agir de forma mais adequada em conformidade com os problemas de saúde:

- "É reflectir sobre o que se faz. Eu vou dar um exemplo: quando tens um doente que é necessário contenção física, é saber se já se esgotaram todas as possibilidades antes de conter. E muitas vezes ainda não se esgotaram, que é falar com o doente, baixar o tom de voz, perceber que ele está irritado, ou está descontrolado, não porque está fazer uma birra, mas porque está doente e muitas vezes contêm-se doentes podendo fazer outras coisas mais adequadas. Já aconteceu. Dou outro exemplo: muitas vezes um doente quer fazer um telefonema à família e ele fica muito zangado, e os enfermeiros dizem: "ele está muito agitado" – injectam-no e metem-no no cinto de contenção." **(P)**

E a discussão em equipa permite, no entender do enfermeiro **Ca,** definir estratégias e consensos para se enfrentarem situações do dia-a-dia:

> - *"Da discussão nasce a luz. Perante vários saberes de várias pessoas que experienciam situações diversas, penso que é extremamente importante, porque só assim conseguimos fazer um plano ou definir normas para os enfermeiros de maneira a desempenhar as funções da maneira que ficaram estabelecidas."* **(Ca)**

Face ao exposto, em que os entrevistados apontam potencialidades reflexivas das actividades formativas, principalmente nas modalidades dedicadas à análise das práticas, constatámos que estes momentos de partilha e discussão promovem o questionamento das teorias na acção do indivíduo (Schön, 2000). Estas teorias são utilizadas para explicar as nossas acções, contudo, nem sempre correspondem à realidade, ou às teorias em uso (Schön, 2000). As actividades formativas que promovem a participação dos indivíduos de forma activa, em que lhes permitem evocar, criticar e analisar os factos subjacentes às práticas, estão a contribuir para o confronto entre a teoria na acção e a teoria em uso. Noutra perspectiva, permitem o confronto entre o trabalho idealizado e o trabalho realizado (Falzon e Teiger, 2001).

Por outro lado, a reflexão sobre a acção, ao centrar o seu foco nas teorias na acção, promove a aprendizagem que Argyris e Schön apelidaram de aprendizagem de dupla-volta. Os indivíduos vão questionar os valores, os motivos e as causas que estão por detrás da acção.

Pelos excertos apresentados, constatamos que uma parte do "material" analisado é racional e consciente. Os indivíduos descrevem aspectos da prática e apontam situações que não estão correctas. Mas, muitas das vezes, a reflexão incide sobre uma parte inconsciente (Perrenoud, 2002), em que os indivíduos referem não ter consciência do seu modo de agir, ou que ainda não se tinham apercebido de que não estavam correctos. Neste caso, o trabalho de reflexão promovido pelo grupo através da confrontação ou pela função de espelho leva a essa consciencialização.

Perrenoud (2002) refere que não temos consciência de esquemas e estruturas estáveis necessários e úteis para realizar um grande número de acções em simultâneo, que Piaget (in Perrenoud, 2002) designa por "inconsciente prático" e que Bordieu (in Perrenoud, 2002) apelida de "habitus". Contudo, nem sempre as nossas acções são as mais adequadas ou eficazes, pelo que é necessário modificar os esquemas de acção para possibilitar a modificação consciente das acções.

Em sentido análogo a estes conceitos, Jonh Dewey (2007, p.60) considera que os "hábitos" são formados a partir da aprendizagem pela experiência e que *"dão-nos o controlo sobre o ambiente e a capacidade de o utilizar para fins humanos"*. Refere, ainda, que *"os hábitos activos envolvem o*

pensamento, a invenção e a iniciativa ao aplicar as aptidões aos novos objectivos. Opõem-se à rotina, que assinala uma paragem do crescimento" (Dewey, 2007, p.61). Pelo que se justifica uma reflexão contínua sobre os nossos hábitos e rotinas, de modo a poder agir de forma adequada e a aprender com as nossas experiências.

A necessidade de se analisar a acção dos profissionais estende-se à relação estabelecida com os utentes. Isto é essencial para se compreenderem os problemas das pessoas assistidas e melhorar os cuidados prestados. Deste modo, é cada vez mais reclamada a supervisão clínica das actividades realizadas pelos enfermeiros. Esta ideia foi manifestada por um dos enfermeiros, numa das sessões de formação:

> *-"E a questão disto é que a maior parte destes fenómenos são inconscientes, não temos a mínima noção que acontecem. E eu acho que este espaço também é importante para dar visibilidade de certa maneira ao que fazemos e não temos consciência delas. Por isso, eu acho que devíamos ter supervisão clínica."* **(RF)**

A esta intervenção seguiram-se outras, havendo inclusive a manifestação de receios sobre a supervisão clínica. Assim, questões sobre como e quem poderá efectuar a dita supervisão clínica são afloradas pelos participantes da sessão:

> *- "Mas, para ser sincera, temos que estabelecer uma relação muito próxima com essa pessoa porque se não, não nos expomos. Se não é uma pessoa próxima e vem para aqui perguntar eu fico, sabes. Essa relação tem que ser conquistada, porque de outra forma (...)."* **(R)**
>
> *- "As pessoas têm que estar pré-dispostas para… tem que ser livre."* **(I)**
>
> *- "Claro, tem que ser livre e não imposto e tem que ser uma necessidade minha."* **(R)**
>
> *- "Nem toda a gente gosta de se expor e se mostrar."* **(MJ)**
>
> *- "Mas, MJ, as pessoas trabalham no dia-a-dia precisam de ajuda, não sei se lhe chame supervisão, isso é fundamental porque tem surgido situações em que as pessoas sentem necessidade de apoio. Tem surgido situações aqui e noutros serviços, as pessoas sentem necessidade de apoio. Perante determinada circunstância agiram de uma determinada maneira, e depois são muitas vezes, é criticada pelos outros colegas e isso provoca mal-estar àquela pessoa. Há momentos em que as pessoas, depois de terem agido de determinada maneira, precisam de supervisão ou de alguma ajuda no intuito de remodelar essa atitude."* **(Ch)**

Neste excerto, além de ser perceptível a importância da supervisão clínica para os enfermeiros presentes, poderemos, ainda, reparar que há a expressão de sentimentos de receio face à possibilidade da introdução de uma "nova prática" (supervisão clínica).

A propósito do processo de mudança necessário para se aceitar esta "nova prática", Lewin (1970, p.79) considera que o envolvimento activo no problema é determinante, acrescentando ser essencial a pessoa poder verbalizar livremente os seus sentimentos, sem sentir a pressão para a mudança. Portanto, o indivíduo terá que aceitar livremente o novo superego:

> *"Se ele se submeter apenas por medo do castigo e não pelos ditames de seu livre arbítrio e consciência, o novo conjunto de valôres que deve aceitar não assume, nele, a posição de superego, e, portanto, sua reeducação permanece irrealizada"* (Lewin, 1970, p.81).

Neste caso, Kurt Lewin sublinha, também, que é importante o indivíduo sentir que pertence ao grupo e que "estão juntos no mesmo barco".

4.3.5 – Assuntos abordados nas sessões de formação em serviço

Os temas de formação abordados nas actividades formativas em serviço reflectem essencialmente a especificidade do trabalho de enfermagem psiquiátrica. O modo como os assuntos são seleccionados ou abordados no âmbito da formação variam de serviço para serviço e espelham o estilo dos responsáveis pela formação em serviço e a perspectiva que estes têm acerca da formação.

Assim, num dos serviços, uma das estratégias utilizadas pelo responsável da organização da formação consistiu em questionar os enfermeiros sobre o que seriam as suas necessidades de formação e os assuntos que gostariam de partilhar como formadores. Outra das estratégias encontradas no mesmo serviço consistiu em convidar enfermeiros «peritos» que apresentassem certos assuntos:

> *- "Não. Eu fiz um levantamento individual, com cada pessoa sobre aquilo que achavam sobre as suas próprias necessidades e sobre o que estariam dispostas a fazer como formadoras, isto inicialmente. Depois, ao longo do debate, das sessões não planeadas, levantaram-se outras necessidades. Ou então, vieram ao encontro do que já tinha sido referido."* **(Cr)**

> *- "(...) e vou então combinar com uma pessoa que acabou de fazer um curso sobre esse tema para fazer uma acção de formação agora a partir de Setembro."* **(Cr)**

Num outro serviço, onde a modalidade formativa mais frequente é a acção de formação, os enfermeiros habitualmente preparam certos assuntos que dominam ou de que gostam mais. Estes assuntos reproduzem as situações dos contextos de trabalho:

> *- "(...) ou seja, são temas que todos nós já estudámos, é capaz de trazer uma ou outra novidade sobre o assunto, mas até estou à vontade e domino o assunto ou tema, se trabalho em psiquiatria é claro que sei sobre a esquizofrenia, então vamos lá falar sobre esse assunto. Mas aquele assunto não é completamente estranho."* **(A)**

> *- "Baseiam-se mais nos temas que mais temos, por exemplo, doença bipolar, esquizofrenia, sobre os ECTS, sobre a terapêutica, tivemos uma sessão sobre ansiolíticos, sobre neurolépticos, para saber para que são e como actuam, até foi o J que deu essas sessões. Portanto, são assuntos que reflectem a nossa prática."* **(P)**

- *"Às vezes é a A. Mas outras vezes somos nós, portanto alguns fui eu que sugeri, portanto eu fiz um sobre gestão de conflitos, outras vezes é A, outras vezes são os colegas."* **(P)**

Os temas tratam aspectos relacionados com o quotidiano profissional dos enfermeiros e podem estar relacionados com patologias, fármacos, discussão de casos ou organização do trabalho, etc.:

- *"Também outros assuntos têm surgido, por exemplo, já houve sobre antipsicóticos."* **(A)**

- *"(...) ou falar de um doente."* **(P)**

- *"(...) Falou-se na dificuldade de se lidar com certos doentes, foi um dos temas que surgiu."* **(P)**

- *"As da NANDA, no início também tiveram muita plateia, muita assistência."* **(Cr)**

Por vezes, os assuntos também surgem de forma espontânea na discussão entre os enfermeiros, sobretudo nas sessões de análise das práticas:

- *"(...) quando há discussão e partilha de opiniões, há logo uma série de assuntos que vão surgindo."* **(A)**

Estes dois serviços privilegiam essencialmente a realização de acções de formação em que os temas reflectem as práticas profissionais e os principais formadores são os próprios trabalhadores (Malglaive, 1995).

Por seu lado, as sessões de formação que estudámos respeitam uma modalidade formativa em que se privilegia a discussão livre e os assuntos surgem espontaneamente no decorrer da actividade formativa.

Nestas duas sessões de formação, são vários os assuntos relacionados com a actividade dos enfermeiros que surgiram com o desenvolvimento da discussão: estigma em saúde mental, autonomia dos doentes, discussão de situações do dia-a-dia dos enfermeiros, relação com o doente, contenção física do doente, entre outros. Estes assuntos reflectem o quotidiano dos enfermeiros, os seus problemas e questões sentidos no desempenho das suas funções. Com a sua discussão, partilhamos em primeiro lugar inquietações, identificam-se problemas e perspectivam-se soluções para os mesmos.

Passamos a apresentar alguns excertos dos diálogos produzidos à volta de cada assunto tratado no decorrer das duas sessões de formação analisadas no nosso estudo.

Estigma em saúde mental

Os enfermeiros emitiram opiniões sobre as representações existentes em saúde mental relacionadas com a doença e, inclusive, sobre o próprio estigma que os enfermeiros sentem pelo facto de trabalharem num hospital psiquiátrico:

> *- "Isso é o estigma. Eu lembro-me que, quando terminei o curso e disse que vinha trabalhar aqui para o hospital, disseram-me: "Estás maluca?". Não no sentido ser maluca."* **(I)**
>
> *- "É verdade. Ainda hoje, quando digo que trabalho aqui, há sempre um sorrisinho!"* (F)
>
> *- "E porque há esse estigma?"* **(D)**
>
> *- "Mas, ó D, mas era muito medo das próprias pessoas adoecerem mentalmente. Tem-se muito medo daquilo que se desconhece, da sida, da loucura. É muito por aí."* **(I)**
>
> *- "Tu, se calhar, preferes partir as duas pernas do que ter uma depressão."* **(F)**

Também houve impressões sobre uma maior subjectividade no cuidar na psiquiatria do que em outras áreas:

> *- "Eu penso que a psiquiatria ... os cuidados físicos e psíquicos são parecidos, mas uns são mais subjectivos. Nós encontramos em serviços de medicina doentes psíquicos e vice-versa. Eu acho que sempre houve uma separação do que é físico do que é psíquico e penso que se nós fizermos um paralelismo são todos a mesma coisa."* **(I)**
>
> *- "É estas especificidades que temos de saber analisar, porque num serviço de medicina ou outro temos que mobilizar, mudar de posição, aqui tem que se avaliar situação e doente a doente."* **(Ch)**

Evolução dos cuidados de enfermagem

Este assunto traduz as reflexões que os enfermeiros produziram numa das sessões a respeito da evolução que os cuidados de enfermagem no hospital têm apresentado ao longo da sua história. Se, por um lado, há afirmações acerca de que os cuidados têm tido uma evolução positiva, por outro, as enfermeiras mais velhas do grupo ressalvam a existência de enfermeiros que possuem muito valor, ainda que sem as habilitações académicas que actualmente os enfermeiros possuem.

> *- "Eu noto que há uma grande mudança em termos de saúde mental e psiquiatria em termos de reestruturação e claro que isso se sente nas unidades de internamento."* **(I)**
>
> *- "Neste momento nós temos. E aquilo que ouvia falar do que eram os enfermeiros do Júlio de Matos há uns anos atrás e aquilo que eu vejo."* **(D)**
>
> *- "Mas, ó D, olha que eu, havia colegas nossas, colegas que tinham habilitações do quinto ano, segundo ano do ciclo, quarta classe, eram melhores que certos professores universitários. Tinham uma experiência em psiquiatria espectacular."* **(I)**

- "Se os doentes tivessem uma gripe não sabia o que lhe havia de fazer, mas em psiquiatria (...)" **(F)**

- "A enfermeira (O) era uma das tais que, quando vinha o doente, ela dizia é «isto, isto, e isto». E batia direitinho. E a enfermeira T também. Algumas eram muito boas." **(I)**

- "Mas também concordo com o que a I diz, tem a ver com a formação de cada um, com a pessoa. Antes de ser enfermeira, sou uma pessoa e, portanto, tem a ver com o ser de cada um de nós." **(F)**

Humanização dos cuidados de enfermagem

Na sessão é realçada a importância que os enfermeiros prestam à qualidade dos cuidados e ao respeito pela condição humana envolvida no cuidar. Também foram analisadas algumas situações em que os enfermeiros afirmam que os doentes deviam ser melhor tratados, tal como no transporte do serviço de urgência para os serviços de internamento. Por outro lado, é referido que a humanização dos cuidados passa pela capacidade de nos colocarmos na situação do outro:

- Se calhar se cuida mais, quem tem familiares com múltiplos internamentos e que teve internamentos há vinte anos, neste momento há melhorias, há humanização, as coisas vão mudando, as escolas vão formando de outra maneira e acho que agora há outra visão do doente. Era o que o F estava a dizer há bocado, agora é mais uma visão holística dos doentes. As pessoas começam também a mudar um bocadinho. E, de facto, o hospital é o estigma, lá está. **(D)**

- "O doente vem do Curry e depois vai para a II e depois para III. É assim, os doentes já estão desorganizados, vão para uma enfermaria, começam a falar com umas enfermeiras, depois..." **(I)**

- "Já não pertence aqui, vai para outro lado." **(F)**

- "Enquanto não nos colocarmos no papel do doente, não conseguimos a humanização dos cuidados. Eu não gostaria de ser transportada às três ou quatro da manhã com uns chinelos de papel, com chuva e um pijama e uma bata de papel. Fez medicação para acalmar e para dormir. Eu não gostaria disso." **(F)**

A autonomia dos doentes

Outro dos assuntos abordados numa das sessões analisadas foi a autonomia dos doentes. O tema foi trazido pelo enfermeiro chefe **(Ch):**

- "Entretanto, hoje, não sei se vem a propósito ou não, mas gostava de reflectir em grupo aquelas questões que foram abordadas ontem na reunião da direcção de enfermagem. Gostava de reflectir a importância das nossas acções aqui no internamento, sobre a autonomia dos doentes e da maneira como são geridos de maneira não minimizá-los e torná-los dependentes, como já foi apontado, por outros técnicos, nomeadamente por Dr. P. Isto não sei se faz sentido." **(Ch)**

Neste caso, os enfermeiros presentes na sessão reagiram em negação, mostrando-se magoados com as supostas afirmações e alegando que não se reviam na crítica:

> *- "Outra coisa é fazer uma afirmação que me parece leviana e inadequada: «os enfermeiros tornam os doentes mais dependentes» – o que é isso? Acho isso uma ofensa. Essas pessoas decerto não trabalham cá."* **(F)**

É importante perceber como se resolvem situações difíceis

Um assunto que surgiu no decorrer do diálogo estabelecido entre os participantes foi sobre como se proceder perante determinadas situações mais complicadas. Discutia-se a importância de se perceber os modos de resolver situações difíceis que por vezes acontecem no serviço, sobretudo com doentes em agitação-psicomotora. Neste quadro, a enfermeira **MJ** diz-nos:

> *- "Exactamente. Porque a pessoa está ali sobre stress não sei quantas horas e conhece o doente e já sabe que o doente vai fazer isto ou aquilo e a pessoa que vem de fora não está sob tensão, está mais liberta, estabelece outro tipo de relação com o doente, enfim, é diferente, e é bom quer para uns quer para outros reflectirem porque é que as coisas se passam desta forma. Exemplos são o que não faltam entre nós todos. Isto acontece diariamente. Porque é que não se adopta uma postura e não outra? Porque é que fico mais irritada e zango-me com o doente, quando podia ter uma atitude completamente diferente? Há que reflectir sobre isso. E uma pessoa que esteja por trás de nós e nos dê apoio é excelente, faz-nos crescer."* **(MJ)**
>
> *(...)*
>
> *- "E quantas vezes não estamos a escrever as pastas na sala de trabalho ali com os doentes? Às vezes é necessário isso. Ficam ali sentados ao pé de nós. Há dias sentei lá o A."* **(D)**

Relação com o doente

O cuidar e o relacionamento enfermeiro / doente foi outro dos temas discutidos:

> *- "Eu acho que na psiquiatria é preciso ter tempo. E ter tempo de alguma forma para lidar com as pessoas, para auscultar e a tarefa, o fazer, a actividade, a sequência de promover as actividades de vida diárias ao doente, ou pela terapêutica, etc., etc., são coisas básicas de enfermagem que é cuidar na sua amplitude, mas nós precisamos de que é pedra básica da psiquiatria, que é a relação de ajuda, que é a relação terapêutica, e nós não podemos dizer "é só um bocadinho que já falamos consigo…". Temos que ter disponibilidade e auscultar o doente."* **(I)**

Como refere a enfermeira **I,** é necessário tempo e disponibilidade pessoal para se estabelecer uma relação de ajuda com os doentes, o que nem sempre acontece, como sugere a enfermeira **MJ**:

> *- "E acabamos por dar SOS porque não o quero ouvir."* **(MJ)**

Situação vivida no turno da noite

No decorrer da discussão foi lembrada uma situação vivida pelas enfermeiras no turno da noite. Uma das enfermeiras, ao aconchegar um doente que estaria a dormir numa posição desconfortável, foi alvo de uma reacção agressiva por parte do doente. Esta situação é analisada pelos participantes, relatando o encadeamento dos acontecimentos e apontando possíveis causas para o incidente:

> *- "Temos que ver as coisas. A CD não foi acordar o ZG?"* **(Ch)**
>
> *- "E ele foi atrás dela e partiu logo um vidro da porta do corredor para lhe dar um murro."* **(F)**
>
> *- "Estava cá eu"* **(D)**

Circular informativa

Este assunto diz respeito a uma ordem escrita efectuada pelo Conselho de Administração e foi introduzido pelo enfermeiro chefe, que mostrou logo o seu descontentamento. Os restantes enfermeiros deram as suas opiniões, analisando o assunto e contextualizando-o com a prática. As suas opiniões, aparentemente, estão em desacordo com o conteúdo da circular informativa:

> *- "É como quem faz esta circular informativa, mais uma vez aquilo que nos estão a propor juntar os homens e as mulheres."* **(Ch)**
>
> *- "Nunca me preocupei com isso. Mas isto faz-me confusão ter homens e mulheres, mas estou-me habituando. Termos em unidades separadas isso «vá que não vá»"* **(I)**
>
> *- "Até em quartos diferentes, na mesma enfermaria, com a mesma casa de banho."* **(D)**
>
> *- "Eu, se estiver a fazer tarde ou noite e for obrigada a fazer isto, eu escrevo no processo do doente, digo que fui obrigada superiormente a fazer isto «assim, assim»."* **(F)**

A partir da análise desta "circular informativa", por associação de ideias, uma das enfermeiras presentes referenciou uma situação vivida noutra instituição, situação que despertou curiosidade nos restantes elementos, que a esse propósito colocaram algumas questões:

> *- "Fazendo uma comparação com C., aqui é tudo fechado, lá não, psiquiatria homens e psiquiatria mulheres são diferentes. É um hospital geral como HSM, e fazia-me confusão como é que os enfermeiros naquele serviço aberto tinham "controle", porque aquilo entravam e saíam estavam logo ao pé do bar ou ao pé dos correios. Na unidade de mulheres, já era diferente porque era tipo uma casinha, tipo isto, mas também tudo aberto."* **(I)**
>
> *- "Como faziam com doentes com internamentos compulsivos?"* **(F)**
>
> *- "E com doentes tipo dona AL?"* **(D)**

Conforto do doente

No decorrer de uma das sessões foi abordada pelos participantes uma prática relacionada com o conforto dos doentes que sofrem de incontinência urinária. Os enfermeiros presentes referiram que, dada a má qualidade das fraldas, têm recorrido ao uso de duas fraldas em simultâneo para promoverem o melhor conforto possível ao doente. Esta prática levantou algumas questões relacionadas com a atitude e acção dos enfermeiros face a este procedimento. Deste modo, registamos alguns dos comentários efectuados:

> *- "E não encarar isso como para benefício do próprio enfermeiro. Na avaliação do desempenho, vamos futuramente ter isso em conta: se fazemos isso para o melhor do doente ou se aquela atitude é unicamente para os seu bem-estar próprio."* **(Ch)**
>
> *- "Uma fralda não chega. Agora vais levantar um doente às quatro da manhã e mudar fraldas?" (***F)**
>
> *- "Mas as fraldas agora deixam passar? Antigamente não."* **(I)**

Contenção física do doente em agitação psicomotora

A contenção física dos doentes compreende um assunto difícil de abordar pelos enfermeiros dado o sofrimento que causa no doente e a angústia que provoca no próprio enfermeiro. É uma situação delicada por tudo o que implica e a tomada desta decisão é difícil e coloca, para além das questões psicológicas e físicas, questões éticas e morais. Este tema foi abordado pelos participantes:

> *-"A contenção física, claro que a olho nu de quem vem de fora, quem não presta cuidados de foro psíquico vê isso quase como uma represália ou um castigo e não é de maneira nenhuma. Eu já fiz contenções físicas e faço aquelas que forem necessárias."* **(I)**
>
> *- "E já agora, quando se procede alguma contenção física, penso que a contenção é a última acção a ser usada, ou às vezes a primeira em termos de segurança do doente."* **(Ch)**
>
> *- "É lógico que o ponto de vista do doente é, de certeza, diferente do nosso."* **(F)**
>
> **-** *"Ó F, nós temos que promover um ambiente seguro, aquilo da Nancy Rooper acho que é?"* **(I)**
>
> **-** *"Pois é."* **(D)**
>
> *- "Acho que cada vez mais se põe em causa o que as pessoas fazem."* **(F)**

Parece-nos que esta modalidade de formação, em que se motiva os seus participantes a analisarem as práticas formativas partindo das suas experiências pessoais, leva à discussão de uma grande diversidade de assuntos. Neste caso aproveitam-se essencialmente os saberes dos pares para enriquecer os próprios.

4.3.6 - Papel do enfermeiro chefe

A partir da análise das entrevistas semidirectivas ficou patente a importância atribuída ao enfermeiro chefe na oferta e na procura da formação em serviço. Os entrevistados, independentemente da função e do cargo que ocupam na equipa, consideram essencial o envolvimento dinâmico para o êxito das actividades formativas:

> - *"Sim, a chefe, porque ela é que insistiu muito com a formação, porque se não fosse ela isto nunca avançava. Tem sido uma grande ajuda."* **(A)**
>
> - *"Indispensável. A partir do momento que o chefe assume a necessidade de formação, assume um modelo de formação e de certa maneira compactua, está presente e dá a cara, é uma mais valia para que toda a equipa perceba que ele está ali. Quando o chefe de serviço não aparece e tem uma postura negativa em relação à formação, os outros elementos, por identificação e por necessidade e simpatia com a chefia, vão ter essa atitude."* **(Fr)**
>
> - *"Eu ajudei em algumas coisas, por exemplo, as sessões das reflexões das práticas, fui eu que sugeri (...)."* **(P)**

Por outro lado, os entrevistados consideram que o enfermeiro chefe, no âmbito do desenvolvimento das actividades formativas do serviço, deve ser alguém que toma a dianteira do grupo e participa de forma dinâmica como os restantes elementos da equipa:

> - *"O papel do chefe será um pouco, o chefe terá que estar presente em todo este processo, apesar de ter alguém responsável."* **(E)**
>
> - *"Deve ser um papel de motivação, de união, de aglutinar, entre o formador de serviço e os elementos naquele momento, na acção perante a equipa, ou seja, é apoiar (...)."* **(P)**
>
> - *"Não deixando para os outros só, mas participando como elemento do grupo, que participa e que debate como elemento do grupo e não como papel do chefe."* **(Cr)**

No caso das sessões de formação que analisámos no nosso estudo, verificamos que o enfermeiro chefe participa de forma activa nas discussões, tal como qualquer outro enfermeiro do serviço. Ao participar activamente na discussão do grupo, contribui em primeiro lugar para a sua própria formação, uma vez que reflecte e partilha a sua teoria-na-acção. Em segundo lugar, a partir da partilha das suas experiências, colabora na formação dos restantes elementos. Por outro, permite também que os restantes elementos participem na gestão do serviço:

> - *"Se eu exigir certas coisas, mas se for compreensível para com os parceiros, que se não, eu sei e tenho a garantia que na minha ausência é dia santo."* **(Ch)**
>
> - *"E não posso exigir apenas nas horas que estou cá. A gestão global é trezentos e sessenta e cinco dias por ano."* **(Ch)**

- "Exactamente." **(MJ), (R), (I)**

4.3.7 - Papel do enfermeiro responsável pela organização da formação em serviço

Os enfermeiros entrevistados realçaram o que tem sido o papel do enfermeiro responsável pela formação em serviço e aquele que, em sua opinião, deveria ser.

Assim, num dos serviços, é referido pela própria responsável, e corroborado pela enfermeira chefe, que o seu trabalho tem sido um trabalho solitário e tem tomado a iniciativa de preparar temas específicos e transmiti-los aos restantes colegas, assumindo deste modo o papel de formador:

- "(...) e é um percurso muito solitário." **(P)**

- "E depois lá me pus a fazer umas coisas, de forma humilde, e as pessoas acabaram por aderir. E então dizia: «estive a ler umas coisas» por exemplo, sobre a esquizofrenia, e então pedia apoio sobre essas coisas. É verdade, fiz algumas formações para ver se arrancava." **(A)**

- "Ou eu já trago um assunto pensado, em que depois vou perguntando a opinião das pessoas sobre o assunto, e vou procurando obter opiniões das pessoas (...)." **(A)**

- "(...) ou então, depois, quando há discussão e partilha de opiniões, há logo uma série de assuntos que vão surgindo." **(A)**

De modo semelhante, num outro serviço, a enfermeira responsável pela formação em serviço usou a mesma estratégia de envolvimento da equipa e de desenvolvimento das actividades formativas, introduzindo alguns temas que considera serem importantes para discussão em equipa, ou então, indo ao encontro dos elementos, solicita que estes abordem assuntos que considerem convenientes:

- "Umas vezes introduzo o tema que eu acho que o grupo precisa de discutir (...)" **(Cr)**

- "(...) outras vezes são pedidas sugestões às pessoas, se têm algum assunto, alguma coisa que as incomoda, que gostariam de ver esclarecidos ou debatidos e debatem-se normalmente assim." **(Cr)**

Por outro lado, alguns dos entrevistados apontaram algumas qualidades que o enfermeiro responsável pela formação em serviço deveria ter. O sentido das opiniões apontam para um papel de formador activo, com conhecimentos técnicos e com capacidades comunicacionais:

-"Terá que ter conhecimento, e saber comunicar, e saber ouvir para permitir que os outros se exponham." **(Pa)**

-"Ele tem, juntamente com o gestor de unidade, motivar as pessoas para a formação." **(L)**

-"Por exemplo, tu estás de formador, de responsável da formação, e trazeres uns tópicos para serem abordados. E depois falar sobre o que nos vai na alma. Tem que haver uma orientação

da tua parte. Tem que haver alguém a tratar disso. Sem grande teoria é capaz de ser a melhor solução." **(F)**

-"Identificar as necessidades de formação em conjunto com o enfermeiro chefe e com a equipa (...)" **(E)**

Além disso, as enfermeiras responsáveis pela formação em serviço entrevistadas sublinham que se deve assumir um papel de moderador de grupo, de modo a orientar o debate de ideias dentro da equipa:

-"Eu acho que é sobretudo de moderador, ouvir o mais possível e falar o menos possível. E procurar que haja o máximo de consenso e harmonia. É moderar." **(A)**

- *"(...) de promover a discussão intra-grupo (...)"* **(Cr)**

Em síntese, nos serviços onde o modelo de formação assenta na realização de acções de formação, o enfermeiro responsável pela organização de formação assume muitas vezes o papel de formador e, como tal, uma função de produção como os restantes elementos (Maisonneuve, 2004, p.146). Desta forma, promove-se uma relação de dependência entre os formandos (enfermeiros da prestação de cuidados) e formador (responsável pela organização). No decorrer das acções, tal como é referido pelos entrevistados, os formandos assumem uma atitude passiva e não participativa. A formação centra-se na acção do formador e não dos formandos, contrariando a opinião de Josso (1988) sobre o processo de formação do indivíduo.

No que respeita às sessões sobre as análises das práticas, constatámos que o papel do enfermeiro responsável pela formação em serviço é sobretudo de moderador do grupo. De acordo com a caracterização de Maisonneuve (2004, p.146), é tendencialmente não directivo, participa na discussão do grupo mas abstém-se de dar opiniões sobre os assuntos em discussão. Perrenoud (2002) realça que o condutor do grupo deve evitar interpretações precoces, ter capacidades relacionais e empáticas e saber ouvir.

4.3.8 – Papel dos enfermeiros da prestação de cuidados

Relativamente ao papel dos enfermeiros da prestação de cuidados, nas entrevistas dá-se ênfase ao envolvimento dos enfermeiros nas actividades formativas do serviço. A enfermeira **P** considera que, nas sessões de formação dedicadas às análises das práticas, os enfermeiros da equipa participam activamente na discussão dos temas que vão surgindo:

- "(...) Porque normalmente as não planeadas têm a ver com situações que as pessoas vivenciam no serviço, aí as pessoas como estão mais envolvidas dão a sua opinião." **(P)**

A participação dos enfermeiros nas sessões das análises das práticas parece ser mais dinâmica, contudo as enfermeiras **A** e **P** salvaguardam que as pessoas preferem as acções de formação porque não se expõem publicamente:

> *- "(...) mas há muitas vezes, se calhar na maioria das vezes, as pessoas não gostam muito de se expor, há um certo de receio, as pessoas dão a sua opinião, mas há sempre um receio de (...)"* **(A)**

> *- "Por exemplo, um que vem falar sobre esquizofrenia, as pessoas dizem: «é ele que fala eu só fico a ouvir» e transformam-se em receptores. Se for sobre um doente, discute-se mais e de forma mais interventiva. Cada um dá o seu sentido."* **(P)**

> *- "Como não há um tema onde se agarrem, têm que falar sobre elas. E falar sobre nós é difícil. É mais fácil falar dos outros, e projectar nos outros o que é nosso. Não é?"* **(P)**

Essa preferência está patente no discurso da enfermeira **F**, que prefere assistir a acções de formação em vez de participar em sessões dedicadas exclusivamente à análise das práticas:

> *- "Se for uma coisa mais estruturada mensalmente, acho que sim. E depende da disponibilidade das pessoas."* **(F)**

A enfermeira **A** reforça a importância que tem para os enfermeiros serem ouvidos e que as suas opiniões sejam tidas em conta pelas chefias. Segundo ela, essa atitude é essencial para participarem de forma dinâmica:

> *- "Se calhar não devia dizer isto, mas, por exemplo, eu venho a uma reunião de reflexão das práticas e dou a minha opinião que acho que realmente há algumas coisas que não funcionam bem, mas depois não há feedback sobre a minha opinião e as coisas continuam a ser como a enfermeira chefe quer que sejam, portanto não há interesse em participar."* **(A)**

Outro aspecto realçado sobre o envolvimento dos enfermeiros prende-se com a importância que atribuem à formação em serviço, em que na maior parte das vezes não se dá importância ao "certificado":

> *- "Isso é um momento de formação que as pessoas não fazem pelo certificado do papel, para o currículo, fazem-no ou discutem-no porque têm interesse naquele assunto."* **(Cr)**

Por outro lado, é referido que o papel dos enfermeiros, no âmbito das actividades formativas do serviço, deve ser dinâmico e participativo em todo o processo:

> *- "O papel da restante equipa é um papel de participação activa em todo o processo, a equipa, e cada elemento a fazer parte deste todo, ter uma palavra a dizer e participar com as ideias e com as dúvidas, questionando dificuldades gerais ou daquilo que se apercebe, tem um papel muito concreto e muito activo em todo este processo, não é um elemento cordeirinho que segue com o pastor à frente, mas é alguém que tem alguma coisa a dizer*

sobre todo este processo. E a qualquer altura diz: «olha isto não está a servir, isto está a correr mal», ou seja, é um papel muito activo." **(Fr)**

Sobressai, ainda, a ideia de que os enfermeiros participam nas actividades formativas caso, no dia da formação, estejam de serviço, uma vez que a maior parte dos enfermeiros da prestação de cuidados trabalham por turnos:

- *"Participam os que estão de serviço (...)."* **(P)**

Por seu lado, nas sessões de formação analisadas, percepcionámos uma participação activa de todos os intervenientes, a ver pela análise da dinâmica de grupo. Neste caso, os enfermeiros são convidados a participar na discussão do grupo, todavia, não são forçados a fazê-lo. Por outro lado, os papéis de formador e formandos sobrepõem-se e estão diluídos em todos os participantes, e o processo de formação está centrado no indivíduo que se expõe, explicando a sua teoria na acção (Schön, 2000). Esta ideia é corroborada por Perrenoud (2002, p. 181):

"Um adulto pode aprender sozinho, por meio de reflexões pessoais e de leitura. Na formação, é preciso não o deixar dependente do formador, mas acelerar seu processo de autotransformação por meio de uma prática reflexiva contextualizada, com fundamentos teóricos e conceituais e com procedimentos mais metódicos. O desenvolvimento das competências está no cerne da profissão de formador, a qual assume mais o papel de um treinador que de um "transmissor" de saberes ou modelos. O treinador observa, chama a atenção, sugere, motiva, às vezes ilustra um gesto difícil. Está centrado no aprendiz e em seu processo de desenvolvimento, tentando estimulá-lo em vez de controlá-lo."

4.3.9 – Padrão de funcionamento das actividades formativas

A partir das entrevistas recolhemos dados relativamente ao modo como se pode contribuir para promover, entre os enfermeiros, o hábito de participarem na actividade formativa do serviço.

Uma das ideias sugeridas pelas enfermeiras responsáveis pela formação em serviço, **C**r e **A**, é a necessidade das sessões acontecerem de forma regular, num dia, hora e local certos, para que o hábito seja adquirido pelos enfermeiros:

- *"Agora, tem que ser continuada, tem que ser certinha, nos dias combinados, nas horas combinadas (...)"* **(Cr)**

Outra das estratégias passa pelo empenho do enfermeiro responsável pela organização da actividade formativa do serviço e do enfermeiro chefe, que informam os elementos da equipa, recorrendo a planos e dossiers das actividades formativas disponíveis para os enfermeiros consultarem:

- *"(...) e eu muitas vezes falo sobre isso nas passagens de turno. Outra coisa que eu faço é dizer que houve a formação e estão documentos sobre os assuntos."* **(P)**

- "É todas as quintas-feiras. Há um plano que eu e a enfermeira A, mas é ela que planeia, e fazemos para 4 semanas, todos os meses, este mês já vai estar o plano para o próximo mês." **(P)**

Outra forma de se criar o hábito é a partir do próprio exemplo dado pelo enfermeiro chefe do serviço:

- "Outra forma de motivar é às 14 horas eu estar na sala para se fazer a formação. As pessoas acabam por aderir, irem e participarem. Não é só dizer mas estou lá." **(P)**

Quanto ao horário, em quase todos os serviços se optou pelo horário das 14 às 15 horas, para que os enfermeiros escalados nos turnos da manhã e da tarde pudessem assistir. A duração é aproximadamente de uma hora por sessão e a periodicidade é uma vez por semana:

- "Não. A formação é das 14 às 15 e das 15 às 15,30 horas é a passagem de turno." **(Cr)**

No caso do serviço onde efectuámos a análise das sessões que temos vindo a apresentar, a sessão de formação é efectuada entre as 11,30 e 12,30 horas (quase sempre até às 13 horas), às terças-feiras. Esta sequência, de dia, local e hora certos, é essencial para promover a participação e desenvolver o hábito de se reflectir sobre a prática dos próprios profissionais:

No decorrer das sessões, cabe ao condutor do grupo (responsável pela organização da formação) iniciar e terminar a sessão de formação. Habitualmente termina quase sempre da mesma maneira: faz um resumo breve dos assuntos discutidos ao longo da sessão e termina com a marcação ou o lembrar da próxima reunião. Esta atitude é importante não só porque institui o padrão como transmite aos participantes a sensação de continuidade da prática reflexiva:

- "(...) hoje ficamos por aqui, encontrando-nos na próxima terça-feira, às 11,30 horas." **(RF)**

4.3.10 – Planeamento da actividade formativa

Os enfermeiros inquiridos no nosso estudo, face à questão que colocámos na entrevista: «de que modo organizaria a formação em serviço?», consideram, em termos gerais, que se deve avaliar as necessidades de formação dos enfermeiros, criar espaços de análise das práticas e que todos os enfermeiros devem ser envolvidos na organização da formação.

Diagnosticar problemas e necessidades de formação

Parte dos entrevistados considera essencial proceder a um diagnóstico da situação para se poderem planificar actividades formativas. Esse diagnóstico reflecte essencialmente a identificação de necessidades de formação:

- "Eu penso que cada serviço terá que ser feito o plano de formação para o serviço para algumas necessidades que os enfermeiros vão apresentando e referindo de forma a colmatar algumas lacunas." ***(Ca)***

- "As acções de formação, acho que deveriam ser mais para temas concretos e casos concretos, ou seja, se nós quisermos falar sobre terapêutica psiquiátrica e escolher neurolépticos, as coisas são muito definidas e muito concretas e aí pode ser uma formação em sala." **(E)**

O enfermeiro **Fr** considera necessário avaliar as necessidades de formação a partir da observação das práticas e dos desempenhos, porque as pessoas têm interiorizado um modelo escolar que é muito difícil de destituir:

-" Não a nível da formação, porque as pessoas estão habituadas a um modelo de formação e tu não as podes desenraizar de um modelo de formação subitamente que as pessoas continuam a precisar nem que seja, o proveito ser, numa escala de zero a vinte, tirem doze de aproveitamento da formação que fizeram. Para elas é importante continuarem a ter esta formação, à qual sempre estiveram habituadas desde a escola primária, fizeram toda a sua formação com este modelo. É este o modelo que têm e o facto de as desenraizar daqui, e oferecer por exemplo um modelo de formação único ou fechado que as responsabilize pela sua formação, eu penso que a eficácia, as pessoas precisariam de um modelo institucional." **(Fr)**

Os enfermeiros entrevistados consideram que a formação em serviço deve seguir os mesmos moldes que a formação instituída na formação inicial e na formação promovida pelo centro de formação, ou seja, deve seguir o modelo escolar e ser efectuada a partir de um diagnóstico de necessidades verbalizadas pelos enfermeiros. Assim, privilegia-se o "combate" às lacunas que os enfermeiros supostamente dizem ter. Este modo de proceder obriga a que se deseje sistematicamente alcançar um ideal de profissional ou um profissional perfeito, sem defeitos. Isto coloca-nos algumas questões: É o enfermeiro chefe, o enfermeiro organizador da formação ou qual é o(s) enfermeiro(s) que define(m) esse ideal de profissional? Como se sabe se esse «ideal é mesmo ideal»?

Criar espaço de análise das práticas

Os enfermeiros entrevistados consideram que, em paralelo ao levantamento de necessidades, deve-se constituir um espaço onde, de forma informal, se possam analisar as situações de trabalho:

- "Partilhando as experiências de cada uma, auscultando as expectativas, as dúvidas e pondo cada um a pensar na problemática." **(L)**

- "Daí criar espaço de discussão sobre determinados temas. Quando estamos em grupo há pessoas peritas mais ou menos, e outros não peritos, vão sentir que estão a trabalhar numa área que ainda não sentiram necessidade de… ao ouvirem falar sobre determinado assunto, vão sentir essa necessidade e penso que por aí poderão então evoluir para o estudo, para a pesquisa, para aprender essas coisas." **(E)**

É, ainda, salientado o carácter informal na discussão das situações. Parece-nos que, neste exemplo, é identificada a formação formal com a acção de formação e a formação informal com a reflexão sobre as práticas:

> - *"(...) Portanto, pode ser feito de uma forma formal ou informal. Na minha perspectiva, acho que a informal pode ter resultados mais produtivos do que a formal, atendendo que estamos a falar de adultos, que já têm formação e que o estar a absorver conteúdos numa sala de aulas pode ser uma situação adversa. Vamos um bocadinho por aí."* **(E)**

Envolver a equipa

Os entrevistados consideram essencial o envolvimento de todos os elementos da equipa no planeamento das actividades formativas:

> - *"Penso que a formação cai em saco roto quando é desenvolvida num contexto desintegrado da própria equipa. Ou seja, se a própria equipa manifestar o que é que sente falta de, a equipa se manifestar, obviamente que é assim, não é entrares numa teoria de caos em que não tens alguém que supervisione a formação em serviço."* **(Fr)**

Nas sessões de formação dedicadas às análises das práticas, o espaço de análise das práticas é aberto a todos os elementos da equipa. Devido ao trabalho por turnos, a maioria dos enfermeiros da prestação de cuidados está sujeita a uma participação menos reduzida nas actividades de formação.

Por vezes a discussão de determinados assuntos leva à necessidade do grupo recorrer a outras modalidades formativas para responder a um problema ou a uma situação que se quer ver esclarecida. Numa das sessões de formação analisada no nosso estudo, planeou-se uma apresentação formal sobre uma intervenção terapêutica que um dos elementos da equipa se encontrava a desenvolver em outro serviço, permitindo, deste modo, a partilha dessa experiência no âmbito da formação em serviço.

> - *"(...) se estiverem interessados e acharem pertinente em apresentar, daqui a três semanas, uma sessão sobre uma actividade de grupo que estou a desenvolver no 21C 1º andar, com oito doentes gerontopsiquiátricos, que iniciei no âmbito da especialidade e que posteriormente dei continuidade."* **(RF)**

CONCLUSÃO

A caracterização da oferta de actividades formativas em contexto de trabalho organizadas pelos enfermeiros no HJM, levada a cabo pelo estudo recorreu da metodologia inerente ao *Estudo de Caso* de natureza qualitativa. A investigação privilegiou o discurso dos próprios actores, pelo que entrevistámos um total de nove enfermeiros envolvidos na organização das actividades formativas. De forma complementar, analisámos os relatos de duas sessões de formação, realizadas num serviço do hospital onde a actividade formativa principal consiste na análise das práticas de enfermagem efectuada pelos próprios enfermeiros. As entrevistas e os relatos das sessões foram sujeitas a análise de conteúdo de modo a clarear o nosso objecto de estudo.

A realização da investigação permitiu responder às questões inicialmente colocadas e retirar algumas conclusões sobre o tema em análise, contudo, dadas as limitações do estudo (natureza da amostra e do tipo de estudo) estes resultados não podem ser extrapolados para outros casos. Assim, passamos a expor as principais conclusões que retirámos tendo em conta os objectivos e as questões de investigação inicialmente estabelecidos.

Os enfermeiros inquiridos percepcionam os contextos de trabalho como formativos, valorizando momentos não formais e informais (passagem de turno, reuniões, momentos informais de convívio) de aprendizagem bem como as aprendizagens decorrentes da realização do trabalho. A este respeito referem a importância de se reflectir na acção e sobre a acção, valorizando a análise do trabalho, o confronto dos outros, a partilha e o trabalho de equipa. No mesmo sentido, valorizam o papel de modelos de aprendizagem nas práticas e percepcionam as integrações/adaptações aos serviços como processos formativos.

Todavia, quando se reportam à oferta de formação, quer seja ao nível da instituição (formação promovida pelo Centro de Formação Profissional) quer ao nível dos serviços (formação organizada pelos enfermeiros responsáveis pela organização da formação em serviço), expressam, de um modo geral, que esta se deve organizar em função do "levantamento de necessidades", de modo a colmatar lacunas do desempenho profissional, preterindo a formação experiencial. Isto leva por um lado a encarar os enfermeiros numa perspectiva negativa não valorizando as suas capacidades e por outro, a formação é enfrentada em moldes escolarizados.

No nosso estudo verificámos que a oferta de formação em serviço, na maior parte dos casos, inicia-se pelo diagnóstico efectuado com a realização de um inquérito (entrevistas informais ou questionário) identificando as "necessidades de formação", seguido do planeamento de acções de formação, em que os formadores são os próprios enfermeiros do serviço e seleccionados de acordo com a disponibilidade manifestada em preparar teoricamente os assuntos previamente seleccionados. Por seu turno, os formandos das acções de formação, são os enfermeiros que estavam de serviço naquele dia e aquela hora da formação. E só por coincidência, assistem às formações aqueles enfermeiros que foram anteriormente identificados com as respectivas "lacunas de formação".

A propósito dos assuntos tratados, julgámos que estes só aparentemente reflectem as práticas dos contextos de trabalho, uma vez que são abordados numa perspectiva teórica (trabalho idealizado) e assim, não se discute o que realmente os enfermeiros fazem (trabalho realizado) (Falzon e Teiger, 2001).

Deste modo, a formação em serviço, é uma replicação do que é feito no âmbito da formação inicial e na formação contínua (ao nível da formação promovida pelo Centro de Formação Profissional), em que há um rompimento com a escola mas mantendo a mesma metodologia escolarizada de ensino/aprendizagem e reforçando-se a clivagem entre a lógica do trabalho e a lógica da formação (Nóvoa, 1988).

Pelo contrário, nas actividades formativas, em que se promove a análise do trabalho realizado pelos próprios trabalhadores, há o questionamento, a confrontação, a partilha, a divergência de opiniões, permitindo à equipa problematizar as suas acções nos contextos de trabalho, e ao mesmo tempo, o colectivo da formação tenta encontrar uma saída para os problemas identificados. Neste caso assistimos a um vaivém entre a prática e a teoria e uma "quase sobreposição" entre a lógica do trabalho e a lógica da formação.

A dinâmica encetada no e pelo grupo dedicado à reflexão permite responder em parte aos problemas e situações identificados. O trabalho de análise realizado por cada elemento no grupo também permite identificar um conjunto de competências, conhecimentos e saberes que muitas vezes desconhece. Essa descoberta é feita por cada um com a ajuda dos outros elementos do grupo com base no confronto, na função de espelho, na partilha e no questionamento promovido pela tarefa do grupo. As partilhas de experiências realizadas pelos sujeitos são essenciais para testar a sua teoria na acção (Schön, 2000) e ainda questionar a sua teoria em uso (descrição espontânea da acção).

Desta forma, enquanto que na teoria em uso é utilizada essencialmente a volta simples de aprendizagem, em que o sujeito avalia a sua acção de modo a corrigir sobretudo erros dos seus

procedimentos, na teoria na acção, realizada pelo trabalho de discussão e reflexão, está presente a dupla volta de aprendizagem, onde o sujeito vai mais longe na análise das suas acções.

O condutor das sessões de análise das práticas, assume a função de ajudar o grupo a analisar as práticas, pelo que informa, questiona e reformula as verbalizações, mas evita dar opiniões sobre os assuntos em análise.

Mas o grupo de reflexão tem as suas limitações e não consegue responder a todas as solicitações, pelo que será necessário, aos profissionais, recorrer a outros recursos dentro e fora da equipa.

Em suma, as actividades que envolvem os profissionais na análise das suas práticas, através da discussão e participação livre em grupo, parecem apresentar maior potencial formativo, permitindo aumentar a autonomia dos profissionais. Deste modo, ao colocar o sujeito no centro da formação, permite encarar a formação não como uma imposição externa, mas como uma construção de sentido encetada pelo próprio. Por outras palavras, a formação deverá ser uma teoria da actividade do indivíduo.

ALGUMAS SUGESTÕES

Ao realizar o presente estudo, fomos realizando algumas reflexões no que respeita à organização da formação na instituição. Assim, considerámos ser importante sensibilizar os responsáveis pela organização da formação para algumas questões:

- Apelar aos enfermeiros chefes, responsáveis pela organização da formação e aos enfermeiros em geral para modalidades formativas reflexivas (grupos de reflexão, discussão de casos clínicos, supervisão clínica, histórias de vida), dando a conhecer o seu potencial formativo em alternativa às modalidades escolarizadas que têm sido pouco eficazes no âmbito da formação contínua.
- Sensibilizar os actores para o potencial formativo do local de trabalho e para a importância de momentos habitualmente não perspectivados como formativos: planeamento e realização do trabalho, reuniões de equipa, e momentos informais de partilha de informação.

Uma medida, que considerámos importante desenvolver no âmbito das actividades formativas em serviço, ao nível do hospital, consiste em envolver os responsáveis pela formação em sessões

conjuntas para promover uma rede que colabore na formação, supervisão e avaliação dos resultados das actividades formativas desenvolvidas por cada enfermeiro no seu local de trabalho.

Também considerámos essencial colaborar com o enfermeiro na sua formação para organizar a oferta de actividades formativas no respectivo serviço, de modo a que este desenvolva um dispositivo de formação em que as práticas formativas potenciem preferencialmente as capacidades de cada profissional em vez de se ocupar na tentativa de colmatar falhas dos profissionais, evitando percepcionar os profissionais de forma negativa.

No que respeita a futuros trabalhos de investigação, achamos que seria importante explorar mais a organização da formação pelo lado da procura. Por outro lado, gostaríamos de aprofundar o conhecimento sobre o potencial formativo de outras modalidades formativas contíguas aos contextos de trabalho, nomeadamente discussão de casos clínicos, supervisão clínica, reuniões de equipa, etc..

Dado que a enfermagem é uma profissão da relação, gostaríamos de explorar como os enfermeiros desenvolvem as suas competências necessárias para o estabelecer a relação com os beneficiários dos cuidados de enfermagem. E, ainda, ambicionamos investigar o que estes profissionais aprendem na relação com os doentes.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, Wilson (2001). *Identidade, Formação e Trabalho: Das Culturas Locais às Estratégias Identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.

ABREU, Wilson (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*: *Fundamentos, Teorias e Considerações Didácticas.* Coimbra: Formasau.

ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea.* Lisboa: Verbo.

AMIGUINHO, Abílio e CANÁRIO, Rui (1994). *Escolas e Mudança: O papel dos Centros de Formação.* Lisboa: Educa.

BARDIN, Laurence (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

BELL, Judith (1993). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.

BEVIS, Em Olívia; (2005). Fazendo a Diferença. In: Bevis, Em Olívia; Watson, Jean (Orgs.). *Rumo a Curriculum de Cuidar. Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem*. Loures: Lusociência, pp.383-418.

BEVIS, Em Olívia; (2005). O Passado Formatou o Presente. In: Bevis, Em Olívia; Watson, Jean (Orgs.). *Rumo a Curriculum de Cuidar. Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem*. Loures: Lusociência, pp.17-42.

BEVIS, Em Olívia; WATSON, Jean (2005). Rumo a Curriculum de Cuidar: *Uma Nova Pedagogia para a Enfermagem*. Loures: Lusociência.

BION, Wilfred (1991). *O Aprender com a Experiência.* Rio de Janeiro: Imago.

BLEGER, José (2003). *Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos.* 2ª Edição. 3ª Tiragem. São Paulo: Martins Fontes.

BOGDAN, Roberto; BIKLEN, Sari (1994). *Investigação Qualitativa em Educação*. Porto: Porto Editora.

BOTELHO, José Rodrigues (1996). *Historia da Enfermagem Psiquiátrica em Portugal*. Lisboa. Tese de Mestrado.

CANÁRIO, Rui (1997). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.

CANÁRIO, Rui (1998). A escola: o lugar onde os professores aprendem. In *Psicologia da Educação*. S. Paulo: PUC, 6, pp. 9-27.

CANÁRIO, Rui (1999). *Educação de Adultos: Um Campo e uma Problemática*. Lisboa: Educa.

CANÁRIO, Rui (2005). *Ser Enfermeiro Hoje*. Comunicação apresentada na comemoração do Dia da Escola, em 15 de Junho, na Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes, Porto.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela (1998). *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem.* Lisboa: Universidade Aberta.

CARRÉ, Philippe e CASPAR, Pierre (2001). *Tratado das Ciências Técnicas da Formação*. Lisboa: Instituto Piaget, pp.161-180.

CLEMENTE, Cristina (2006). *Conceitos de Mudança e Aprendizagem Organizacional*: Contributos para a Análise da Produção de Saberes. Revista de Sociologia, Problemas e Práticas, n.º 50, 2006, pp. 89-108. Consultado em 15 de Abril de 2007. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n50/n50a05.pdf.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (2001). *Cuidar… A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

COMISSÃO NACIONAL PARA A RESTRUTURAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL (2007). *Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental: Plano de Acção 2007 – 2016*. Lisboa: Ministério da Saúde.

CORTESÃO, Eduardo (1989). *Grupanálise: Teoria e Técnica.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

COWAN, John (2002). *Como Ser um Professor Universitário Inovador: Reflexão na Ação*. São Paulo: Artmed.

D'ESPINEY, Luísa (1997). Formação Inicial / Formação Contínua de Enfermeiros: Uma Experiência de articulação em Contexto de Trabalho. In: Canário, Rui (Org.). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp.169-188.

DE KETELE, Jean-Marie; ROEGIERES, Xavier (1999). *Metodologia da Recolha de Dados*: *Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionários, de Entrevistas e de Estudos de Documentos.* Lisboa: Instituto Piaget.

DEBESSE, M. (1975). *Pedagogia e Psicologia dos Grupos.* Lisboa: Livros Horizonte.

Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros).

Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro.

Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro (Carreira de Enfermagem).

Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro.

DEWEY, Jonh (2002). *A Escola e a Sociedade. A Criança e o Currículo.* Lisboa: Relógio D' Água.

DEWEY, Jonh (2007). *Democracia e Educação*. Lisboa: Plátano Editora.

DIAS, José (1998). Formação profissional de activos. *Formar*, nº 29, pp. 4-45.

ESCOBAR, Lucília (2004). *O Sexo das Profissões*: *Género e Identidade Socioprofissional em Enfermagem. Porto:* Edições Afrontamento.

ESTRELA, Albano; FERREIRA, Júlia (orgs.) 2001. *Investigação em Educação:* Métodos e Técnicas. Lisboa: Educa.

FALZON, Pierre; TEIGER, Catherine (2001). Ergonomia e Formação. In: Carré, Philippe e Caspar, Pierre (Orgs.). *Tratado das Ciências Técnicas da Formação*. Lisboa: Instituto Piaget, pp.161-180.

FERNANDES, H. Barahona (1998). *Antropociências da Psiquiatria e da Saúde mental: I O Homem Perturbado.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FERNANDES, Olga (2006). *Entre a Teoria e a Experiência*: Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Hospital no Curso de Licenciatura. Loures: Lusociência.

FERNANDES, Waldemar; SVARTMAN, Betty; FERNANDES, Beatriz (2003). *Grupos e Configurações Vinculares.* Porto Alegre: Artmed.

FERNÁNDEZ, Florentino (2005). Modelos Actuais de Educação de Pessoas Adultas. In: Canário, Rui e Cabrito, Belmiro (Orgs.). *Educação e Formação de Adultos: Mutações e Convergências*. Lisboa: Educa, pp. 73-96.

FINGER, Matthias; ASÚN, José (2003). *A Educação de Adultos numa Encruzilhada*: Aprender a Nossa Saída. Porto: Porto Editora.

FLICK, Uwe (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Cientifica.* Lisboa: Monitor.

FLORES, António (1953). Orientação do Hospital Júlio de Matos. *Separata do Jornal de Médico.* XXI (521) 185-191.

FRANCO, Maria Laura (2003). *Análise de Conteúdo*. Brasília: Plano Editora.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (2001). *O Inquérito*: *Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora.

GOMES, Bernardino (1999). *Dos Estabelecimentos dos Alienados nos Principais Estados Principais da Europa*. 1ª Edição. Lisboa: Ulmeiro.

GRAÇA, Luís; HENRIQUES, A. Isabel (2000). E*volução da prática e do Ensino da Enfermagem em Portugal*. Textos sobre saúde & trabalho. Consultado em 28-03-2007. Disponível em: www: http// www.ensp.unl.pt/igraça.

GUERRA, Marina; LIMA, Lígia (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em Contexto de Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

GUIMARÃES, Paula (2000). Aprender no Local de Trabalho: Um Outro Olhar sobre a Formação e a Enfermagem. *IV Congresso Português de Sociologia*. Associação Portuguesa de Sociologia – Actas do IV Congresso. Consultado em 23 de Abril de 2006. Disponível em: www.aps.pt.

GUIMÓN, José (2002). *Introdução às Terapias de Grupo.* 1ª Edição. Lisboa: Climepsi.

HESBEEN, Walter (2000). *Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar.* Loures: Lusociência.

HOSPITAL MIGUEL BOMBARDA (1948). *Centenário Do Hospital Miguel Bombarda: Antigo Hospital Rilhafoles*. Lisboa: Subsecretariado de Estado da Assistência Social.

JOBERT, Guy (2001). A Inteligência no Trabalho. In: Carré, Philippe e Caspar, Pierre (Orgs.). *Tratado das Ciências Técnicas da Formação*. Lisboa: Instituto Piaget, pp.223-240.

JOSSO, Marie-Christine (1988). Da formação do Sujeito … Ao Sujeito da Formação. In: Nóvoa, A e Finger, M. (orgs.). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde. pp. 107-130.

JOSSO, Marie-Christine (2002). *Experiências de Vida e Formação*. Lisboa: Educa.

KERNBERG, Otto (2000*). Ideologia, Conflito e Liderança em Grupos e Organizações*. Porto Alegre: Artmed.

LE BOTERF, Guy (2003). *Desenvolvendo a Competência dos Profissionais.* Porto Alegre: Artmed.

LESSARD-HÈBERT, Michelle (1996). *Pesquisa em Educação*. Lisboa: Instituto Piaget.

LEWIN, Kurt (1970). *Problemas de Dinâmica de Grupo.* São Paulo: Cultura.

MAISONNEUVE, Jean (2004). *A Dinâmica dos Grupos*. Lisboa: Livros do Brasil.

MALGLAIVE, Gerard (1995). *Ensinar Adultos*. Porto: Porto editora. Colecção Ciências da Educação.

MINICUCCI, Agostinho (2001). *Técnicas do Trabalho de Grupo.* 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.

MINICUCCI, Agostinho (2002). *Dinâmica de Grupo: Teoria e Sistemas.* 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.

NIZA, Sérgio (1997). *Formação Cooperada: Ensaio de Auto-Avaliação dos Efeitos da Formação no Projecto Amadora.* Lisboa: Educa – Formação.

NÓVOA, António (1988). A formação tem que passar por aqui: as histórias de vida no Projecto Prosalus. In Nóvoa, António. e Finger, Matthias. (Orgs.). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde, pp. 107-130.

NÓVOA, António; RODRIGUES, Cristina (2005). Prefácio. In: Canário, Rui e Cabrito, Belmiro (Orgs.). *Educação e Formação de Adultos: Mutações e Convergências.* Lisboa: Educa, pp. 7-14.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). *Dados estatísticos*. Consultado em 13 de Outubro de 2007. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeinformacao/Estatisticas_2000_2007.pdf.

OSORIO, Agustín (2005). *Educação Permanente e Educação de Adultos.* Lisboa: Instituto Piaget.

OSORIO, Luiz (2003). *Psicologia Grupal: Uma Nova Disciplina para o Advento de uma Era.* Porto Alegre: Artmed.

PERRENOUD, Philippe (2002). *A Prática Reflexiva no Oficio de Professor: Profissionalização e Razão Pedagógica.* São Paulo: Artmed.

PHANEUF, Margot (2001). *Planificação de Cuidados*: *Um Sistema Integrado e Personalizado.* Coimbra: QUARTETO.

PHANEUF, Margot (2005) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação.* Loures: Lusociência.

Pichon-Rivière, Enrique (2000). *Teoria do Vinculo.* 6ª Edição. São Paulo: Martins Fontes.

Pichot, Pierre; Fernandes, Barahona (1984). *Um Século de Psiquiatria e A Psiquiatria em Portugal*. Lisboa: Roche.

PIRES, Ana Luísa (2005). *Educação e Formação ao Longo da Vida*: *Análise crítica dos Dispositivos de Reconhecimento e Validação de Aprendizagens e de Competências.* Coimbra: Fundação Calouste Gulbenkian.

Portaria n.º 799-D99 de 18 de Setembro.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan, (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

RIBEIRO, Lisete (1995). *Cuidar e Tratar*: *Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral.* Lisboa: Educa.

SCHÖN, Donald (2000). *Educando o Profissional Reflexivo*: *um novo design para o ensino e a aprendizagem.* Porto Alegre: Artmed.

SENA, António (2003). *Os Alienados em Portugal.* Lisboa: Ulmeiro.

SILVA, Augusto; PINTO, José (2003). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

SILVA, Daniel; SILVA, Ernestina. (2004). *Ensino Clínico da Formação em Enfermagem.* Consultado em 30 de Setembro de 2007. Disponível em: http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf.

SOARES, Maria Isabel (1997). *Da Blusa de Brim à Touca Branca*. Lisboa: Educa.

STUART, Gail; LARAIA, Michele (2002). *Enfermagem Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Reichmann & Afonso Editores.

SYMINGTON, Joan e SYMINGTON, Neville (1999). *O Pensamento Clínico de Wilfred Bion*. Lisboa: Climepsi.

Taylor, C. (1992). *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

TUCKMAN, Bruce (1994). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

WARSCHAUER, Cecília (2001). *Rodas em Rede*: *Oportunidades Formativas na Escola e Fora Dela.* S. Paulo: Paz e Terra.

ZIMERMAN, David (2000). *Princípios Básicos das Grupoterapias.* Porto Alegre: Artmed.

ZIMERMAN, David; OSORIO, Luiz (1997). *Como Trabalhamos com Grupos*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO I – GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIDIRECTIVA

Guião da Entrevista Semidirectiva

Tema: Oferta e Procura de Actividades Formativas em Contexto de Trabalho no Âmbito da Formação Profissional Contínua em Enfermagem.

Objectivos da entrevista:

1. Obter informações dos enfermeiros sobre a oferta e procura da formação em serviço.
2. Perceber qual o interesse da formação em serviço para o desenvolvimento das práticas de enfermagem nos diversos contextos de trabalho.
3. Perceber qual a articulação entre a formação e os contextos de trabalho.

Blocos	**Objectivos específicos**	**Para um formulário de perguntas**
A – Legitimação da entrevista e motivação.	Legitimar a entrevista e motivar o entrevistado.	• Solicitar a colaboração do entrevistado na realização da entrevista e informar, em linhas gerais, sobre o estudo; • Solicitar autorização de gravação áudio da entrevista, para posterior tratamento de análise de conteúdo, assegurando o carácter confidencial das informações prestadas.
B – Caracterização da formação em serviço.	Perceber qual é a representação que os enfermeiros fazem da formação em serviço.	• O que pensa da formação dos enfermeiros? • E o que pensa da formação em serviço? • Como está organizada a formação em serviço no seu serviço? • E como funciona? • A quem é dirigida a formação em serviço? • Quais são os objectivos da formação em serviço? • Qual é a duração das sessões? • Qual é a frequência das sessões?
C – Papel dos enfermeiros na Formação em Serviço.	Saber quais são os papeis atribuídos a cada um dos enfermeiros na organização e participação da formação.	• Qual o papel do responsável da formação em serviço? • Qual o papel dos enfermeiros chefes na formação em serviço? • Qual é o papel dos restantes enfermeiros na formação?
D – Oferta da formação em serviço.	Obter informação sobre a oferta da formação em serviço.	• Quais são os assuntos apresentados nas sessões de formação em serviço? • Como surgem os assuntos? • Quem escolhe os assuntos a serem tratados?
E – Procura da formação em serviço.	Obter informação sobre a procura da formação em serviço	• Como caracteriza a participação dos enfermeiros nas sessões de formação? • Os enfermeiros participam nas formações?
F – Expectativas dos entrevistados.	Perceber quais as expectativas sobre a formação em serviço.	• No seu entender como é que deveria ser a formação em serviço? • Quanto à organização? • Quanto à funcionalidade? • Quanto aos temas a serem abordados?
G – Validação da Entrevista	Recolher informação importante para o entrevistado. Recolher as sugestões acerca dos aspectos a incluir na entrevista. Agradecer a participação do entrevistado.	• Há aspectos importantes não abordados que gostaria de realçar? • Como conduziu o entrevistador a entrevista?
Observações	As perguntas a efectuar dependem do entrevistado e da condução da entrevista.	

ANEXO II – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA A

Transcrição da Entrevista A

Entrevistador – O que pensas da formação dos enfermeiros?

A – Por acaso, quando vim para aqui para o hospital, fiquei desiludida com a formação aqui no hospital, porque é uma área tão específica que podia-se explorar…

Por exemplo, Santa Maria poderá ser um mundo à parte, não sei, mas há muito formação. Mas, por exemplo, a L., que está cá, e é do Pulido, que é um hospital mais pequeno que Santa Maria, se calhar ainda há mais formação que Santa Maria e outros hospitais pequenos investem muito em Formação e aqui acho que se investe pouco em formação.

Entrevistador – E achas que aqui se investe pouco?

A – Sim, acho que aqui se investe pouco. É assim, há formação, mas acho que é para outros técnicos, volta e não volta, aparecem aí formações para outros profissionais, mas para enfermeiros em particular há pouco. E depois, mesmo a formação que há para enfermeiros, é muito teórica e não muito voltada para nós.

Entrevistador – Qual formação?

A – Por exemplo, há uns anos atrás, fui a uma formação sobre internamento compulsivo, que a essa formação podiam ir médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, ou seja, podia ir toda a gente. Mas depois aquilo era quase uma formação quase só para os médicos.

Entrevistador – E quem era o formador?

A – Era um médico do Hospital Miguel Bombarda. Foi a primeira formação que fiz aqui no hospital. Foi uma formação sobre internamento compulsivo de duração de três semanas.

Entrevistador – Então achas que não há formação para enfermeiros?

A – Pouca formação específica para enfermeiros e o que há com outros técnicos é muito geral, e se calhar mais para os médicos e para os psicólogos. Tenho esta ideia!

No ano passado, houve aqueles cursos para enfermeiros promovidos pelos próprios enfermeiros, mas foram os primeiros cursos específicos para enfermeiros. Se calhar, a culpa são dos enfermeiros que nunca fazem mais.

Quando saímos da escola não sabemos nada e é na prática que vamos aprender, e claro que é muito importante a formação que se faz no local de trabalho. Aliás, acho que é a formação no local de trabalho que é a mais importante. Por isso é que me propus ser a responsável da formação em serviço. Acho que os congressos, os cursos, os encontros que se fazem aí por fora são importantes, mas realmente formação mesmo é no local de trabalho.

Entrevistador – Achas, então, que a formação em serviço é importante?

A – Acho que é importante porque se faz a ligação entre a teoria e prática e a prática e a teoria. E o treino, o fazer "calo", é a fazer as coisas que se aprende, e tem que se pensar no assunto, reflectir, trocar ideias com os colegas e é no local de trabalho que se deve fazer isso, não é nos congressos que vou, onde não conheço as pessoas de lado nenhum, que vou fazer essa reflexão.

Entrevistador – E não achas que essa reflexão possa ser feita, por exemplo, numa acção de formação?

A – Sim, mas é isso que eu estou a dizer numa acção de formação no serviço.

Entrevistador – E numa acção de formação fora do serviço?

A – Pode, mas é difícil, porque estão lá uma quantidade de enfermeiros que eu não conheço de lado nenhum, portanto não estão a par da minha realidade e portanto não sabem o que se passa aqui. Portanto, aqui com os meus colegas, que fazem o mesmo que eu, ou parecido, é que nós temos de discutir e ver como fazer melhor.

Entrevistador – Achas que o facto de ser próximo da prática e entre os enfermeiros, isso permite melhorar o que se faz?

A – Sim, é verdade, isso irá permitir a melhoria das práticas. É claro que as coisas são complementares e quando vou a um congresso posso adquirir conhecimentos e mais valias que depois posso partilhar aqui no serviço.

Entrevistador – Como está organizada a formação aqui no serviço?

A – A formação aqui é semanal, à quinta-feira, das 14 às 15 horas, portanto uma hora e sempre uma vez por semana. O que se tem feito é as reflexões das práticas, fala-se dos assuntos do serviço.

Entrevistador – Como têm funcionado as sessões das reflexões das práticas?

A – Ou eu já trago um assunto pensado, em que depois vou perguntando a opinião das pessoas sobre o assunto, e vou procurando obter opiniões das pessoas, ou então, depois, quando há discussão e partilha de opiniões, há logo uma série de assuntos que vão surgindo. Esses assuntos, às vezes, até são temas para se discutir em outras sessões ou acções de formação já programadas com pesquisa bibliográfica.

Entrevistador – Quem apresenta os temas nas acções de formação? Pergunto isto porque lembro-me de que, ao início, quem apresentava a maior parte das acções eras tu.

A – Sim, é verdade, ao início era sobretudo eu que apresentava as acções de formação, mas já outros colegas têm apresentado outras formações. (…) já rodou por todos.

Entrevistador – E qual é a adesão dos colegas das enfermeiros às formações?

A – Quando há algum tema definido, as pessoas vêm, as que estão a fazer tarde vêm mais cedo. Por exemplo, o último tema deste ano foi o L que apresentou sobre o suporte básico de vida, e até estavam bastantes colegas, porque é um tema que é do interesse dos colegas, porque as técnicas vão evoluindo. Também outros assuntos têm surgido, por exemplo, já houve sobre antipsicóticos.

Entrevistador – E como surgem esses temas?

A – Alguns temas surgem nas reflexões e outros as pessoas já tinham manifestado. Eu, no ano passado, apliquei um questionário a perguntar quais os temas que achavam de interesse para este ano.

Entrevistador. – E aí as pessoas manifestavam esses interesses?

A – Sim, por exemplo, a P já apresentou um tema sobre gestão de conflitos e esse foi um tema que as pessoas referiram de interesse. Esse tema ficou logo no cronograma para ser apresentado este ano.

Entrevistador – E a duração das sessões?

A – É quase sempre 1 hora, por vezes 1 hora e 30 minutos.

Entrevistador – Uma vez por semana?

A – Sabes que as pessoas continuam a insistir que não devia ser uma vez por semana, devia ser de 15 em 15 dias.

Entrevistador – Achas que devia ser de 15 em 15 dias?

A – Eu percebo que deva ser todas as semanas, porque é mais fácil criar a rotina nas pessoas, pronto, começa a ficar na rotina. Mas sabes, às vezes as reflexões correm bem, as pessoas participam, mas há

muitas vezes, se calhar na maioria das vezes, as pessoas não gostam muito de se expor, há um certo de receio, as pessoas dão a sua opinião, mas há sempre um receio de…

Entrevistador – As pessoas têm receio de se expor?

A – Sim, porque depois as pessoas têm que dar a sua opinião e justificá-la. É que depois os colegas questionam as várias opiniões: "Então porque estás a dizer isso?". E, portanto, as reflexões das práticas as pessoas acabam por gostar menos e aderir menos, e se calhar por isso é que referem que poderia ser de 15 em 15 dias. E que as formações fossem mais para apresentar temas. Acham que deveriam ser mais espaçadas e até há pessoas que dizem que poderia ser mensal. E assim não precisam de participar de forma activa nas reflexões. Esta é a minha leitura.

Entrevistador – E achas que isso de fazer de 15 em 15 dias faz sentido?

A – Não, por acaso acho que deve ser semanalmente. No início, achava que talvez fosse melhor de 15 em 15 dias, mas agora não, acho que deve ser semanal.

Entrevistador – Parece-me que essa ansiedade de se expor cria uma resistência em as pessoas participarem…

A – É verdade, também sinto isso…

Entrevistador – Qual achas que é o papel do responsável da formação?

A – Eu acho que é sobretudo de moderador, ouvir o mais possível e falar o menos possível. E procurar que haja o máximo de consenso e harmonia. É moderar.

Entrevistador – Mas lembro-me que no início tiveste mais dificuldades e assumiste mais o papel de formadora.

A – É verdade. Ao início foi mais complicado, ainda por cima estava cá há dois dias e as pessoas não queriam colaborar nem participar. E depois lá me pus a fazer umas coisas, de forma humilde, e as pessoas acabaram por aderir. E então dizia: "estive a ler umas coisas" por exemplo, sobre a esquizofrenia, e então pedia apoio sobre essas coisas. É verdade, fiz algumas formações para ver se arrancava.

Entrevistador – Foi essa a tua estratégia?…

A – E depois, "era assim se esta rapariga que nunca trabalhou em psiquiatria e vem cá falar de umas coisas, eu que estou cá há dez anos e até sei umas coisas, então porque não hei-de falar também sobre a depressão?", por exemplo. E assim foi a minha estratégia.

Entrevistador – Foi essa a tua estratégia?

A – A P. foi muito importante nisto da formação.

Entrevistador – A chefe?

A – Sim, a chefe, porque ela é que insistiu muito com a formação, porque se não fosse ela isto nunca avançava. Tem sido uma grande ajuda.

Entrevistador – Estás a dizer que o chefe tem um papel importante?

A – Sim, porque com a P, mesmo só com uma pessoa, fez-se formação. É claro que perante determinadas situações é que não se fez. Este ano, houve uma reunião só com ela e eu, lembro-me disto, porque estou a fazer o relatório da formação, e discutimos as duas sobre isto da formação. E começámos a analisar os cuidados de enfermagem referentes a um doente por iniciativa dela. Ela sugeriu e pegámos num processo e a partir daí analisámos a situação do doente do ponto de vista dos cuidados do doente. Estamos ali todos a falar do doente e a ver como podemos ajudar aquele doente. E, por exemplo, estudamos a melhor

hipótese de ajudar o doente, sei lá, às vezes sugerimos falar com a mãe ou outro familiar, para perceber ou ajudar. (…) é falar sobre aquela situação e planear melhor os cuidados de enfermagem.

Entrevistador – A discussão de casos pode ser uma estratégia para as formações de formação?…

A – Sim, é verdade. Por exemplo, o M falou sobre a esquizofrenia, mas é completamente diferente falar sobre uma pessoa que tem esquizofrenia. É mais pessoal e mais real.

Entrevistador – Já falaste sobre a participação dos enfermeiros…

A – Pois tem dias, as reflexões são menos participadas.

Entrevistador – Mas quê, não vêm? Ficam à porta, não entram na sala?…

A – Não. O que as pessoas fazem é em vez de virem as 14, vêm dez minutos para as 15 horas, estás a ver? E as pessoas que estão dizem vamos lá falar e tal mas, depois, não se expõe muito. As pessoas dizem que é importante, mas depois não participam.

Entrevistador – O que será mais formativo: a reflexão ou as acções de formação?

A – As acções de formação são temas propostos pelos enfermeiros, ou seja, são temas que todos nós já estudámos, é capaz de trazer uma ou outra novidade sobre o assunto, mas até estou à vontade e domino o assunto ou tema, se trabalho em psiquiatria é claro que sei sobre a esquizofrenia, então vamos lá falar sobre esse assunto. Mas aquele assunto não é completamente estranho. Agora, as reflexões das práticas já implicam um bocadinho pôr-me em causa, é muito mais produtivo, mesmo que não me exponha muito, mas de certeza que vou para casa a pensar naquilo, portanto é com toda a certeza mais produtiva.

Entrevistador – Então porque é que nós perguntamos às pessoas quais são as suas necessidades de formação?

A – Pois é, é o que eu faço todos os anos, mas os temas são sempre os mesmos. Ou seja, eu digo aquilo que eu já sei e que estou mais à vontade.

Entrevistador – Então isso não é uma necessidade...

A – Pois não. Mas somos todos assim…

Entrevistador – Se pudesses voltar a organizar a formação, como farias?

A – Eu acho que está bem organizado, este esquema de ser semanal, se calhar o horário seria outro, mas isso também tem a ver com a chefe, que prefere que seja às 14 horas. Eu talvez escolheria durante a manhã, pelas 11 horas ou até à tarde, pelas 16 horas, mas à tarde era mais complicado. Pelo facto de ser às 14 horas para que as pessoas que vêm fazer tarde poderem assistir e assim poderem vir mais acaba por ser uma falsa questão, porque é raro virem mais cedo. E os que estão de manhã querem é sair daqui e ir embora.

Entrevistador – Então o que mudarias seria apenas o horário?

A – Quer dizer, talvez. Pronto, não sei! Talvez motivar mais as pessoas, e isso também tem a ver com a conjuntura geral, se calhar não vou ser eu… se calhar as pessoas não participam mais da condição do conjunto geral, também se calhar as pessoas ainda não perceberam a importância disto, se alguém valoriza as suas opiniões que disseram nas reuniões, ou não.

Entrevistador – E como motivarias mais as pessoas?

A – Se calhar não devia dizer isto, mas, por exemplo, eu venho a uma reunião de reflexão das práticas e dou a minha opinião que acho que realmente há algumas coisas que não funcionam bem, mas depois não

há feedback sobre a minha opinião e as coisas continuam a ser como a enfermeira chefe quer que sejam, portanto não há interesse em participar.

Entrevistador – Achas que teria de se modificar o processo de tomada de decisão no seio da equipa?

A – Pois, mas isso já é mais complicado. Há sempre uma hierarquia e as pessoas cá por baixo sentem que a sua opinião não é importante, e não sou eu que decido nada. A maioria dos enfermeiros sente que a sua opinião não serve de nada.

Entrevistador – Que achas das reuniões de responsáveis da formação?

A – Eu acho que sim, que são importantes.

ANEXO III – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA CA

Transcrição Entrevista Ca

Entrevistador – O que achas sobre a formação dos enfermeiros?

Ca – Os conhecimentos que eles têm? Portanto, a formação é algo que é muito importante para o desempenho das suas funções. Quanto maior a formação específica de enfermagem ou não … são sempre mais valias para a prestação de cuidados. Depois, pode repercutir muito até no contacto de cada um e maneira como cada um desenvolve a sua actividade no dia-a-dia. Acho que a formação é importantíssima não só a específica, em termos de cuidados, como a formação no geral.

Entrevistador – E o que é essa formação no geral?

Ca – Porque há formação que pode ser específica em termos de cuidados, cuidados especializados. Mas depois, em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, isso ultrapassa muito mais que essa formação. Por exemplo, o acolhimento, a maneira como se atende um telefonema, a maneira como se fala com uma família, são maneiras que são extremamente importantes no desenvolvimento das nossas actividades. E, portanto, ultrapassa muito a formação específica no atendimento geral do utente, tem o seu peso e é importante.

Entrevistador – Achas que os enfermeiros necessitam dessa formação?

Ca – Acho que alguns enfermeiros necessitam dessa formação. Aquilo que acontece é que temos a formação que se aprende na escola, mas depois há toda a formação da nossa vida e, portanto, uma aprendizagem que vamos tendo ao longo da nossa vida como seres humanos, portanto estamos sempre a aprender. E é pelo facto de irmos aprendendo ao longo da vida que vamos mudando algumas das nossas atitudes e ter uma melhor resposta às necessidades que vamos encontrando nos utentes e respondendo de uma forma mais adequada a essas necessidades.

Entrevistador – Achas que os conhecimentos que os enfermeiros têm no âmbito da saúde mental são adequados?

Ca – Penso que hoje em dia os enfermeiros que saem da escola, na sua maioria, eles trazem bons conhecimentos porque a maioria nas escolas não aposta apenas na formação biomédica como acontecia até há vários anos e, portanto, penso que muitas das escolas apostam noutro tipo de formação sem ser essa e o que na área de saúde mental isso é visível. Portanto, alguns recém-chegados terão alguma necessidade de formação mas, se calhar, os enfermeiros que exercem há mais anos também. Com certeza que vamos encontrar de tudo.

Entrevistador – Achas que o hospital dá resposta a essas exigências ou a essas necessidades?

Ca – Os enfermeiros têm uma carga de trabalho de poucas horas ou nenhumas para a formação. Também eles, pelo esforço físico que vão tendo, também não têm essas apetências, e o facto de muitos enfermeiros exercerem a sua actividade em mais que um local também lhe limita muito a sua formação. Há muitos factores que todos eles coadunam para que os enfermeiros invistam muito pouco na formação.

Entrevistador – Achas então que os enfermeiros investem pouco na formação?

Ca – Na maioria têm investido pouco. De alguma forma, estes factores influenciam esse pouco investimento. Não quer dizer que não necessitem. Podem necessitar, mas penso que são estes factores que não deixam investir na formação. Outra coisa talvez que os desmotiva é que sob o ponto de vista do conhecimento e da recompensa monetária a seguir a uma formação não há essa recompensa. Que é o caso dos enfermeiros que têm investido no complemento que ainda não o viram reconhecido sob o ponto de

vista remuneratório. Isso muitas vezes é sentido como desmotivação. Não há uma recompensa monetária nem estatutária. Muitas vezes não é só apenas a recompensa monetária, mas mais a estatutária. Com a mudança de estatuto ou algo do género.

Entrevistador – E o que achas da formação em serviço?

Ca – Formação em serviço é algo que é muito importante. Penso que é através das vivências diárias, das nossas experiências que partilhamos os nossos saberes. Portanto, podemos aprender e a influenciar comportamentos de outros elementos da equipa de enfermagem e não só, e da equipa multidisciplinar. Penso que é vivendo situações reais e discutindo essas situações reais que podemos mudar e melhorar a prestação dos cuidados.

Entrevistador – Em termos da organização da formação, o que tens a dizer?

Ca – Eu penso que cada serviço terá que ser feito o plano de formação para o serviço para algumas necessidades que os enfermeiros vão apresentando e referindo de forma a colmatar algumas lacunas. Com certeza que, nesse plano, teremos que dar sempre espaço para discutir esses tais assuntos que são levantados no dia-a-dia em relação a situações que teremos de enfrentar.

Entrevistador – E achas que essa discussão e reflexão são importantes?

Ca – Da discussão nasce a luz. Perante vários saberes de várias pessoas que experienciam situações diversas, penso que é extremamente importante, porque só assim conseguimos fazer um plano ou definir normas para os enfermeiros de maneira a desempenhar as funções da maneira que ficaram estabelecidas.

Entrevistador – Mas achas que a partir da discussão se pode chegar a essas definições de normas? de trabalho? Eu lembro-me de que há uns tempos falavas que as nossas reuniões de formação eram apenas muita catarse…

Ca – Sim, temos que ir para além da catarse, porque a formação é importante porque depois devem ficar definidos da discussão de algum assunto, algumas normas ou regras de maneira que perante situações futuras já consigam resolvê-las perante o que ficou estabelecido.

Entrevistador – O que estás a referir é que da discussão e reflexão das práticas definem-se regras, normas e formas de funcionamento?

Ca – Certo.

Entrevistador – O que será que as pessoas aprendem e como através da reflexão e discussão dessas situações do trabalho?

Ca – Há muitas situações que os enfermeiros têm muita dificuldade em gerir essas situações mais complicadas e com a experiência de colegas que passaram por essa ou experiências semelhantes e apresentaram alternativas, provavelmente é sempre maneira de nós aprendermos e incutirmos alguns saberes de maneira de futuro a ultrapassar essas situações. Portanto, nós aprendemos perante os saberes dos outros, que nos vivenciam e transmitem.

Entrevistador – E perante situações que nós desconhecemos? Como é essa aprendizagem?

Ca – Em princípio, perante qualquer situação que nos deparamos, nunca estamos a zero. Perante situações que eu não conheço, quando a exponho eu nunca sei se outro não a sabe. Portanto, se chegarmos à conclusão que nem eu nem mais ninguém do grupo sabe, então temos de arranjar outros meios para dar a resposta.

Entrevistador – Outros meios de resposta…

Ca – Penso que a nossa formação profissional não termina quando saímos da escola e portanto, agora e cada vez mais, penso que os enfermeiros recém-formados, e é isso que muitas vezes verificamos, que após tirarem o curso, pensam que já nunca mais lhe vai ser pedida ou solicitada outro tipo de formação ou aprendizagem ou explanação das suas ideias. E agora com o desenvolvimento profissional e com a formação dos enfermeiros tutelada, penso que nós, enfermeiros, temos que nos habituar a dar resposta também de uma forma obrigatória. Os enfermeiros, após o curso, de tempos em tempos deverão, de forma obrigatória, ser responsabilizados pela apresentação de alguma situação concreta: estudo de caso ou alguma coisa concreta.

Entrevistador – E qual será a mais valia dessa "obrigatoriedade"?

Ca – São duas. Uma para o próprio, porque na sua formação profissional isso o vai obrigar a pensar. Outra é para a equipa, porque penso que uma pessoa assume responsabilidade há sempre outro tipo de investimento, outra procura, outra pesquisa que poderá tornar-se extremamente importante no fornecimento de conhecimentos aos colegas. Se calhar, o que pode acontecer é alguém assumir maior responsabilidade, no entanto, toda a equipa ou alguns elementos pensar nos assuntos e não ser apenas a responsabilidade de um. Todos nós temos de pensar nisso, e vamos todos ler e depois discutimos.

Entrevistador – Como organizarias a formação?

Ca – Acho que nem sempre deve haver temas pré-definidos, se calhar, de vez em quando, terá de haver estudos de casos ou temas específicos para se apresentar.

Entrevistador – Então como achas que se deve organizar?

Ca – Se calhar, podemos falar com os elementos da equipa, pôr-lhes também a questão, eu como enfermeiro-chefe, refiro esta importância. Pronto, preciso de saber, precisamos todos de saber como é que os nossos colegas vêem isso. Até porque estamos em época de mudança com o sistema, os enfermeiros têm que passar a assumir como responsáveis não só da prestação, mas também da formação.

Entrevistador – Achas que se deve manter uma vez por semana?

Ca – Ser uma vez por semana se basear na troca de ideias, partilha e reflexão. Não me parece viável responsabilizar alguém a apresentar temas ou isso. Talvez uma vez por mês, ainda não pensei bem nisso. Eu não digo uma apresentação formal, tipo data show, apresentação…

Entrevistador – E porque não?

Ca – Eu acho que também é importante, porque depois em apresentações mais formais em determinados congressos e colóquios se sintam ligeiramente mais à vontade. Porque, se calhar, estas apresentações mais caseiras, no próprio serviço, as pessoas por si já são inibidas mas isso com o treino leva a alguma desinibição, que depois se traduz em maior desinibição perante maior público e perante coisas mais sérias.

Entrevistador – Portanto, achas que devemos ter semanalmente as discussões e as reflexões das práticas e se calhar uma vez por mês uma apresentação mais estruturada tipo um caso clínico ou tema teórico?

Ca – Certo. Teórico ou uma situação prática de alguma situação vivida, um estudo de caso, que são situações que já aconteceram. Se calhar é a forma de avançarmos e obtermos resultados positivos.

Entrevistador – Quais são as vantagens da formação tanto formal como não formais para os próprios como para o serviço? O que se aprende?

Ca – Acho que aprendem em ambas, porque acho que é pela cabeça dos outros que nós acabamos por aprender, pelo que os outros vivenciaram, a maneira como conseguiram resolver certas situações, porque muitas vezes fazemos as coisas de uma maneira e nem sempre pensamos que há hipótese de fazer outra. Por exemplo, quando um colega diz: "olha, eu fiz desta maneira". E se calhar isso nunca me passava pela cabeça se não fosse o outro.

Entrevistador – Quais foram as maiores dificuldades sentidas no âmbito da formação em serviço?

Ca – A falta de disponibilidade, a falta de motivação das pessoas pelo facto de a coisa se tornar rotineira e só as pessoas que estão no serviço estarem presentes, ou seja, uma incapacidade de imobilização. Sob o ponto de vista da gestão do serviço, senti uma grande dificuldade que é as pessoas procurarem que eu desse soluções concretas e eu não as consigo dar. Muitas vezes há situações que se complicam (...) se calhar às precárias condições hoteleiras, muitas vezes a incapacidade de responder a algumas solicitações por não termos recursos humanos e materiais. Estas são as minhas maiores dificuldades.

Entrevistador – Isso foi sentido nas reuniões de formação?

Ca – Acho que sim. Isso foi. Em algumas situações. Por exemplo, quando nós discutimos um assunto tão importante como é a contenção dos doentes e se calhar há coisas escritas que devem ser cumpridas digamos assim para salvaguardar tanto o utente como o pessoal trabalhador, quando vamos tentar cumprir com isso, se calhar, não temos as condições para as poder cumprir. O que é certo, se calhar, o doente não vai ser contido nas melhores condições. Mas, de qualquer maneira, é sempre positiva essa discussão, porque sempre surge muitas vezes discrepância entre as atitudes a quando das contenções, deve ou não conter, como se deve, as maneiras como devemos agir para evitar a contenção. É sempre uma aprendizagem. Agora tenho algumas vezes dificuldade de dar respostas.

Entrevistador – Falavas da falta da motivação…

Ca – Se calhar, elas próprias devem começar a ver qual a importância da formação. Futuramente, se calhar, as pessoas vão ver quão importante é esse investimento na formação, porque só assim, se calhar, progridem mais facilmente na carreira ou conseguem, não é benesses, mas só vendo esse tipo de investimento na formação é que as pessoas conseguem formação no exterior, se calhar temos que ir por aí.

Entrevistador – Qual o balanço que fazes da formação em serviço?

Ca – É assim, há momentos que acho a formação extremamente interessante, quando reflectimos nas nossas práticas. Por outro lado, há momentos que a formação podia ter tido outro êxito, porque há aqui coisas que falham como referia, falta de motivação, falta de interesse e se calhar temos que procurar outros mecanismos para dar a volta a isto.

Entrevistador – Quais serão esses mecanismos?

Ca – Se calhar… aquilo que muitas vezes tem havido inicialmente co-responsabilizar alguém mas depois na falha não há, como irei dizer, não há … não se trata do castigo, mas o pedido de feedback e, portanto, ficaste de fazer isto e não cumpriste, há aqui qualquer coisa que correu mal, portanto as pessoas têm que começar a trabalhar mais seriamente.

Entrevistador – O que achas então que falhou? Achas que as pessoas não cumprem com as suas obrigações profissionais?

Ca – Isto da saúde mental, muito. vêem, ouvem o que o outro faz. E, portanto, uma coisa é falar e outra coisa é fazer. Uma das coisas que tem sido complicado é em termos de formação parece que é fácil mas depois, na prática, a coisa é mais complicada. E o saber estar em saúde mental é extremamente importante, o saber fazer também é, mas o saber estar é de primordial importância. E portanto não há duas situações iguais. Isto não é uma objectividade tão grande como em outras especialidades. Numa cirurgia, se faço um penso e "infecto" um ferro, eu "infecto" um ferro em todas as partes do mundo. Em saúde mental, a objectividade não é assim tão grande e, portanto, os doentes são diferentes, as pessoas são diferentes e, portanto, há que aprender com as nossas experiências e com as experiências dos outros.

Entrevistador – Portanto, a dificuldade da formação também se prende com a própria especificidade da saúde mental…

Ca – Isso mesmo. Penso que a dificuldade trata-se também com essa especificidade. Cada doente é um doente, cada profissional é um profissional e muitas vezes o mesmo doente, perante situações aparentemente idênticas, reage de diferentes maneiras e, portanto, não é fácil.

Outra coisa que tem sido complicada penso que é o facto de as equipas, da equipa multidisciplinar estar extremamente espartilhada, há momentos que não conseguimos trabalhar em equipa multidisciplinar, em que todos os profissionais trabalhem com o mesmo objectivo. E se calhar isso é algo que tem de ser trabalhado.

Entrevistador – Em termos da formação em serviço, qual é o balanço que fazes?

Ca – O balanço é assim: tudo que é formação, é positivo. De qualquer maneira há coisas a melhorar. Mudando qualquer coisa da estratégia, captamos a atenção e desenvolvemos melhor trabalho.

Entrevistador – Portanto, há coisas a melhorar. E quais serão essas coisas que podemos melhorar?

Ca – Tu, estando ligeiramente fora do serviço, se calhar também tem influenciado isso. Penso que uma pessoa trabalha no serviço, está lá e vivência ele próprio e está imbuído naquele espírito e não vai estar à espera que vocês têm para dizer ou o que vamos discutir. Estando lá, sabe-se que muitas vezes surgiu esta situação e que tal "discutir este problema que tivemos dificuldade?" e não é só estar à espera que essa informação venha só dos outros, portanto é pensar em equipa, com certeza que pela tua experiência, poderá dar um contributo e também pensares nessa situação, agora é assim: não estiveste lá, nunca a viveste e portanto terás que estar à espera do que os outros te vão criticar. Não sei se isto tem algum sentido para ti, mas para mim tem todo o sentido.

Entrevistador – Sim, acho que o facto de não estar diariamente no serviço terá influencia na equipa, sobretudo porque os colegas me vêem quase como um estranho e, pelo facto de estar na direcção de enfermagem, as pessoas nas reuniões das reflexões das práticas terão mais relutância em partilhar as suas dificuldades, os seus problemas as suas estratégias de acção.

ANEXO IV – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA CR

Transcrição da Entrevista Cr

Entrevistador – O que pensas da formação dos enfermeiros?

Cr – A formação dos enfermeiros… Primeiro, penso que os enfermeiros fazem formação por fazer, depois, aqui no hospital, acho que fazem sempre as mesmas formações todos os anos. E acho que não existe um levantamento de necessidades dessa mesma formação.

Entrevistador – Achas que essa formação promovida pelo Centro de Formação não é adequada?

Cr – É adequada, mas é sempre a mesma todos os anos, excepto um ou outro tema, são sempre os mesmos temas: psicopatologia, psicofarmacologia, etc., e acho que não havia interesse de saber as verdadeiras necessidades das pessoas.

Entrevistador – Como avaliarias essas necessidades?

Cr –Primeiro, tem que se conhecer o grupo profissional em causa, constituição desse grupo, as idades, se entraram há pouco tempo, ou se entraram há muito tempo, qual a sua experiência profissional e, a partir daí, definir um plano de formação.

Entrevistador – Estás a dizer que primeiro há que conhecer o grupo?…

Cr – Saber quais os interesses dessas pessoas, em que áreas gostariam de aprofundar conhecimentos, saber, se calhar, que outra formação já possuem.

Entrevistador – E o que pensas da formação em serviço dos enfermeiros?

Cr – Formação em serviço (…) para mim faz todo o sentido. Agora, tem que ser continuada, tem que ser certinha, nos dias combinados, nas horas combinadas, e não deixar passar muito tempo entre as sessões porque se não as pessoas vão-se desmotivando, percebes? É fundamental fazer a mesma coisa, falar com as pessoas, saber as suas necessidades, saber os seus interesses, saber e discutir na prática as dificuldades que surgem. Podes reflectir na formação, a partir das dificuldades que surgem na prática, podes fazer isso quer as pessoas concordem ou não com isso. Porque isso é um momento de reflexão do grupo, porque reflectes, discutes sobre o assunto, seja formal ou informal. Pode ser apenas uma discussão ou um planeamento de alguma coisa.

Entrevistador – Da tua experiência que tens como responsável da formação, que achas sobre a diferença entre formações planeadas e não planeadas?

Cr – Numa formação não planeada, discutiu-se muito mais do que numa formação planeada, porque numa planeada tens aquele tema, discutes a apresentação ou não, podendo ficares calada a ouvir o que aquela pessoa tem para dizer, enquanto que em acções não planeadas acabas por discutir vários assuntos e vários pontos de vista e muitas vezes coisas que não têm a ver com necessidades de formação.

Entrevistador – Como caracterizas a participação?

Cr – De início, a adesão foi boa, mas como não tive aquela linha de continuidade, por diversos motivos, acho que há uma desmotivação das pessoas. Quem está de serviço obrigatoriamente vai, quem não está raramente aparece. Aparece quando há marcação de tema do interesse da pessoa.

Entrevistador – Quando marcaste temas, as pessoas apareceram?

Cr – Não apareceram todas, mas mais algumas do que aquelas que estavam de serviço.

Entrevistador – E participavam?…

Cr – Nesse caso é mais ouvir, foram poucos os temas que geram pouca discussão.

Entrevistador – A partir das reflexões é que surgiram os temas para as acções?

Cr – Não. Eu fiz um levantamento individual, com cada pessoa sobre aquilo que achavam sobre as suas próprias necessidades e sobre o que estariam dispostas a fazer como formadoras, isto inicialmente. Depois, ao longo do debate, das sessões não planeadas, levantaram-se outras necessidades. Ou então, vieram ao encontro do que já tinha sido referido.

Entrevistador – E as pessoas participaram nas formações cujos temas referiram como necessários para a sua formação?

Cr – Essas não chegaram a ser feitas. Porque depois não dei continuidade. Talvez este ano seja diferente, porque um dos temas até é sobre pensos e feridas e há pouco tempo tivemos uma discussão sobre isso e vou então combinar com uma pessoa que acabou de fazer um curso sobre esse tema para fazer uma acção de formação agora a partir de Setembro. Logo vejo quem são as pessoas que aparecem ou não.

Entrevistador – Qual será, na tua opinião, o papel do responsável da formação?

Cr – Tem efectivamente de fazer esse levantamento, de promover a discussão intra-grupo e encaminhar as pessoas mesmo para formação externas que tenha conhecimento e que observa que essa pessoa tenha necessidade.

Entrevistador – E qual é o papel dos chefes?

Cr – Tem que promover.

Entrevistador – Como?

Cr – Eu acho que os chefes têm que promover a adesão a essa formação participando também na própria formação. Não deixando para os outros só, mas participando como elemento do grupo, que participa e que debate como elemento do grupo e não como papel do chefe.

Entrevistador – E não participa, a tua chefe?

Cr – Não, ela vai às formações todas, dá a opinião daquilo que acha correcto mas, de facto, ela desenvolver um determinado tema, ela nunca o quis fazer.

Entrevistador – E que achas disso?

Cr – Eu acho que ela devia fazer o mesmo.

Entrevistador – E tu, fizeste alguma?

Cr – Já, foram as primeiras.

Entrevistador – Quais os temas abordados por ti?

Cr – Fiz sobre direitos dos doentes internados.

Entrevistador – Qual o papel dos restantes enfermeiros nas formações?

Cr – Acho que deve funcionar como grupo e participarem activamente. Sinceramente, acho que é necessário uma motivação brutal para estar em casa a dormir e levantar-me para vir à formação.

Entrevistador – E no decorrer das sessões?

Cr – Participam.

Entrevistador – Qual será a mais valia das formações no desenvolvimento das pessoas?

Cr – Isso é um momento de formação que as pessoas não fazem pelo certificado do papel, para o currículo, fazem-no ou discutem-no porque têm interesse naquele assunto. Se não têm interesse no tema, limitam-se a assistir e não participam.

Entrevistador – O que achas que aprendemos com isso?

Cr – Discutir diferentes pontos de vista em grupo e a ouvir os outros.

Entrevistador – E achas que aprendemos alguma coisa com essa discussão?…

Cr – Claro que aprendemos!

Entrevistador – Já falaste de alguns assuntos abordados na formação do teu serviço…

Cr – Foram abordados alguns, inclusive reanimação cardio-respiratória, uma básica e outra avançada, isto porque é uma preocupação que as pessoas têm, primeiro por falta de conhecimentos que as pessoas têm e segundo não sabem actuar nessa área, num hospital psiquiátrico onde não existem recursos, que existem em outras instituições. Essa foi uma das acções de formação mais concorrida, em que estiveram mais pessoas presentes. As da NANDA, no início também tiveram muita plateia, muita assistência. Depois disso, são quatro, cinco ou seis pessoas, não mais que isso que participam.

Entrevistador – Nas formações designadas por reflexões das práticas como surgem os temas?

Cr – Umas vezes introduzo o tema que eu acho que o grupo precisa de discutir, outras vezes são pedidas sugestões às pessoas, se têm algum assunto, alguma coisa que as incomoda, que gostariam de ver esclarecidos ou debatidos e debatem-se normalmente assim.

Entrevistador – Como achas que deve ser organizada a formação em serviço?

Cr – Para além de ter que ser semanal, para não cair no esquecimento, acho que tem que surgir a partir do levantamento das necessidades sentidas pelas pessoas, quer seja a partir de temas que as pessoas se proponham a apresentar, por exemplo, na altura, havia a sugestão sobre as feridas mas não havia ninguém que, dentro do grupo, tivesse conhecimentos sobre o assunto, e podes recorrer a outras pessoas até de outras áreas que percebam do assunto. Não foi o caso até ao momento.

Entrevistador – Achas então que a formação deve ser semanal?…

Cr – Sim, semanal. À medida que tu aumentas os períodos de discussão, não aumentas, manténs os períodos de discussão, as pessoas já sabem que é sempre naquele dia, naquela hora e naquele lugar. As pessoas aparecendo ou não sabem que aquele momento existe. Se não as pessoas não sabem se vai haver ou não, se para a semana há ou não e acabam por desmotivar.

Entrevistador – A melhor hora seria qual?

Cr - A melhor hora seria próximo do final do turno, às pessoas só lhe faltam passar o turno, já trataram dos doentes, já fizeram tudo que havia para fazer, já almoçaram, já estão confortáveis, e depois, discute-se das duas às três.

Entrevistador – Não achas que a essa hora as pessoas já estão um pouco cansadas e não quererão ir embora?

Cr – Não. A formação é das 14 às 15 e das 15 às 15,30 horas é a passagem de turno.

Entrevistador – E sobre as reuniões dos responsáveis da formação em serviço?

Cr – Acho que devem existir e que se deve apresentar temas que nos ajudem a desempenhar melhor o nosso papel de responsáveis da formação em serviço.

ANEXO V – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA E

Transcrição da Entrevista E

Entrevistador – O que achas da formação contínua dos enfermeiros?

E – Formação? Estás a falar da formação quando já são enfermeiros? Eu acho que de uma maneira geral investem muito pouco na formação. Acreditam que saem formados e investem muito pouco no estudo e no contínuo de aprendizagem. É desta forma que eu vejo. Acho que era necessário estudar-se mais, aprender-se mais, e partilhar-se mais as dificuldades uns com os outros.

Entrevistador – Achas que os enfermeiros valorizam pouco as questões da formação? Achas que deviam fazer mais formação?

E – Eu acho que não valorizam, e até o que nós temos vindo a assistir é que os enfermeiros acabam os cursos e começam a trabalhar em vários sítios. Eu penso que a dificuldade "tempo" pode ser um dos factores que contribui para isso. Portanto, se estão tão ocupados, não têm tempo para se informar, para ler e para estudar. Por outro lado, não há disponibilidade para isso.

Entrevistador – E daí achas que a formação é importante?

E – Acho que sim. A formação deve fazer parte de nós. A continuidade de formação, (…) da aprendizagem.

Entrevistador – Portanto, no teu serviço e na tua experiência sentes que há falta de formação nos enfermeiros?

E – Sinto que há desconhecimento, ou seja, eu acho que durante a nossa formação inicial nós aprendemos algumas coisas, ficamos com o embrião de várias coisas, e depois temos que as desenvolver. Quando os enfermeiros investem em trabalhos duplos e triplos sentem que o seu trabalho de um sítio complementa o trabalho do outro, sendo trabalhos diferentes e vão fazendo a sua formação por aí. Eu penso que não chega. É preciso estudar-se e o que eu sinto, embora todos os enfermeiros estejam no serviço, por inerência da sua formação inicial, todos estudaram um pouco da patologia psiquiátrica, mas é muito básico. Portanto, é preciso desenvolver e actualizar e penso que isso é uma lacuna não sendo feito.

Entrevistador – Formação em saúde mental e psiquiátrica?…

E – Sobretudo em saúde mental e psiquiátrica.

Entrevistador – Como achas que o hospital deveria promover essa formação?

E – Através da formação em serviço, que pode ser feita de várias formas: umas em sala de forma formal e outras de forma informal, que é aquilo que se tenta fazer no serviço, aproveitar os momentos da reunião para se falar de uma forma mais profunda sobre determinada patologia, sobre determinado medicamento, sobre determinada atitude dos profissionais sobre determinados problemas que surgem, os conflitos, a gestão do conflito, a gestão da situação de agressividade de doentes. Portanto, pode ser feito de uma forma formal ou informal. Na minha perspectiva acho que a informal pode ter resultados mais produtivos do que a formal, atendendo que estamos a falar de adultos, que já têm formação e que o estar a absorver conteúdos numa sala de aulas pode ser uma situação adversa. Vamos um bocadinho por aí.

Entrevistador – E porque achas que o informal terá vantagens?

E – Pela relação que se estabelece uns com os outros. Ninguém sabe mais que ninguém. Estamos numa de partilha.

Entrevistador – E tu achas que o facto de se falar das coisas vai influenciar os enfermeiros?

E – Não tenho dúvidas. Falar-se e discutir-se ou cada um dar a sua opinião naquela situação, sua postura tinha sido esta ou aquela, a partilha dos vários elementos e as várias posturas certamente poderá sair uma informação ou daí advir uma atitude mais generalista, mas complementada pela postura de todos.

Entrevistador – Então e qual é a vantagem da formação formal, das acções de formação?

E – As acções de formação, acho que deveriam ser mais para temas concretos e casos concretos, ou seja, se nós quisermos falar sobre terapêutica psiquiátrica e escolher neurolépticos, as coisas são muito definidas e muito concretas e aí pode ser uma formação em sala. Embora, possa em discussões informais o tema ser aflorado, mas aí, percebe-se que não há a rejeição de quem está a aprender ou a complementar a sua aprendizagem uma reactividade ou outro que se preparou de uma forma mais consubstanciada para apresentar.

Entrevistador – Quem achas que devem ser os formadores dessas acções de formação?

E – Eu acho que quem se disponibilizar.

Entrevistador – Qualquer pessoa serve?

E – Eu penso que desde que as pessoas tenham disponibilidade, porque também passa por aí. Também sabemos que há pessoas que nunca se vão disponibilizar para tal. Não acho que tenha de haver critérios definidos previamente.

Entrevistador – Como organizarias essa formação?

E – No serviço? Eu sem organizar tenho vindo a organizar que é exactamente aproveitar os momentos de passagem de turno, não todos, mas quando o serviço está mais leve e nos permite alargamos a discussão. São momentos formativos. Não falamos apenas dos doentes e a passagem do turno mas falamos de situações que aconteceram e desenvolvemos ali um pouco as estratégias.

Entrevistador – Como poderias organizar a formação no serviço?…

E – Podemos pedir ajuda externa ao serviço, com momentos previamente marcados e que os temas sejam propostos pelos próprios elementos, dentro das necessidades que sentem, proporem o que gostavam de discutir ou de ver apresentado numa acção de formação, podendo ser as duas coisas. Acontece, sistematicamente, determinadas situações e gostávamos que no dia que se marcasse e se falasse dessas situações, por exemplo, ou determinados temas em que as pessoas por se sentirem inseguras ou menos preparadas e que alguém prepare o tema e o apresente.

Entrevistador – Em termos de organização, nomeadamente em termos de periodicidade, uma vez por mês, uma vez por semana? Ou uma vez por ano?

E – Depende do tempo que se tiver. Neste momento, parece-me que estar a fazer por semana é capaz de ser muito. Mas talvez de 15 em 15 dias fosse útil.

Entrevistador – Quanto tempo? Qual o horário? Contar com que enfermeiros? Achas que os enfermeiros irão participar? Como chefe, de que forma irás promover esse espaço de formação?

E – Para já, há elementos do serviço interessados em orientar e organizar a formação, já manifestaram isso. É uma estratégia que se pode colocar à equipa e de acordo com as necessidades sentidas, então avança-se.

Entrevistador – As necessidades sentidas, como assim?

E – Porque há pessoas que manifestam que têm necessidade em aprender e falar sobre alguns temas e algumas situações. Primeiro, identificar essas necessidades. Até aqui têm sido identificadas

informalmente e no desempenho no dia-a-dia, mas pode-se fazer de uma forma mais formal a identificação dessas necessidades, e então, depois, programar estratégias de resolução.

Entrevistador – Estás a pensar delegar essas funções em alguém?

E – Sim, estou a pensar em responsabilizar alguém. Há dois elementos do quadro que se disponibilizaram para isso: o S e P. Uma vez que S poderá sair, temos o P que tem vontade e que pode ser ajudado a concretizar, e com a colaboração de um elemento em quem eu reconheço qualidades e capacidades para o poder fazer que é uma contratada que é a N.

Entrevistador – Sabes que há determinados requisitos legais que nós temos de cumprir na selecção do enfermeiro especialista. Sendo um deles, terá que preferencialmente ser um especialista e, caso não haja um especialista, então poderá ser um enfermeiro graduado…

E – Mas eu não tenho especialistas.

Entrevistador – Tens a L.

E – Não é uma área que tenha manifestado interesse em desenvolver. Por outro lado, é especialista em reabilitação e não tem manifestado interesse na área da formação.

Entrevistador – Eu estou a falar sobre isso apenas do ponto de vista legal (...).

E – Mas é uma questão para lhe colocar, ficando coadjuvada pelos outros elementos que manifestaram vontade e que me parecem ter competências para o poderem fazer.

Entrevistador – Qual achas ser o papel do responsável da formação?

E – Identificar as necessidades de formação em conjunto com o enfermeiro chefe e com a equipa e depois delinear as estratégias de intervenção. Parece-me que é esse o papel.

Entrevistador – E o papel do chefe?

E – O papel do chefe será um pouco, o chefe terá que estar presente em todo este processo, apesar de ter alguém responsável. Esse responsável terá que organizar sempre em concordância com chefe. O chefe é o responsável pelo serviço todo, da formação e não só.

Entrevistador – E como vês a participação dos outros colegas?

E – Eu penso que a formação não é uma coisa estanque, é uma coisa que diz respeito a todos. Tu no início, quando perguntas como vejo a formação, é um bocadinho de que todos nós somos responsáveis da formação de nós próprios e de uma equipa. Portanto, todos os elementos têm que convergir para o mesmo objectivo.

Entrevistador – E achas que vão aderir?

E – Acho que sim. Se perceberem o que está na base de se querer organizar a formação em serviço, acho que sim, de uma maneira geral acho que as pessoas vão aderir.

Entrevistador – Hoje em dia fala-se muito da motivação.

E – Pois, as motivações quer para a formação, quer para a prestação de cuidados, estão muito postas em causa porque todos os elementos manifestam uma desmotivação em relação a tudo. Vêem as suas carreiras sem perspectivas de futuro, vêem a sua remuneração também com pouco futuro, e eu penso que tudo isso são factores de desmotivação. Aqui tem que ser feito um trabalho de base que vai ser demoroso, mas penso que terá resultados finais positivos, quer junto dos elementos, no fundo é chamar a atenção que é com motivação ou desmotivação que nós temos que estar. Se calhar, é muito mais fácil e mais agradável se todos nos motivarmos para fazer um bocadinho melhor. Se daí advierem coisas boas, tanto melhor. Eu

penso que é assim. A motivação é sempre muito pouco definível, cada um de nós vê as coisas de formas diferentes, passa um bocadinho por aí. Eu penso que as pessoas podem ser motivadas, se virem resultados positivos do seu empenho e da sua motivação perante o serviço, se calhar também se vão motivar para fazer mais e melhor, para fazer diferente. Agora isto leva muito tempo e muito trabalho.

Entrevistador – Quais achas que deveriam ser os assuntos a serem tratados nas formações?

E – Vários. Nós, neste momento, temos uma equipa muito heterogénea, uma equipa que tem elementos novos, temos uma filosofia no serviço a ser implementada há relativamente pouco tempo e aqui há várias frentes.

Entrevistador – Quais os assuntos que as pessoas têm manifestado mais dificuldades?

E – O que se tem sentido mais é a angustia e a dificuldade em lidar com o número insuficiente de cuidadores. Isto é uma coisa que diariamente se sente. Numa equipa em formação, eu penso que era importante falar-se sobre comunicação e relações interpessoais, para ajudar a equipa a se encontrar. Arranjar algumas estratégias para que quanto mais a equipa se unir e a mesma linguagem falar, melhor se conseguirá tudo o resto.

Depois sinto que a equipa tem que aprender psiquiatria, portanto cuidados aos doentes psiquiátricos.

Entrevistador – Achas que com a formação ou acções de formação sobre esses assuntos as pessoas ficam a saber isso tudo? E que se modificam as práticas?

E – Não acho, mas aí entra a formação informal diária e cada encontro que a equipa tem nas passagens de turno, a formação não é estanque, poder-se-á falar em grupo e conjunto discutir mas não ficar por aí e continuarmos a insistir por aí.

Entrevistador – O que é necessário fazer na prática para mudar as coisas? Falaste que as pessoas não têm esse conhecimento e depois falaste que para além desse conhecimento adquirido via formação formal e ou informal e ir insistido diariamente…

E – No fundo passa por fazer sentir aos elementos essa necessidade, porque pode não ser uma necessidade sentida. Uma das coisas que eu tenho questionado é se algumas coisas que não são feitas, se não serão feitas por desconhecimento, ou seja, ocupar um conjunto de doentes com determinados objectivos, é preciso saber os objectivos da ocupação se as pessoas não o fizeram, se não o experienciaram, também não o sabem fazer, portanto não vão sentir essa necessidade, logo não vão criar um espaço de ocupação. Esta é uma questão que eu tenho levantado e que passa por aqui.

Entrevistador – O que estás a dizer é que as pessoas só vão apontar necessidades de formação sobre aquilo que conhecem…

E – Daí criar espaço de discussão sobre determinados temas. Quando estamos em grupo há pessoas peritas mais ou menos, e outros não peritos, vão sentir que estão a trabalhar numa área que ainda não sentiram necessidade de... ao ouvirem falar sobre determinado assunto, vão sentir essa necessidade e penso que por aí poderão então evoluir para o estudo, para a pesquisa, para aprender essas coisas.

Entrevistador – Nós valorizamos e referimos as nossas necessidades de acordo com as nossas experiências…

E – Quando as coisas não vêm de dentro e não são sentidas, quando as mudanças não são sentidas não são efectivas. Desde que eu cheguei, tenho batalhado pela autonomia dos doentes, senti que houve um retrocesso num mês da minha ausência. Isto tem a ver com a filosofia de quem estava à frente do serviço

e por outro lado isto dá jeito, e não é porque as pessoas não saibam que daí advenham coisas positivas para a equipa, é porque dá muito jeito.

Estamos com um excesso de cuidados físicos e temos estado a reflectir porquê, e ao longo deste tempo, eu sinto que o meu papel tem sido fazer formação informal junto do grupo e promover a reflexão sobre isso. Porque é que chego e 100% dos doentes é o barbeiro faz a barba e chego ao fim de um ano mais de 70% dos doentes a fazem sozinhos?

Entrevistador – Há pouco falaste que não é porque as pessoas não saibam…

E – Exactamente. É porque lhes dá jeito trabalhar de certa maneira.

Entrevistador – Mas então, como se justifica se, por um lado, se diz que necessitam de formação e, por outro lado, dizemos que eles não fazem correctamente mas até sabem?

E – Há coisas que sabem.

Entrevistador – Como se justifica isso?

E – Se calhar é por causa da motivação.

Entrevistador – Estou a pensar, como tu referiste, as pessoas até sabem e não fazem. Vamos fazer mais formação para as pessoas mudarem?

E – Não a formação formal, mas com os momentos de reflexão que são formação. Aí as pessoas irão perceber que, se calhar, vale a pena mudar de atitude.

Entrevistador – Como mudar essas atitudes?

E – Não sei. Não tenho nenhuma receita. Penso que tudo isto que estivemos a falar será um bom começo e poderá ser o motor de arranque para mudar de atitudes.

Entrevistador – Como vamos mudar isso … é com a formação? É com orientações?

E – Com o conjunto de todas essas acções.

Entrevistador – Então, posso dizer que a formação só por si não resolve…

E – Claro. Até que a figura que vem e emita sabedoria não resulta, a formação de adultos não deve aplicar os modelos de formação das escolas iniciais. Até as escolas iniciais hoje em dia já é feita de outra forma. Não é como a gente aprendeu por tentativa e erro e que dá um erro e tem que escrever cem vezes a palavra.

Entrevistador – Então, como se promovem as mudanças?

E – Então, é aproveitar os momentos de reunião dos enfermeiros, não fazê-los vir fora das suas horas de trabalho porque sabemos que vem um ou dois e não vêm mais. E aproveitar os elementos fixos, e aí o chefe tem uma grande responsabilidade, para aproveitar todos os momentos que se proporcionarem para fazer reflexão nessas reuniões complementadas com algumas acções de formação. Eu penso que esta é uma estratégia de complementaridade com várias frentes, e penso, do conjunto poderá resultar uma mudança de atitude. Se bem que em alguns elementos não vai resultar de forma alguma, mas acredito que na maioria irá resultar.

Entrevistador – Então, como gostarias de organizar a formação em serviço?

E – Responsabilizar alguém pela formação, que se articulasse com o responsável da formação do hospital e dentro do serviço, promovesse espaços de reflexão.

Entrevistador – Como vês a ideia de organização da formação a partir de espaços de reflexão? E como se pode promover esse espaço?

E – Vejo bem e para além dos espaços que falamos (passagens de turno, reuniões informais) de 15 em 15 dias haver um espaço em que estivesse o enfermeiro chefe, o responsável da formação e o responsável da formação do hospital.

Entrevistador – Como se poderá gerir esse espaço?

E – Acho que, num primeiro momento, um pouco como agora, uma reflexão em geral e, depois daí, partir para o próximo com objectivo específico, por exemplo, nesse espaço pode haver partilha de coisas que se verifique ser importante reflectir em grupo, em que as pessoas sejam responsabilizados por procurar informação adicional e trazer para este espaço.

Entrevistador – Qual será o melhor horário?

E – A seguir ao almoço, antes será complicado, das 2 as 2,45H.

Entrevistador – Quantos elementos tens de serviço e quantos é que poderiam assistir?

E – Marcando o espaço, era que pelo menos os que estão no turno da manhã e da tarde estivessem presentes e se alguém está de folga. E eu penso que daqui a algum tempo pode ser uma motivação para as pessoas virem ao serviço sem estarem de serviço e sentirem que esses espaços são úteis. E eu penso que, se calhar, na primeira e na segunda não, mas se as discussões trouxerem coisas de novo, se calhar iremos trazer outros elementos. Aquilo é um espaço formativo e do serviço e o que lá se discute é bom para todos.

Entrevistador – Achas que as pessoas vêm?

E – Isso não te posso dizer. As pessoas trabalham em dois lugares, ter momentos livres não é fácil.

Entrevistador – Há mais alguma coisa que gostarias de acrescentar a toda a nossa entrevista? Ou comentário que gostarias de fazer?

E – Não, não me ocorre mais nada.

ANEXO VI – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA F

Transcrição da entrevista F

Entrevistador – Começava por te perguntar o que tens a dizer sobre a formação dos enfermeiros?

F – Eu acho que não temos formação nenhuma.

Entrevistador – Achas?

F – Estás a falar da formação contínua dos enfermeiros? Portanto hospitalar, serviço, em geral. Acho que devíamos ter mais formação. Eu fui a duas ou três formações desde que cá estou e tenho reparado que há uns tempos para cá, a não ser as nossas reuniões, a nível do DEP (Centro de Formação Profissional) muito pouco tem havido. E mesmo que não seja um captar de informação nova, é um arrumar de ideias, é uma troca de impressões. Porque eu acho que é muito produtiva. Eu adorei as formações que fiz, que participei. Fiz uma parte teórica de psiquiatria logo de início e depois fiz treino de aptidões sociais. Foi muito interessante, foi com a IC e com outra terapeuta que agora não me lembro do nome. Achei muito interessante. Fiquei a conhecer pessoas do hospital, que não conhecia, acabou por não ser nada que eu já não tinha ouvido, mas foi um arrumar de ideias. Foi o colocar-nos à vontade uns com os outros. Achei muito interessante.

Acho que devíamos ter mais acções de formação no hospital. Agora há uma que eu não me posso inscrever, pois é logo no primeiro dia do complemento. Eu entrei para o complemento, finalmente.

Entrevistador – Entraste no complemento? Para onde?

F – Finalmente. Entrei em Portalegre. E coincide com o primeiro dia, por isso é que não me inscrevo no curso.

Entrevistador – Fico contente que tenhas conseguido entrar. Que é para depois pensares na especialidade…

F – Já estava na altura. Não digo que não. Mas é assim: se for para a especialidade, vou com prazer, mas para o complemento vou obrigada. Percebes?

Entrevistador – Percebo.

F – Não quero dizer que não vá gostar, e até, adquira novos conhecimentos. Alias é também para isso que vou, mas sinto que vou de certa maneira obrigada. Enquanto que para a especialidade, se for, é com prazer, é por opção.

Entrevistador – Sim, irás mais motivada.

F – Sim, lá está, tu na especialidade vais para a área que te interessa, quer a nível pessoal como profissional.

Entrevistador – Mas estavas a dizer que, no hospital, teria que haver mais formação…

F – Sim, acho que sim.

Entrevistador – Isso, na tua opinião, seria importante, por exemplo para a prática?…

F – Claro. Por exemplo, as únicas pessoas que se têm preocupado com a humanização nos serviços são os enfermeiros. Eu acho que os doentes, quando estão internados, não vivem de teoria. Vivem daquilo que sentem e daquilo que "vêem de manhã à noite". Não são dos lindos trabalhos teóricos que são apresentados que vivem.

Entrevistador – Consideras importante, então, fazer um movimento da prática para a teoria…

F – Pois, pois, tem que se reconhecer aquilo que se vai fazendo, mas tem que se fazer, e não é só passar isso para o papel.

Entrevistador – É importante fazer… e o trabalho com os doentes?

F – Sim e estar disponível para os doentes. Por exemplo, nós temos dias em que chegamos ao fim do turno que nem sabemos como o doente está, pois muitas vezes nem tivemos tempo de falar com ele. Sabemos lá se ele está delirante ou não. Eu não consegui estabelecer um diálogo com ele. E a reunião comunitária permite que nós, pelo menos durante aquela hora, estejamos disponíveis para o ouvir. Não é preciso um grande plano, uma grande organização, basta estar ali de igual para igual…

Entrevistador – De pessoa para outra pessoa.

F – É, e eu noto que quando isso se faz semanas seguidas, o doente tem outra relação com os enfermeiros. Totalmente diferente. Porque naquele dia nós estivemos a ouvi-lo. E as coisas que nós conseguimos descobrir naquele momento!

Entrevistador – E em termos de reflexão das práticas?

F – Nós fazemos isso a toda a hora. Por exemplo, às vezes, voltamo-nos para um colega e perguntamos: «Olha lá, foste fazer isto porquê?», e a outra pessoa diz: «ah pois, ainda não tinha pensado nisto ou naquilo». E nós aprendemos é na vida e muitas das coisas que fazemos não aprendemos com ninguém.

Entrevistador – O que pensas da formação em serviço? Qual é o balanço que fazes?

F – Nós informalmente já tínhamos falado a este respeito. Primeiro, o fazer uma vez por semana é um pouco exaustivo. E às vezes os temas são repetitivos e não organizada. Acho que uma vez por mês é capaz de ser mais interessante e mais organizado. Penso que, embora nós estejamos aqui para colaborar, terá que haver alguém que dê o mote, como se costuma a dizer. Alguém que oriente, alguém que diga, vamos fazer isto, vamos falar sobre este tema e então, depois, nós podemos colaborar e fazer aquilo que é possível. Trazer bibliografia e discutir. Mas haver alguém que dê orientação.

Entrevistador – Estás a falar de formações mais formais, tipo acção de formação.

F – Mesmo estas. Por exemplo, trouxeste um tema? Ou foi o enfermeiro C?

Entrevistador – O enfermeiro C é que começou a falar.

F – Porque nós tivemos aqui algumas que não havia nada programado. Como é que correu a semana, e pronto, não que é que seja uma perda de tempo, mas não vens cá de propósito a uma reunião destas, mas se for uma reunião mensal, com pré-aviso do que é que se vai tratar, és capaz de te organizar e vir cá propositadamente. E acho que devia haver um mapa para nos orientarmos. Por exemplo, eu hoje sabia que vinhas cá, mas não sabia do que se ia falar. Se calhar, se soubesse, tinha trazido alguma coisa também.

Entrevistador – Hoje o assunto foi introduzido pelo C, porque ontem numa reunião isto foi discutido. E por acaso eu estive a ler um artigo sobre o assunto e então trouxe para partilhar com os colegas. Eu debato-me por este espaço de reflexão e análise das práticas…

F – Sim, mas por exemplo este tema das contenções físicas dos doentes, que nos incomoda a todos, que fala-se vezes sem conta e nunca está exausto. Se eu encontrasse alguma coisa, diria: «vou levar isto para falar na reunião». Por exemplo, se daqui a um mês formos falar do stress, se eu encontrar alguma coisa, vou trazer também. Se calhar até nem vou ter tempo para andar à procura mas pronto, se tiver tempo para andar à procura, pelo menos já sei o que vamos falar. Posso trazer para haver uma troca entre as pessoas, porque só um a falar também não tem interesse nenhum. Uma coisa mais organizada.

Entrevistador – Portanto, achas que deve haver temas mais definidos de discussão?

F – Não quer dizer que, de vez em quando, nos sentamos aqui e perguntemos: «olha como te estás a sentir?». Agora essa reunião sendo semanalmente, só vão mesmo as pessoas que cá estavam, é lógico. Se calhar é mais abrangente se for uma vez por mês, vou tentar trocar lá do outro lado para ver se posso estar presente.

Entrevistador – A nossa ideia, para ser semanal, prende-se com a criação do hábito de reflectir e, como trabalhamos por turnos, dar mais oportunidade às pessoas para reflectirem e darem também o seu contributo à equipa com a partilha das suas experiências. Tem princípios organizativos parecidos às reuniões comunitárias que fazemos com os doentes, que também são semanais.

F – Também se podia fazer isso. Mas isso é diferente. Aí podia ser mesmo saber, por exemplo, como correu a semana.

Entrevistador – Sim. Mas penso que poderemos, se a equipa concordar em manter as reuniões das reflexões das práticas uma vez por semana, nos mesmos moldes, e uma vez por mês, uma formação mais formal, com a discussão de um tema ou uma discussão de um caso.

F – Acho que sim. Por exemplo, discutir o stress, as contenções, essas coisas que nos incomodam, com as quais é difícil de lidar e com as quais temos muitas dúvidas e não sabemos como agir. Todos passamos por isso. Ontem, ainda estávamos a passar o turno e nem estava fardada, uma doente teve "uma crise histérica", em que estava muito exaltada, e ao mesmo tempo é muito psicótica. E todos estavam a tentar resolver da melhor maneira. Então como é que eu consegui que ela se acalmasse? Encostei a cabeça dela ao meu ombro, chorou no meu ombro e ficou tranquila. Mas é assim, cada um vai fazendo da melhor maneira. Ou deixa cá ver. Mas é bom falar destas coisas, porque a vontade que dá às vezes é mandar calar e pronto. E isso não pode ser. E naquela situação estávamos cá algumas colegas, íamos tentando a melhor maneira. Toda a gente tem essas dúvidas se o que está a fazer é o melhor. E passamos todos por essas situações.

Entrevistador – Parece-me que este espaço, não havendo outro, pode ser aproveitado para que as pessoas possam falar disso que tu estás a contar. Como é que tu aprendeste essa estratégia de teres encostado a senhora ao teu ombro?

F – Sei lá, se calhar aprendi com a vida, não aprendi com ninguém. Por isso é que eu acho que isso tem a ver com a maneira de cada um.

Entrevistador – E achas que nas acções de formação se aprende esse tipo de coisas?

F – Não, mas se calhar posso partilhar com os outros. Foi o que eu resolvi na altura e deu certo. E acho que estas coisas são interessantes de serem partilhadas. E se calhar não é nada que se aprenda e que venha nos livros. Nem toda a gente consegue agir da mesma maneira. E eu provavelmente não encostava a cabeça de todos os doentes ao meu ombro.

Entrevistador – Porque é que encostavas uns e não outros?

F – Porque nós próprios temos "contra atitudes" com alguns doentes, não conseguimos ser empáticos da mesma forma com todos os doentes. Antes de sermos enfermeiros somos pessoas. Mas também quando não consigo, dou dois passos atrás e deixo outro avançar.

Entrevistador – Como organizarias a formação em serviço?

F – Se calhar nas reuniões que formos fazendo semanalmente, podemos ver quais são os sentimentos das pessoas e quais as necessidades de se falar sobre determinados assuntos. Por exemplo, hoje, falámos das

críticas ao nosso trabalho, da autonomia dos enfermeiros. Poderíamos, por exemplo, pegar assim no assunto, ver coisas sobre isso e marcar um dia para fazer uma acção sobre a autonomia do nosso trabalho, ver o que poderíamos fazer, etc. Acho que faria assim, ou seja, íamos vendo o que surgia nessas semanas e marcávamos uma vez por mês para tratar especificamente um assunto.

Entrevistador – E como achas que devem ser essas apresentações mensais?

F – Tem que haver alguém que dê o pontapé de saída, senão chegamos aqui e ficamos a olhar uns para os outros.

Entrevistador – Achas que as pessoas estão disponíveis para isso?

F – Se marcarmos um tema, como a contenção, para daqui a um mês eu vou tentar estar presente, porque considero o assunto interessante.

Entrevistador – E estás disponível, por exemplo, para preparar e apresentar esse tema ou outro?

F – Preparar, preparar, é assim … nós para preparar temos a nossa experiência e os nossos sentimentos. Isto também é uma troca de sentimentos e de atitudes. Não quer dizer que eu não chegue ali ao computador tire ali dois ou três "prints", e dizer: «olha encontrei isto ali, o que vocês acham?». Não é propriamente ir fazer um trabalho porque não tenho tempo para isso. Por exemplo, tu estás de formador, de responsável da formação, e trazeres uns tópicos para serem abordados. E depois falar sobre o que nos vai na alma. Tem que haver uma orientação da tua parte. Tem que haver alguém a tratar disso. Sem grande teoria é capaz de ser a melhor solução.

Entrevistador – Como achas que será participação das pessoas?

F – Se for uma coisa mais estruturada mensalmente, acho que sim. E depende da disponibilidade das pessoas. Eu por exemplo trabalho em duplo, e agora vou para o complemento, se calhar nem sempre vou conseguir trocar para estar presente. Naquilo que puder fazer, com certeza.

Entrevistador – E qual achas que é a opinião dos restantes colegas?

F – Eu acho que nós agora temos uma excelente equipa. Depois da junção dos serviços que houve por aqui, ficámos muito bem em termos de pessoal. Pessoas muito interessadas e responsáveis. Agora acho que estamos a viver uns tempos difíceis, sobretudo as pessoas que estão em contrato, porque sentem o seu posto de trabalho ameaçado. E não sei se vão transpor isso para aqui.

Entrevistador – Bem, vamos ficar por aqui, se tiveres alguma coisa para acrescentar…

F – Não, não tenho.

ANEXO VII – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA FR

Transcrição da Entrevista Fr

Entrevistador – O que achas da formação?

Fr – Eu acho que é quase uma obrigação para os enfermeiros, ou seja, as coisas mudam constantemente, os saberes estão constantemente em mutação. Eu acho que a formação deve ser um espaço que o enfermeiro deve procurar ou que deve ser promovido pela própria organização afim de obter sempre o melhor, quer para a instituição, quer para o técnico. Quer sejam cuidados directos aos utentes ou de qualquer outra área.

Penso que não se pode dissociar a enfermagem do processo formativo. Eu penso que o enfermeiro nunca está acabado, eu penso que o enfermeiro vai estando acabado. Nós, constantemente, vamos estar a melhorar, a adaptar, a acrescentar aptidões, competências e maneiras de estar, de ser e fazer. E isso só pode ser adquirido através da formação em várias vertentes, sem se falar no que é uma definição de formação. Acho que não se pode dissociar as coisas.

Entrevistador – Portanto, será uma formação constante?

Fr – Sim, contínua. Formação contínua. Vários tipos e vários modelos de formação. Aliás eu penso que, na enfermagem, adoptou-se um determinado modelo de formação e "foi a chapa sete": congressos, palestras e eu penso que a formação dos enfermeiros deveria acontecer de várias formas e em várias frentes. Não só para a especificidade de cada enfermeiro em si, enquanto pessoa, mas adaptar a formação às necessidades que surgem, ou seja, pontualmente, acontecer formação, a formação acontece mesmo dentro dos próprios serviços, às vezes de forma individual. Tu, por exemplo, passas aos colegas que acabam de chegar a cultura do próprio serviço. De certa maneira, estás a fazer formação, a integrá-los, a formá-los na cultura do que é feito ali e penso que tem de haver sensibilidade de quem lá está, de ser permeável a quem chega. Porque quem chega trás coisas novas e novas formas de fazer e às vezes novas formas de pensar os problemas. Acho que é indispensável.

Entrevistador – Imagina que és responsável da formação. Como organizarias a formação em serviço?

Fr – Eu penso que, primeiro de tudo, teriam que haver linhas muito claras, estabelecidas em equipa, porque eu penso que as pessoas também se deverão pronunciar, que é uma forma de as comprometer. Penso que a formação cai em saco roto quando é desenvolvida num contexto desintegrado da própria equipa. Ou seja, se a própria equipa manifestar o que é que sente falta de, a equipa se manifestar, obviamente que é assim, não é entrares numa teoria de caos em que não tens alguém que supervisione a formação em serviço. A supervisão da formação seria um papel de ajudar a equipa a chegar às suas próprias necessidades de formação. Penso que a formação deveria acontecer, ou seja, se eu fosse responsável da formação, teria que estabelecer um plano, esse plano iria acontecer em várias fases, haveria uma formação dita mais formal, com o levantamento das necessidades eleitas pela equipa, em que de facto a equipa se responsabiliza por preparar matérias, delinear acções, uns para os outros, juntamente, e nós falamos sobre isso, que é tu dares um espaço formativo à equipa, em que ela nessa altura pode trazer e vir ao de cima, muitas coisas e preocupações que estão latentes e ainda por cima elas próprias não conseguem verbalizar. Sempre com uma perspectiva avaliativa, porque eu penso que a formação obriga a uma avaliação. Tens que avaliar que a formação em si, quer o objectivo da formação estava preconizado ser atingido, se está ou não atingido e se não foi atingido porque não foi. Isto é processo quase sempre re-

alimentado, ou seja, é contínuo, fazes mas não quer dizer que fazes sempre bem e poderes aprender com o erro. E que seja não para desmotivar mas para aperfeiçoar.

Entrevistador – Como poderás efectuar essa avaliação?

Fr – De várias formas, mas práticas, tu podes validar a prática, se de facto, imagina tu, que uma das coisas que, eu acho e por acaso tenho andado a programar, tenho que me sentar com a L., porque estamos a delinear fazer o plano de serviço, ou seja, o projecto do serviço e estivemos aqui a falar na atitude do enfermeiro. Por exemplo, se tu fazes uma sensibilização e uma formação tendente que as pessoas fiquem mais despertas, que a atitude do enfermeiro deve ser uma atitude terapêutica, ou seja, desde que entras no serviço ao momento que sais, toda a atitude deve-se pautar com o objectivo terapêutico. Seja o ser incisivo com o doente e dizer que não pode realizar determinada actividade, seja possibilitar o utente a manifestar os seus sentimentos, seja na parte da alimentação, seja na parte da higiene, toda a atitude do enfermeiro deve ser terapêutica. E tu podes avaliar isso facilmente. Primeiro observas se a equipa muda a sua atitude e se a própria equipa se apercebe que quando está a ter uma acção com um doente não está a ter porque está irritado. É assim, eu posso dizer a um doente "você não vai comer esse bolo", posso-lhe estar a dizer que ele não pode comer aquele bolo pelas circunstâncias da saúde dele e estou a ser assertivo com ele no sentido em que estou a impossibilitá-lo de ele realizar aquele acto para bem da sua saúde, eu posso-lhe dizer que ele não vai comer aquele bolo porque eu estou irritado com ele. São duas coisas completamente diferentes e tu consegues isso através da observação, através da validação dos sentimentos à medida que vão actuando.

Entrevistador – E se o doente lhe apetecer comer o bolo?

Fr – Isto é apenas um exemplo. Mas particularizando, tu és um ser consciente, autónomo, digno e livre de até te atirares de uma janela se te apetecer. Nós, enquanto enfermeiros, se calhar temos que levar a descobrir porque é importante não comer aquele bolo. E tu tens que o levar a pensar que não quer comer o bolo.

Entrevistador – Como se pode fazer isso?

Fr – Sei lá... Explicando, por exemplo, que tem uma glicemia capilar descompensada, que é diabético, que aquilo só lhe vai prejudicar, que a longo prazo vai ter várias complicações...

Entrevistador – E achas que a informação o vai fazer mudar de opinião?

Fr – A informação e o estar disponível para ouvir quais as dificuldades que ele tem e porque é que ele quer comer o bolo.

(…)

Entrevistador – E na formação?

Fr – As pessoas têm que partir daquilo que as pessoas sentem como são as suas necessidades. Por exemplo, quando se está por exemplo a discutir um caso clínico, há áreas, por exemplo, que tu próprio precisas de aprofundar e, chegares a casa e pesquisares por exemplo na net. Tu confrontaste diariamente com saberes que tu próprio, por iniciativa própria, vais fazer essa pesquisa porque tu queres saber. Queres aprender mais, queres estar mais à vontade porque isso contribui para que tenhas uma prestação e de facto saibas o que estás a fazer. Agora, se calhar tu tens que trabalhar para que as pessoas sintam esta necessidade.

Entrevistador – E como trabalhas para que as pessoas sintam esta necessidade?

Fr – Por exemplo, fazendo reforços positivos, incentivando-as, dar-lhes espaços, isso, e tu sabes que para a maior parte das pessoas isto é o segundo emprego e para outras é o primeiro, mas além de outro emprego. Eu posso-te dizer que ao ritmo que esta equipa tem certa maneira igual aos outros serviços, tu tens um problema, as pessoas andam sobrecarregadas, o tu dizeres às pessoas é importante formarem-se e levá-las a sentirem necessidade de elas próprias procurem e pesquisarem e partilharem o conhecimento, é uma cultura que tem de ser instalada. Tu não consegues essa mudança em um ou dois anos. Se calhar nem em cinco. É um processo lento e passinho a passinho e é discutindo estas coisas em grupo, espaços para as pessoas interagirem, porque não é só as pessoas trabalharem ou o fazerem; "eu até sei porque apanho uma veia"; ou "eu até sei porque ouço um doente".

Entrevistador – Não achas que se poderia começar por promover esse espaço de partilha e de interacção?

Fr – Sim e não.

Entrevistador – Explica…

Fr – Sim, porque tem que se começar em alguma ponta, e que de facto, começando por aqui, por criar um espaço em que as pessoas confluam ideias e necessidades, sentimentos e dificuldades, sem duvida alguma que é importante e começando por aí será o sítio certo. Não a nível da formação, porque as pessoas estão habituadas a um modelo de formação e tu não as podes desenraizar de um modelo de formação subitamente que as pessoas continuam a precisar nem que seja, o proveito ser, numa escala de zero a vinte, tirem doze de aproveitamento da formação que fizeram. Para elas é importante continuarem a ter esta formação, à qual sempre estiveram habituadas desde a escola primária, fizeram toda a sua formação com este modelo. É este o modelo que têm e o facto de as desenraizar daqui, e oferecer por exemplo um modelo de formação único ou fechado que as responsabilize pela sua formação, eu penso que a eficácia, as pessoas precisariam de um modelo institucional.

Entrevistador – Como referes, as pessoas estão habituadas a um modelo de formação escolarizado, em que se busca preencher lacunas em vez de se promover as capacidades e partilha de experiências… quanto a essas mudanças é complicado…

Fr – Tu estás a fazer mudança em adultos e as pessoas vão reagir, quando convidas a pessoa a desinstalar-se e somos comodistas e instalados e tu vais provocar uma reacção. Segundo estudiosos sociais, a mudança é conseguida quando a pessoa compactua com a mudança, quando ela não faz resistência.

Relativamente à formação em serviço do ano passado, as pessoas, perante o modelo que lhes foi sugerido e apresentado, reactivaram à formação. Aliás, a maior parte das pessoas ao se sentarem numa sala e pronto estamos aqui cinco, seis, vamos sentar e vamos abrir a mesa a "Brain Storming", o que sai cá para fora? As pessoas hoje em dia se fizerem uma avaliação…

Entrevistador – Qual é a avaliação que fazes dessas formações?

Fr – A minha ou aquilo que eu acho que os outros sentiam?

Entrevistador – Aquilo que tu sentiste.

Fr – Primeiro, a formação era metida num contexto de trabalho, em que tu, num momento em que tu estavas com um doente agitadíssimo, a teres que injectá-lo e a metê-lo num quarto de isolamento, a teres que ter uma atitude prática muito concreta, vamos para a formação, cortar aquele momento, em que tu estás com a adrenalina até aos cabelos e, de repente, estás numa sala a fazer um "Brain Storming". E tu conseguias fazer tudo menos um "Brain Storming", a única coisa que te apetecia era estares sossegado e

não veres ninguém depois daquilo. E o não haver um fio condutor levou a que a conversa caísse muitas vezes em "no sense" e eu explico o que é o "no sense": era quando alguns elementos começavam a querer discutir a adolescência deles e depois os outros mas que estupidez a discutir uma coisa dessas, ou seja, acabava-se muitas vezes na brincadeira e a sensação que as pessoas tinham e que eu tinha era que tinhas estado ali uma hora e para nada. E, posso-te dizer, era a minha opinião e projectá-la para a restante equipa. O grupo tinha essa sensação que àquela hora muitas vezes as pessoas estavam aí com afazeres e até começarem a não ir à formação e diziam: "a gente vai lá para quê?". Uma hora a olhar uns para os outros e discutir o sexo dos anjos.

Por isso é que eu digo que as pessoas têm que estar envolvidas no processo e que elas sintam que é um progresso qualitativamente melhor para elas, vais continuar a ter a mesma reacção. Por isso é que digo tem que se comprometer as pessoas com passos graduais em vez de uma mudança radical. Um projecto que contemple só um estar e um fazer, uma partilha momentânea do que está naquele momento presente nas ideias, nas dificuldades, no que quer que seja.

Entrevistador – E nessa reflexão não surgirão temas suficientes para serem abordados pelos enfermeiros?

Fr – Eu não estou a dizer que não haja, eu acho que há muitos temas. Agora eu acho é que as pessoas precisam é de alguém que modere e que no fundo assumam o mesmo papel e que estavas a pôr em causa em formação convencional. Porque as pessoas querem é que alguém surja no meio daquilo como moderador denominado para certa maneira orientar e guiar o processo formativo naquele momento. Porque as pessoas sentem-se um pouco perdidas. Quando fazes as formações em serviço é que as pessoas têm a ideia que parte da formação e elas próprias manifestam: "eu gostava muito", e tu às vezes até te apercebes que os colegas têm a dificuldade em fazer a destrinça entre terminados tipos de esquizofrenia, e concretamente que isso foi uma dificuldade que surgiu, e percebi que foi uma situação que verbalizou e percebi que era uma necessidade dele, que ele também não teve aptidão para ir à procura, e que nunca foi dada a possibilidade de abordar o tema da esquizofrenia em relação às práticas de enfermagem.

Entrevistador – Mas, como anteriormente, disseste foste à procura de te informares sobre o tema...

Fr – Sim, fui à procura.

Entrevistador – Tu próprio sentiste essa necessidade e foste à procura dessa informação?

Fr – Bem, eu não tive essa necessidade porque eu sabia essa resposta. Eu quando não sei eu procuro. Bem, nem sempre procuro porque não tenho tempo, mas tenho por hábito fazer essa procura e pesquisa e esclarecimento junto de pessoas que saibam mais que eu sobre aquela matéria.

Entrevistador – Voltando à avaliação da formação em serviço, achas que se falava em tudo menos no que não era prioritário?

Fr – Não acho que não era prioritário, acho que não haver uma linha orientadora, ou seja, o que se pretendia era não haver linha orientadora (…) eram discutidos sempre os mesmos assuntos, as mesmas coisas e ao mesmo tempo o que as pessoas sentiam e o que eu sentia era aquela reunião resultava mais num momento de queixume do que algo que tu depois pudesses agarrar e fazer mais alguma coisa.

Entrevistador – Mas esse queixume revela um mal-estar…

Fr – Se as preocupações das pessoas neste momento são, por exemplo, se estamos em grupo, a fazer uma pausa ou a beber um café, em que estamos um número considerável de enfermeiros e se em conversa se depara constantemente, por exemplo, na carreira de enfermagem, nas inseguranças e nas incertezas

contratuais, no fundo é um queixume, é uma situação vivenciada, em que as pessoas estão insatisfeitas por diferentes circunstancias que tem a ver com tudo e com mais alguma coisa.

Entrevistador – Qual achas que é o papel do responsável da formação?

Fr – Provocar. Provocar, perceber quais as necessidades, desencadear processos, no fundo é um instigador, é um provocador. Provocar não no sentido mau mas no bom, no desencadear de processos.

Entrevistador – Como se poderá organizar esse espaço? Estruturar a formação?

Fr – Primeiro de tudo, ser empático e saber ouvir as pessoas. No fundo aquilo que elas dizem e não dizem.

Entrevistador – E em termos de horários e calendarização?

Fr – A formação terá que ser, deveria marcar-se dia e hora, continuo a dizer que não deveria ser semanal, acabando por ser demasiado exaustivo, porque sendo preconizado de futuro um espaço de supervisão clínica para se verbalizarem sentimentos das práticas, retiras um pouco esta carga já orientada para a formação. Portanto, consegues fazer quinzenalmente, sem interrupções, e de facto a equipa percebesse que toda a gente está envolvida, desde a chefia do serviço, ao elemento mais novo do serviço que está envolvido, na área da formação.

Realmente, o que não favoreceu a formação da outra vez foi realmente a parte da responsável do serviço ter tomado, e adoptado uma atitude, ela própria de desvalorização da formação. É obvio que isso abriu a porta a que muitas coisas acontecessem em relação a isso. O comprometimento não pode ser só de quem está na prática, tem que ser de quem está a coordenar o serviço.

Entrevistador – O chefe aí tem um papel indispensável?

Fr – Indispensável. A partir do momento que o chefe assume a necessidade de formação, assume um modelo de formação e de certa maneira compactua, está presente e dá a cara, é uma mais valia para que toda a equipa perceba que ele está ali. Quando o chefe de serviço não aparece e tem uma postura negativa em relação à formação, os outros elementos, por identificação e por necessidade e simpatia com a chefia, vão ter essa atitude.

Entrevistador – Qual é o papel dos restantes elementos da equipa?

Fr – O papel da restante equipa é um papel de participação activa em todo o processo, a equipa, e cada elemento a fazer parte deste todo, ter uma palavra a dizer e participar com as ideias e com as dúvidas, questionando dificuldades gerais ou daquilo que se apercebe, tem um papel muito concreto e muito activo em todo este processo, não é um elemento cordeirinho que segue com o pastor à frente, mas é alguém que tem alguma coisa a dizer sobre todo este processo. E a qualquer altura diz: “olha isto não está a servir, isto está a correr mal”, ou seja, é um papel muito activo.

ANEXO VIII – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA L

Transcrição da entrevista L

Entrevistador – O que achas da formação dos enfermeiros?

L – Eu acho que a formação tem que ver com as necessidades do enfermeiro e deve ser sempre contextualizada com o serviço.

Entrevistador – Então, como avalias essas necessidades?

L – Fazendo o diagnóstico da situação e depois utilizarei vários instrumentos de avaliação: ou entrevista, ou pela avaliação do desempenho, ou inquérito.

Entrevistador – Como se avalia, por exemplo, essas necessidades das pessoas que nunca trabalharam em psiquiatria?

L – Se calhar terei que utilizar a metodologia da avaliação do desempenho, será prioritário do que fazer uma pergunta directa à pessoa. Não quer isso dizer que não utilize outra metodologia.

Entrevistador – Então poderei afirmar que aquilo que a pessoa disse ou respondeu face às necessidades de formação, nós iremos posteriormente organizar a oferta de formação. Será?

L – Mas aí a pessoa só pode exprimir uma necessidade se tiver conhecimento do contexto de trabalho onde está a desempenhar.

Entrevistador – Como é que vai dizer a necessidade de formação?

L – Quer dizer, posso ter isso em consideração numa segunda fase, mas numa primeira terei que ser eu a fazer uma avaliação das suas necessidades. Como é que uma pessoa, que nunca trabalhou em psiquiatria, pode dizer que "eu necessito de formação nisto ou naquilo"?

Entrevistador – Ou seja, aquilo que estás a dizer é que uma pessoa, que nunca trabalhou em psiquiatria, não está em condições para dizer quais as suas necessidades nesta área…

L – Exactamente.

Entrevistador – Perante essas situações, como se poderá organizar a formação?

L – A primeira coisa que faria, e tendo em conta a avaliação do desempenho, fazer a marcação de entrevistas de orientação. Começava por aí, na definição de conceitos e para depois aferir algumas situações e clarificar aquilo que a pessoa necessita. Aí é que me fará sentido verificar alguma necessidade de formação em contexto de saúde mental e psiquiatria.

Entrevistador – Portanto, utilizarias entrevistas de orientação? Será isso?

L – Sempre entrevistas de orientação.

Entrevistador – Perante isso que estás a dizer, qual seria a melhor metodologia ou a forma como promover a formação em serviço?

L – Em grupo.

Entrevistador – Como estavas a dizer, estás a pensar usar as entrevistas de orientação da avaliação do desempenho para orientar a prestação do enfermeiro e para avaliar as necessidades de formação. Então como poderias organizar essa oferta de formação?

L – Então aí teria que efectuar sempre o diagnóstico da situação. Tinha que auscultar as expectativas do grupo e efectuar o diagnóstico e definir as estratégias de intervenção. Era por aí.

Entrevistador – Imagina que dos 20 enfermeiros todos têm necessidades de formação completamente diferentes? Qual a estratégia?

L – Sem falar com as pessoas, não poderei falar de estratégias. É com elas que têm que se definir as estratégias.

Entrevistador – Mas, à partida, quais serão as possíveis estratégias?

L – Isso só depois de fazer o diagnóstico de situação e verificar qual a área problemática é que poderia pensar em estratégias. Imagina que as pessoas me diziam: "queremos uma formação mais em contexto de trabalho" ou "queremos fazer mais este tipo de formação de discussão de casos". Passaria sempre pelo diagnóstico de situação.

Entrevistador – Quais são as vantagens das formações ditas de reflexão das práticas?

L – Para mim são as mais correctas, sem dúvida. Imagina que eu sinto necessidade por uma situação que estou no trabalho que levanta a necessidade de ser experimentada, para mim tem mais sentido para depois se actuar após reflexão e produz-se mais conhecimento. Porque estamos a sentir e a vivenciar o que estamos a fazer. Tem uma conotação muito diferente de uma formação só teórica, fora do contexto da prática. Isto é o que faz mais sentido.

Entrevistador – Quais serão as vantagens das formações que dizes mais teóricas?

L – Da minha experiência acho se tira sempre qualquer coisa. Parto do princípio que, se vou à formação, é porque me interessa a formação. Mas algumas formações que podemos realmente ouvir, mas que depois na prática há uma certa dificuldade em articular a teoria e a prática. Isto é o que eu sinto de algumas formações que fiz, daí eu achar que é mais correcto o movimento da reflexão das práticas para a produção do conhecimento.

Entrevistador – Pelo que estou a perceber, o mais importante é reflectir sobre as práticas…

L – Exactamente.

Entrevistador – Como se pode fazer a reflexão das práticas?

L – Para mim é assim: da forma mais espontânea, da forma mais informal e da partilha de todos. Eu acho que é por aí.

Entrevistador – Como operacionalizar isso na prática?

L – Partilhando as experiências de cada uma, auscultando as expectativas, as dúvidas e pondo cada um a pensar na problemática. Se cada um não estiver a pensar na problemática em que está envolvido, cá está o que eu chamo o envolvimento da equipa, estou convencida que a formação não terá reflexo na prática.

Entrevistador – Achas que é importante o envolvimento da equipa?…

L – Acho que sim. As pessoas têm que perceber o que é que estão a fazer ou o que se pretende fazer e o objectivo que se pretende atingir. E só estando envolvidas, pondo de parte a sua emoção e o seu sentir, é que conseguem chegar ao objectivo pretendido.

Entrevistador – Organizarias a formação a partir da reflexão das práticas? Então como seria a questão do diagnóstico da situação?

L – O diagnóstico da situação, mesmo com a reflexão, terá que ser sempre feito, não se consegue fazer nada sem o diagnóstico da situação, mesmo sendo a reflexão das práticas ainda que seja feito de forma empírica.

Entrevistador – Qual seria o interesse do diagnóstico?

L – Identificar o problema, como é óbvio. Mesmo reflectindo a prática, vais chegando sempre a uma problemática. Imagina um grupo a reflectir sobre a prática. O que vai sair do grupo? Haverá sempre uma área problemática a aprofundar.

Entrevistador – Quais são as áreas problemáticas?

L – Depende, isso já depende do contexto [das reflexões].

Entrevistador – Mas tu, como chefe do serviço e estando diariamente no serviço, quais são as áreas problemáticas sentidas?

L – Agora que eu sinto é que ainda estamos no início de algumas pessoas, eu posso dizer rapidamente que um dos objectivos que eu tenho, que tracei, é o desenvolvimento das pessoas através da formação e o envolvimento das pessoas no trabalho de equipa. Quando eu digo que estive à espera de saber se as pessoas entraram nos complementos e nas especialidades, para fazer a escala, no fundo, já estou a utilizar uma estratégia para ir ao encontro desse objectivo.

Neste momento, estou a tentar que as pessoas percebam que é importante que se desenvolvam quer como pessoas, quer como profissionais, e depois é o envolvimento da equipa.

Entrevistador – Mas isso da reflexão das práticas, isso já estava a ser feito? Ou não?

L – Eu nunca senti que isso se fizesse. Pelo menos das três ou quatro sessões que assisti nunca senti que isso se fazia.

Entrevistador – Como é que a responsável da formação coordenava as formações em serviço?

L – Nas reuniões apresentava um tema, por exemplo, e depois discutia-se esse tema. Eu acho que a reflexão das práticas não é bem isso.

Entrevistador – Então como é que achas que se deve fazer essa reflexão e discussão das práticas?

L – Eu comparo a reflexão das práticas com as passagens de turno, quando cada um coloca as suas dúvidas e partilharmos a opinião e o saber sobre aquela situação do doente e o saber de cada um. E tentar reflectir sobre o que se pode fazer e o que se pode melhorar nos cuidados de enfermagem aos doentes, família e comunidade. Eu comparo muito essa reflexão, há aquele tipo de passagem, no fundo à reflexão sobre os doentes a efectuar às 10,30 horas como já disseste. Vamos todos pensar no que foi feito, o que não foi feito e o que pode ser feito para melhorar, que é uma coisa que as pessoas têm dificuldade, o que é que poderemos melhorar em situações idênticas.

Entrevistador – Qual será o papel do responsável da formação? O que é deve fazer?

L – Ele tem, juntamente com o gestor de unidade, motivar as pessoas para a formação.

Entrevistador – Como se faz essa motivação?

L – Tentar que as pessoas percebam que a formação é necessária e eu continuo a dizer porque eu acho que, neste momento, os enfermeiros estão muito centrados em situações muito reais e pouco centrados que a formação é útil para se mudar, e sem formação isso não se consegue.

Entrevistador – E basta dizer às pessoas que é importante a formação para elas automaticamente ficarem motivadas?

L – Não. Eu acho que há muitas formas de se motivar as pessoas. Aí já tem a ver com a personalidade de cada um. Isso tem a ver com a observação de cada pessoa para a outra pessoa e ver qual a melhor maneira para se motivar. Já é um trabalho de gestão de pessoa para pessoa.

Entrevistador – Como se motiva as pessoas?

L – Só depois de auscultar as pessoas. Tem que se ouvir a pessoa, negociar sempre com ela.

Entrevistador – A presença das pessoas por si só nos espaços da formação é suficiente para colocar as pessoas a aprenderem?

L – Não. A presença não me diz nada. Tem que haver uma entrega.

Entrevistador – Dizes que tem que haver entrega. E como sentes que está a haver essa entrega?

L – Pela atitude das pessoas consegue-se. Pela observação e pelo desempenho.

Entrevistador – Achas que todos os problemas existentes no serviço se devem a falta de formação?

L – Não, nem todos são motivados pela falta de formação.

Entrevistador – Nem tudo se consegue resolver pela formação…

L – Muita coisa poderá, mas há muita coisa que não. Na formação, há uma pessoa e depende da disponibilidade da pessoa para estar e para trabalhar aqui.

Entrevistador – E como se faz para que as pessoas trabalhem o melhor possível?

L – Tem que se motivar as pessoas, negociar com as pessoas para que as pessoas aprendam o que é estar aqui e há outras situações em que realmente as pessoas não têm perfil.

Entrevistador – Qual será o papel dos enfermeiros chefes na formação em serviço?

L – Eu acho que é o papel importante, é o orientador, no fundo. Se eu não concordar com as práticas, se eu não for a alavanca do grupo ou da equipa, é muito complicado, se não for eu o elemento orientador, é muito complicado as pessoas aderirem à formação.

Entrevistador – Achas que é a figura central na formação?

L – Eu acho que sim. Repara, se tu estás numa equipa que sabes à partida que a pessoa que está a liderar a equipa não partilha da formação, é muito complicado.

Entrevistador – Então como vais mobilizar as pessoas para os momentos da formação em serviço?

L – Sempre a falar com as pessoas, sempre com as pessoas, sempre a ouvir o que as pessoas têm a dizer. Só posso falar em estratégia partindo sempre do que ouvir da pessoa. Eu trabalho com a pessoa.

Entrevistador – Imagina que a pessoa não está interessada em participar do espaço da formação em serviço? Qual seria a tua atitude?

L – Primeiro dava tempo e espaço para a pessoa reflectir e depois actuava numa outra altura. Ia actuar consoante o trabalho de observação. Primeiro dava tempo e espaço e depois tentava novamente incentivar-te para participares.

Entrevistador – Imagina que se está convencido que se sabe tudo e não necessita de formação?

L – É muito difícil. Aí eu pensava assim: se sabe tudo, aí eu questionava que tipo de elemento que tem a mania que sabe tudo. É muito difícil que uma pessoa ache que sabe tudo.

Entrevistador – Qual será o papel prático ou operativo dos responsáveis da formação?

L – No fundo, será ter juntamente com o chefe ter este trabalho, apesar do enfermeiro chefe ser a figura de referência, o responsável não é menos importante. Como é óbvio.

Entrevistador – Em termos práticos, como a formação deve ser organizada? Em termos de dias e horários?

L – A primeira coisa que faria é auscultar as pessoas. Consoante esta realidade como é que as pessoas gostariam que se desenvolvesse a formação no serviço.

Entrevistador – E se as pessoas disserem que uma vez por ano é o suficiente?

L – Isso assim já não é reflexão da prática.

Entrevistador – E sabendo que as pessoas preferem ser apenas formandas de acções de formação?

L – Sabemos que as reflexões das práticas leva a que a pessoa quase que diariamente e se for bem feita a pesquisar até fora do contexto de trabalho. Mas se não for assim, também não sei como será. (…) A pessoa não cresce se não reconhecer as suas incapacidades. Só numa situação mista de formação. Por exemplo, eu detectei que há dificuldades em atender as famílias, parti de uma necessidade que eu sinto e que não foi verbalizada por ninguém. Cá está, quando perguntavas para quê o diagnóstico da situação, aqui funcionou como diagnóstico da situação. Eu tive que avaliar.

Entrevistador – Avalias-te de acordo com as tuas necessidades e de acordo com as tuas referências…

L – Com as minhas e com … de acordo com as minhas necessidades e que eu observei. Se calhar foi um papel solitário.

Entrevistador – Como responsável do serviço, não haverá uma diferença de papéis e diferença de saberes mais especializados? E os momentos de reflexão não serão importantes para que cada um de nós partilhe os seus diagnósticos de situação, os saberes e as suas dificuldades? Será que o espaço da formação não poderá servir para se questionarem situações e problemas com os quais nos deparamos na nossa prática?

L – Então parte-se da identificação dos problemas, das estratégias, para se resolver esses problemas em equipa. E eu utilizo o método positivo, ou seja, eu pego na parte positiva das pessoas. No melhor que ela tem. Repara no fundo praticamente é o que temos aqui a funcionar. Há uns elementos que se enquadram mais no internamento, outros na comunidade e outros nos ECTs e assim se pode desenvolver a formação. Agora uma coisa, aquelas reuniões que tinham aí atrás às quartas-feiras, tinha muito essa metodologia. E era como funcionavam, ou seja, era a auscultação das pessoas e todos em conjunto dizíamos e combinávamos como fazer. Então é importante retomar essas reuniões que tínhamos inicialmente quando houve a passagem do serviço de Clínica IV para a Clínica IV.

ANEXO IX – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA P

Transcrição da entrevista P

Entrevistador – O que achas de formação dos enfermeiros?

P – Para mim, a formação é a gente procurar conteúdo e substância para as nossas acções e ir-se actualizando, ou seja, à medida que vamos criando comportamentos e atitudes que não estão correctas, porque a formação também implica repensar sobre a nossa atitude, reflectir. E a formação é isso, a formação dos enfermeiros é reflectir sobre uma prática.

Entrevistador – O que achas da formação em serviço?

P – É imprescindível para que haja uma qualidade dos cuidados de enfermagem.

Entrevistador – Na tua opinião, qual é a relação entre a qualidade e a formação em serviço?

P – É reflectir sobre o que se faz. Eu vou dar um exemplo: quando tens um doente que é necessário contenção física, é saber se já se esgotaram todas as possibilidades antes de conter. E muitas vezes ainda não se esgotaram, que é falar com o doente, baixar o tom de voz, perceber que ele está irritado, ou está descontrolado, não porque está fazer uma birra, mas porque está doente e muitas vezes contêm-se doentes podendo fazer outras coisas mais adequadas. Já aconteceu.

Dou outro exemplo: muitas vezes um doente quer fazer um telefonema à família e ele fica muito zangado, e os enfermeiros dizem: "ele está muito agitado" – injectam-no e metem-no no cinto de contenção.

Entrevistador – Mas achas que os enfermeiros fazem isso por falta de conhecimentos?

P – Os enfermeiros fazem isso não é porque não sabem, mas sim porque é mais prático e mais simples e assim, desculpa a expressão, o doente "fica arrumadinho", está resolvido esse problema.

Entrevistador – Quer dizer que é mais fácil conter o doente?…

P – Exactamente. Eu acho que a formação na saúde mental é fundamental para desenvolver a comunicação entre a equipa e a equipa e os doentes, entre o enfermeiro e o doente. É extremamente importante, porque as pessoas baseiam muito a enfermagem da psiquiatria na injecção, no comprimido, e ainda estamos muito nessa fase. E muitas vezes os enfermeiros referem que os doentes estão delirantes ou outra coisa, quando na prática ainda nem falaram um minuto com eles.

Entrevistador – Estás tu a dizer com isso que os enfermeiros se consciencializem?…

P – Nas competências da comunicação, sobretudo em saúde mental.

Entrevistador – E estás tu a dizer que os enfermeiros sabem, mas não fazem correctamente?

P – Sim. As pessoas sabem e muitas vezes não fazem. Vão pelo que é mais simples e por aquilo que dá menos trabalho.

Entrevistador – Qual é a mais valia da formação em serviço para colmatar essas situações?

P – É modificar comportamentos. É uma modificação muito lenta, progridem-se muito devagarinho, mas as pessoas não valorizam a formação em serviço.

Entrevistador – Não valorizam?

P – Não valorizam, isto é, se lhes perguntares dizem que é muito importante, mas depois, na prática, não fazem um esforço para estar. São poucas as pessoas que fazem um esforço da sua vida para estarem presentes na formação. Eu vejo isso na minha equipa. E pelos questionários que ficam por responder quando a A pede para responderem. Eles não estão para isso. Eu acho que se fosse num hospital privado, as coisas eram diferentes. Quando há uma avaliação que faz depender o posto de trabalho as pessoas participam.

Entrevistador – Como é que a formação em serviço está organizada?

P – É todas as quintas-feiras. Há um plano que eu e a enfermeira A, mas é ela que planeia, e fazemos para 4 semanas, todos os meses, este mês já vai estar o plano para o próximo mês. Depois há acções planeadas por colegas do serviço, outras por ela e temos outras sessões que são para reflexões de casos. Discutimos casos, um de nós apresenta um caso e todos reflectimos sobre esse caso.

Entrevistador – E fazem formações sem assuntos prévios?

P – Sim. Temos as discussões destes casos clínicos.

Entrevistador – Qual é a diferença entre as formações de reflexão das práticas e as outras, tipo acções de formação?

P – As não planeadas, as formações de reflexão sem tema prévio, têm mais adesão do que as planeadas. Porque normalmente as não planeadas têm a ver com situações que as pessoas vivenciam no serviço, aí as pessoas como estão mais envolvidas dão a sua opinião. Por exemplo, um que vem falar sobre esquizofrenia, as pessoas dizem: "é ele que fala eu só fico a ouvir" e transformam-se em receptores. Se for sobre um doente, discute-se mais e de forma mais interventiva. Cada um dá o seu sentido. E muitas vezes isso tem sido positivo e não tem havido problemas, mas é mais positivo quando não é planeado porque reflecte-se sobre vivências efectivas e reais do serviço que temos de resolver, por exemplo, o deixar sair um doente à rua ou não deixar, o dar o tabaco ou não dar, o fazer um telefonema ou não. Eu, quando vim aqui para o serviço, ninguém fazia telefonemas aos doentes. Hoje toda a gente faz telefonemas, fazem os médicos, fazem os enfermeiros, fazem os assistentes sociais, faz a secretária de unidade. Já não aquilo que eu não faço porque não é da minha função. Outro exemplo, dar informação à família sobre o doente, primeiro não se dava porque o enfermeiro dizia que isso competia ao médico e isso hoje não acontece. O enfermeiro tem mais a noção onde chega. Agora isso tem que se trabalhar e isso vai-se trabalhando, sobretudo nestas formações sobres as práticas que são uma a duas por mês. E são sempre às quintas-feiras.

Entrevistador – E dizes que nessas os enfermeiros participam mais?

P – Envolvem-se mais.

Entrevistador – Mas participam todas?

P – Normalmente só assistem as que saem do turno da manhã e as que entram do turno da tarde. Normalmente assistem 4 a 5 ou 6 pessoas e noto que as pessoas envolvem-se mais nestas, apesar de aparentemente terem mais dificuldade, mas envolvem-se mais, falam mais que aquelas planeadas. As planeadas também falam, mas as outras como têm a ver com os doentes toda a gente conhece e assim as pessoas acabam por dar a sua opinião.

Entrevistador – Quem dirige as reuniões ditas reflexivas?

P – É a A, ou eu, ou outro colega. Mas é muito a A.

Entrevistador – Nessas reuniões, como surgem os temas?

P – Habitualmente é a A que propõe um tema no início da sessão ou falar de um doente.

Entrevistador – Vocês têm sempre um tema para discutir?

P – Sim, ou seja, a A tem um tema semi-preparado, mas depois cada um dá a sua opinião, apesar de não ser mais cientificamente correcto, mas acaba por ser mais proveitoso porque reflecte mais as práticas que a pessoa faz.

Entrevistador – Em que é que se baseiam os temas das formações?

P – Baseiam-se mais nos temas que mais temos, por exemplo, doença bipolar, esquizofrenia, sobre os ECTS, sobre a terapêutica, tivemos uma sessão sobre ansiolíticos, sobre neurolépticos, para saber para que são e como actuam, até foi o J que deu essas sessões. Portanto, são assuntos que reflectem a nossa prática.

Entrevistador – Quem sugere esses temas?

P – Às vezes é a A. Mas outras vezes somos nós, portanto alguns fui eu que sugeri, portanto eu fiz um sobre gestão de conflitos, outras vezes é A, outras vezes são os colegas. Normalmente, os temas surgem, porque A, no início do ano, fez um questionário para a gente dar sugestões sobre os temas de formação. Como agora, em que nós respondemos a um questionário sobre o que achámos sobre a formação e aquilo que achávamos que deveria ser o próximo ano. Ela agora faz uma recolha disso e depois numa das sessões apresenta os resultados.

Entrevistador – E qual é o balanço que fazes da formação?

P – Faço um balanço positivo. Acho que se deve muito à força de vontade da A e com muita humildade minha. As pessoas, no início, não estavam muito voltadas para isto, mas entram na "onda da formação" porque não desgrudamos. E são todas as quintas, todas as quintas. Ela realmente tem tido muito trabalho e, de facto, tem que haver uma pessoa de referência porque senão as coisas não se faziam. Ela tem que andar atrás das pessoas, que têm tendência para dizer que não podem e aí é a A. que arranja outro tema e a maior parte das vezes é ela que dá a formação. Normalmente não há muitas falhas.

Entrevistador – E já experimentaram fazer alguma formação sem terem nenhum tema pré-definido?

P – Já fizemos duas ou três vezes.

Entrevistador – E como foi?

P – Correu bem. Falou-se na dificuldade de se lidar com certos doentes, foi um dos temas que surgiu.

Entrevistador – E como surgiu esse tema?

P – Olha, começámos a falar que saímos daqui muito cansados e depois surgiu… outro assunto que surgiu é como nos relacionamos aqui no serviço, entre nós. Vimos aqui não é para fazer amigos mas para cumprir com a nossa função no âmbito profissional.

Entrevistador – E sentes que as pessoas aderem?

P – Têm mais dificuldade, mas aderem.

Entrevistador – Mais dificuldade?

P – Como não há um tema onde se agarrem, têm que falar sobre elas. E falar sobre nós é difícil. É mais fácil falar dos outros, e projectar nos outros o que é nosso. Não é?

Entrevistador – Achas?

P – Não é com facilidade que nos pomos em causa, não é?

Entrevistador – Pois…

P – Por alguma razão nós gostamos de falar mais dos outros do que nós e ninguém gosta que falem de nós, mesmo que seja para falar profissionalmente de nós, ninguém gosta. Portanto, há mais dificuldade em aderir a uma coisa livre do que a uma coisa que esteja organizada. É mais difícil quando não há tema e põe mais em causa as pessoas. É mais difícil lidar com o vazio. O que nós fazemos ao vazio? Ficamos todos a olhar uns para os outros. É muito complicado.

Entrevistador – E como se gere esse "vazio"?

P – Vai-se gerindo, umas vezes melhor outras vezes menos bem, é o que é possível.

Entrevistador – E qual é o papel do responsável da formação nesse sentido?

P – É ir motivando as pessoas, falando com as pessoas, saber quais os assuntos em que se sentem mais à vontade, saber quais as suas dificuldades e convidá-las a falar sobre essas dificuldades. Ainda não falei com a A, mas agora para o reinício da formação deveríamos falar desta instabilidade que a equipa viveu com as várias saídas. E com aquilo que tem a ver com as obrigações das pessoas aqui no serviço. As pessoas têm a sua vida lá fora, têm os outros empregos mas têm obrigatoriedades a cumprir aqui. E temos que falar disso aqui e discutir como gerir esses interesses, porque isso gerou alguns conflitos na equipa. Eu penso que isto nunca é falado abertamente.

Entrevistador – Achas que na formação há espaço para falar sobre isso?

P – Acho, porque isso toca na parte profissional, porque isso tem a ver com a formação pessoal e profissional, não são indissociáveis. A formação não pode ser só aquilo que é muito bonitinho, mas a formação é falar sobre as dificuldades, a formação se calhar também é falar sobre determinadas situações em que eu muitas vezes peço a um colega para intervir, não porque não me apetece, mas por sentir que ele tem melhor atitude e relação terapêutica com o doente que eu. E também temos que aceitar que temos doentes que nos hostilizam não porque nós somos maus profissionais, mas porque se calhar não fomos empáticos com o doente. E isso tem que ser trabalhado na formação. Esta parte andamos lá à volta disso mas ainda não lá chegamos.

Entrevistador – Ainda não chegaram lá?

P – Acho que não, porque é um parto difícil.

Entrevistador – Como achas que se pode trabalhar isso?

P – Ainda não sei, acho que é devagarinho, também ainda não falei disto com a A. Já se aflorou quando falei na gestão de conflitos, outros colegas já falaram, mas não é um assunto que os colegas estejam à vontade para falar. As pessoas também não querem chatices, ou seja, aquilo que há bocadinho estava a dizer em relação ao exemplo do doente que está agitado, "o enfermeiro aconchega o doente à cama" porque é o mais fácil e as pessoas não querem chatices e o menos trabalho possível, isto de uma forma geral depende muito dos contextos, e isto também estarei a exagerar. E não podemos caminhar para aí. Há determinadas funções que temos de desempenhar, estejamos bem ou mal dispostos.

Entrevistador – Qual é que achas ser o papel do enfermeiro chefe na formação em serviço?

P – Deve ser um papel de motivação, de união, de aglutinar, entre o formador de serviço e os elementos naquele momento, na acção perante a equipa, ou seja, é apoiar e fazer acções de formação como tenho feito.

Entrevistador – Falaste em motivação. Como motivas a equipa? Qual é a tua estratégia?

P – A minha estratégia é ir dizendo às pessoas que a formação é sempre às quintas-feiras, estejam muitos elementos ou não. Outra forma de motivar é às 14 horas eu estar na sala para se fazer a formação. As pessoas acabam por aderir, irem e participarem. Não é só dizer mas estou lá.

Entrevistador – E o papel dos restantes colegas?

P – O papel dos restantes colegas é contagiarem-se uns aos outros.

Entrevistador – Como assim?

P – Portanto, depois das formações ficam documentos numa pasta para as pessoas consultarem e eu muitas vezes falo sobre isso nas passagens de turno. Outra coisa que eu faço é dizer que houve a formação e estão documentos sobre os assuntos.

Entrevistador – E achas que eles depois lêem?

P – Lêem muito pouco. São capazes de ler se estiverem a fazer algum trabalho pessoal sobre esse assunto.

Entrevistador – O que achas que as pessoas aprendem nas acções de formação?

P – Vão reavivar conhecimentos que obtiveram na escola e aprofundar outros. Às vezes há colegas que perguntam coisas. Eu, por exemplo, na acção sobre esquizofrenia que fizemos e que foi dada pelo M., houve um dado importante que foi: eu levei uma tabela sobre a avaliação da parte cognitiva dos doentes. Para espanto meu, a maioria dos colegas não conheciam essas tabelas. Se não fosse essa formação, eu se calhar nunca teria levado aquilo para ali, e os colegas nunca teriam visto isso. E teve um bom impacto, os colegas mostraram-se interessados. Coisas dessas têm acontecido. Agora é preciso estar muito motivado e é muito cansativo.

Entrevistador – Como é a participação dos enfermeiros nas formações?

P – Participam os que estão de serviço. São muito poucos aqueles que vêm de propósito para a formação, a não ser que venham dar alguma formação, mas são poucos.

Entrevistador – E os que estão de serviço, participam?

P – Participam, toda a gente sabe que é das duas às três e ninguém fica na sala ao lado, portanto estão todas e ninguém interrompe as formações. Nós avisamos os auxiliares.

Entrevistador – Como gostarias de organizar a formação em serviço?

P – Organizaria tal como a A tem organizado. Se pudesse punha um carácter muito obrigatório ligado à avaliação do triénio, ou seja, no final do triénio faria uma avaliação das formações que a pessoa assistiu.

Entrevistador – E porque davas esse carácter de obrigatoriedade à participação?

P – Porque se calhar obrigava as pessoas a terem mais atenção e a vir mais vezes às formações. Porque sem essa formação não se avança na saúde mental e ficamos sempre a dar comprimidos e injectáveis.

Entrevistador – Isso leva-me a outra questão. Achas que as pessoas, mesmo sendo obrigadas a vir às formações, ficam a saber mais?

P – Eu acho que acabam por ficar a saber mais. O obrigar vai acabar por pôr limites às pessoas e assim ficam a saber que correm o risco de terem uma má avaliação e ou de não verem os seus contratos de trabalho renovados. O grande problema é que não tem havido limites na saúde mental e por isso é que não fazem e nem participam.

Quando estão perante uma chefia mais assertiva, as pessoas cumprem mais e vi isso há pouco tempo, quando houve uma inspecção, em que tomei medidas mais radicais, notei que não põe o pé em ramo verde. Quando põem, deixo logo uma notinha no livro de ponto e depois justificam, não abdico disso, e digo às pessoas se houver algum problema que a responsabilidade é delas. E noto logo outro cuidado. E na saúde mental, se não tomarmos medidas mais limitadoras e contentoras, as pessoas limitam-se a dar o medicamento e pouco mais.

Entrevistador – E quanto à duração e à periodicidade das sessões?

P – Acho que está correcta. Normalmente é meia hora, três quatros de hora, a parte expositiva quando organizada não é mais que 15 a 20 minutos, e quando é mais os colegas vão interrompendo. E depois as pessoas falam. Quanto à periodicidade, uma vez por semana está muito bem.

Entrevistador – Houve uma altura ainda falaram em ser uma vez de 15 em 15 dias...

P – No início houve algumas pessoas que falaram para isso, mas eu e a A não ligámos e insistimos para ser uma vez por semana. Na última sessão que houve falei sobre isso. E as pessoas que estão já sabem que é dia de formação e as duas pessoas que vêm à tarde já sabem também e estão cá para a formação mais cedo, pelo menos às 14,30 horas. E há outra coisa que tem um grande efeito sobre isto, que é a avaliação que a A. faz onde diz quem foram as pessoas que estiveram nas formações. Agora A não sei se vai querer continuar, já falou que só ficará mais um ano, porque isto dá muito trabalho, e é um percurso muito solitário. Correu muito bem aqui e o mérito é muito dela. Aliás eu apostei nela já sabia que era assim. E este ano aumentou o número de pessoas que responderam ao inquérito. Ela é do melhor! (…) A formação aqui deve-se muito a A, à maneira organizada dela e à maneira dela. Eu ajudei em algumas coisas, por exemplo, as sessões das reflexões das práticas, fui eu que sugeri – disse para não haver temas, porque isso era uma defesa para as pessoas se porem por detrás dos temas. Para se falar mais de nós, das práticas, das dificuldades e então a A passou a colocar no plano uma ou duas sessões sobre reflexões das práticas sem tema. Agora, no final, a A irá entregar o relatório e o projecto para o próximo ano. Este mês de Agosto não houve, mas as pessoas já começaram a perguntar quando reiniciamos, ou seja, já se começa a sentir como rotina a formação em serviço que é bom, a obrigatoriedade quando é boa acaba por dar frutos e entrar na rotina sentir falta dela, e esse trabalho deve-se a ela.

ANEXO X – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA PA

Transcrição da Entrevista Pa

Entrevistador – O que achas da formação dos enfermeiros?

Pa – A formação académica, acho que desenvolveu-se bastante, ao nível dos diferentes saberes. Acho que ainda não conseguimos operacionalizar tão bem esses saberes.

Entrevistador – O que achas da formação contínua?

Pa – É bastante benéfica, deve ser feita pela instituição e por quem sabe. Também dever ser feito um diagnóstico da situação para se saber quais as necessidades de formação dos enfermeiros. Formação a metro não é desejável mas, se calhar, em determinados estádios, há formação que é mais benéfica que outras. E terá que ser o responsável pela formação e o chefe de dizer que sim ou que não a ir fazer essa formação. Por exemplo, um enfermeiro em início de carreira querer ir fazer formação em gestão, não faz sentido. Claro que depende do tipo de gestão. Mas deve ser validada pelo responsável e pelo chefe, porque isso envolve a avaliação do desempenho.

Entrevistador – Dizes que a formação depende do estádio e das funções profissionais do enfermeiro?

Pa – Exactamente, acho que sim. Tudo o que quiser fazer fora do serviço e fora do horário de trabalho, acho que sim, mas com horas da instituição depende do interesse do serviço. Porque o enfermeiro terá que trazer benefícios para o serviço. Agora vir para o hospital psiquiátrico para desenvolver formações em outras áreas não faz sentido.

Entrevistador – Falavas em elaborar um diagnóstico?…

Pa – Eu penso que os enfermeiros, nos seus planos de actividades anuais, devem desenvolver quais as áreas que mais lhe interessam. E o chefe deverá ver quais os défices que ele tem para pôr no seu plano: a desenvolver, a adquirir e a fomentar.

Entrevistador – E como se pode aferir os défices? E se não tem?

Pa – Eu acho que há sempre áreas que necessitamos de aprofundar conhecimentos. Se há uma identificação de um chefe dos défices, ele terá que acatar. Agora temos é que criar estratégias.

Entrevistador – Estratégias. Quais?

Pa – Pois, isso depende. Muitas vezes têm que ser directivas, não estou a dizer autoridade. Tem que fazer mesmo.

Entrevistador – Mas isso não é ser autoritário?

Pa – Não, isso é directivo. Porque tem que ser implementado. Por exemplo, o enfermeiro director diz que o SAPE é para aplicar até ao final do ano e nós temos que cumprir.

Entrevistador – Deixa ver se eu entendo. Acho que uma coisa é serem estabelecidos objectivos e metas de trabalho, e outra coisa é efectuar um plano de formação tendo em conta esses objectivos. Penso que tu, como chefe, podes definir objectivos para o teu serviço, agora se o enfermeiro não sabe ou não consegue cumprir com aqueles objectivos…

Pa – Mas eu como chefe posso propor.

Entrevistador – Acho que podes propor, mas será que podes exigir que ele vá fazer ou frequentar uma determinada formação?

Pa – Não, a decisão é sempre dele. A gente apreende muito, agora a aprender, isso só quando quer.

Entrevistador – E no que respeita à formação em serviço?

Pa – Acho que se deve fazer um diagnóstico para saber o que cada um sente e que cada um sugeria. E deve ser delineada sempre com o chefe e com o responsável da formação que ele vier a escolher. Mas são sempre estes que irão delinear um plano para desenvolver. Por exemplo, podemos efectuar uma formação sobre lavagens das mãos por causa das infecções hospitalares, porque todos nós sabemos lavar as mãos mas o operacionalizar falha.

Entrevistador – Se as pessoas sabem, porque vamos fazer uma formação sobre lavagem de mãos?

Pa – Porque sabem num contexto geral, mas não sabem em termos de higiene hospitalar.

Entrevistador – Mas será que não sabem?

Pa – Mas a formação em serviço visa sempre colmatar uma necessidade.

Entrevistador – Vista na perspectiva da necessidade, e na perspectiva da capacidade?

Pa – Para o desenvolvimento de capacidades. E se calhar estamos a contribuir para a sua motivação. Nós teremos sempre que efectuar um diagnóstico de formação e terá que perspectivar responder sempre a qualquer coisa. Indo pelas capacidades, estamos a potenciar o indivíduo, estamos a ver o indivíduo pela positiva e não pela negativa. Acho que o melhor é a mistura dos dois, ou seja, ir pelas capacidades e nas necessidades.

Entrevistador – Qual é o papel do enfermeiro chefe na formação em serviço?

Pa – Ser o catalizador, estar presente, empenhar-se, aprender com os enfermeiros. Não é centralizar a formação no chefe, porque para isso escolheu um responsável pela formação, mas terá que ser um bom comunicador.

Entrevistador – E qual o papel do responsável pela formação?

Pa – Estar atento a todas as capacidades que o outro tem para potenciar e para espelhar essas capacidades no outro e ser um bom comunicador e bastante próximo do outro, com uma boa relação interpessoal.

Entrevistador – Um bom comunicador? Achas que o seu papel será ser formador?

Pa – Terá que ter conhecimento, e saber comunicar, e saber ouvir para permitir que os outros se exponham.

Entrevistador – Para se operacionalizar a formação em serviço.

Pa – A passagem de turno é um bom momento de partilha de discussão dos cuidados. Podemos perceber a evolução dos doentes. O que é difícil é reconhecimento da formação, ou seja, os resultados da formação demoram muito tempo.

Entrevistador – Faz-se muita formação em serviço nas passagens de turno?

Pa – Sim. Primeiro a passagem de turno não era considerada como formação, porque as pessoas têm a ideia da formação como sendo numa sala de aula. Mas às três horas, à hora da passagem de turno, e durante meia hora, temos um momento de formação em serviço. Mas, para além disso, podemos criar um outro espaço com outros objectivos e com outra organização. Quando eu partilho com o resto do grupo e busco nos outros saberes, isto são momentos de formação. Por exemplo, as reuniões de coordenação de enfermagem às segundas são autênticas formações, em que o director assume o papel de moderador. Se calhar, se tirarmos as mesas, o grupo ainda se abre mais e partilha mais.

Entrevistador – Nesse tipo de formação que estás a falar, qual será o papel do responsável pela formação?

Pa – Ser dinamizador.

Entrevistador – Como organizarias a formação no teu serviço?

Pa – Ser uma vez por mês, tanto pode ser na sala de formação, para se sair do serviço, para não se ser interrompido. E nós precisamos de discutir as coisas e termos modelos para aprendermos com eles. Muitas vezes os enfermeiros, como não têm modelos, não sabem planear o trabalho com os doentes. A formação terá que passar pela formação-acção.

A enfermagem fez muitos avanços e os enfermeiros, muitas vezes, não têm sabido acompanhar esses avanços da enfermagem. Por vezes, perdemos tempo com coisas supérfluas e eu interrogo-me como é que os enfermeiros devem aprender a fazer apenas as coisas das suas competências e estabelecer as suas prioridades profissionais do dia-a-dia.

ANEXO XI – TRANSCRIÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 1

Transcrição da Sessão de Formação 1

Enfermeiro Responsável pela Organização da formação (RF) – a I é a primeira vez que assiste às nossas reuniões de formação. Nós reunimos habitualmente uma vez por semana, com uma duração mais ou menos de uma hora. São discutidos sobretudo o "aqui e agora" sentido pelos enfermeiros. O objectivo principal é analisar as nossas práticas, reflectir sobre as nossas acções e tentar, a partir daí, melhorar as nossas actuações e prestar melhores cuidados aos utentes. Aproveitamos as experiências de cada um para enriquecer as nossas. À partida, não temos nenhum tema em geral para discutir, o que não quer dizer que, pontualmente, não o aconteça.

I – Por acaso é uma ideia muito gira! Há quanto tempo estão a fazer?

RF – Há dois anos, apesar que este ano foi mais irregular, porque tive férias ao longo do ano e não consegui dar maior continuidade e maior consistência às reflexões.

I – Portanto, é todas as terças-feiras às 11 horas?

RF – Nós estávamos a fazer às quartas-feiras, das 11 às 12 horas, mas como surgiu uma actividade…

R – a reunião comunitária…

RF – … a reunião comunitária, e então passou para as terças das 11,30 às 12,30 horas. Como referi, não temos nenhum tema específico e as coisas vão surgindo de acordo com os enfermeiros que vão estando presentes que, como trabalhamos por turnos, vai rodando um pouco por todos. Claro que quando surge algum tema específico, nós tentamos dar a melhor a resposta. Por exemplo, perante dúvidas sobre a nova proposta da carreira de enfermagem, convidamos o sindicato para nos vir cá esclarecer. De outra vez, convidámos a Dr.ª da Neurologia…

MJ e R – A Dr.ª V.

MJ – Nós lá em baixo temos pedido aos colegas para falarem de temas de interesse e vários têm participado e depois a colega que está responsável da formação, a enfermeira A., tem o cuidado de levar um estudo de caso ou tema que acha pertinente ou até mesmo falar sobre os doentes que na altura nos suscitam mais preocupação. Por acaso, acho isso muito interessante.

I – Então o que se está aqui a fazer também se está a fazer no restante hospital?

RF – Nós estamos a tentar dinamizar em todos os serviços. Num segundo momento, reunimos os responsáveis da formação dos vários serviços. Aí fazemos uma partilha e uma reflexão sobre as várias reuniões de formação dos vários serviços. E, a partir daí, o que se pretende de futuro é articular a formação em serviço com a oferta de formação do centro de formação profissional do hospital. Imagina que há um tema bastante emergente em vários serviços, se justificar, podemos pensar, por exemplo, numa acção de formação alargada a mais que um serviço.

I – Isso faz-me sentido.

RF – Nós aqui partimos sempre das preocupações e do sentir "aqui e agora" dos enfermeiros. Isto para promover, através da reflexão e análise, a mudança interna. Apesar de ser uma coisa mais demorada, lenta e menos demonstrativa, dá mais visibilidade se disséssemos que fizemos "não sei quantas" acções de formação por ano. Porque isto também é difícil avaliar e demonstrar as mudanças ocorridas e a influência que isto tem na prática clínica.

Como referi, acho que o ano passado correu melhor porque houve a tal continuidade. Ao contrário, este ano foi muito irregular, também houve muitas mudanças ao nível do hospital e acho que isso também mexeu muito com as pessoas. Houve a junção de serviços…

R – O 21 B que passou para este pavilhão.

RF – Houve mudança do conselho de administração, que também mexeu com as pessoas. Há a impossibilidade política de não se poder contratar mais enfermeiros, e os serviços têm vindo a ver reduzidos os elementos. Portanto, isto tudo acho foi sentido por todos.

Ch – Desiludidas e mais desanimadas.

MJ – Mais desmotivadas. Aqui há dias, uma doente dizia: "senhora enfermeira, não consigo compreender, estive internada cá no ano passado, a equipa é exactamente a mesma, mas estão diferentes." "Mas diferentes como?" – perguntava eu. "Há qualquer coisa diferente, parece que há um deixa andar, estão desmotivados e desinteressados."

Nós vimos sempre com os mesmos olhos e nem nos apercebemos do que estamos a transmitir aos outros. Achei muito pertinente a observação da doente.

RF – Há estudos feitos engraçados a propósito da avaliação da organização das instituições a partir das observações e relatos dos utentes.

MJ – Eles são o nosso espelho.

Ch – Os inquéritos de satisfação, para que são os inquéritos de satisfação? Reflectem o nível dos cuidados dessa instituição.

R – É, o nível de cuidados da instituição.

I – Mas é preciso um número de elementos suficiente em cada equipa, porque se não é complicado.

Ch – Claro. E aquilo que tem acontecido é … temos vivido extrema ansiedade que, depois disso, por mais que nós tentemos evitar isso, nunca o conseguimos. Também nós prestadores precisamos de ser cuidados. Nós estamos a atravessar um momento, não digo a chegar à exaustão, mas as mudanças são tantas, a perspectiva é, o que se advinha não é nada fácil e, portanto, isso repercute-se. E, por mais mecanismos de defesa que tentemos arranjar, isto vai-se repercutir na maneira como abordamos os outros, na maneira como falamos e na maneira como convivemos entre nós.

MJ – Exacto.

Ch – Porque nós também precisamos de apoio. E o que se tem feito é tábua rasa nessa questão de cuidarmos de nós próprios.

R – Completamente!

I – Eu acho que na psiquiatria é preciso ter tempo. E ter tempo de alguma forma para lidar com as pessoas, para auscultar e a tarefa, o fazer, a actividade, a sequência de promover as actividades de vida diárias ao doente, ou pela terapêutica, etc., etc., são coisas básicas de enfermagem que é cuidar na sua amplitude, mas nós precisamos de que é pedra básica da psiquiatria, que é a relação de ajuda, que é a relação terapêutica, e nós não podemos dizer "é só um bocadinho que já falamos consigo...". Temos que ter disponibilidade e auscultar o doente.

Eu penso que é fundamental uma relação de ajuda, uma relação terapêutica em saúde mental e, neste reingresso, aqui ao Júlio, acho que o serviço está com muito nível, muito sinceramente, os meus colegas

enfermeiros, os nursings, mas aquilo que eu penso é que "não se pode fazer omoletes sem ovos" e, neste momento, eu penso que, devido à quantidade de pessoas que estão por turno, faz-se o que se pode, estica-se a corda o mais possível e eu vejo, por mim, que ainda estou em reintegração. O serviço é igual mas coisas novas, normas diferentes, coisas que mudaram. E penso que todas as pessoas esticam o elástico, mas aquilo que eu sinto é um corre, corre.

Todos nós tentamos fazer o nosso melhor mas, em termos de cuidados, em termos de psiquiatria, podíamos fazer muito melhor por isso é que nós estamos cá. E às vezes é complicado. Não é porque não se quer fazer, mas porque não se consegue fazer na sua totalidade. É isso que eu sinto.

Ch – Sim, mas estamos aqui perante duas situações distintas e ambas contribuem para essa globalidade de cuidados. Uma é o número de enfermeiros presentes, a falta de recursos, e o número de horas que temos disponíveis para estarmos junto dos doentes. Isso é inegável neste momento, não me interessa estar a viver com outras situações, o que me interesse é que se tem vivido aqui, e como temos gerido essas dificuldades em termos de recursos humanos. Outra coisa é o que falámos anteriormente, os constrangimentos que estamos a atravessar. Uma coisa eu tenho certa, por mais recursos humanos que tivéssemos nesta fase, essa ansiedade transmitida pelo pessoal no dia-a-dia também iria reflectir-se na realidade. Uma coisa é os recursos humanos, o número de horas disponíveis e outra coisa é a nossa pré-disposição. E quando nós não estamos bem com nós próprios, quando nós sentimos que algo mexe com nós, por mais que a gente queira evitar, isso repercute-se também. E portanto, neste momento, há duas coisas importantes a fazer rapidamente ou a tentar: uma é repor o número de horas disponíveis para a prestação; mas mais importante do que essa, é tentar criar estabilidade, tolerância no trabalho para que as pessoas possam entrar aqui em paz de espírito. Estar bem com elas próprias. Porque só estando bem com elas próprias é que podemos lidar com os outros.

Às vezes, estarem três enfermeiros não é diferente de ter dois, em termos do número de horas disponíveis para os doentes, porque a disponibilidade continua a ser pouca. Pois se os enfermeiros se retraem, se resguardam numa sala atrás de uma secretaria, se não dão a cara e se não vão para o terreno, se não vão falar com os utentes, tanto faz ter três como ter dois enfermeiros.

I – Eu noto que há uma grande mudança em termos de saúde mental e psiquiatria em termos de reestruturação e claro que isso se sente nas unidades de internamento.

Ch – Não sei se sentes isso?

RF – Claro que sim.

Ch – O que sente é a tal insegurança até aos postos de trabalho.

R – Acho que neste momento é mais isso.

Ch – As pessoas que estão a contrato, não sei se vocês sentem o mesmo, mas eu sinto que à medida que se aproxima o fim do contrato de trabalho, a ansiedade das pessoas aumenta. Quando a pessoa inicia o seu primeiro dia de contrato vem descansada. Passam os três meses e as pessoas perguntam: "E agora há mais três?" Passam a vida nisto. Isto é assim, é um balão que vai enchendo e depois vai esvaziando, vamos lá ver se algum dia rebenta.

R – Pois é sempre uma insegurança para eles neste hospital, vivem sempre em angústia.

RF – É claro que as pessoas que estão a contrato a termo certo de três mais três meses vivem uma insegurança permanente com o receio de perderem o seu posto de trabalho, que apesar de o hospital dar provas de querer

manter esses enfermeiros, essa insegurança pelo vínculo precário que apresentam. Estamos a falar da insegurança dos enfermeiros que estão a contrato. E qual é a insegurança que os enfermeiros do quadro sentem?

R – Eu acho que o pessoal do quadro se reflecte um bocadinho nestas mudanças, nesta instabilidade. Eu senti isto quando vim do quadro de outra instituição. De facto, estas mudanças são muito radicais e nós não temos poder de qualquer opinião. "Agora vai para ali" e "agora vai para aqui". Estas coisas também se reflectem em nós, como é óbvio. Não sabemos se amanhã vamos continuar aqui, é sempre uma incógnita, é muita incerteza, quando agora temos a nossa equipa completamente estruturada e amanhã aparece alguém com ordens para mais mudanças. E isso é sempre muitas incertezas e insegurança para nós, agora que estamos a estabilizar como equipa, a conhecermo-nos e trabalharmos como equipa multidisciplinar. Mas amanhã não sabemos e isso reflecte-se.

RF – Essa incerteza acaba por influenciar.

R – Obviamente que sim, se calhar não de uma forma tão acentuada como os contratados, mas isso também se reflecte em nós e na estabilidade da equipa.

Ch – É claro que as pessoas do quadro não são tão insensíveis e insensatas.

(Reunião interrompida pela directora clínica para referir ao enfermeiro chefe de que necessita de falar com ele.)

Ch – É lógico que é importante, as pessoas necessitam de falar entre elas e se calhar demoram mais tempo no café alguns minutos por causa disso.

RF – As pessoas necessitam de falar…

R – As pessoas precisam de desabafar, aliviar a tensão.

Ch – As pessoas estão com o saco cheio. Se a pessoa está tensa, começa a falar, a desenrolar o fio à miada e depois é assim. Não são só cinco minutos mas passam a quinze, vinte minutos. Agora quem está na chefia, como eu não sei se deve travar este tipo de atitudes, e depois "mal para travar e mal para não travar".

RF – Então o que se deve fazer?

Ch – Pois, o que se deve fazer, ainda por cima quando se trabalha num serviço em que os profissionais de trabalho estão vinte e quatro horas sobre as 24 horas. Aquilo que se tem de fazer é gerir a equipa de maneira a que as pessoas sintam que são ouvidas, pois darão também o melhor de si. Se eu exigir certas coisas, mas se for compreensível para com os parceiros, que se não, eu sei e tenho a garantia que na minha ausência é dia santo. O que realmente reflecte o bom desempenho da equipa, penso eu, a prestação de cuidados não deve variar em função da presença do chefe.

I,R,MJ – Exactamente.

Ch – As pessoas só conseguem produzir se sentirem que têm apoio e que são ouvidas. E não posso exigir apenas nas horas que estou cá. A gestão global é trezentos e sessenta e cinco dias por ano.

RF – Será que este espaço da formação em serviço não poderá assumir, também, essa função de as pessoas darem esse apoio e ouvirem as opiniões dos outros?

Ch – Também é um momento propício para extrapolar o que sentem.

R – O que sentem, as suas preocupações.

RF – Parece-me que estamos aqui a falar de coisas relacionadas com o nosso sentir e julgo que é importante também que este espaço de formação possa servir para cuidar de nós.

I, MJ – Claro que sim.

I – Parece-me perfeitamente. No fundo, é perceber quais as nossas necessidades de cada um e depois a de todos como grupo em termos de enfermagem e corresponder às necessidades dos doentes que estão internados, e não só, até a dinâmica das outros elementos da equipa multidisciplinar. Eu penso que se pode reflectir sobre as práticas, e podermos aumentar o nosso desempenho e podermos, em termos de enfermagem, perspectivar mudanças mais profundas para contribuir para que a profissão seja cada vez mais com competências. Por isso é que estamos cá. Eu penso que discutir casos, falar sobre temas, eu acho que isso é uma ideia muito gira, porque faz-nos ir aos livros. Porque ir aos livros, ir aos Bocks é muito importante, mas mais importante que os livros é a prática clínica, que é aquilo que nós fazemos, nós podemos ter as coisas nos livros escritas e fazermos diferente completamente. Eu acho que se aprende nos livros e no que se faz no dia-a-dia. E podemos reflectir sobre isso e porque a formação não é só aquela que se teve na escola de enfermagem, mas aquela que se tem ao longo da vida. As coisas mudam, e ainda bem que mudam, portanto, esses temas de formação ou falar-se sobre isto ou aquilo, falar de um doente ou uma família, eu acho que é extremamente importante e pertinente. Não só estas necessidades que sentimos enquanto equipa ou aquilo que sentimos ao nível da instituição mas também esses aspectos.

RF – Eu concordo com isso, todavia acho que enquanto tivermos essas coisas a incomodar será difícil estarmos disponíveis para aprofundar a nossa reflexão sobre casos clínicos e ou temas de actuação específicos… Devemos partir do "aqui e agora" sentido pelos enfermeiros que se encaminhará para nos centrarmos na prestação de cuidados. E a partir daí, fazermos um movimento da prática para a teoria e da teoria para a prática. Teremos que ser flexíveis e ir discutindo o que surge.

R. MJ – É verdade.

Ch – Nós, enfermeiros, gozamos de autonomia, mas somos uma profissão interdependente e as minhas perspectivas como profissional de enfermagem são umas e as perspectivas dos gestores podem ser outras. Para esses, até pode não lhes interessar este "momento de pensar dos enfermeiros". Para eles até pode ser importante que nós nem devemos pensar sobre as coisas.

RF – Será que eles não percebem que estes momentos até podem ser importantes para aumentar a produtividade?

R – Sim, mas eu acho que pode acontecer isso que o Ch está a dizer.

Ch – O que tem acontecido é que uns estão cá para pensar e os outros estão para fazer. E nós estamos cá para fazer. Isto muda-se gradualmente, vai mudando. Com muita luta. A nossa profissão, nos últimos anos, foi a que evolui mais, mas há uma grande disparidade das escolaridades dos enfermeiros. Temos enfermeiros desde a quarta classe até licenciados, mestrados e doutorados. Isso é complicado porque a opinião pública e as classes multidisciplinares para eles é tudo a mesma coisa.

R – E ainda há a mentalidade do médico, em que o enfermeiro está para cumprir. Há médicos que evoluíram e percebem o que é o trabalho multidisciplinar, em que estamos aqui todos para o mesmo objectivo, para o mesmo fim. Agora há outros, como tu sabes, que são assim.

I – A este propósito, o que posso dizer é que quando vim para aqui para o hospital, há vinte anos, era miúda, recém formada na escola de enfermagem, e as minhas colegas enfermeiras, muito mais velhas que eu, eram especialistas em saúde mental. Eu aprendi muito com elas e algumas só tinham a quarta classe e, digo-te, havia algumas que, quando os doentes chegavam, diziam "este doente tem isto, e isto, … e isto", e eu "parecia um boi a olhar para um palácio" e dizia: "como é que esta enfermeira consegue fazer esta leitura?". E ao longo dos anos fui aprendendo porquê.

Pode-se ter muitos títulos, mas pode-se não ser nada em termos de "Nursing" e o que interessa primeiro é que se goste do que se faz e ter formação é importante, mas é importante formação enquanto pessoa, porque eu acho que para se trabalhar em saúde mental isso é importante. Lá está o cuidar de nós também, é o ser. Isto tudo batido faz o nursing. E sai a nossa prestação de cuidados.

RF – Como se promove a formação do ser?

I – A minha formação do ser tem a ver com a minha análise e quero um dia ser psicanalista didacta. Tenho o meu momento para fazer a minha reflexão. Para nós compreendermos os outros, temos que perceber os nossos sentimentos, as nossas emoções, os nossos comportamentos, as nossas atitudes. E é bom que a gente se zangue, é bom que a gente deite para fora, porque então protege-nos das doenças psicossomáticas.

RF – Na saúde mental é essencial a nossa própria saúde mental uma vez que os doentes, analiticamente falando, projectam e depositam em nós as coisas más que eles têm e, perante isso, temos que compreender e ajudar o doente a dar um sentido aos seus problemas através da "função de reveri". E daí ser importante termos um bom conhecimento de nós para melhor responder ao doente, porque se não corremos o risco de confundir as coisas que são nossas e as coisas que são do doente. Por outro lado, as coisas dos doentes também nos tocam e por vezes agridem, logo por um mecanismo defensivo, escondemo-nos da relação com o doente, mantemos a porta do gabinete fechada, escondemo-nos atrás da secretária, etc.

Mj – E acabamos por dar SOS porque não o quero ouvir.

I – Ou porque não o contenho.

RF – E a questão disto é que a maior parte destes fenómenos são inconscientes, não temos a mínima noção que acontecem. E eu acho que este espaço também é importante para dar visibilidade de certa maneira ao que fazemos e não temos consciência delas. Por isso, eu acho que devíamos ter supervisão clínica.

I – Estava a pensar nisso...

RF – Eu acho que a instituição, nomeadamente o grupo dos enfermeiros, deve promover um espaço de supervisão clínica para colaborar com os enfermeiros na análise da relação enfermeiro/doente para ajudar a perceber sentimentos, emoções, aspectos patológicos, reacções nossas, perceber pontos cegos da relação, etc.

MJ – E quem é que supervisiona?

RF – Na minha opinião, temos que promover dois tipos de supervisão: um a nível do serviço, em que enfermeiros com mais conhecimentos e com outra experiência, nomeadamente enfermeiros especialistas, devem supervisionar o trabalho dos demais colegas, ou seja, devem ajudar nas dificuldades e a perceberem as relações com os doentes.

R – Mas, para ser sincero, temos que estabelecer uma relação muito próxima com essa pessoa porque se não, não nos expomos. Se não é uma pessoa próxima e vem para aqui perguntar eu fico, sabes. Essa relação tem que ser conquistada, porque de outra forma…

RF – Como se estabelece uma relação terapêutica?

R – Pois, não é assim sem mais nem menos, pois não vou ser sincera para me expor.

I – As pessoas têm que estar pré-dispostas para… tem que ser livre.

R – Claro, tem que ser livre e não imposto e tem que ser uma necessidade minha.

Mj – Nem toda a gente gosta de se expor e se mostrar.

Ch – Mas, Mj, as pessoas trabalham no dia-a-dia precisam de ajuda, não sei se lhe chame supervisão, isso é fundamental porque tem surgido situações em que as pessoas sentem necessidade de apoio. Tem surgido situações aqui e noutros serviços, as pessoas sentem necessidade de apoio. Perante determinada circunstancia agiram de uma determinada maneira, e depois são muitas vezes é criticada pelos outros colegas e isso provoca mal-estar àquela pessoa. Há momentos em que as pessoas, depois de terem agido de determinada maneira, precisam de supervisão ou de alguma ajuda no intuito de remodelar essa atitude.

Mj – Eu concordo inteiramente contigo e tenho exemplos práticos disso, quem está no serviço adopta uma determinada postura em relação a um doente, pede ajuda a um colega e o colega vai lá e nem tem nenhuma relação empática ou terapêutica com o doente, mas que consegue dar a volta ao assunto de uma forma mais harmoniosa. Isso quer dizer alguma coisa. É um bom exercício para a pessoa reflectir e perceber porque vai um e age de uma forma e consegue.

Ch – Também é importante que as pessoas que estão fora percebam porque é que a pessoa que esteve lá naquele momento é importante.

MJ – Exactamente. Porque a pessoa está ali sobre stress não sei quantas horas e conhece o doente e já sabe que o doente vai fazer isto ou aquilo e a pessoa que vem de fora não está sob tensão, está mais liberta, estabelece outro tipo de relação com o doente, enfim, é diferente, e é bom quer para uns quer para outros reflectirem porque é que as coisas se passam desta forma.

Exemplos são o que não faltam entre nós todos. Isto acontece diariamente. Porque é que não se adopta uma postura e não outra? Porque é que fico mais irritada e zango-me com o doente, quando podia ter uma atitude completamente diferente? Há que reflectir sobre isso. E uma pessoa que esteja por trás de nós e nos dê apoio é excelente, faz-nos crescer.

RF – Eu penso que a supervisão poderá ser importante para nos dar esse apoio, não só uma supervisão do dia-a-dia no próprio serviço por uma pessoa do próprio serviço, como uma supervisão que será efectuada por uma pessoa externa ao serviço num espaço criado para o efeito, não para pôr a pessoa em causa propriamente dita na situação, mas pôr em causa a própria situação.

Se não tiverem mais nada para dizer, hoje ficamos por aqui, encontrando-nos na próxima terça-feira, às 11,30 horas.

ANEXO XII – TRANSCRIÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 2

Transcrição da sessão de Formação 2

RF – Na próxima semana estou de férias, mas estou a pensar, se estiverem interessados e acharem pertinente, em apresentar, daqui a três semanas, uma sessão sobre uma actividade de grupo, que estou a desenvolver no 21C 1º andar, com oito doentes, gerontopsiquiátricos, que iniciei no âmbito da especialidade e que posteriormente dei continuidade.

I – Na especialidade?

RF – Na especialidade Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Ch – Mas para a semana estás de férias?

RF – Sim, para a semana estou de férias e na outra não me dá jeito e, portanto, estava a pensar na outra a seguir.

F – Mas se calhar podias fazer um papelinho...

RF – Sim, eu faço e depois envio por mail ao Ch, para se colocar aí onde todos vejam. Portanto daqui a três semanas.

CH – Está bem. Entretanto, hoje, não sei se vem a propósito ou não, mas gostava de reflectir em grupo aquelas questões que foram abordadas ontem na reunião da direcção de enfermagem. Gostava de reflectir a importância das nossas acções aqui no internamento, sobre a autonomia dos doentes e da maneira como são geridos de maneira não minimizá-los e torná-los dependentes, como já foi apontado, por outros técnicos, nomeadamente por Dr. P. Isto não sei se faz sentido.

RF – Isto que se está a falar está relacionado com o nosso papel na promoção da autonomia dos doentes e que muitas vezes é questionada essa nossa capacidade.

F – Mas isso é criticado em que bases?

Ch – Eu nem sei se somos criticados por outros técnicos ou pelos próprios. Eu, ontem, senti que estavam a criticar o nosso trabalho. O que eu acho é que somos nós próprios a criticar o nosso trabalho e nem sequer nos interrogamos da atitude dos nossos colegas, nem nos preocupamos a perceber o porquê de tais atitudes. E se calhar temos sempre a mania de dizer que é mais fácil ou que estamos a fazer porque é mais conveniente para o profissional.

RF – Eu, por acaso, ontem também fiquei a pensar no conteúdo da conversa da nossa reunião, e estive a ler umas coisas relacionadas com essas problemáticas, nomeadamente a questão das contenções físicas, e arranjei um livro que também aborda isso e fotocopiei para trazer, que gostava hoje ou outro dia poder discutir com vocês.

A propósito destas reuniões, também acho que nestas reuniões podemos abordar estes assuntos e pensar porque fazemos de terminada maneira e não de outra, partilhando entre nós diferentes opiniões sobre o assunto. Porque muitas vezes nós temos determinadas atitudes com os colegas, efectuamos determinadas coisas, que como Ch disse são interpretadas. Acho que devemos explicar aos colegas porque agimos daquele modo.

E a propósito disso, gostava apenas de ler um parágrafo neste livro:

"Estas reuniões não são apenas simples trocas de informações entre prestadores de cuidados de diversas competências profissionais e hierárquicas. Nelas se exprimem também as angústias e as defesas da equipa, o

seu ideal colectivo e as suas tensões interpessoais. Podemos limitar-nos a fazer periodicamente a sua análise como supervisão, num espírito de toilette institucional ou para tratar a equipa em determinados períodos de crise. Mas a psicoterapia institucional exige que se vá mais longe, integrando os movimentos da vida psíquica da equipa, especialmente do seu humor, na construção e na análise dos seus projectos de prestação de cuidados.

Todo o colectivo de prestadores de cuidados possui ideais e mecanismos de defesa que imprimem a sua identidade aos tratamentos." (Charazac, p.109, 2004)[3]

Portanto, todos nós temos o nosso ideal de cuidar que, de certeza, é diferente do ideal dos restantes colegas, que depende sobretudo das nossas experiências anteriores. E quando agimos, agimos de acordo com esse ideal. Esses ideais diferentes levam a que tenhamos conflitos com os colegas. Daí há que respeitar os ideais dos outros e tentar complementá-los. Porque, na minha opinião, a maioria desses ideais apenas visualizam o doente de ângulos diferentes. Ou seja, se eu tenho experiência de cuidados de saúde primários e, ao contrário, a F tem experiência de cuidados intensivos, cada um de nós vai colocar nas nossas acções aspectos relacionados com as respectivas experiências anteriormente adquiridas. Não sei se isto faz sentido para vocês.

Ch – Claro que faz. Para mim faz sentido. O que me marca é que parece às vezes quem crítica, é os argumentos que as pessoas têm, é que os actos de quem os pratica são sempre de forma leviana. Eu não entendo assim as coisas e acredito que os profissionais de enfermagem são bons prestadores de cuidados e, quando agem, estão agir conscientemente e estão a agir para o melhor do doente.

F – Eu não estive na reunião e já não estou aqui no serviço há alguns dias, portanto não sei o que se passou. Eu acho, aliás foi a palavra leviana que me ocorreu, porque uma coisa é a crítica aos outros e autocrítica que é sempre positiva. Não é preciso fazermos uma reunião para fazermos críticas, fazemos na passagem de turno, fazemos "anda cá, porque é que fizeste e eu não concordei, ou afinal até concordo e estava errada". Outra coisa é fazer uma afirmação que me parece leviana e inadequada: "os enfermeiros tornam os doentes mais dependentes" – o que é isso? Acho isso uma ofensa. Essas pessoas decerto não trabalham cá.

Ch – Isso não foi dirigido aqui em especial.

F – Eu sou enfermeira, isso ofende-me e isso é uma falta de respeito.

D – Eu até acho que temos bastante cuidado, até quando estão cá os alunos…

F – Nós dizemos aos alunos: "deixem os doentes fazer sozinhos…"

D – Estamos sempre a referir aos alunos: "tenham atenção porque vocês têm tendência a fazer o miminho ao doente e fazerem as vontadinhas todas aos doentes e nós devemos estimular a que os doentes façam sozinhos." É claro que, quando não fazem, nós temos que colaborar com eles. Nós estamos sempre a promover a autonomia.

F – Eu acho que nem vale a pena dar importância a estes boatos, nem sequer falar deles.

Ch – Mas o que eu acredito é que os enfermeiros quando estão a agir, claro que a maioria porque há bons e maus enfermeiros, no geral estão a agir de forma conscienciosa e de boa fé. E já agora, quando se procede alguma contenção física, penso que a contenção é a última acção a seu usada, ou às vezes a primeira em termos de segurança do doente.

---

[3] CHARAZAC, Pierre (2004) – *Introdução aos Cuidados Gerontopsiquiátricos*. Lisboa: Climepsi Editores.

F – Exactamente. Então íamos usar a contenção quando não é necessário?

Ch – Eu não acredito que os enfermeiros usem a contenção para melhor descanso dos enfermeiros.

F –Isso até dá mais trabalho!

D –Exactamente.

I – Eu penso que a psiquiatria … os cuidados físicos e psíquicos são parecidos, mas uns são mais subjectivos. Nós encontramos em serviços de medicina doentes psíquicos e vice-versa. Eu acho que sempre houve uma separação do que é físico do que é psíquico e penso que se nós fizermos uma parelelismos são todos a mesma coisa. Para mim o básico é a relação terapêutica, a relação de ajuda, sejamos enfermeiros, psicólogos ou outra coisa, se efectivamente pela nossa conversa às vezes não se consegue chegar lá, dá-se um comprimido em SOS.

F – Estás num serviço de agudos!

I – Exactamente. Por exemplo eu, em último caso, e todas nós, pelo que tenho visto, porque a equipa é espectacular e estou a gostar muito de estar aqui, da chefia do Enf. Ch e de todos os colegas, dá-se uma injecção em último caso. A contenção física, claro que a olho nu de quem vem de fora, quem não presta cuidados de foro psíquico vê isso quase como uma represália ou um castigo e não é de maneira nenhuma. Eu já fiz contenções físicas e faço aquelas que forem necessárias.

F – Desculpa interromper, tu na medicina não tens imobilizadores? Eu tenho na cirurgia. Em S. José tinha.

I – Ó F, nós temos que prover um ambiente seguro, aquilo da Nancy Rooper acho que é?

F,D, Ch – É, é…

I – Se, por exemplo, um doente está com dificuldade em respirar, falta de oxigénio, não vou perguntar se vou colocar um oxigénio ou não, e acho que nas contenções é a mesma coisa. Um doente agitado, seja ele delirante ou alucinado, ou demenciado, eu sou a primeira a ir na contenção porque acho que isso é básico.

F – Até pode ser suficiente por grades na cama.

I – E para mim isso é ser enfermeira de saúde mental. Eu nem tenho experiência em outras áreas do ponto de vista físico, porque sempre trabalhei em psiquiatria. Agora, na minha opinião, não são os outros técnicos que nos têm de dizer quando devemos conter ou não os doentes, "faz assim ou faz assado".

D – E tu sabes porque o fizeste e tens argumentos e fazes por alguma razão.

I – Ainda há dias, aquele doente, o R, lembras-te D?

D – O R? Ah sei…

I – Eu falei com ele e "dei-lhe a volta" e nem precisei de dar medicação nenhuma.

D – Exactamente.

I – Bastou. Ficou ali na sala de trabalho sentadinho e conseguimos conter o doente de forma emocional.

D – E quantas vezes não estamos a escrever as pastas na sala de trabalho ali com os doentes? Às vezes é necessário isso. Ficam ali sentados ao pé de nós. Há dias sentei lá o A

Ch – Por ventura às vezes temos que conter os doentes pela sua segurança e de outros.

F – Então se tenho um doente agressivo, não o hei-de conter?

D – Às vezes, as pessoas pensam que contemos os doentes para ficar melhor durante a noite, mas isso não é assim. Só o fazemos para o seu benefício e sempre em último recurso.

I – Nós estamos aqui a falar da dependência e da independência e no fundo estamos a falar da autonomia da enfermagem. Porque nós estamos a falar da dependência e da independência do doente, no fundo …

(Interrupção Dra. M Farmácia)

I – Continuando aquilo que eu estava a falar, isto há seis anos atrás não se colocava. O que se está a pôr em causa é a autonomia dos enfermeiros, porque há o acto médico e há o acto de enfermagem, que é cuidar, e a contenção é um acto de enfermagem, é um cuidar.

F – Acho que cada vez mais se põe em causa o que as pessoas fazem.

D – Pois é.

Ch – Isto não são acusações, agora esqueçam isto.

F – Eu acho que é uma frase grave: dizer que os enfermeiros tornam os doentes dependentes é uma acusação grave. E eu sinceramente vou continuar a ter a mesma postura. O que puder melhorar todos os dias melhoro um bocadinho, agora isso não me afecta nada.

D – As pessoas que dizem isso decerto não estão na prestação directa dos cuidados, não estão no terreno.

Ch – Sim, só era bom que mudasse, não em si ou só em si as pessoas, caso haja alguém que ao efectuar esses actos e o efectue de forma leviana como disse ao princípio.

D – Exacto.

Ch – Esses que o fazem de forma leviana, acho bem que pensem, e tornem a pensar, e quando tomem essa atitude, o façam como sendo a última alternativa.

I – Eu lembro-me que, quando vim para o hospital, aprendi muito com algumas colegas e algumas só com a quarta classe, e lembro-me de uma vez de ter confrontado uma colega que achei que foi agressiva com uma doente. É claro que sofri as consequências. E a nossa colega ficou "piursa" comigo, quem era eu para a estar ali a confrontar. Esta era muito mais velha que eu. Com certeza que há mais novos maus e bons, eu acho que todas as situações são diferentes.

Eu não estou a ver que as pessoas, na prestação de cuidados, utilizem a violência gratuita. Nós não podemos generalizar, porque há situações e situações.

D – Ainda na quarta-feira, a dona A nos confrontou na reunião de doentes que a tínhamos contido, e o enfermeiro Ch a interrogou e "porquê? Acha que tivemos essa necessidade porquê? porque a contivemos a si e não a outras pessoas?". Nós, para o fazermos, é porque houve alguma razão para o fazer.

F – É lógico que o ponto de vista do doente é, de certeza, diferente do nosso.

D – Claro. E quando os doentes dizem que foram agredidos ou que a enfermeira foi má, o que leva estas coisas a acontecer? Nós não temos por hábito agredir os doentes, não temos por hábito amarrar doentes. Quer dizer, se o fazemos, é por algum motivo e acho que as pessoas têm que perceber. Se calhar, o hospital da fama já não se livra…

I – Isso tem a ver com o estigma da saúde mental.

D – Exactamente. Se calhar se cuida mais, quem tem familiares com múltiplos internamentos e que teve internamentos há vinte anos, neste momento há melhorias, há humanização, as coisas vão mudando, as escolas vão formando de outra maneira e acho que agora há outra visão do doente. Era o que o F estava a dizer há bocado, agora é mais uma visão holística dos doentes. As pessoas começam também a mudar um bocadinho. E, de facto, o hospital é o estigma, lá está.

I – Isso é o estigma. Eu lembro-me que, quando terminei o curso e disse que vinha trabalhar aqui para hospital, disseram-me: "Estás maluca?". Não no sentido ser maluca.

D – Exacto.

I – É porque é o que eu gosto. Por exemplo, agora em Coimbra toda a gente sabia que eu tinha trabalhado aqui como enfermeira, porque não tinha nada a esconder, e quando me perguntava onde tinha trabalhado, as pessoas diziam: "ah no Júlio, no Júlio!!!", a brincar no Júlio. Mas isso é o estigma.

F – É verdade. Ainda hoje, quando digo que trabalho aqui, há sempre um sorrisinho!

D – E porque há esse estigma?

F – Porque aconteciam coisas que se calhar…

D – E depois, antigamente, não havia a medicação que há hoje, não havia a contenção química e havia aquelas salas forradas.

I – Mas, ó D, mas era muito medo das próprias pessoas adoecerem mentalmente. Tem-se muito medo daquilo que se desconhece, da sida, da loucura. É muito por aí.

D – Exacto, neste momento…

F – Tu, se calhar, preferes partir as duas pernas do que ter uma depressão.

I – Mas cada vez há mais depressões...

D – Neste momento nós temos. E aquilo que ouvia falar do que eram os enfermeiros do Júlio de Matos há uns anos atrás e aquilo que eu vejo.

I – Mas, ó D, olha que eu, havia colegas nossas, colegas que tinham habilitações do quinto ano, segundo ano do ciclo, quarta classe, eram melhores que certos professores universitários. Tinham uma experiência em psiquiatria espectacular.

F –Olha a O, a T.

I – Eram enfermeiras de psiquiatria altamente.

F – Se os doentes tivessem uma gripe não sabia o que lhe havia de fazer, mas em psiquiatria…

I – A enfermeira O era uma das tais que, quando vinha o doente, ela dizia é "isto, isto, e isto". E batia direitinho. E a enfermeira T também. Algumas eram muito boas.

D – Eu não ponho isso em causa, o que cada vez mais estamos a ficar mais humanizados. O nosso cuidado com o doente tem evoluído e, se calhar, preocupamo-nos mais com o bem-estar do doente. Acho eu!

F – Mas também concordo com o que a I diz, tem a ver com a formação de cada um, com a pessoa. Antes de ser enfermeira, sou uma pessoa e, portanto, tem a ver com o ser de cada um de nós.

D – É isso mesmo.

I – Pois é.

RF – Acho que isso que estão a falar é das coisas mais importantes da nossa prática.

I – E é importante perceber o que é da nossa prática e o que é dos outros grupos profissionais, porque se não deixamos de fazer algumas coisas que eram nossas. Por exemplo, a ergoterapia que era nossa, agora é também dos terapeutas ocupacionais. E nós não podemos de deixar de o fazer. Aqui no Júlio, a ergoterapia, éramos nós!

F – Nós, por exemplo, fazíamos tantas coisas no Natal. Bem, os doentes também eram diferentes. Eram agudos e crónicos e eram só mulheres.

Ch – Eu compreendo isso. Penso que é fundamental, em termos terapêuticos para o doente. Agora pedir para assar sardinhas no Santo António para os outros funcionários, isso não é ergoterapia… os enfermeiros têm que assumir o papel de terapeutas, agora não têm que assumir o papel daqueles que têm de fazer tudo a substituir os outros. Eu, nesse esquema de trabalho, não participo.

Isto que estamos a reflectir sobre a autonomia dos doentes e das contenções e eu como gestor do serviço, e em termos da gestão de material, não posso concordar de maneira nenhuma, que se o enfermeiro coloca duas fraldas para evitar ir ao pé do doente, para estar descansado.

F – Às vezes a gente faz isso. Mas sei porquê e posso explicar.

Ch – Isso é que é fundamental.

F – Porque, muitas vezes, o doente está a dormir profundamente e fica encharcado em urina até ao pescoço até de manhã. E o grave é receber o turno de manhã e os doentes terem urina até aos cabelos.

I – Mas as fraldas agora deixam passar? Antigamente não.

F – Os doentes urinam muito, principalmente agora de Verão que damos muitos líquidos aos doentes, para não se desidratarem.

D – E depois ficam muitas horas deitados, deitam-se às dez horas até às oito horas é muito.

F – Uma fralda não chega. Agora vais levantar um doente às quatro da manhã e mudar fraldas?

I – Isso não, dá-se medicação para dormir, isso não se pode.

F – Agora ir levantar os doentes de manhã e têm urina até à ponta dos cabelos como já apanhei mais que um no mesmo dia. Isso é que é grave. Porque eu quando faço noite, os doentes que eu acho que precisam, eu meto as fraldas. Mas depois, de manhã, vou mudar os doentes e não deixo doentes urinados.

Ch – É estas especificidades que temos de saber analisar, porque num serviço de medicina ou outro temos que mobilizar, mudar de posição, aqui tem que se avaliar situação e doente a doente. E não encarar isso como para benefício do próprio enfermeiro. Na avaliação do desempenho, vamos futuramente ter isso em conta: se fazemos isso para o melhor do doente ou se aquela atitude é unicamente para os seu bem-estar próprio.

D – Por exemplo, a dona M, é uma senhora que não dorme bem, só metemos uma fralda porque, quando vamos dar a volta, ela está sempre acordada e mudamos sempre a fralda. Por exemplo, o A tinha que levar sempre duas porque se o acordávamos, ele não dormia mais nada.

F – E a dona L tinha que ser posicionada de três em três horas.

D – Era.

Ch – Temos que ver as coisas. A CD não foi acordar o ZG?

D – Estava cá eu.

F – Não foi acordá-lo?

Ch – Sim, estava com uma perna pendurada fora da cama. Ela disse-lhe: "ponha a perna para cima".

F – E ele foi atrás dela e partiu logo um vido da porta do corredor para lhe dar um murro.

D – Pois foi, estava cá eu.

Ch – Mas estas coisas que tornam isto diferente.

D – Eu, se visse o ZG ou o A a dormir com a perna pendurada, já não os ia acordar. Cada um é uma situação diferente.

F – E eu se visse o ZG encharcado de urina até ao pescoço, eu deixava-o estar.

Ch – É engraçado que conseguimos expressar isto verbalmente e a pena que nós não consigamos passar isso para o papel para dar visibilidade ao nosso trabalho. Aqui atrás uma jornalista escreveu um livro sobre aquilo que ela tem visto nos bancos de urgência.

F – Visto sobre o ponto de vista dela?

I – Exactamente.

Ch – Ela andou infiltrada, com as devidas autorizações, a observar as urgências e agora traduziu todos os seus sentimentos, todas as suas vivências no livro.

F – Mas isso será completamente diferente da nossa sensação, das nossas emoções.

Ch – É claro que sim. O nosso sentimento perante, por exemplo, a morte numa reanimação de certeza absoluta é diferente da dela que está a observar. O mesmo que aqui a trabalhar, os nossos sentimentos têm que ser diferentes daqueles que vão traduzindo para os livros, falam e dizem mas não passam pelas experiências.

F – É como os jornalistas que escreviam sobre S. José. Não é que eles escrevessem mentira, mas a maneira como interpretavam é totalmente diferente de quem lá trabalha. Não tem nada a ver. Em que nós lá tínhamos sessenta doentes, no corredor e tinham que tomar banho numa bacia separados por um biombo. É claro que nós não podíamos fazer melhor, mas quem visse de fora ficava chocado.

D – É como nós aqui a darmos banhos. Às vezes temos as mulheres todas nuas na casa de banho, a tomarem banho.

Ch – É como quem faz esta circular informativa, mais uma vez aquilo que nos estão a propor juntar os homens e as mulheres.

D – Isso e retirar os quartos de isolamento para ocupar como vagas.

Ch – Quem traduz isto para o papel, não sei. Já havia esta que é relativamente semelhante. Agora fizeram esta.

F – É uma desumanização.

Ch – Estamos aqui a analisar as coisas. É o meu propósito que os cuidados prestados nesta unidade, quer em todas as unidades de serviço de agudos, se pautem pela boa prática dos serviços de enfermagem. Agora isto que está aqui a delegar nos enfermeiros, não é vigilância porque nós somos vigilantes todo o dia.

D – Nós temos aí homens que dormem todos nus.

F – Isto é uma desumanização.

I – Eu acho que as coisas são muito organizacionais em termos de instituição e depois há modo de trabalho. Eu aqui ainda não tinha tido a experiência de trabalhar num serviço com homens e mulheres, excepto no hospital de dia, e a mim fazia-me uma certa confusão como é que as coisas funcionavam. Fazendo uma comparação com Coimbra, aqui é tudo fechado, lá não, psiquiatria homens e psiquiatria mulheres são diferentes. É um hospital geral como Santa Maria, e fazia-me confusão como é que os enfermeiros naquele serviço aberto tinham "controle", porque aquilo entravam e saiam estavam logo ao pé do bar ou ao pé dos correios. Na unidade de mulheres, já era diferente porque era tipo uma casinha, tipo isto, mas também tudo aberto. O que eu quero dizer.

F – Como faziam com doentes com internamentos compulsivos?

D – E com doentes tipo dona AL?

I – Porque realmente isto é um internamento aberto.

F – Teoricamente é. Mas temos internamentos compulsivos porque é um internamento fechado.

I – Nunca me preocupei com isso. Mas isto faz-me confusão ter homens e mulheres, mas estou-me habituando. Termos em unidades separadas isso "vá que não vá".

F – Agora nos mesmos quartos?

I – Isso não.

D – Até em quartos diferentes, na mesma enfermaria, com a mesma casa de banho.

F – Um doente vai a passar com a porta aberta…

D – Estão nus, estão despidos.

I – Psicopatas, bipolares, é um bocado complicado.

F – Eu, se estiver a fazer tarde ou noite e for obrigada a fazer isto, eu escrevo no processo do doente, digo que fui obrigada superiormente a fazer isto "assim, assim".

Ch – Quem conhecia o 21 B, estou a agora a lembrar-me, porque é que será que fizeram aquela parede a meio a dividir o corredor? Porque o dinheiro que gastaram nisso é nosso, é dos contribuintes, não é dos administradores.

I – Fizeram sim.

Ch – Isto porque, durante o dia, os doentes podiam circular e à noite havia uma separação.

F – Por alguma razão fechamos as enfermarias à noite.

Ch – Não sei, A, isto revolta-me. Aquilo que temos feito é melhorar os cuidados e temos tido dificuldades… e tenho o direito de dizer que não a isto.

I – Como as unidades de isoladamente da unidade II deveriam estar sempre livres para quando fossem necessárias.

F – Eu acho que a humanização dos nossos cuidados em relação aos doentes passam primeiro por nos metermos no lugar deles.

I – Empaticamente.

Ch – Com certeza.

F – Enquanto não nos colocarmos no papel do doente, não conseguimos a humanização dos cuidados. Eu não gostaria de ser transportada às três ou quatro da manhã com uns chinelos de papel, com chuva e um pijama e uma bata de papel. Fez medicação para acalmar e para dormir. Eu não gostaria disso.

D – Não há sequer preocupação.

I – O doente vem do Curry e depois vai para a II e depois para III. É assim, os doentes já estão desorganizados, vão para uma enfermaria, começam a falar com umas enfermeiras, depois…

F – Já não pertence aqui, vai para outro lado.

I – Já não pertence aqui, vai para outro lado, não me faz sentido. Faz sentido ficar num sítio intermédio e depois é que vão para o serviço. É uma confusão e um bocado complicado. Temos que orientar os doentes e família no tempo e no espaço. Mas se calhar porque não passarmos estas nossas experiências, isto para o papel. Porque nós, em relação aos outros profissionais, perdemos muito por não dar visibilidade.

Ch – Nós não somos diferentes dos outros. Isto vem da escola, e a escola também está diferente. Na altura nem tínhamos tempo para pensar. Hoje já vamos pensando, se não é aqui é noutro lado.

I – Eu acho que temos de dar visibilidade e dar valor ao que fazemos, porque temos uma profissão bonita.

ch – Se calhar o que nos falta é o espírito de grupo como a equipa de rugby. Em que os jogadores são humildes e vão sempre à luta e trabalham sempre equipa. E se calhar o que acontece aos enfermeiros é não trabalhar em equipa. Quer na equipa de enfermagem, quer na equipa multidisciplinar. E há muitas pessoas que só olham para si e não trabalham em equipa.

F – Nós até trabalhos em equipa.

I – Nós até somos organizados.

Ch – Achas? Um enfermeiro que fez o complemento, fica como está e não ganha mais por isso.

I – Não sabia.

D – Nos outros há o reconhecimento e na nossa profissão parece que não.

RF – Esse reconhecimento acho que é importante.

I – Faz-me confusão que os enfermeiros das escolas de enfermagem deixaram de ser enfermeiros para ser professores. Isto faz-me confusão. Eu acho que temos de dar visibilidade ao que fazemos.

RF – Bem, vamos ficar por aqui. Na próxima semana não temos sessão de formação porque estou de férias. Marcamos para daqui a quinze dias.

ANEXO XIII – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS SEMIDIRECTIVAS

Análise de Conteúdo das entrevistas semidirectivas

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
Formação profissional em enfermagem	Formação contínua	Formação inicial	"Penso que hoje em dia os enfermeiros que saem da escola, na sua maioria, eles trazem bons conhecimentos porque a maioria nas escolas não aposta apenas na formação biomédica como acontecia até há vários anos (…)"	Ca
			"Penso que a nossa formação profissional não termina quando saímos da escola (…)."	Ca
			"E agora com o desenvolvimento profissional e com a formação dos enfermeiros tutelada, penso que nós, enfermeiros, temos que nos habituar a dar resposta também de uma forma obrigatória."	Ca
			" (…) e, portanto, penso que muitas das escolas apostam noutro tipo de formação sem ser essa e o que na área de saúde mental isso é visível."	Ca
			"Quando saímos da escola não sabemos nada (…)."	A
			"Acho que ainda não conseguimos operacionalizar tão bem esses saberes."	Pa
			"Sinto que há desconhecimento, ou seja, eu acho que durante a nossa formação inicial nós aprendemos algumas coisas, ficamos com o embrião de várias coisas, e depois temos que as desenvolver."	E
			"A formação académica, acho que desenvolveu-se bastante, ao nível dos diferentes saberes."	Pa
		Críticas à procura de formação	"Formação? Estás a falar da formação quando já são enfermeiros? Eu acho que de uma maneira geral investem muito pouco na formação. Acreditam que saem formados e investem muito pouco no estudo e no contínuo de aprendizagem."	E
			"Eu acho que a formação deve ser um espaço que o enfermeiro deve procurar (…)."	Fr
			"Sim, contínua. Formação contínua. Vários tipos e vários modelos de formação. Aliás eu penso que, na enfermagem, adoptou-se um determinado modelo de formação e "foi a chapa sete": congressos, palestras (…)."	Fr
			"(…) e tu sabes que para a maior parte das pessoas isto é o segundo emprego e para outras é o primeiro, mas além de outro emprego."	Fr
			"[foste à procura de te informares sobre o tema…] Sim, fui à procura."	Fr
			"Bem, eu não tive essa necessidade porque eu sabia essa resposta. Eu quando não sei eu procuro."	Fr
			"(…) e até o que nós temos vindo a assistir é que os enfermeiros acabam os cursos e começam a trabalhar em vários sítios. Eu penso que a dificuldade "tempo" pode ser um dos factores que contribui para isso. Portanto, se estão tão ocupados, não têm tempo para se informar, para ler e para estudar. Por outro lado, não há disponibilidade para isso."	E
			"Primeiro, penso que os enfermeiros fazem formação por fazer (…)."	Cr
			"Eu acho que não valorizam [formação] (…)"	E
			"Quando os enfermeiros investem em trabalhos duplos e triplos sentem que o seu trabalho de um sítio complementa o trabalho do outro, sendo trabalhos diferentes e vão fazendo a sua formação por aí. Eu penso que não chega."	E
			"(…) e esclarecimento junto de pessoas que saibam mais que eu sobre aquela matéria."	Fr
			"Pode, mas é difícil, porque estão lá uma quantidade de enfermeiros que eu não conheço de lado nenhum, portanto não estão a par da minha realidade e portanto não sabem o que se passa aqui."	A
			"Isso não te posso dizer. As pessoas trabalham em dois lugares, ter momentos livres não é fácil."	E
			"Claro. Até que a figura que vem e emita sabedoria não resulta, a formação de adultos não deve aplicar os modelos de formação das escolas iniciais. Até as escolas iniciais hoje em dia já é feita de outra forma. Não é como a gente aprendeu por tentativa e erro e que dá um erro e tem que escrever cem vezes a palavra."	E
			"Bem, nem sempre procuro porque não tenho tempo, mas tenho por hábito fazer essa procura e pesquisa"	Fr
			"Na maioria têm investido pouco. De alguma forma, estes factores influenciam esse pouco investimento. Não quer dizer que não necessitem. Podem necessitar, mas penso que são estes factores que não deixam investir na formação."	Ca
			"Os enfermeiros têm uma carga de trabalho de poucas horas ou nenhumas para a formação."	Ca
			"Há muitos factores que todos eles coadunam para que os enfermeiros invistam muito pouco na formação."	Ca
			"Outra coisa talvez que os desmotiva é que sob o ponto de vista do conhecimento e da recompensa monetária a seguir a uma formação não há essa recompensa. Que é o caso dos enfermeiros que têm investido no complemento que ainda não o viram reconhecido sob o ponto de vista remuneratório. Isso muitas vezes é sentido como desmotivação."	Ca
			"Não há uma recompensa monetária nem estatutária. Muitas vezes não é só apenas a recompensa monetária, mas mais a estatutária. Com a mudança de estatuto ou algo do género."	Ca

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"(…) agora e cada vez mais, penso que os enfermeiros recém-formados, e é isso que muitas vezes verificamos, que após tirarem o curso, pensam que já nunca mais lhe vai ser pedida ou solicitada outro tipo de formação ou aprendizagem ou explanação das suas ideias."	Ca
			"Também eles, pelo esforço físico que vão tendo, também não têm essas apetências, e o facto de muitos enfermeiros exercerem a sua actividade em mais que um local também lhe limita muito a sua formação."	Ca
		Importância atribuída à formação	"É bastante benéfica (…)."	Pa
			"E é pelo facto de irmos aprendendo ao longo da vida que vamos mudando algumas das nossas atitudes e ter uma melhor resposta às necessidades que vamos encontrando nos utentes e respondendo de uma forma mais adequada a essas necessidades."	Ca
			"Acho que os congressos, os cursos, os encontros que se fazem aí por fora são importantes (…)."	A
			"(..) ou seja, à medida que vamos criando comportamentos e atitudes que não estão correctas, porque a formação também implica repensar sobre a nossa atitude, reflectir."	P
			"É claro que as coisas são complementares e quando vou a um congresso posso adquirir conhecimentos e mais valias que depois posso partilhar aqui no serviço."	A
			"Eu acho que a formação tem que ver com as necessidades do enfermeiro (…)"	L
			"(…) mas depois há toda a formação da nossa vida e, portanto, uma aprendizagem que vamos tendo ao longo da nossa vida como seres humanos, portanto estamos sempre a aprender."	Ca
			"Acho que alguns enfermeiros necessitam dessa formação."	Ca
			"Por exemplo, o acolhimento, a maneira como se atende um telefonema, a maneira como se fala com uma família, são maneiras que são extremamente importantes no desenvolvimento das nossas actividades. E, portanto, ultrapassa muito a formação específica no atendimento geral do utente, tem o seu peso e é importante."	Ca
			"Não, a decisão é sempre dele. A gente apreende muito, agora a aprender, isso só quando quer."	Pa
			"Enquanto que para a especialidade, se for, é com prazer, é por opção."	F
			"Não quero dizer que não vá gostar, e até, adquira novos conhecimentos. Alias é também para isso que vou, mas sinto que vou de certa maneira obrigada."	F
			"Acho que sim. A formação deve fazer parte de nós. A continuidade de formação, (…) da aprendizagem."	E
			"Acho, porque isso toca na parte profissional, porque isso tem a ver com a formação pessoal e profissional, não são dissociáveis."	P
			"Porque há formação que pode ser específica em termos de cuidados, cuidados especializados. Mas depois, em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, isso ultrapassa muito mais que essa formação."	Ca
			"Eu acho que há sempre áreas que necessitamos de aprofundar conhecimentos."	Pa
			"E a formação é isso, a formação dos enfermeiros é reflectir sobre uma prática."	P
			"(…) É desta forma que eu vejo. Acho que era necessário estudar-se mais, aprender-se mais (…)."	E
			"Portanto, alguns recém-chegados terão alguma necessidade de formação mas, se calhar, os enfermeiros que exercem há mais anos também. Com certeza que vamos encontrar de tudo."	Ca
			"Se calhar, elas próprias devem começar a ver qual a importância da formação. Futuramente, se calhar, as pessoas vão ver quão importante é esse investimento na formação, porque só assim, se calhar, progridem mais facilmente na carreira ou conseguem, não é benesses, mas só vendo esse tipo de investimento na formação é que as pessoas conseguem formação no exterior, se calhar temos que ir por aí."	Ca
			"Eu acho que é quase uma obrigação para os enfermeiros, ou seja, as coisas mudam constantemente, os saberes estão constantemente em mutação."	Fr
			"Quanto maior a formação específica de enfermagem ou não … são sempre mais valias para a prestação de cuidados."	Ca
			"Penso que não se pode dissociar a enfermagem do processo formativo."	Fr
			"Eu penso que o enfermeiro nunca está acabado, eu penso que o enfermeiro vai estando acabado. Nós, constantemente, vamos estar a melhorar, a adaptar, a acrescentar aptidões, competências e maneiras de estar, de ser e fazer. E isso só pode ser adquirido através da formação em várias vertentes, sem se falar no que é uma definição de formação. Acho que não se pode dissociar as coisas."	Fr
			"Depois, pode repercutir muito até no contacto de cada um e maneira como cada um desenvolve a sua actividade no dia-a-dia."	Ca
			"Para mim, a formação é a gente procurar conteúdo e substância para as nossas acções e ir-se actualizando (…)"	P
			"Sim, lá está, tu na especialidade vais para a área que te interessa, quer a nível pessoal como profissional."	F
			"(…) e eu penso que a formação dos enfermeiros deveria acontecer de várias formas e em várias frentes."	Fr
			"Os conhecimentos que eles têm? Portanto, a formação é algo que é muito importante para o desempenho das suas funções."	Ca
			"[Complemento de formação em enfermagem]Já estava na altura. Não digo que não. (…) mas para o complemento vou obrigada"	F

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"Acho que a formação é importantíssima não só a específica, em termos de cuidados, como a formação no geral."	Ca
			"[Complemento de formação em enfermagem] Finalmente. Entrei em Portalegre."	F
			"(…) o tu dizeres às pessoas é importante formarem-se e levá-las a sentirem necessidade de elas próprias procurem e pesquisarem e partilharem o conhecimento, é uma cultura que tem de ser instalada. Tu não consegues essa mudança em um ou dois anos. Se calhar nem em cinco. É um processo lento e passinho a passinho e é discutindo estas coisas em grupo, espaços para as pessoas interagirem, porque não é só as pessoas trabalharem ou o fazerem; "eu até sei porque apanho uma veia"; ou "eu até sei porque ouço um doente."	Fr
	Centro de Formação Profissional	Oferta de formação	"Parto do princípio que, se vou à formação, é porque me interessa a formação."	L
			"Pouca formação específica para enfermeiros (…)"	A
			"Eu acho que não temos formação nenhuma."	F
			"No ano passado, houve aqueles cursos para enfermeiros promovidos pelos próprios enfermeiros, mas foram os primeiros cursos específicos para enfermeiros."	A
			"Mas algumas formações que podemos realmente ouvir, mas que depois na prática há uma certa dificuldade em articular a teoria e a prática. Isto é o que eu sinto de algumas formações que fiz (…)"	L
			"[Formação] É adequada (…)."	Cr
			"Foi uma formação sobre internamento compulsivo de duração de três semanas."	A
			"Sim, acho que aqui se investe pouco."	A
			"(…) formação (…) o que há com outros técnicos é muito geral, e se calhar mais para os médicos e para os psicólogos. Tenho esta ideia!"	A
			"Da minha experiência acho se tira sempre qualquer coisa."	L
			"(…)e aqui acho que se investe pouco em formação."	A
			"Estás a falar da formação contínua dos enfermeiros? Portanto hospitalar, serviço, em geral. Acho que devíamos ter mais formação."	F
			"E coincide com o primeiro dia, por isso é que não me inscrevo no curso."	F
			"Mas, por exemplo, a L., que está cá, e é do Pulido, que é um hospital mais pequeno que Santa Maria, se calhar ainda há mais formação que Santa Maria e outros hospitais pequenos investem muito em Formação (…)"	A
			"Por exemplo, Santa Maria poderá ser um mundo à parte, não sei, mas há muita formação."	A
			"Por acaso, quando vim para aqui para o hospital, fiquei desiludida com a formação aqui no hospital (…)."	A
			"[Acções de formação] (…) é sempre a mesma todos os anos, excepto um ou outro tema, são sempre os mesmos temas: psicopatologia, psicofarmacologia, etc."	Cr
			"É assim, há formação, mas acho que é para outros técnicos, volta e não volta, aparecem aí formações para outros profissionais (…)"	A
			"Eu fui a duas ou três formações desde que cá estou e tenho reparado que há uns tempos para cá, a não ser as nossas reuniões, a nível do DEP (Centro de Formação Profissional) muito pouco tem havido."	F
			"E mesmo que não seja um captar de informação nova, é um arrumar de ideias, é uma troca de impressões. Porque eu acho que é muito produtiva."	F
			"Eu adorei as formações que fiz, que participei. Fiz uma parte teórica de psiquiatria logo de início e depois fiz treino de aptidões sociais. Foi muito interessante, foi com a IC e com outra terapeuta que agora não me lembro do nome. Achei muito interessante."	F
			"Fiquei a conhecer pessoas do hospital, que não conhecia, (…) Foi o colocar-nos à vontade uns com os outros. Achei muito interessante."	F
			"(…) acabou por não ser nada que eu já não tinha ouvido, mas foi um arrumar de ideias."	F
			"Acho que devíamos ter mais acções de formação no hospital."	F
			"(…) mas para enfermeiros em particular há pouco."	A
			"Agora há uma que eu não me posso inscrever, pois é logo no primeiro dia do complemento. Eu entrei para o complemento, finalmente."	F
			"[Mais oferta de formação] Sim, acho que sim."	F
			"Por exemplo, há uns anos atrás, fui a uma formação sobre internamento compulsivo, que a essa formação podiam ir médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, ou seja, podia ir toda a gente. Mas depois aquilo era quase uma formação quase só para os médicos."	A
			"E depois, mesmo a formação que há para enfermeiros, é muito teórica e não muito voltada para nós."	A
			"Era um médico do Hospital Miguel Bombarda. Foi a primeira formação que fiz aqui no hospital."	A
			"(…) acho que não havia interesse de saber as verdadeiras necessidades das pessoas (…)"	Cr

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"E acho que não existe um levantamento de necessidades dessa mesma formação."	Cr
			"(…) aqui no hospital, acho que fazem sempre as mesmas formações todos os anos."	Cr
		Sugestões	"Por exemplo, um enfermeiro em início de carreira querer ir fazer formação em gestão, não faz sentido. Claro que depende do tipo de gestão. Mas deve ser validada pelo responsável e pelo chefe, porque isso envolve a avaliação do desempenho."	Pa
			"Exactamente, acho que sim. Tudo o que quiser fazer fora do serviço e fora do horário de trabalho, acho que sim, mas com horas da instituição depende do interesse do serviço. Porque o enfermeiro terá que trazer benefícios para o serviço. Agora vir para o hospital psiquiátrico para desenvolver formações em outras áreas não faz sentido."	Pa
			"Primeiro, tem que se conhecer o grupo profissional em causa, constituição desse grupo, as idades, (…)"	Cr
			"Também dever ser feito um diagnóstico da situação para se saber quais as necessidades de formação dos enfermeiros."	Pa
			"(…) ou se entraram há muito tempo, qual a sua experiência profissional (…)"	Cr
			"(…) ou que deve ser promovido pela própria organização afim de obter sempre o melhor, quer para a instituição, quer para o técnico. Quer sejam cuidados directos aos utentes ou de qualquer outra área."	Fr
			"Se calhar, a culpa são dos enfermeiros que nunca fazem mais."	A
			"(…) deve ser feita pela instituição e por quem sabe."	Pa
			"E terá que ser o responsável pela formação e o chefe de dizer que sim ou que não a ir fazer essa formação."	Pa
			"(…)saber, se calhar, que outra formação já possuem."	Cr
			"Saber quais os interesses dessas pessoas em que áreas gostariam de aprofundar conhecimentos (…)"	Cr
			"[diagnóstico](…)e, a partir daí, definir um plano de formação."	Cr
			"Formação a metro não é desejável mas, se calhar, em determinados estádios, há formação que é mais benéfica que outras."	Pa
	Contexto de trabalho	A equipa de enfermagem	"E com aquilo que tem a ver com as obrigações das pessoas aqui no serviço. As pessoas têm a sua vida lá fora, têm os outros empregos mas têm obrigatoriedades a cumprir aqui. E temos que falar disso aqui e discutir como gerir esses interesses, porque isso gerou alguns conflitos na equipa. Eu penso que isto nunca é falado abertamente."	P
			"Eu penso que os enfermeiros, nos seus planos de actividades anuais, devem desenvolver quais as áreas que mais lhe interessam."	Pa
			"E o chefe deverá ver quais os défices que ele tem para pôr no seu plano: a desenvolver, a adquirir e a fomentar."	Pa
			"Quando estão perante uma chefia mais assertiva, as pessoas cumprem mais e vi isso há pouco tempo, quando houve uma inspecção, em que tomei medidas mais radicais, notei que não põe o pé em ramo verde. Quando põem, deixo logo uma notinha no livro de ponto e depois justificam, não abdico disso, e digo às pessoas se houver algum problema que a responsabilidade é delas. E noto logo outro cuidado. E na saúde mental, se não tomarmos medidas mais limitadoras e contentoras, as pessoas limitam-se a dar o medicamento e pouco mais."	P
			"Porque se calhar obrigava as pessoas a terem mais atenção (…)"	P
			"(…) e a vir mais vezes às formações."	P
			"Eu acho que acabam por ficar a saber mais. O obrigar vai acabar por pôr limites às pessoas e assim ficam a saber que correm o risco de terem uma má avaliação e ou de não verem os seus contratos de trabalho renovados."	P
			"O grande problema é que não tem havido limites na saúde mental e por isso é que não fazem e nem participam."	P
			"Aqui tem que ser feito um trabalho de base que vai ser demoroso, mas penso que terá resultados finais positivos, quer junto dos elementos, no fundo é chamar a atenção que é com motivação ou desmotivação que nós temos que estar. Se calhar, é muito mais fácil e mais agradável se todos nos motivarmos para fazer um bocadinho melhor. Se daí advierem coisas boas, tanto melhor."	E
			"Porque sabem num contexto geral, mas não sabem em termos de higiene hospitalar. "	Pa
			"Se pudesse punha um carácter muito obrigatório ligado à avaliação do triénio, ou seja, no final do triénio faria uma avaliação das formações que a pessoa assistiu."	P
			"[Mas então, como se justifica se, por um lado, se diz que necessitam de formação e, por outro lado, dizemos que eles não fazem correctamente mas até sabem] Há coisas que sabem."	E
			"Eu posso-te dizer que ao ritmo que esta equipa tem certa maneira igual aos outros serviços, tu tens um problema, as pessoas andam sobrecarregadas (…)."	Fr
			"Claro. Por exemplo, as únicas pessoas que se têm preocupado com a humanização nos serviços são os enfermeiros."	F
			"Eu acho que nós agora temos uma excelente equipa. Depois da junção dos serviços que houve por aqui, ficámos muito bem em termos de pessoal. Pessoas muito interessadas e responsáveis."	F
			"Agora acho que estamos a viver uns tempos difíceis, sobretudo as pessoas que estão em contrato, porque sentem o seu posto de trabalho ameaçado. E não sei se vão transpor isso para aqui."	F

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"É preciso estudar-se e o que eu sinto, embora todos os enfermeiros estejam no serviço, por inerência da sua formação inicial, todos estudaram um pouco da patologia psiquiátrica, mas é muito básico. Portanto, é preciso desenvolver e actualizar e penso que isso é uma lacuna não sendo feito."	E
			"[Formação] Sobretudo em saúde mental e psiquiátrica."	E
			"Até aqui têm sido identificadas informalmente e no desempenho no dia-a-dia, mas pode-se fazer de uma forma mais formal a identificação dessas necessidades, e então, depois, programar estratégias de resolução."	E
			"Tu no início, quando perguntas como vejo a formação, é um bocadinho de que todos nós somos responsáveis da formação de nós próprios e de uma equipa. Portanto, todos os elementos têm que convergir para o mesmo objectivo"	E
			"Pois, as motivações quer para a formação, quer para a prestação de cuidados, estão muito postas em causa porque todos os elementos manifestam uma desmotivação em relação a tudo."	E
			"Vêem as suas carreiras sem perspectivas de futuro, vêem a sua remuneração também com pouco futuro, e eu penso que tudo isso são factores de desmotivação."	E
			"Muita coisa poderá, mas há muita coisa que não. Na formação, há uma pessoa e depende da disponibilidade da pessoa para estar e para trabalhar aqui."	L
			"Eu penso que é assim. A motivação é sempre muito pouco definível, cada um de nós vê as coisas de formas diferentes, passa um bocadinho por aí. Eu penso que as pessoas podem ser motivadas, se virem resultados positivos do seu empenho e da sua motivação perante o serviço, se calhar também se vão motivar para fazer mais e melhor, para fazer diferente. Agora isto leva muito tempo e muito trabalho."	E
			"O que se tem sentido mais é a angustia e a dificuldade em lidar com o número insuficiente de cuidadores. Isto é uma coisa que diariamente se sente."	E
			"Vários. Nós, neste momento, temos uma equipa muito heterogénea, uma equipa que tem elementos novos, temos uma filosofia no serviço a ser implementada há relativamente pouco tempo e aqui há várias frentes."	E
			"Tem que se motivar as pessoas, negociar com as pessoas para que as pessoas aprendam o que é estar aqui (…)"	L
			"Sim. As pessoas sabem e muitas vezes não fazem. Vão pelo que é mais simples e por aquilo que dá menos trabalho."	P
			"(…) É extremamente importante, porque as pessoas baseiam muito a enfermagem da psiquiatria na injecção, no comprimido, e ainda estamos muito nessa fase."	P
			"Exactamente. Eu acho que a formação na saúde mental é fundamental para desenvolver a comunicação entre a equipa e a equipa e os doentes, entre o enfermeiro e o doente."	P
			"Os enfermeiros fazem isso não é porque não sabem, mas sim porque é mais prático e mais simples e assim, desculpa a expressão, o doente “fica arrumadinho”, está resolvido esse problema."	P
			"É muito difícil. Aí eu pensava assim: se sabe tudo, aí eu questionava que tipo de elemento que tem a mania que sabe tudo. É muito difícil que uma pessoa ache que sabe tudo."	L
			"Uma das coisas que eu tenho questionado é se algumas coisas que não são feitas, se não serão feitas por desconhecimento, ou seja, ocupar um conjunto de doentes com determinados objectivos, é preciso saber os objectivos da ocupação se as pessoas não o fizeram, se não o experienciaram, também não o sabem fazer, portanto não vão sentir essa necessidade, logo não vão criar um espaço de ocupação. Esta é uma questão que eu tenho levantado e que passa por aqui."	E
			"(…)e há outras situações em que realmente as pessoas não têm perfil. "	L
			"Exactamente. É porque lhes dá jeito trabalhar de certa maneira."	E
			"Não, nem todos [problemas] são motivados pela falta de formação."	L
			"[Como motivar] (…) negociar sempre com ela."	L
			"[Como motivar] Só depois de auscultar as pessoas. Tem que se ouvir a pessoa (…)"	L
			"[Mudanças] com o conjunto de todas essas acções."	E
			"Se calhar é por causa da motivação."	E
			"Eu acho que se fosse num hospital privado, as coisas eram diferentes. Quando há uma avaliação que faz depender o posto de trabalho as pessoas participam."	P
			"Primeiro dava tempo e espaço para a pessoa reflectir e depois actuava numa outra altura. Ia actuar consoante o trabalho de observação. Primeiro dava tempo e espaço e depois tentava novamente incentivar-te para participares."	L
			"(…) E muitas vezes os enfermeiros referem que os doentes estão delirantes ou outra coisa, quando na prática ainda nem falaram um minuto com eles."	P
			"(…) e isso também tem a ver com a conjuntura geral, se calhar não vou ser eu… se calhar as pessoas não participam mais da condição do conjunto geral (…)"	A
			"[Por exemplo, podemos efectuar uma formação sobre lavagens das mãos por causa das infecções hospitalares,] porque todos nós sabemos lavar as mãos mas o operacionalizar falha."	Pa
			"Agora tenho algumas vezes dificuldade de dar respostas."	Ca
			"A enfermagem fez muitos avanços e os enfermeiros, muitas vezes, não têm sabido acompanhar esses avanços da enfermagem."	Pa

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"(…) e partilhar-se mais as dificuldades uns com os outros."	E
			"Por vezes, perdemos tempo com coisas supérfluas e eu interrogo-me como é que os enfermeiros devem aprender a fazer apenas as coisas das suas competências e estabelecer as suas prioridades profissionais do dia-a-dia."	Pa
		Especificidades do trabalho de enfermagem	"Nem toda a gente consegue agir da mesma maneira."	F
			"Sim e estar disponível para os doentes. Por exemplo, nós temos dias em que chegamos ao fim do turno que nem sabemos como o doente está, pois muitas vezes nem tivemos tempo de falar com ele. Sabemos lá se ele está delirante ou não. Eu não consegui estabelecer um diálogo com ele."	F
			"E a reunião comunitária permite que nós, pelo menos durante aquela hora, estejamos disponíveis para o ouvir. Não é preciso um grande plano, uma grande organização, basta estar ali de igual para igual…"	F
			"É, e eu noto que quando isso se faz semanas seguidas, o doente tem outra relação com os enfermeiros. Totalmente diferente"	F
			"Desde que eu cheguei, tenho batalhado pela autonomia dos doentes, senti que houve um retrocesso num mês da minha ausência. Isto tem a ver com a filosofia de quem estava à frente do serviço (…)"	E
			"Porque naquele dia nós estivemos a ouvi-lo. E as coisas que nós conseguimos descobrir naquele momento!"	F
			"Porque nós próprios temos "contra atitudes" com alguns doentes, não conseguimos ser empáticos da mesma forma com todos os doentes. Antes de sermos enfermeiros somos pessoas."	F
			"Isso mesmo. Penso que a dificuldade trata-se também com essa especificidade. Cada doente é um doente, cada profissional é um profissional e muitas vezes o mesmo doente, perante situações aparentemente idênticas, reage de diferentes maneiras e, portanto, não é fácil."	Ca
			"E eu provavelmente não encostava a cabeça de todos os doentes ao meu ombro."	F
			"Isto da saúde mental, muito. Vêem, ouvem o que o outro faz. E, portanto, uma coisa é falar e outra coisa é fazer. Uma das coisas que tem sido complicado é em termos de formação parece que é fácil mas depois, na prática, a coisa é mais complicada. E o saber estar em saúde mental é extremamente importante, o saber fazer também é, mas o saber estar é de primordial importância. E portanto não há duas situações iguais. Isto não é uma objectividade tão grande como em outras especialidades. Numa cirurgia, se faço um penso e "infecto" um ferro, eu "infecto" um ferro em todas as partes do mundo."	Ca
			"A informação e o estar disponível para ouvir quais as dificuldades que ele tem e porque é que ele quer comer o bolo."	Fr
			"Sei lá… Explicando, por exemplo, que tem uma glicemia capilar descompensada, que é diabético, que aquilo só lhe vai prejudicar, que a longo prazo vai ter várias complicações…"	Fr
			"E eu utilizo o método positivo, ou seja, eu pego na parte positiva das pessoas. No melhor que ela tem. Repara no fundo praticamente é o que temos aqui a funcionar. Há uns elementos que se enquadram mais no internamento, outros na comunidade e outros nos ECTs e assim se pode desenvolver a formação."	L
		Formação experiencial	"E o treino, o fazer "calo", é a fazer as coisas que se aprende (…)"	A
			"Pois, pois, tem que se reconhecer aquilo que se vai fazendo, mas tem que se fazer, e não é só passar isso para o papel."	F
			"Porque estamos a sentir e a vivenciar o que estamos a fazer."	L
			"(…) e produz-se mais conhecimento."	L
			"Não só para a especificidade de cada enfermeiro em si, enquanto pessoa, mas adaptar a formação às necessidades que surgem, ou seja, pontualmente, acontecer formação, a formação acontece mesmo dentro dos próprios serviços, às vezes de forma individual."	Fr
			"Eu acho que os doentes, quando estão internados, não vivem de teoria. Vivem daquilo que sentem e daquilo que "vêem de manhã à noite". Não são dos lindos trabalhos teóricos que são apresentados que vivem."	F
			"(…) porque sendo preconizado de futuro um espaço de supervisão clínica para se verbalizarem sentimentos das práticas, retiras um pouco esta carga já orientada para a formação."	Fr
			"Mas também quando não consigo, dou dois passos atrás e deixo outro avançar."	F
			"E nós aprendemos é na vida e muitas das coisas que fazemos não aprendemos com ninguém."	F
			"E se calhar não é nada que se aprenda e que venha nos livros (…)."	F
			"Sei lá, se calhar aprendi com a vida, não aprendi com ninguém. Por isso é que eu acho que isso tem a ver com a maneira de cada um."	F
			"Sabemos que as reflexões das práticas leva a que a pessoa quase que diariamente e se for bem feita a pesquisar até fora do contexto de trabalho."	L
			"Mas se não for assim, também não sei como será. (…) A pessoa não cresce se não reconhecer as suas incapacidades."	L
			"Mas é assim, cada um vai fazendo da melhor maneira. Ou deixa cá ver. Mas é bom falar destas coisas, porque a vontade que dá às vezes é mandar calar e pronto. E isso não pode ser. E naquela situação estávamos cá algumas colegas, íamos tentando a melhor maneira. Toda a gente tem essas dúvidas se o que está a fazer é o melhor. E passamos todos por essas situações."	F
			"Todos passamos por isso. Ontem, ainda estávamos a passar o turno e nem estava fardada, uma doente teve "uma crise histérica", em que estava muito exaltada, e ao mesmo tempo é muito	F

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			psicótica. E todos estavam a tentar resolver da melhor maneira. Então como é que eu consegui que ela se acalmasse? Encostei a cabeça dela ao meu ombro, chorou no meu ombro e ficou tranquila."	
			"Nós fazemos isso a toda a hora. Por exemplo, às vezes, voltamo-nos para um colega e perguntamos: «Olha lá, foste fazer isto porquê?», e a outra pessoa diz: «ah pois, ainda não tinha pensado nisto ou naquilo»."	F
			"Tu estás a fazer mudança em adultos e as pessoas vão reagir, quando convidas a pessoa a desinstalar-se e somos comodistas e instalados e tu vais provocar uma reacção. Segundo estudiosos sociais, a mudança é conseguida quando a pessoa compactua com a mudança, quando ela não faz resistência."	Fr
			"(Acho que os congressos, os cursos, os encontros que se fazem aí por fora são importantes,) mas realmente formação mesmo é no local de trabalho."	A
			"Quando as coisas não vêm de dentro e não são sentidas, quando as mudanças não são sentidas não são efectivas."	E
			"(…) é na prática que vamos aprender (…)"	A
			"E nós precisamos de discutir as coisas e termos modelos para aprendermos com eles. Muitas vezes os enfermeiros, como não têm modelos, não sabem planear o trabalho com os doentes."	Pa
			"[Como mudar atitudes] Não sei. Não tenho nenhuma receita. Penso que tudo isto que estivemos a falar será um bom começo e poderá ser o motor de arranque para mudar de atitudes."	E
			"O que é difícil é reconhecimento da formação, ou seja, os resultados da formação demoram muito tempo."	Pa
			"Tu confrontaste diariamente com saberes que tu próprio, por iniciativa própria, vais fazer essa pesquisa porque tu queres saber. Queres aprender mais, queres estar mais à vontade porque isso contribui para que tenhas uma prestação e de facto saibas o que estás a fazer."	Fr
			"Por exemplo, quando se está por exemplo a discutir um caso clínico, há áreas, por exemplo, que tu próprio precisas de aprofundar e, chegares a casa e pesquisares por exemplo na net."	Fr
		Momentos informais de formação	"Estamos com um excesso de cuidados físicos e temos estado a reflectir porquê, e ao longo deste tempo, eu sinto que o meu papel tem sido fazer formação informal junto do grupo e promover a reflexão sobre isso. Porque é que chego e 100% dos doentes é o barbeiro faz a barba e chego ao fim de um ano mais de 70% dos doentes a fazem sozinhos?"	E
			"Mas, para além disso, podemos criar um outro espaço com outros objectivos e com outra organização. Quando eu partilho com o resto do grupo e busco nos outros saberes, isto são momentos de formação. Por exemplo, as reuniões de coordenação de enfermagem às segundas são autênticas formações, em que o director assume o papel de moderador. Se calhar, se tirarmos as mesas, o grupo ainda se abre mais e partilha mais."	Pa
			"Eu comparo a reflexão das práticas com as passagens de turno, quando cada um coloca as suas dúvidas e partilharmos a opinião e o saber sobre aquela situação do doente e o saber de cada um. E tentar reflectir sobre o que se pode fazer e o que se pode melhorar nos cuidados de enfermagem aos doentes, família e comunidade."	L
			"A passagem de turno é um bom momento de partilha de discussão dos cuidados. Podemos perceber a evolução dos doentes."	Pa
			"Eu comparo muito essa reflexão, há aquele tipo de passagem, no fundo à reflexão sobre os doentes a efectuar às 10,30 horas como já disseste. Vamos todos pensar no que foi feito, o que não foi feito e o que pode ser feito para melhorar, que é uma coisa que as pessoas têm dificuldade, o que é que poderemos melhorar em situações idênticas."	L
			"(…) e outras de forma informal, que é aquilo que se tenta fazer no serviço, aproveitar os momentos da reunião para se falar de uma forma mais profunda sobre determinada patologia, sobre determinado medicamento, sobre determinada atitude dos profissionais sobre determinados problemas que surgem, os conflitos, a gestão do conflito, a gestão da situação de agressividade de doentes."	E
			"Mas, para além disso, podemos criar um outro espaço com outros objectivos e com outra organização."	Pa
			"[Reunião de responsáveis da formação em serviço] Acho que devem existir (…)."	Cr
			"[Como se promove a mudança de atitude] Então, é aproveitar os momentos de reunião dos enfermeiros (…)"	E
			"Não acho, mas aí entra a formação informal diária e cada encontro que a equipa tem nas passagens de turno, a formação não é estanque, poder-se-á falar em grupo e conjunto discutir mas não ficar por aí e continuarmos a insistir por aí."	E
			"No serviço? Eu sem organizar tenho vindo a organizar que é exactamente aproveitar os momentos de passagem de turno, não todos, mas quando o serviço está mais leve e nos permite alargamos a discussão. São momentos formativos."	E
			"Tu, por exemplo, passas aos colegas que acabam de chegar a cultura do próprio serviço. De certa maneira, estás a fazer formação, a integrá-los, a formá-los na cultura do que é feito ali e penso que tem de haver sensibilidade de quem lá está, de ser permeável a quem chega. Porque quem chega trás coisas novas e novas formas de fazer e às vezes novas formas de pensar os problemas. Acho que é indispensável."	Fr
			"(…) e que se deve apresentar temas que nos ajudem a desempenhar melhor o nosso papel de responsáveis da formação em serviço."	Cr
			"(Por exemplo, as reuniões de coordenação de enfermagem às segundas são autênticas formações, em que o director assume o papel de moderador.) Se calhar, se tirarmos as mesas, o grupo ainda se abre mais e partilha mais."	Pa
			"[Por exemplo, as reuniões de coordenação de enfermagem às segundas são autênticas formações, em que] o director assume o papel de moderador."	Pa
			"Não falamos apenas dos doentes e a passagem do turno mas falamos de situações que aconteceram e desenvolvemos ali um pouco as estratégias."	E

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"[Reuniões de enfermeiros responsáveis pela formação em serviço] Eu acho que sim, que são importantes."	A
			"Sim. Primeiro a passagem de turno não era considerada como formação, porque as pessoas têm a ideia da formação como sendo numa sala de aula. Mas às três horas, à hora da passagem de turno, e durante meia hora, temos um momento de formação em serviço."	Pa
Actividades formativas do serviço	Apreciação das actividades formativas	Avaliação das sessões de formação	"(…) a falta de motivação das pessoas pelo facto de a coisa se tornar rotineira e só as pessoas que estão no serviço estarem presentes, ou seja, uma incapacidade de mobilização."	Ca
			"É modificar comportamentos. É uma modificação muito lenta, progridem-se muito devagarinho (…)."	P
			"[dificuldades] A falta de disponibilidade (…)"	Ca
			"(…) falta de motivação, falta de interesse (…)."	Ca
			"(…) e se calhar temos que procurar outros mecanismos para dar a volta a isto."	Ca
			"[Objectivo da reunião é reflectir sobre a prática] Também se podia fazer isso. Mas isso é diferente. Aí podia ser mesmo saber, por exemplo, como correu a semana."	F
			"(…) eram discutidos sempre os mesmos assuntos, as mesmas coisas (…)"	Fr
			"(…) e o que eu sentia era aquela reunião resultava mais num momento de queixume do que algo que tu depois pudesses agarrar e fazer mais alguma coisa."	Fr
			"(…) porque há aqui coisas que falham como referia (…)."	Ca
			"Agora que eu sinto é que ainda estamos no início de algumas pessoas, eu posso dizer rapidamente que um dos objectivos que eu tenho, que tracei, é o desenvolvimento das pessoas através da formação (…)"	L
			"Correu muito bem aqui e o mérito é muito dela. Aliás eu apostei nela já sabia que era assim. E este ano aumentou o número de pessoas que responderam ao inquérito. Ela é do melhor! (…) A formação aqui deve-se muito a A, à maneira organizada dela e à maneira dela."	P
			"Para mim são as mais correctas, sem dúvida. Imagina que eu sinto necessidade por uma situação que estou no trabalho que levanta a necessidade de ser experimentada, para mim tem mais sentido para depois se actuar após reflexão (…)"	L
			"É verdade. Ao início foi mais complicado, ainda por cima estava cá há dois dias (…)."	A
			"(…) disse para não haver temas, porque isso era uma defesa para as pessoas se porem por detrás dos temas. Para se falar mais de nós, das práticas, das dificuldades e então a A passou a colocar no plano uma ou duas sessões sobre reflexões das práticas sem tema."	P
			"Se calhar é mais abrangente se for uma vez por mês, vou tentar trocar lá do outro lado para ver se posso estar presente."	F
			"[essa ansiedade de se expor cria uma resistência em as pessoas participarem] É verdade, também sinto isso…"	A
			"(…) quando vamos tentar cumprir com isso, se calhar, não temos as condições para as poder cumprir. O que é certo, se calhar, o doente não vai ser contido nas melhores condições."	Ca
			"Acho que sim. As pessoas têm que perceber o que é que estão a fazer ou o que se pretende fazer e o objectivo que se pretende atingir. E só estando envolvidas (…)"	L
			"(…) pondo de parte a sua emoção e o seu sentir, é que conseguem chegar ao objectivo pretendido."	L
			"[Formação em serviço] Acho que é importante porque se faz a ligação entre a teoria e prática e a prática e a teoria."	A
			"Tem que haver alguém que dê o pontapé de saída, senão chegamos aqui e ficamos a olhar uns para os outros."	F
			"Por outro lado, há momentos que a formação podia ter tido outro êxito (…)."	Ca
			"Se calhar nas reuniões que formos fazendo semanalmente, podemos ver quais são os sentimentos das pessoas e quais as necessidades de se falar sobre determinados assuntos. Por exemplo, hoje, falámos das críticas ao nosso trabalho, da autonomia dos enfermeiros."	F
			"É mais difícil quando não há tema e põe mais em causa as pessoas."	P
			"Eu nunca senti que isso se fizesse. Pelo menos das três ou quatro sessões que assisti nunca senti que isso se fazia."	L
			"Nas reuniões apresentava um tema, por exemplo, e depois discutia-se esse tema. Eu acho que a reflexão das práticas não é bem isso."	L
			"(…) mas como não tive aquela linha de continuidade, por diversos motivos, acho que há uma desmotivação das pessoas."	Cr
			"Outra coisa que tem sido complicada penso que é o facto de as equipas, da equipa multidisciplinar estar extremamente espartilhada, há momentos que não conseguimos trabalhar em equipa multidisciplinar, em que todos os profissionais trabalhem com o mesmo objectivo. E se calhar isso é algo que tem de ser trabalhado."	Ca
			"Sob o ponto de vista da gestão do serviço, senti uma grande dificuldade que é as pessoas procurarem que eu desse soluções concretas e eu não as consigo dar. Muitas vezes há situações que se complicam (…)."	Ca
			"O balanço é assim: tudo que é formação, é positivo."	Ca
			"De qualquer maneira há coisas a melhorar. Mudando qualquer coisa da estratégia, captamos a atenção e desenvolvemos melhor trabalho."	Ca

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"Se cada um não estiver a pensar na problemática em que está envolvido, cá está o que eu chamo o envolvimento da equipa, estou convencida que a formação não terá reflexo na prática."	L
			"Poderíamos, por exemplo, pegar assim no assunto, ver coisas sobre isso e marcar um dia para fazer uma acção sobre a autonomia do nosso trabalho, ver o que poderíamos fazer, etc. Acho que faria assim, ou seja, íamos vendo o que surgia nessas semanas e marcávamos uma vez por mês para tratar especificamente um assunto."	F
			"Se calhar… aquilo que muitas vezes tem havido inicialmente co-responsabilizar alguém mas depois na falha não há, como irei dizer, não há … não se trata do castigo, mas o pedido de feedback e, portanto, ficaste de fazer isto e não cumpriste, há aqui qualquer coisa que correu mal, portanto as pessoas têm que começar a trabalhar mais seriamente."	Ca
			"Por alguma razão nós gostamos de falar mais dos outros do que nós e ninguém gosta que falem de nós, mesmo que seja para falar profissionalmente de nós, ninguém gosta."	P
			"Porque sem essa formação não se avança na saúde mental e ficamos sempre a dar comprimidos e injectáveis."	P
			"Se as preocupações das pessoas neste momento são, por exemplo, se estamos em grupo, a fazer uma pausa ou a beber um café, em que estamos um número considerável de enfermeiros e se em conversa se depara constantemente, por exemplo, na carreira de enfermagem, nas inseguranças e nas incertezas contratuais, no fundo é um queixume, é uma situação vivenciada, em que as pessoas estão insatisfeitas por diferentes circunstancias que tem a ver com tudo e com mais alguma coisa."	Fr
			"Acho que uma vez por mês é capaz de ser mais interessante e mais organizado."	F
			"Faço um balanço positivo."	P
			"E às vezes os temas são repetitivos e não organizada."	F
			Formação em serviço (…) para mim faz todo o sentido."	Cr
			"Claro que aprendemos!"	Cr
			"[Sessões de discussão e reflexão das práticas] Correu bem (...)."	P
			"Pois tem dias, as reflexões são menos participadas."	A
			"Não é com facilidade que nos pomos em causa, não é?"	P
			"E, posso-te dizer, era a minha opinião e projectá-la para a restante equipa. O grupo tinha essa sensação que àquela hora muitas vezes as pessoas estavam aí com afazeres e até começarem a não ir à formação e diziam: “a gente vai lá para quê?”. Uma hora a olhar uns para os outros e discutir o sexo dos anjos."	Fr
			"Portanto, há mais dificuldade em aderir a uma coisa livre do que a uma coisa que esteja organizada. É mais difícil quando não há tema e põe mais em causa as pessoas."	P
			"É mais difícil lidar com o vazio. O que nós fazemos ao vazio? Ficamos todos a olhar uns para os outros. É muito complicado."	P
			"Vai-se gerindo, umas vezes melhor outras vezes menos bem, é o que é possível."	P
			"Essas não chegaram a ser feitas. Porque depois não dei continuidade."	Cr
			"(…) se calhar às precárias condições hoteleiras, muitas vezes a incapacidade de responder a algumas solicitações por não termos recursos humanos e materiais. Estas são as minhas maiores dificuldades."	Ca
			"Não acho que não era prioritário, acho que não haver uma linha orientadora, ou seja, o que se pretendia era não haver linha orientadora (…)."	Fr
			"[sentimentos de rejeição do doente face ao enfermeiro] Acho que não, porque é um parto difícil."	P
			"[sentimentos de rejeição do doente face ao enfermeiro] Ainda não sei, acho que é devagarinho, também ainda não falei disto com a A. "	P
			"Já se aflorou quando falei na gestão de conflitos, outros colegas já falaram, mas não é um assunto que os colegas estejam à vontade para falar. As pessoas também não querem chatices, ou seja, aquilo que há bocadinho estava a dizer em relação ao exemplo do doente que está agitado, “o enfermeiro aconchega o doente à cama” porque é o mais fácil e as pessoas não querem chatices e o menos trabalho possível, isto de uma forma geral depende muito dos contextos, e isto também estarei a exagerar. E não podemos caminhar para aí. Há determinadas funções que temos de desempenhar, estejamos bem ou mal dispostos."	P
			"Quando fazes as formações em serviço é que as pessoas têm a ideia que parte da formação e elas próprias manifestam: “eu gostava muito”, e tu às vezes até te apercebes que os colegas têm a dificuldade em fazer a destrinça entre terminados tipos de esquizofrenia, e concretamente que isso foi uma dificuldade que surgiu, e percebi que foi uma situação que verbalizou e percebi que era uma necessidade dele, que ele também não teve aptidão para ir à procura, e que nunca foi dada a possibilidade de abordar o tema da esquizofrenia em relação às práticas de enfermagem."	Fr
			"Sim, temos que ir para além da catarse, porque a formação é importante porque depois devem ficar definidos da discussão de algum assunto, algumas normas ou regras de maneira que perante situações futuras já consigam resolvê-las perante o que ficou estabelecido."	Ca
			"Relativamente à formação em serviço do ano passado, as pessoas, perante o modelo que lhes foi sugerido e apresentado, reactivaram à formação. Aliás, a maior parte das pessoas ao se sentarem numa sala e pronto estamos aqui cinco, seis, vamos sentar e vamos abrir a mesa a “Brain Storming”, o que sai cá para fora? As pessoas hoje em dia se fizerem uma avaliação…"	Fr
			"Posso trazer para haver uma troca entre as pessoas, porque só um a falar também não tem interesse nenhum. Uma coisa mais organizada."	F

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"Vão reavivar conhecimentos que obtiveram na escola e aprofundar outros. Às vezes há colegas que perguntam coisas. Eu, por exemplo, na acção sobre esquizofrenia que fizemos e que foi dada pelo M., houve um dado importante que foi: eu levei uma tabela sobre a avaliação da parte cognitiva dos doentes. Para espanto meu, a maioria dos colegas não conheciam essas tabelas. Se não fosse essa formação, eu se calhar nunca teria levado aquilo para ali, e os colegas nunca teriam visto isso."	P
			"Se calhar até nem vou ter tempo para andar à procura mas pronto, se tiver tempo para andar à procura, pelo menos já sei o que vamos falar."	F
			"[Reflexão permite definir regras e normas de trabalho] Certo."	Ca
			"e claro que é muito importante a formação que se faz no local de trabalho. Aliás, acho que é a formação no local de trabalho que é a mais importante. Por isso é que me propus ser a responsável da formação em serviço"	A
			"Penso que, embora nós estejamos aqui para colaborar, terá que haver alguém que dê o mote, como se costuma a dizer. Alguém que oriente, alguém que diga, vamos fazer isto, vamos falar sobre este tema e então, depois, nós podemos colaborar e fazer aquilo que é possível. Trazer bibliografia e discutir. Mas haver alguém que dê orientação."	F
			"Primeiro, a formação era metida num contexto de trabalho, em que tu, num momento em que tu estavas com um doente agitadíssimo, a teres que injectá-lo e a metê-lo num quarto de isolamento, a teres que ter uma atitude prática muito concreta, vamos para a formação, cortar aquele momento, em que tu estás com a adrenalina até aos cabelos e, de repente, estás numa sala a fazer um “Brain Storming”. E tu conseguias fazer tudo menos um “Brain Storming”, a única coisa que te apetecia era estares sossegado e não veres ninguém depois daquilo."	Fr
			"E o não haver um fio condutor levou a que a conversa caísse muitas vezes em “no sense” e eu explico o que é o “no sense”: era quando alguns elementos começavam a querer discutir a adolescência deles e depois os outros mas que estupidez a discutir uma coisa dessas, ou seja, acabava-se muitas vezes na brincadeira e a sensação que as pessoas tinham e que eu tinha era que tinhas estado ali uma hora e para nada."	Fr
			"De início, a adesão foi boa (…)."	Cr
			"Organizaria tal como a A tem organizado."	P
			"Por exemplo, se daqui a um mês formos falar do stress, se eu encontrar alguma coisa, vou trazer também."	F
			"Sim, mas por exemplo este tema das contenções físicas dos doentes, que nos incomoda a todos, que fala-se vezes sem conta e nunca está exausto. Se eu encontrasse alguma coisa, diria: «vou levar isto para falar na reunião»."	F
			"E acho que devia haver um mapa para nos orientarmos. Por exemplo, eu hoje sabia que vinhas cá, mas não sabia do que se ia falar. Se calhar, se soubesse, tinha trazido alguma coisa também."	F
			"(…) mas se for uma reunião mensal, com pré-aviso do que é que se vai tratar, és capaz de te organizar e vir cá propositadamente."	F
			"(…) mas não vens cá de propósito a uma reunião destas (…)"	F
			"Porque nós tivemos aqui algumas que não havia nada programado. Como é que correu a semana, e pronto, não que é que seja uma perda de tempo (…)"	F
		Promove a reflexão sobre as práticas	"O que se tem feito é as reflexões das práticas, fala-se dos assuntos do serviço."	A
			"(…) mesmo que não me exponha muito, mas de certeza que vou para casa a pensar naquilo (…)."	A
			"(…) é muito mais produtivo, (…) portanto é com toda a certeza mais produtiva."	A
			"Numa formação não planeada, discutiu-se muito mais do que numa formação planeada (…)"	Cr
			"Pode ser apenas uma discussão (…)"	Cr
			"(…) enquanto que em acções não planeadas acabas por discutir vários assuntos (…)."	Cr
			"Depois, ao longo do debate, das sessões não planeadas, levantaram-se outras necessidades. (…)."	Cr
			"É assim, há momentos que acho a formação extremamente interessante, quando reflectimos nas nossas práticas."	Ca
			"Discutir diferentes pontos de vista em grupo e a ouvir os outros."	Cr
			"(…) [discutir] muitas vezes coisas que não têm a ver com necessidades de formação."	Cr
			"[As situações complexas do serviço são vivenciadas nas reuniões] Acho que sim. Isso foi. Em algumas situações. Por exemplo, quando nós discutimos um assunto tão importante como é a contenção dos doentes e se calhar há coisas escritas que devem ser cumpridas digamos assim para salvaguardar tanto o utente como o pessoal trabalhador (…)."	Ca
			"(…) porque muitas vezes fazemos as coisas de uma maneira e nem sempre pensamos que há hipótese de fazer outra. Por exemplo, quando um colega diz: “olha, eu fiz desta maneira”. E se calhar isso nunca me passava pela cabeça se não fosse o outro."	Ca
			"(…) É que depois os colegas questionam as várias opiniões: «Então porque estás a dizer isso?»."	A
			"Acho que aprendem em ambas, porque acho que é pela cabeça dos outros que nós acabamos por aprender, pelo que os outros vivenciaram (…)."	Ca
			"(…) a maneira como conseguiram resolver certas situações (…)."	Ca

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"Penso que é vivendo situações reais e discutindo essas situações reais que podemos mudar e melhorar a prestação dos cuidados."	Ca
			"Agora, as reflexões das práticas já implicam um bocadinho pôr-me em causa (…)."	A
			"(…) vários pontos de vista (…)."	Cr
			"E muitas vezes isso tem sido positivo e não tem havido problemas, mas é mais positivo quando não é planeado porque reflecte-se sobre vivências efectivas e reais do serviço que temos de resolver, por exemplo, o deixar sair um doente à rua ou não deixar, o dar o tabaco ou não dar, o fazer um telefonema ou não. Eu, quando vim aqui para o serviço, ninguém fazia telefonemas aos doentes. Hoje toda a gente faz telefonemas, fazem os médicos, fazem os enfermeiros, fazem os assistentes sociais, faz a secretária de unidade. Já não aquilo que eu não faço porque não é da minha função. Outro exemplo, dar informação à família sobre o doente, primeiro não se dava porque o enfermeiro dizia que isso competia ao médico e isso hoje não acontece. O enfermeiro tem mais a noção onde chega. Agora isso tem que se trabalhar e isso vai-se trabalhando, sobretudo nestas formações sobres as práticas que são uma a duas por mês. E são sempre às quintas-feiras."	P
			"(…) também se calhar as pessoas ainda não perceberam a importância disto (…)."	A
			"Portanto, se chegarmos à conclusão que nem eu nem mais ninguém do grupo sabe, então temos de arranjar outros meios para dar a resposta."	Ca
			"(…) podes fazer isso [reflectir] quer as pessoas concordem ou não com isso."	Cr
			"Portanto, podemos aprender e a influenciar comportamentos de outros elementos da equipa de enfermagem e não só, e da equipa multidisciplinar."	Ca
			"[E naquela situação estávamos cá algumas colegas, íamos tentando a melhor maneira. Toda a gente tem essas dúvidas se o que está a fazer é o melhor. E passamos todos por essas situações] Não, mas se calhar posso partilhar com os outros. Foi o que eu resolvi na altura e deu certo. E acho que estas coisas são interessantes de serem partilhadas."	F
			"[Depois, ao longo do debate, das sessões não planeadas], (…) vieram ao encontro do que já tinha sido referido."	Cr
			"Formação em serviço é algo que é muito importante. Penso que é através das vivências diárias, das nossas experiências que partilhamos os nossos saberes."	Ca
			"Acho que sim. Por exemplo, discutir o stress, as contenções, essas coisas que nos incomodam, com as quais é difícil de lidar e com as quais temos muitas dúvidas e não sabemos como agir."	F
			"Já fizemos duas ou três vezes."	P
			"[Formação em serviço] É imprescindível para que haja uma qualidade dos cuidados de enfermagem."	P
			"É reflectir sobre o que se faz. Eu vou dar um exemplo: quando tens um doente que é necessário contenção física, é saber se já se esgotaram todas as possibilidades antes de conter. E muitas vezes ainda não se esgotaram, que é falar com o doente, baixar o tom de voz, perceber que ele está irritado, ou está descontrolado, não porque está fazer uma birra, mas porque está doente e muitas vezes contêm-se doentes podendo fazer outras coisas mais adequadas. Já aconteceu. Dou outro exemplo: muitas vezes um doente quer fazer um telefonema à família e ele fica muito zangado, e os enfermeiros dizem: "ele está muito agitado" – injectam-no e metem-no no cinto de contenção."	P
			"[Em princípio, perante qualquer situação que nos deparamos, nunca estamos a zero.] Perante situações que eu não conheço, quando a exponho eu nunca sei se outro não a sabe."	Ca
			"[se consciencializem] Nas competências da comunicação, sobretudo em saúde mental."	P
			"Não quer dizer que, de vez em quando, nos sentamos aqui e perguntemos: «olha como te estás a sentir?». "	F
			"Em princípio, perante qualquer situação que nos deparamos, nunca estamos a zero."	Ca
			"Há muitas situações que os enfermeiros têm muita dificuldade em gerir essas situações mais complicadas e com a experiência de colegas que passaram por essa ou experiências semelhantes e apresentaram alternativas, provavelmente é sempre maneira de nós aprendermos e incutirmos alguns saberes de maneira de futuro a ultrapassar essas situações."	Ca
			"Da discussão nasce a luz. Perante vários saberes de várias pessoas que experienciam situações diversas, penso que é extremamente importante, porque só assim conseguimos fazer um plano ou definir normas para os enfermeiros de maneira a desempenhar as funções da maneira que ficaram estabelecidas."	Ca
			"Podes reflectir na formação, a partir das dificuldades que surgem na prática (…)"	Cr
			"[A discussão das práticas] É sempre uma aprendizagem."	Ca
			"[actividades formativas no serviço] Sim, é verdade, isso irá permitir a melhoria das práticas."	A
			"Portanto, aqui com os meus colegas, que fazem o mesmo que eu, ou parecido, é que nós temos de discutir e ver como fazer melhor."	A
			"[reflexão das práticas] Sim, mas é isso que eu estou a dizer numa acção de formação no serviço."	A
			"(…) e tem que se pensar no assunto, reflectir, trocar ideias com os colegas e é no local de trabalho que se deve fazer isso, não é nos congressos que vou, onde não conheço as pessoas de lado nenhum, que vou fazer essa reflexão."	A
			"Portanto, nós aprendemos perante os saberes dos outros, que nos vivenciam e transmitem."	Ca
			"Penso que é através das vivências diárias, das nossas experiências que partilhamos os nossos saberes."	Ca

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"Em saúde mental, a objectividade não é assim tão grande e, portanto, os doentes são diferentes, as pessoas são diferentes e, portanto, há que aprender com as nossas experiências e com as experiências dos outros."	Ca
			"(…)a formação se calhar também é falar sobre determinadas situações em que eu muitas vezes peço a um colega para intervir, não porque não me apetece, mas por sentir que ele tem melhor atitude e relação terapêutica com o doente que eu. E também temos que aceitar que temos doentes que nos hostilizam não porque nós somos maus profissionais, mas porque se calhar não fomos empáticos com o doente. E isso tem que ser trabalhado na formação. Esta parte andamos lá à volta disso mas ainda não lá chegamos."	P
			"A formação não pode ser só aquilo que é muito bonitinho, mas a formação é falar sobre as dificuldades (…)"	P
			"Mas, de qualquer maneira, é sempre positiva essa discussão, porque sempre surge muitas vezes discrepância entre as atitudes a quando das contenções, deve ou não conter, como se deve, as maneiras como devemos agir para evitar a contenção."	Ca
			"Porque isso é um momento de reflexão do grupo, porque reflectes, discutes sobre o assunto, seja formal ou informal."	Cr
	Assuntos abordados		"E começámos a analisar os cuidados de enfermagem referentes a um doente por iniciativa dela. Ela sugeriu e pegámos num processo e a partir daí analisámos a situação do doente do ponto de vista dos cuidados do doente. Estamos ali todos a falar do doente e a ver como podemos ajudar aquele doente. E, por exemplo, estudamos a melhor hipótese de ajudar o doente, sei lá, às vezes sugerimos falar com a mãe ou outro familiar, para perceber ou ajudar. (…) é falar sobre aquela situação e planear melhor os cuidados de enfermagem."	A
			"Também outros assuntos têm surgido, por exemplo, já houve sobre antipsicóticos."	A
			"(…) e vou então combinar com uma pessoa que acabou de fazer um curso sobre esse tema para fazer uma acção de formação agora a partir de Setembro."	Cr
			"Mesmo estas [sessões de discussão e reflexão das práticas]. Por exemplo, trouxeste um tema? Ou foi o enfermeiro C?"	F
			"Sim, é verdade. Por exemplo, o M falou sobre a esquizofrenia, mas é completamente diferente falar sobre uma pessoa que tem esquizofrenia. É mais pessoal e mais real."	A
			"não. Eu fiz um levantamento individual, com cada pessoa sobre aquilo que achavam sobre as suas próprias necessidades (…)."	Cr
			"[Então isso não é uma necessidade…] Pois não. Mas somos todos assim…"	A
			"Ou seja, eu digo aquilo que eu já sei e que estou mais à vontade."	A
			"As acções de formação são temas propostos pelos enfermeiros (…)"	A
			"(…) Falou-se na dificuldade de se lidar com certos doentes, foi um dos temas que surgiu."	P
			"Por exemplo, o último tema deste ano foi o L que apresentou sobre o suporte básico de vida, e até estavam bastantes colegas, porque é um tema que é do interesse dos colegas, porque as técnicas vão evoluindo."	A
			"(…) quer seja a partir de temas que as pessoas se proponham a apresentar (…)"	Cr
			"As da NANDA, no início também tiveram muita plateia, muita assistência."	Cr
			"Alguns temas surgem nas reflexões (…)."	A
			"(…) ou seja, são temas que todos nós já estudámos, é capaz de trazer uma ou outra novidade sobre o assunto, mas até estou à vontade e domino o assunto ou tema, se trabalho em psiquiatria é claro que sei sobre a esquizofrenia, então vamos lá falar sobre esse assunto. Mas aquele assunto não é completamente estranho."	A
			"Esses assuntos, às vezes, até são temas para se discutir em outras sessões ou acções de formação já programadas com pesquisa bibliográfica."	A
			"Foram abordados alguns, inclusive reanimação cardiorespiratória, uma básica e outra avançada, isto porque é uma preocupação que as pessoas têm, primeiro por falta de conhecimentos que as pessoas têm e segundo não sabem actuar nessa área, num hospital psiquiátrico onde não existem recursos, que existem em outras instituições. Essa foi uma das acções de formação mais concorrida, em que estiveram mais pessoas presentes."	Cr
			"(…) e podes recorrer a outras pessoas até de outras áreas que percebam do assunto. Não foi o caso até ao momento."	Cr
			"Pois é, é o que eu faço todos os anos, mas os temas são sempre os mesmos."	A
			"(…) e temos outras sessões que são para reflexões de casos. Discutimos casos, um de nós apresenta um caso e todos reflectimos sobre esse caso."	P
			"(…) quando há discussão e partilha de opiniões, há logo uma série de assuntos que vão surgindo."	A
			"Baseiam-se mais nos temas que mais temos, por exemplo, doença bipolar, esquizofrenia, sobre os ECTS, sobre a terapêutica, tivemos uma sessão sobre ansiolíticos, sobre neurolépticos, para saber para que são e como actuam, até foi o J que deu essas sessões. Portanto, são assuntos que reflectem a nossa prática."	P
			"(…) havia a sugestão sobre as feridas mas não havia ninguém que, dentro do grupo, tivesse conhecimentos sobre o assunto (…)"	Cr
			"(…) e sobre o que estariam dispostas a fazer como formadoras, isto inicialmente."	Cr
			"(…) outro assunto que surgiu é como nos relacionamos aqui no serviço, entre nós. Vimos aqui não é para fazer amigos mas para cumprir com a nossa função no âmbito profissional."	P
			"Às vezes é a A. Mas outras vezes somos nós, portanto alguns fui eu que sugeri, portanto eu fiz um sobre gestão de conflitos, outras vezes é A, outras vezes são os colegas."	P

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"Sim. Temos as discussões destes casos clínicos."	P
			"[Dirige as sessões de discussão de casos] É a A, ou eu, ou outro colega. Mas é muito a A ([enfermeira responsável pela formação])"	P
			"(…)ou falar de um doente."	P
	Padrão de funcionamento		"Para além de ter que ser semanal, para não cair no esquecimento (…)"	Cr
			"É todas as quintas-feiras. Há um plano que eu e a enfermeira A, mas é ela que planeia, e fazemos para 4 semanas, todos os meses, este mês já vai estar o plano para o próximo mês."	P
			"(…) Este mês de Agosto não houve, mas as pessoas já começaram a perguntar quando reiniciamos, ou seja, já se começa a sentir como rotina a formação em serviço que é bom, a obrigatoriedade quando é boa acaba por dar frutos e entrar na rotina sentir falta dela, e esse trabalho deve-se a ela."	P
			"(…) e não deixar passar muito tempo entre as sessões porque se não as pessoas vão-se desmotivando, percebes?"	Cr
			"Lêem muito pouco. São capazes de ler se estiverem a fazer algum trabalho pessoal sobre esse assunto."	P
			"A minha estratégia é ir dizendo às pessoas que a formação é sempre às quintas-feiras, estejam muitos elementos ou não.	P
			"(…) e eu muitas vezes falo sobre isso nas passagens de turno. Outra coisa que eu faço é dizer que houve a formação e estão documentos sobre os assuntos."	P
			"Portanto, depois das formações ficam documentos numa pasta para as pessoas consultarem (…)"	P
			"Nós informalmente já tínhamos falado a este respeito. Primeiro, o fazer uma vez por semana é um pouco exaustivo."	F
			"Portanto, consegues fazer quinzenalmente, sem interrupções (…)."	Fr
			"É fundamental fazer a mesma coisa (…)"	Cr
			"Agora, tem que ser continuada, tem que ser certinha, nos dias combinados, nas horas combinadas (…)"	Cr
			"Outra forma de motivar é às 14 horas eu estar na sala para se fazer a formação. As pessoas acabam por aderir, irem e participarem. Não é só dizer mas estou lá."	P
			"A formação aqui é semanal, à quinta-feira, das 14 às 15 horas, portanto uma hora e sempre uma vez por semana."	A
			"Eu talvez escolheria durante a manhã, pelas 11 horas ou até à tarde, pelas 16 horas, mas à tarde era mais complicado."	A
			"Eu percebo que deva ser todas as semanas, porque é mais fácil criar a rotina nas pessoas, pronto, começa a ficar na rotina."	A
			"Sabes que as pessoas continuam a insistir que não devia ser uma vez por semana, devia ser de 15 em 15 dias."	A
			"Vejo bem e para além dos espaços que falamos (passagens de turno, reuniões informais) de 15 em 15 dias (…)"	E
			"Eu acho que está bem organizado, este esquema de ser semanal (…)."	A
			"É quase sempre 1 hora, por vezes 1 hora e 30 minutos."	A
			"Não, por acaso acho que deve ser semanalmente. No início, achava que talvez fosse melhor de 15 em 15 dias, mas agora não, acho que deve ser semanal."	A
			"A seguir ao almoço, antes será complicado, das 2 as 2,45H."	E
			"Marcando o espaço, era que pelo menos os que estão no turno da manhã e da tarde estivessem presentes e se alguém está de folga."	E
			"se calhar o horário seria outro, mas isso também tem a ver com a chefe, que prefere que seja às 14 horas."	A
			"Pelo facto de ser às 14 horas para que as pessoas que vêm fazer tarde poderem assistir e assim poderem vir mais acaba por ser uma falsa questão, porque é raro virem mais cedo."	A
			"Ser uma vez por mês, tanto pode ser na sala de formação, para se sair do serviço, para não se ser interrompido."	Pa
			"Ser uma vez por semana se basear na troca de ideias, partilha e reflexão (…)."	Ca
			"A melhor hora seria próximo do final do turno, às pessoas só lhe faltam passar o turno, já trataram dos doentes, já fizeram tudo que havia para fazer, já almoçaram, já estão confortáveis, e depois, discute-se das duas às três."	Cr
			"(…) E os que estão de manhã querem é sair daqui e ir embora."	A
			"No início houve algumas pessoas que falaram para isso, mas eu e a A não ligámos e insistimos para ser uma vez por semana. Na última sessão que houve falei sobre isso."	P
			"Quanto à periodicidade, uma vez por semana está muito bem."	P
			"Acho que está correcta. Normalmente é meia hora, três quatros de hora, a parte expositiva quando organizada não é mais que 15 a 20 minutos, e quando é mais os colegas vão interrompendo. E depois as pessoas falam."	P
			"A formação terá que ser, deveria marcar-se dia e hora, continuo a dizer que não deveria ser semanal, acabando por ser demasiado exaustivo (…)"	Fr
			"Não. A formação é das 14 às 15 e das 15 às 15,30 horas é a passagem de turno."	Cr

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"Depende do tempo que se tiver. Neste momento, parece-me que estar a fazer por semana é capaz de ser muito. Mas talvez de 15 em 15 dias fosse útil."	E
	Papel do enfermeiro chefe		"Não deixando para os outros só, mas participando como elemento do grupo, que participa e que debate como elemento do grupo e não como papel do chefe."	Cr
			"Indispensável. A partir do momento que o chefe assume a necessidade de formação, assume um modelo de formação e de certa maneira compactua, está presente e dá a cara, é uma mais valia para que toda a equipa perceba que ele está ali. Quando o chefe de serviço não aparece e tem uma postura negativa em relação à formação, os outros elementos, por identificação e por necessidade e simpatia com a chefia, vão ter essa atitude."	Fr
			"Não é centralizar a formação no chefe, porque para isso escolheu um responsável pela formação (…)"	Pa
			"Não, ela vai às formações todas, dá a opinião daquilo que acha correcto (…)"	Cr
			"Ser o catalizador, estar presente, empenhar-se, aprender com os enfermeiros."	Pa
			"[Enfermeiros chefes] Tem que promover."	Cr
			"Mas eu como chefe posso propor."	Pa
			"Pois, isso depende. Muitas vezes têm que ser directivas, não estou a dizer autoridade. Tem que fazer mesmo."	Pa
			"Não, isso é directivo. Porque tem que ser implementado. Por exemplo, o enfermeiro director diz que o SAPE é para aplicar até ao final do ano e nós temos que cumprir."	Pa
			"Deve ser um papel de motivação (…)."	P
			"Realmente, o que não favoreceu a formação da outra vez foi realmente a parte da responsável do serviço ter tomado, e adoptado uma atitude, ela própria de desvalorização da formação. É obvio que isso abriu a porta a que muitas coisas acontecessem em relação a isso."	Fr
			"Eu ajudei em algumas coisas, por exemplo, as sessões das reflexões das práticas, fui eu que sugeri (…)."	P
			"Eu acho que os chefes têm que promover a adesão a essa formação participando também na própria formação."	Cr
			"Não é uma área que tenha manifestado interesse em desenvolver. Por outro lado, é especialista em reabilitação e não tem manifestado interesse na área da formação."	E
			"(…) e fazer acções de formação como tenho feito."	P
			"Com as minhas e com … de acordo com as minhas necessidades e que eu observei. Se calhar foi um papel solitário."	L
			"Sim, a chefe, porque ela é que insistiu muito com a formação, porque se não fosse ela isto nunca avançava. Tem sido uma grande ajuda."	A
			"A P. foi muito importante nisto da formação."	A
			"Para já, há elementos do serviço interessados em orientar e organizar a formação, já manifestaram isso. É uma estratégia que se pode colocar à equipa e de acordo com as necessidades sentidas, então avança-se."	E
			"Deve ser um papel de motivação, de união, de aglutinar, entre o formador de serviço e os elementos naquele momento, na acção perante a equipa, ou seja, é apoiar (…)."	P
			"Mas eu não tenho especialistas."	E
			"Sim, porque com a P, mesmo só com uma pessoa, fez-se formação. É claro que perante determinadas situações é que não se fez. Este ano, houve uma reunião só com ela e eu (…)"	A
			"Mas é uma questão para lhe colocar, ficando coadjuvada pelos outros elementos que manifestaram vontade e que me parecem ter competências para o poderem fazer."	E
			"O papel do chefe será um pouco, o chefe terá que estar presente em todo este processo, apesar de ter alguém responsável."	E
			"(…) e fazer acções de formação como tenho feito."	P
			"Sim, por exemplo, a P já apresentou um tema sobre gestão de conflitos e esse foi um tema que as pessoas referiram de interesse. Esse tema ficou logo no cronograma para ser apresentado este ano."	A
			"(…) mas, de facto, ela desenvolver um determinado tema, ela nunca o quis fazer."	Cr
			"(…) mas terá que ser um bom comunicador."	Pa
			"Sim, estou a pensar em responsabilizar alguém. Há dois elementos do quadro que se disponibilizaram para isso: o S e P. Uma vez que S poderá sair, temos o P que tem vontade e que pode ser ajudado a concretizar, e com a colaboração de um elemento em quem eu reconheço qualidades e capacidades para o poder fazer que é uma contratada que é a N."	E
			"Eu acho que sim. Repara, se tu estás numa equipa que sabes à partida que a pessoa que está a liderar a equipa não partilha da formação, é muito complicado."	L
			"Eu acho que é o papel importante, é o orientador, no fundo. Se eu não concordar com as práticas, se eu não for a alavanca do grupo ou da equipa, é muito complicado, se não for eu o elemento orientador, é muito complicado as pessoas aderirem à formação."	L
			"[chefe do serviço] Eu acho que ela devia fazer o mesmo."	Cr
			"O comprometimento não pode ser só de quem está na prática, tem que ser de quem está a coordenar o serviço."	Fr

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"No fundo, será ter juntamente com o chefe ter este trabalho, apesar do enfermeiro chefe ser a figura de referência, o responsável não é menos importante. Como é óbvio."	L
	Papel do enfermeiro responsável pela formação em serviço		"Esse responsável terá que organizar sempre em concordância com chefe. O chefe é o responsável pelo serviço todo, da formação e não só."	E
			"Umas vezes introduzo o tema que eu acho que o grupo precisa de discutir (…)"	Cr
			"Primeiro de tudo, ser empático (…)."	Fr
			"Provocar. Provocar, perceber quais as necessidades, desencadear processos, no fundo é um instigador, é um provocador. Provocar não no sentido mau mas no bom, no desencadear de processos."	Fr
			"(…) e é um percurso muito solitário."	P
			"Fiz sobre direitos dos doentes internados."	Cr
			"E há outra coisa que tem um grande efeito sobre isto, que é a avaliação que a A. faz onde diz quem foram as pessoas que estiveram nas formações."	P
			"Agora A não sei se vai querer continuar, já falou que só ficará mais um ano, porque isto dá muito trabalho (…)."	P
			"[Responsável da formação] que se articulasse com o responsável da formação do hospital (…)"	E
			"Eu não estou a dizer que não haja, eu acho que há muitos temas. Agora eu acho é que as pessoas precisam é de alguém que modere e que no fundo assumam o mesmo papel e que estavas a pôr em causa em formação convencional. Porque as pessoas querem é que alguém surja no meio daquilo como moderador denominado para certa maneira orientar e guiar o processo formativo naquele momento. Porque as pessoas sentem-se um pouco perdidas."	Fr
			"Agora, no final, a A irá entregar o relatório e o projecto para o próximo ano."	P
			"e ser um bom comunicador e bastante próximo do outro, com uma boa relação interpessoal."	Pa
			"(…) e depois delinear as estratégias de intervenção. Parece-me que é esse o papel."	E
			"Ser dinamizador."	Pa
			"[Responsável da formação] (…) dentro do serviço, promovesse espaços de reflexão."	E
			"Eu acho que é sobretudo de moderador, ouvir o mais possível e falar o menos possível. E procurar que haja o máximo de consenso e harmonia. É moderar."	A
			"(…)e outros as pessoas já tinham manifestado. Eu, no ano passado, apliquei um questionário a perguntar quais os temas que achavam de interesse para este ano."	A
			"Estar atento a todas as capacidades que o outro tem para potenciar e para espelhar essas capacidades no outro (…)."	Pa
			"Terá que ter conhecimento, e saber comunicar, e saber ouvir para permitir que os outros se exponham."	Pa
			"[Responsável pela formação em serviço] Tem efectivamente de fazer esse levantamento (…)"	Cr
			"(…) de promover a discussão intra-grupo (…)"	Cr
			"Por exemplo, fazendo reforços positivos, incentivando-as, dar-lhes espaços (…)"	Fr
			"Agora, se calhar tu tens que trabalhar para que as pessoas sintam esta necessidade."	Fr
			"(…) e saber ouvir as pessoas. No fundo aquilo que elas dizem e não dizem."	Fr
			"Identificar as necessidades de formação em conjunto com o enfermeiro chefe e com a equipa (…)"	E
			"Quer dizer, talvez. Pronto, não sei! Talvez motivar mais as pessoas (…)."	A
			"Acho que se deve muito à força de vontade da A e com muita humildade minha."	P
			"Tu, estando ligeiramente fora do serviço, se calhar também tem influenciado isso. Penso que uma pessoa trabalha no serviço, está lá e vivência ele próprio e está imbuído naquele espírito e não vai estar à espera que vocês têm para dizer ou o que vamos discutir. Estando lá, sabe-se que muitas vezes surgiu esta situação e que tal "discutir este problema que tivemos dificuldade?" e não é só estar à espera que essa informação venha só dos outros, portanto é pensar em equipa, com certeza que pela tua experiência, poderá dar um contributo e também pensares nessa situação, agora é assim: não estiveste lá, nunca a viveste e portanto terás que estar à espera do que os outros te vão criticar. Não sei se isto tem algum sentido para ti, mas para mim tem todo o sentido."	Ca
			"Ela realmente tem tido muito trabalho e, de facto, tem que haver uma pessoa de referência porque senão as coisas não se faziam."	P
			"Não. Eu acho que há muitas formas de se motivar as pessoas. Aí já tem a ver com a personalidade de cada um. Isso tem a ver com a observação de cada pessoa para a outra pessoa e ver qual a melhor maneira para se motivar. Já é um trabalho de gestão de pessoa para pessoa."	L
			"É ir motivando as pessoas, falando com as pessoas, saber quais os assuntos em que se sentem mais à vontade, saber quais as suas dificuldades e convidá-las a falar sobre essas dificuldades."	P

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"(…) ou então, depois, quando há discussão e partilha de opiniões, há logo uma série de assuntos que vão surgindo."	A
			"Tentar que as pessoas percebam que a formação é necessária e eu continuo a dizer porque eu acho que, neste momento, os enfermeiros estão muito centrados em situações muito reais e pouco centrados que a formação é útil para se mudar, e sem formação isso não se consegue."	L
			"Por exemplo, tu estás de formador, de responsável da formação, e trazeres uns tópicos para serem abordados. E depois falar sobre o que nos vai na alma. Tem que haver uma orientação da tua parte. Tem que haver alguém a tratar disso. Sem grande teoria é capaz de ser a melhor solução."	F
			"Ele tem, juntamente com o gestor de unidade, motivar as pessoas para a formação."	L
			"Ela tem que andar atrás das pessoas, que têm tendência para dizer que não podem e aí é a A. Que arranja outro tema e a maior parte das vezes é ela que dá a formação. Normalmente não há muitas falhas."	P
			"(…) falar com as pessoas, saber as suas necessidades, saber os seus interesses, saber e discutir na prática as dificuldades que surgem."	Cr
			"Normalmente, os temas surgem, porque A, no início do ano, fez um questionário para a gente dar sugestões sobre os temas de formação. Como agora, em que nós respondemos a um questionário sobre o que achámos sobre a formação e aquilo que achávamos que deveria ser o próximo ano. Ela agora faz uma recolha disso e depois numa das sessões apresenta os resultados"	P
			"Ou eu já trago um assunto pensado, em que depois vou perguntando a opinião das pessoas sobre o assunto, e vou procurando obter opiniões das pessoas (…)."	A
			"(…) e encaminhar as pessoas mesmo para formação externas que tenha conhecimento e que observa que essa pessoa tenha necessidade."	Cr
			"(…) lembro-me disto, porque estou a fazer o relatório da formação, e discutimos as duas sobre isto da formação."	A
			"E depois lá me pus a fazer umas coisas, de forma humilde, e as pessoas acabaram por aderir. E então dizia: “estive a ler umas coisas” por exemplo, sobre a esquizofrenia, e então pedia apoio sobre essas coisas. É verdade, fiz algumas formações para ver se arrancava."	A
			"E depois, «era assim se esta rapariga que nunca trabalhou em psiquiatria e vem cá falar de umas coisas, eu que estou cá há dez anos e até sei umas coisas, então porque não hei-de falar também sobre a depressão?», por exemplo. E assim foi a minha estratégia."	A
			"Sim, ou seja, a A tem um tema semi-preparado, mas depois cada um dá a sua opinião, apesar de não ser mais cientificamente correcto, mas acaba por ser mais proveitoso porque reflecte mais as práticas que a pessoa faz."	P
			"Habitualmente é a A que propõe um tema no início da sessão (…)"	P
			"[Enfermeiro responsável pela formação] já, foram as primeiras [acções de formação]."	Cr
			"(…) outras por ela [Enfermeira responsável pela formação]"	P
			"Sim, é verdade, ao início era sobretudo eu que apresentava as acções de formação (…)."	A
			"(…) outras vezes são pedidas sugestões às pessoas, se têm algum assunto, alguma coisa que as incomoda, que gostariam de ver esclarecidos ou debatidos e debatem-se normalmente assim."	Cr
	Papel dos enfermeiros		"[Enfermeiros] Participam."	Cr
			"Isso é um momento de formação que as pessoas não fazem pelo certificado do papel, para o currículo, fazem-no ou discutem-no porque têm interesse naquele assunto."	Cr
			"Pois, mas isso já é mais complicado. Há sempre uma hierarquia e as pessoas cá por baixo sentem que a sua opinião não é importante, e não sou eu que decido nada. A maioria dos enfermeiros sente que a sua opinião não serve de nada."	A
			"Acho que deve (…) participarem activamente."	Cr
			"Se calhar não devia dizer isto, mas, por exemplo, eu venho a uma reunião de reflexão das práticas e dou a minha opinião que acho que realmente há algumas coisas que não funcionam bem, mas depois não há feedback sobre a minha opinião e as coisas continuam a ser como a enfermeira chefe quer que sejam, portanto não há interesse em participar."	A
			"Até porque estamos em época de mudança com o sistema, os enfermeiros têm que passar a assumir como responsáveis não só da prestação, mas também da formação."	Ca
			"Depois disso, são quatro, cinco ou seis pessoas, não mais que isso que participam."	Cr
			"Sinceramente, acho que é necessário uma motivação brutal para estar em casa a dormir e levantar-me para vir à formação."	Cr
			"(…) mas as pessoas não valorizam a formação em serviço."	P
			"Quando eu digo que estive à espera de saber se as pessoas entraram nos complementos e nas especialidades, para fazer a escala, no fundo, já estou a utilizar uma estratégia para ir ao encontro desse objectivo. Neste momento, estou a tentar que as pessoas percebam que é importante que se desenvolvam quer como pessoas, quer como profissionais, e depois é o envolvimento da equipa."	L
			"Normalmente só assistem as que saem do turno da manhã e as que entram do turno da tarde. Normalmente assistem 4 a 5 ou 6 pessoas (…)."	P

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"[Sessões de reflexão e discussão das práticas, os enfermeiros] Envolvem-se mais."	P
			"Por exemplo, um que vem falar sobre esquizofrenia, as pessoas dizem: “é ele que fala eu só fico a ouvir” e transformam-se em receptores. Se for sobre um doente, discute-se mais e de forma mais interventiva. Cada um dá o seu sentido."	P
			"As não planeadas, as formações de reflexão sem tema prévio, têm mais adesão do que as planeadas."	P
			"As pessoas, no início, não estavam muito voltadas para isto, mas entram na “onda da formação” porque não desgrudamos. E são todas as quintas, todas as quintas."	P
			"Não valorizam, isto é, se lhes perguntares dizem que é muito importante, mas depois, na prática, não fazem um esforço para estar. São poucas as pessoas que fazem um esforço da sua vida para estarem presentes na formação. Eu vejo isso na minha equipa. E pelos questionários que ficam por responder quando a A pede para responderem. Eles não estão para isso."	P
			"Olha, começámos a falar que saímos daqui muito cansados e depois surgiu (…)"	P
			"[Enfermeiros do serviço] Acho que deve funcionar como grupo (…)."	Cr
			"Podemos pedir ajuda externa ao serviço (…)."	E
			"(…) quem não está [de serviço] raramente aparece."	Cr
			"Não. A presença não me diz nada. Tem que haver uma entrega."	L
			"Normalmente assistem 4 a 5 ou 6 pessoas (…)"	P
			"E que as formações fossem mais para apresentar temas."	A
			"Depois há acções planeadas por colegas do serviço (…)"	P
			"(…) a não ser que venham dar alguma formação, mas são poucos."	P
			"(…) fazem-no ou discutem-no porque têm interesse naquele assunto. (…) Se não têm interesse no tema, limitam-se a assistir e não participam."	Cr
			"(…) mas há muitas vezes, se calhar na maioria das vezes, as pessoas não gostam muito de se expor, há um certo de receio, as pessoas dão a sua opinião, mas há sempre um receio de (…)"	A
			"E, portanto, as reflexões das práticas as pessoas acabam por gostar menos e aderir menos, e se calhar por isso é que referem que poderia ser de 15 em 15 dias."	A
			"[Ao início foi mais complicado] (…) e as pessoas não queriam colaborar nem participar."	A
			"Acham que deveriam ser mais espaçadas e até há pessoas que dizem que poderia ser mensal. E assim não precisam de participar de forma activa nas reflexões. Esta é a minha leitura."	A
			"(…) apesar de aparentemente terem mais dificuldade, mas envolvem-se mais, falam mais que aquelas planeadas. As planeadas também falam, mas as outras como têm a ver com os doentes toda a gente conhece e assim as pessoas acabam por dar a sua opinião."	P
			"Participam, toda a gente sabe que é das duas às três"	P
			"São muito poucos aqueles que vêm de propósito para a formação (…)"	P
			"Participam os que estão de serviço (…)."	P
			"(…) Agora é preciso estar muito motivado e é muito cansativo."	P
			"E teve um bom impacto, os colegas mostraram-se interessados. Coisas dessas têm acontecido."	P
			"O papel dos restantes colegas é contagiarem-se uns aos outros."	P
			"Como não há um tema onde se agarrem, têm que falar sobre elas. E falar sobre nós é difícil. É mais fácil falar dos outros, e projectar nos outros o que é nosso. Não é?"	P
			"Têm mais dificuldade, mas aderem."	P
			"(…) e ninguém fica na sala ao lado, portanto estão todas e ninguém interrompe as formações. Nós avisamos os auxiliares."	P
			"(…) porque numa planeada tens aquele tema, discutes a apresentação ou não, podendo ficares calada a ouvir o que aquela pessoa tem para dizer (…)"	Cr
			"(…) e noto que as pessoas envolvem-se mais nestas [sessões de reflexão e análise das práticas](…)."	P
			"(…) se alguém valoriza as suas opiniões que disseram nas reuniões, ou não."	A
			"Eu por exemplo trabalho em duplo, e agora vou para o complemento, se calhar nem sempre vou conseguir trocar para estar presente. Naquilo que puder fazer, com certeza."	F
			"Se for uma coisa mais estruturada mensalmente, acho que sim. E depende da disponibilidade das pessoas."	F
			"Não quer dizer que eu não chegue ali ao computador tire ali dois ou três “prints”, e dizer: «olha encontrei isto ali, o que vocês acham?». Não é propriamente ir fazer um trabalho porque não tenho tempo para isso."	F
			"Preparar, preparar, é assim … nós para preparar temos a nossa experiência e os nossos sentimentos. Isto também é uma troca de sentimentos e de atitudes."	F

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"Acho que sim. Se perceberem o que está na base de se querer organizar a formação em serviço, acho que sim, de uma maneira geral acho que as pessoas vão aderir."	E
			"Agora essa reunião sendo semanalmente, só vão mesmo as pessoas que cá estavam, é lógico."	F
			"(…) e noto que as pessoas envolvem-se mais nestas (…)"	P
			"Quem está de serviço obrigatoriamente vai (…)."	Cr
			"Aparece quando há marcação de tema do interesse da pessoa."	Cr
			"Não apareceram todas, mas mais algumas do que aquelas que estavam de serviço."	Cr
			"Nesse caso é mais ouvir, foram poucos os temas que geram pouca discussão."	Cr
			"O papel da restante equipa é um papel de participação activa em todo o processo, a equipa, e cada elemento a fazer parte deste todo, ter uma palavra a dizer e participar com as ideias e com as dúvidas, questionando dificuldades gerais ou daquilo que se apercebe, tem um papel muito concreto e muito activo em todo este processo, não é um elemento cordeirinho que segue com o pastor à frente, mas é alguém que tem alguma coisa a dizer sobre todo este processo. E a qualquer altura diz: "olha isto não está a servir, isto está a correr mal", ou seja, é um papel muito activo."	Fr
			"Não. O que as pessoas fazem é em vez de virem as 14, vêm dez minutos para as 15 horas, estás a ver? E as pessoas que estão dizem vamos lá falar e tal mas, depois, não se expõe muito."	A
			"Se marcarmos um tema, como a contenção, para daqui a um mês eu vou tentar estar presente, porque considero o assunto interessante."	F
			"Se bem que em alguns elementos não vai resultar de forma alguma, mas acredito que na maioria irá resultar."	E
			"E as pessoas que estão já sabem que é dia de formação e as duas pessoas que vêm à tarde já sabem também e estão cá para a formação mais cedo, pelo menos às 14,30 horas."	P
			"(…) mas já outros colegas têm apresentado outras formações. (…) já rodou por todos."	A
			"Quando há algum tema definido, as pessoas vêm, as que estão a fazer tarde vêm mais cedo."	A
			"Se há uma identificação de um chefe dos défices, ele terá que acatar. Agora temos é que criar estratégias."	Pa
			"[falta] continuidade, por diversos motivos, acho que há uma desmotivação das pessoas."	Cr
			"Eu penso que a formação não é uma coisa estanque, é uma coisa que diz respeito a todos."	E
			"(…) haver um espaço em que estivesse o enfermeiro chefe, o responsável da formação e o responsável da formação do hospital."	E
			"As pessoas dizem que é importante, mas depois não participam."	A
			"(…) não fazê-los vir fora das suas horas de trabalho porque sabemos que vem um ou dois e não vêm mais."	E
			"Mas sabes, às vezes as reflexões correm bem, as pessoas participam (…)"	A
			"Sim, porque depois as pessoas têm que dar a sua opinião e justificá-la."	A
			"No fundo passa por fazer sentir aos elementos essa necessidade, porque pode não ser uma necessidade sentida."	E
			"[como sentes que há entrega] Pela atitude das pessoas consegue-se. Pela observação e pelo desempenho."	L
			"(…) Porque normalmente as não planeadas têm a ver com situações que as pessoas vivenciam no serviço, aí as pessoas como estão mais envolvidas dão a sua opinião."	P
			"E eu penso que daqui a algum tempo pode ser uma motivação para as pessoas virem ao serviço sem estarem de serviço e sentirem que esses espaços são úteis. E eu penso que, se calhar, na primeira e na segunda não, mas se as discussões trouxerem coisas de novo, se calhar iremos trazer outros elementos. Aquilo é um espaço formativo e do serviço e o que lá se discute é bom para todos."	E
	Planeamento da actividade formativa	Diagnosticar problemas e necessidades de formação	"Quer dizer, posso ter isso em consideração numa segunda fase, mas numa primeira terei que ser eu a fazer uma avaliação das suas necessidades."	L
			"A primeira coisa que faria, e tendo em conta a avaliação do desempenho, fazer a marcação de entrevistas de orientação. Começava por aí, na definição de conceitos e para depois aferir algumas situações e clarificar aquilo que a pessoa necessita. Aí é que me fará sentido verificar alguma necessidade de formação em contexto de saúde mental e psiquiatria."	L
			"(…) complementadas com algumas acções de formação. Eu penso que esta é uma estratégia de complementaridade com várias frentes, e penso, do conjunto poderá resultar uma mudança de atitude."	E
			"Identificar o problema, como é óbvio. Mesmo reflectindo a prática, vais chegando sempre a uma problemática. Imagina um grupo a reflectir sobre a prática. O que vai sair do grupo? Haverá sempre uma área problemática a aprofundar."	L
			"O diagnóstico da situação, mesmo com a reflexão, terá que ser sempre feito, não se consegue fazer nada sem o diagnóstico da situação, mesmo sendo a reflexão das práticas ainda que seja feito de forma empírica."	L
			"Imagina que as pessoas me diziam: "queremos uma formação mais em contexto de trabalho" ou "queremos fazer mais este tipo de formação de discussão de casos". Passaria sempre pelo	L

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			diagnóstico de situação."	
			"Isso só depois de fazer o diagnóstico de situação e verificar qual a área problemática é que poderia pensar em estratégias."	L
			"Só numa situação mista de formação. Por exemplo, eu detectei que há dificuldades em atender as famílias, parti de uma necessidade que eu sinto e que não foi verbalizada por ninguém. Cá está, quando perguntavas para quê o diagnóstico da situação, aqui funcionou como diagnóstico da situação. Eu tive que avaliar."	L
			"Se calhar terei que utilizar a metodologia da avaliação do desempenho, será prioritário do que fazer uma pergunta directa à pessoa. Não quer isso dizer que não utilize outra metodologia."	L
			"Então parte-se da identificação dos problemas, das estratégias, para se resolver esses problemas em equipa."	L
			"Eu penso que cada serviço terá que ser feito o plano de formação para o serviço para algumas necessidades que os enfermeiros vão apresentando e referindo de forma a colmatar algumas lacunas."	Ca
			"Como é que uma pessoa, que nunca trabalhou em psiquiatria, pode dizer que «eu necessito de formação nisto ou naquilo?»"	L
			"Mas aí a pessoa só pode exprimir uma necessidade se tiver conhecimento do contexto de trabalho onde está a desempenhar. "	L
			"Fazendo o diagnóstico da situação e depois utilizarei vários instrumentos de avaliação: ou entrevista ou pela avaliação do desempenho, ou inquérito.."	L
			"(…) e deve ser sempre contextualizada com o serviço."	L
			"Acho que, num primeiro momento, um pouco como agora, uma reflexão em geral e, depois daí, partir para o próximo com objectivo específico, por exemplo, nesse espaço pode haver partilha de coisas que se verifique ser importante reflectir em grupo, em que as pessoas sejam responsabilizados por procurar informação adicional e trazer para este espaço."	E
			"Então aí teria que efectuar sempre o diagnóstico da situação. Tinha que auscultar as expectativas do grupo e efectuar o diagnóstico e definir as estratégias de intervenção. Era por aí."	L
			"(…) Sempre com uma perspectiva avaliativa, porque eu penso que a formação obriga a uma avaliação. Tens que avaliar que a formação em si, quer o objectivo da formação estava preconizado ser atingido, se está ou não atingido e se não foi atingido porque não foi. Isto é processo quase sempre re-alimentado, ou seja, é contínuo, fazes mas não quer dizer que fazes sempre bem e poderes aprender com o erro. E que seja não para desmotivar mas para aperfeiçoar."	Fr
			"(…) acho que tem que surgir a partir do levantamento das necessidades sentidas pelas pessoas (…)"	Cr
			"Talvez este ano seja diferente, porque um dos temas até é sobre pensos e feridas e há pouco tempo tivemos uma discussão sobre isso (…)"	Cr
			"(…) em que de facto a equipa se responsabiliza por preparar matérias, delinear acções, uns para os outros, juntamente (…)."	Fr
			"(…) mas pode-se fazer de uma forma mais formal a identificação dessas necessidades, e então, depois, programar estratégias de resolução."	E
			" Nós teremos sempre que efectuar um diagnóstico de formação e terá que perspectivar responder sempre a qualquer coisa. Indo pelas capacidades, estamos a potenciar o indivíduo, estamos a ver o indivíduo pela positiva e não pela negativa. Acho que o melhor é a mistura dos dois, ou seja, ir pelas capacidades e nas necessidades."	Pa
			"A primeira coisa que faria é auscultar as pessoas. Consoante esta realidade como é que as pessoas gostariam que se desenvolvesse a formação no serviço."	L
			" Não a nível da formação, porque as pessoas estão habituadas a um modelo de formação e tu não as podes desenraizar de um modelo de formação subitamente que as pessoas continuam a precisar nem que seja, o proveito ser, numa escala de zero a vinte, tirem doze de aproveitamento da formação que fizeram. Para elas é importante continuarem a ter esta formação, à qual sempre estiveram habituadas desde a escola primária, fizeram toda a sua formação com este modelo. É este o modelo que têm e o facto de as desenraizar daqui, e oferecer por exemplo um modelo de formação único ou fechado que as responsabilize pela sua formação, eu penso que a eficácia, as pessoas precisariam de um modelo institucional."	Fr
			"[uma pessoa, que nunca trabalhou em psiquiatria, não está em condições para dizer quais as suas necessidades nesta área] Exactamente."	L
			"A formação terá que passar pela formação-acção."	Pa
			"Mas a formação em serviço visa sempre colmatar uma necessidade."	Pa
			"Por exemplo, podemos efectuar uma formação sobre lavagens das mãos por causa das infecções hospitalares (…)."	Pa
			"E deve ser delineada sempre com o chefe e com o responsável da formação que ele vier a escolher. Mas são sempre estes que irão delinear um plano para desenvolver."	Pa
			"Acho que se deve fazer um diagnóstico para saber o que cada um sente e que cada um sugeria."	Pa
			"Ainda não falei com a A, mas agora para o reinício da formação deveríamos falar desta instabilidade que a equipa viveu com as várias saídas."	P
			"(…) e estivemos aqui a falar na atitude do enfermeiro. Por exemplo, se tu fazes uma sensibilização e uma formação tendente que as pessoas fiquem mais despertas, que a atitude do enfermeiro deve ser uma atitude terapêutica, ou seja, desde que entras no serviço ao momento que sais, toda a atitude deve-se pautar com o objectivo terapêutico. Seja o ser incisivo com o doente e dizer que não pode realizar determinada actividade, seja possibilitar o utente a manifestar os seus sentimentos, seja na parte da alimentação, seja na parte da higiene, toda a atitude do enfermeiro deve ser terapêutica.."	Fr
			"De várias formas, mas práticas, tu podes validar a prática, se de facto, imagina tu, que uma das coisas que, eu acho e por acaso tenho andado a programar, tenho que me sentar com a L, porque estamos a delinear fazer o plano de serviço, ou seja, o projecto do serviço (…)"	Fr

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"Através da formação em serviço, que pode ser feita de várias formas: umas em sala de forma formal (…)"	E
			"Sempre entrevistas de orientação."	L
			"Certo. Teórico (…)"	Ca
			"As acções de formação, acho que deveriam ser mais para temas concretos e casos concretos, ou seja, se nós quisermos falar sobre terapêutica psiquiátrica e escolher neurolépticos, as coisas são muito definidas e muito concretas e aí pode ser uma formação em sala."	E
			"Penso que a formação deveria acontecer, ou seja, se eu fosse responsável da formação, teria que estabelecer um plano, esse plano iria acontecer em várias fases, haveria uma formação dita mais formal, com o levantamento das necessidades eleitas pela equipa (…)."	Fr
			"Se calhar, o que pode acontecer é alguém assumir maior responsabilidade, no entanto, toda a equipa ou alguns elementos pensar nos assuntos e não ser apenas a responsabilidade de um. Todos nós temos de pensar nisso, e vamos todos ler e depois discutimos."	Ca
			"(…) e que os temas sejam propostos pelos próprios elementos, dentro das necessidades que sentem, proporem o que gostavam de discutir ou de ver apresentado numa acção de formação, podendo ser as duas coisas."	E
			"Acontece, sistematicamente, determinadas situações e gostávamos que no dia que se marcasse e se falasse dessas situações, por exemplo, ou determinados temas em que as pessoas por se sentirem inseguras ou menos preparadas e que alguém prepare o tema e o apresente."	E
			"Porque há pessoas que manifestam que têm necessidade em aprender e falar sobre alguns temas e algumas situações. Primeiro, identificar essas necessidades."	E
			"Numa equipa em formação, eu penso que era importante falar-se sobre comunicação e relações interpessoais, para ajudar a equipa a se encontrar. Arranjar algumas estratégias para que quanto mais a equipa se unir e a mesma linguagem falar, melhor se conseguirá tudo o resto."	E
			"(…) E tu podes avaliar isso facilmente. Primeiro observas se a equipa muda a sua atitude e se a própria equipa se apercebe que quando está a ter uma acção com um doente não está a ter porque está irritado. É assim, eu posso dizer a um doente "você não vai comer esse bolo", posso-lhe estar a dizer que ele não pode comer aquele bolo pelas circunstâncias da saúde dele e estou a ser assertivo com ele no sentido em que estou a impossibilitá-lo de ele realizar aquele acto para bem da sua saúde, eu posso-lhe dizer que ele não vai comer aquele bolo porque eu estou irritado com ele. São duas coisas completamente diferentes e tu consegues isso através da observação, através da validação dos sentimentos à medida que vão actuando."	Fr
			"Depois sinto que a equipa tem que aprender psiquiatria, portanto cuidados aos doentes psiquiátricos."	E
			"As pessoas têm que partir daquilo que as pessoas sentem como são as suas necessidades."	Fr
			"Embora, possa em discussões informais o tema ser aflorado, mas aí, percebe-se que não há a rejeição de quem está a aprender ou a complementar a sua aprendizagem uma reactividade ou outro que se preparou de uma forma mais consubstanciada para apresentar."	E
		Criar espaço de análise das práticas	"Para o desenvolvimento de capacidades. E se calhar estamos a contribuir para a sua motivação."	Pa
			"A supervisão da formação seria um papel de ajudar a equipa a chegar às suas próprias necessidades de formação."	Fr
			"(…) ou uma situação prática de alguma situação vivida, um estudo de caso, que são situações que já aconteceram. Se calhar é a forma de avançarmos e obtermos resultados positivos."	Ca
			"Talvez uma vez por mês, ainda não pensei bem nisso. Eu não digo uma apresentação formal, tipo data show, apresentação…"	Ca
			"(…) que é tu dares um espaço formativo à equipa, em que ela nessa altura pode trazer e vir ao de cima, muitas coisas e preocupações que estão latentes e ainda por cima elas próprias não conseguem verbalizar (…)."	Fr
			"Acho que nem sempre deve haver temas pré-definidos (…)"	Ca
			"Sim, porque tem que se começar em alguma ponta, e que de facto, começando por aqui, por criar um espaço em que as pessoas confluam ideias e necessidades, sentimentos e dificuldades, sem duvida alguma que é importante e começando por aí será o sítio certo."	Fr
			"[Mais valia de apresentar um tema ou um caso clínico] Outra é para a equipa, porque penso que uma pessoa assume responsabilidade há sempre outro tipo de investimento, outra procura, outra pesquisa que poderá tornar-se extremamente importante no fornecimento de conhecimentos aos colegas."	Ca
			"Quando estamos em grupo há pessoas peritas mais ou menos, e outros não peritos, vão sentir que estão a trabalhar numa área que ainda não sentiram necessidade de… ao ouvirem falar sobre determinado assunto, vão sentir essa necessidade e penso que por aí poderão então evoluir para o estudo, para a pesquisa, para aprender essas coisas."	E
			"[Mais valia de apresentar um tema ou um caso clínico] Uma para o próprio, porque na sua formação profissional isso o vai obrigar a pensar."	Ca
			"(…) Portanto, pode ser feito de uma forma formal ou informal. Na minha perspectiva acho que a informal pode ter resultados mais produtivos do que a formal, atendendo que estamos a falar de adultos, que já têm formação e que o estar a absorver conteúdos numa sala de aulas pode ser uma situação adversa. Vamos um bocadinho por aí."	E
			"Os enfermeiros, após o curso, de tempos em tempos deverão, de forma obrigatória, ser responsabilizados pela apresentação de alguma situação concreta: estudo de caso ou alguma coisa concreta."	Ca
			"Com certeza que, nesse plano, teremos que dar sempre espaço para discutir esses tais assuntos que são levantados no dia-a-dia em relação a situações que teremos de enfrentar."	Ca

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Ent
			"(…) se calhar, de vez em quando, terá de haver estudos de casos ou temas específicos para se apresentar."	Ca
			"Para mim é assim: da forma mais espontânea (…)"	L
			"Não tenho dúvidas. Falar-se e discutir-se ou cada um dar a sua opinião naquela situação, sua postura tinha sido esta ou aquela, a partilha dos vários elementos e as várias posturas certamente poderá sair uma informação ou daí advir uma atitude mais generalista, mas complementada pela postura de todos."	E
			"Depende, isso já depende do contexto [das reflexões]."	L
			"(…) Tem uma conotação muito diferente de uma formação só teórica, fora do contexto da prática. Isto é o que faz mais sentido."	L
			"Pela relação que se estabelece uns com os outros. Ninguém sabe mais que ninguém. Estamos numa de partilha."	E
			"[Pelo que estou a perceber, o mais importante é reflectir sobre as práticas…] Exactamente"	L
			"E aproveitar os elementos fixos, e aí o chefe tem uma grande responsabilidade, para aproveitar todos os momentos que se proporcionarem para fazer reflexão nessas reuniões (…)"	E
			"(…) da forma mais informal (…)"	L
			"(…) da partilha de todos."	L
			"Não a formação formal, mas com os momentos de reflexão que são formação. Aí as pessoas irão perceber que, se calhar, vale a pena mudar de atitude."	E
			"Partilhando as experiências de cada uma, auscultando as expectativas, as dúvidas e pondo cada um a pensar na problemática."	L
			"Daí criar espaço de discussão sobre determinados temas. Quando estamos em grupo há pessoas peritas mais ou menos, e outros não peritos, vão sentir que estão a trabalhar numa área que ainda não sentiram necessidade de… ao ouvirem falar sobre determinado assunto, vão sentir essa necessidade e penso que por aí poderão então evoluir para o estudo, para a pesquisa, para aprender essas coisas."	E
			"(…) daí eu achar que é mais correcto o movimento da reflexão das práticas para a produção do conhecimento."	L
		Envolver a equipa	"Por isso é que digo tem que se comprometer as pessoas com passos graduais em vez de uma mudança radical. Um projecto que contemple só um estar e um fazer, uma partilha momentânea do que está naquele momento presente nas ideias, nas dificuldades, no que quer que seja."	Fr
			"Eu penso que desde que as pessoas tenham disponibilidade, porque também passa por aí. Também sabemos que há pessoas que nunca se vão disponibilizar para tal. Não acho que tenha de haver critérios definidos previamente."	E
			"Eu acho que quem se disponibilizar."	E
			"[melhor metodologia ou a forma como promover a formação em serviço] Em grupo"	L
			"(…) e de facto a equipa percebesse que toda a gente está envolvida, desde a chefia do serviço, ao elemento mais novo do serviço que está envolvido, na área da formação."	Fr
			"(…) eu penso que as pessoas também se deverão pronunciar, que é uma forma de as comprometer."	Fr
			"Sempre a falar com as pessoas, sempre com as pessoas, sempre a ouvir o que as pessoas têm a dizer. Só posso falar em estratégia partindo sempre do que ouvir da pessoa. Eu trabalho com a pessoa."	L
			"Se calhar, podemos falar com os elementos da equipa, pôr-lhes também a questão, eu como enfermeiro-chefe, refiro esta importância. Pronto, preciso de saber, precisamos todos de saber como é que os nossos colegas vêem isso."	Ca
			"Penso que a formação cai em saco roto quando é desenvolvida num contexto desintegrado da própria equipa. Ou seja, se a própria equipa manifestar o que é que sente falta de, a equipa se manifestar, obviamente que é assim, não é entrares numa teoria de caos em que não tens alguém que supervisione a formação em serviço."	Fr
			"Eu penso que, primeiro de tudo, teriam que haver linhas muito claras, estabelecidas em equipa, porque eu penso que as pessoas também se deverão pronunciar, que é uma forma de as comprometer. Penso que a formação cai em saco roto quando é desenvolvida num contexto desintegrado da própria equipa. (…)."	Fr
			"Agora uma coisa, aquelas reuniões que tinham aí atrás às quartas-feiras, tinha muito essa metodologia. E era como funcionavam, ou seja, era a auscultação das pessoas e todos em conjunto dizíamos e combinávamos como fazer. Então é importante retomar essas reuniões que tínhamos inicialmente quando houve a passagem do serviço de Clínica VI para a Clínica IV."	L
			"Por isso é que eu digo que as pessoas têm que estar envolvidas no processo e que elas sintam que é um progresso qualitativamente melhor para elas, vais continuar a ter a mesma reacção."	Fr
			"Sem falar com as pessoas, não poderei falar de estratégias. É com elas que têm que se definir as estratégias."	L

ANEXO XIV – ANÁLISE DE CONTEÚDO DA PRODUÇÃO VERBAL DAS SESSÕES DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS

Análise de conteúdo da produção verbal das sessões de formação

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Part.
Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica	Equipa de enfermagem	Os enfermeiros do serviço	"Todos nós tentamos fazer o nosso melhor mas, em termos de cuidados, em termos de psiquiatria, podíamos fazer muito melhor por isso é que nós estamos cá. E às vezes é complicado. Não é porque não se quer fazer, mas porque não se consegue fazer na sua totalidade. É isso que eu sinto."	I
			"É lógico que é importante, as pessoas necessitam de falar entre elas e se calhar demoram mais tempo no café alguns minutos por causa disso."	Ch
			"Nós até somos organizados."	I
			"Se eu exigir certas coisas, mas se for compreensível para com os parceiros, que se não, eu sei e tenho a garantia que na minha ausência é dia santo."	Ch
			"Se eu exigir certas coisas, mas se for compreensível para com os parceiros, que se não, eu sei e tenho a garantia que na minha ausência é dia santo."	Ch
			Exactamente.	I
			Exactamente.	R
			Exactamente.	MJ
			"E não posso exigir apenas nas horas que estou cá. A gestão global é trezentos e sessenta e cinco dias por ano."	Ch
			As pessoas necessitam de falar…	RF
			"Porque nós também precisamos de apoio."	Ch
			"Nós até trabalhos em equipa."	F
			"(…) neste reingresso, aqui ao J, acho que o serviço está com muito nível, muito sinceramente, os meus colegas enfermeiros, os nursings, mas aquilo que eu penso é que "não se pode fazer omoletes sem ovos" e, neste momento, eu penso que, devido à quantidade de pessoas que estão por turno, faz-se o que se pode, estica-se a corda o mais possível e eu vejo, por mim, que ainda estou em reintegração. O serviço é igual mas coisas novas, normas diferentes, coisas que mudaram. E penso que todas as pessoas esticam o elástico, mas aquilo que eu sinto é um corre, corre."	I
			"Completamente!"	R
			"[Porque nós também precisamos de apoio.] E o que se tem feito é tábua rasa nessa questão de cuidarmos de nós próprios.	Ch
			"Por exemplo eu, em último caso, e todas nós, pelo que tenho visto, porque a equipa é espectacular e estou a gostar muito de estar aqui, da chefia do Enf. Ch e de todos os colegas (…)."	I
			"Também nós prestadores precisamos de ser cuidados."	Ch
			"As pessoas só conseguem produzir se sentirem que têm apoio e que são ouvidas."	Ch
		Sentimentos de insegurança e incerteza	"É claro que as pessoas do quadro não são tão insensíveis e insensatas."	Ch
			As pessoas precisam de desabafar, aliviar a tensão	R
			Então o que se deve fazer?	RF
			"Pois, o que se deve fazer, ainda por cima quando se trabalha num serviço em que os profissionais de trabalho estão vinte e quatro horas sobre as 24 horas. Aquilo que se tem de fazer é gerir a equipa de maneira a que as pessoas sintam que são ouvidas, pois darão também o melhor de si."	Ch
			"E, por mais mecanismos de defesa que tentemos arranjar, isto vai-se repercutir na maneira como abordamos os outros, na maneira como falamos e na maneira como convivemos entre nós."	Ch
			"Obviamente que sim, se calhar não de uma forma tão acentuada como os contratados, mas isso também se reflecte em nós e na estabilidade da equipa."	R
			"[situação difícil] Exacto."	MJ
			"Na saúde mental é essencial a nossa própria saúde mental uma vez que os doentes, analiticamente falando, projectam e depositam em nós as coisas más que eles têm e, perante isso, temos que compreender e ajudar o doente a dar um sentido aos seus problemas através da "função de reveri". E daí ser importante termos um bom conhecimento de nós para melhor responder ao doente, porque se não corremos o risco de confundir as coisas que são nossas e as coisas que são do doente."	RF
			"Se calhar o que nos falta é o espírito de grupo como a equipa de rugby. Em que os jogadores são humildes e vão sempre à luta e trabalham sempre equipa. E se calhar o que acontece aos enfermeiros é não trabalhar em equipa. Quer na equipa de enfermagem, quer na equipa multidisciplinar. E há muitas pessoas que só olham para si e não trabalham em equipa."	Ch
			Uma coisa eu tenho certa, por mais recursos humanos que tivéssemos nesta fase, essa ansiedade transmitida pelo pessoal no dia-a-dia também iria reflectir-se na realidade. Uma coisa é os recursos humanos, o número de horas disponíveis e outra coisa é a nossa pré-disposição. E quando nós não estamos bem com nós próprios, quando nós sentimos que algo mexe com nós, por mais que a gente queira evitar, isso repercute-se também.	Ch
			"Nós vimos sempre com os mesmos olhos e nem nos apercebemos do que estamos a transmitir aos outros. Achei muito pertinente a observação da doente."	MJ
			"As pessoas estão com o saco cheio. Se a pessoa está tensa, começa a falar, a desenrolar o fio à miada e depois é assim. Não são só cinco minutos mas passam a quinze, vinte minutos.	Ch

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Part.
			Agora quem está na chefia, como eu não sei se deve travar este tipo de atitudes, e depois «mal para travar e mal para não travar»"	
			"Claro. E aquilo que tem acontecido é … temos vivido extrema ansiedade que, depois disso, por mais que nós tentemos evitar isso, nunca o conseguimos."	Ch
			"Essa incerteza acaba por influenciar."	R
			"[Pessoas] Desiludidas e mais desanimadas."	Ch
			"Mas é preciso um número de elementos suficiente em cada equipa, porque se não é complicado."	I
			"[Sim, mas estamos aqui perante duas situações distintas e ambas contribuem para essa globalidade de cuidados.] Outra coisa é o que falámos anteriormente, os constrangimentos que estamos a atravessar."	Ch
			"Mais desmotivadas. Aqui há dias, uma doente dizia: «senhora enfermeira, não consigo compreender, estive internada cá no ano passado, a equipa é exactamente a mesma, mas estão diferentes.» Mas diferentes como? – perguntava eu. «Há qualquer coisa diferente, parece que há um deixa andar, estão desmotivados e desinteressados.»"	MJ
			E portanto, neste momento, há duas coisas importantes a fazer rapidamente ou a tentar: uma é repor o número de horas disponíveis para a prestação; mas mais importante do que essa, é tentar criar estabilidade, tolerância no trabalho para que as pessoas possam entrar aqui em paz de espírito. Estar bem com elas próprias. Porque só estando bem com elas próprias é que podemos lidar com os outros.	Ch
			Às vezes, estarem três enfermeiros não é diferente de ter dois, em termos do número de horas disponíveis para os doentes, porque a disponibilidade continua a ser pouca. Pois se os enfermeiros se retraem, se resguardam numa sala atrás de uma secretaria, se não dão a cara e se não vão para o terreno, se não vão falar com os utentes, tanto faz ter três como ter dois enfermeiros.	Ch
			"É claro que as pessoas que estão a contrato a termo certo de três mais três meses vivem uma insegurança permanente com o receio de perderem o seu posto de trabalho, que apesar de o hospital dar provas de querer manter esses enfermeiros, essa insegurança pelo vínculo precário que apresentam. Estamos a falar da insegurança dos enfermeiros que estão a contrato."	RF
			"Eu acho que o pessoal do quadro se reflecte um bocadinho nestas mudanças, nesta instabilidade. Eu senti isto quando vim do quadro de outra instituição. De facto, estas mudanças são muito radicais e nós não temos poder de qualquer opinião. "Agora vai para ali" e "agora vai para aqui". Estas coisas também se reflectem em nós, como é óbvio. Não sabemos se amanhã vamos continuar aqui, é sempre uma incógnita, é muita incerteza, quando agora temos a nossa equipa completamente estruturada e amanhã aparece alguém com ordens para mais mudanças. E isso é sempre muitas incertezas e insegurança para nós, agora que estamos a estabilizar como equipa, a conhecermo-nos e trabalharmos como equipa multidisciplinar. Mas amanhã não sabemos e isso reflecte-se."	R
			Sim, mas estamos aqui perante duas situações distintas e ambas contribuem para essa globalidade de cuidados. Uma é o número de enfermeiros presentes, a falta de recursos, e o número de horas que temos disponíveis para estarmos junto dos doentes. Isso é inegável neste momento, não me interessa estar a viver com outras situações, o que me interesse é que se tem vivido aqui, e como temos gerido essas dificuldades em termos de recursos humanos.	Ch
			"E qual é a insegurança que os enfermeiros do quadro sentem?"	RF
			"[Dificuldades na equipa] Não sei se sentes isso?"	Ch
			"Nós estamos a atravessar um momento, não digo a chegar à exaustão, mas as mudanças são tantas, a perspectiva é, o que se advinha não é nada fácil e, portanto, isso repercute-se."	Ch
			"Pois é sempre uma insegurança para eles neste hospital, vivem sempre em angústia."	R
			"As pessoas que estão a contrato, não sei se vocês sentem o mesmo, mas eu sinto que à medida que se aproxima o fim do contrato de trabalho, a ansiedade das pessoas aumenta. Quando a pessoa inicia o seu primeiro dia de contrato vem descansada. Passam os três meses e as pessoas perguntam: "E agora há mais três?" Passam a vida nisto. Isto é assim, é um balão que vai enchendo e depois vai esvaziando, vamos lá ver se algum dia rebenta."	Ch
			"[enfermeiros a contrato sentem insegurança pelos seus postos de trabalho] Acho que neste momento é mais isso."	R
			"O que sente é a tal insegurança até aos postos de trabalho."	Ch
			Claro que sim.[Dificuldades na equipa]	RF
	Especificidades da enfermagem psiquiátrica	Estigma em saúde mental	"É estas especificidades que temos de saber analisar, porque num serviço de medicina ou outro temos que mobilizar, mudar de posição, aqui tem que se avaliar situação e doente a doente."	Ch
			"Mas cada vez há mais depressões…"	I
			"Tu, se calhar, preferes partir as duas pernas do que ter uma depressão."	F
			"Exacto, neste momento…"	D
			"Mas, ó D, mas era muito medo das próprias pessoas adoecerem mentalmente. Tem-se muito medo daquilo que se desconhece, da sida, da loucura. É muito por aí."	I
			"Mas estas coisas que tornam isto diferente."	Ch
			"E porque há esse estigma?"	D
			"É verdade. Ainda hoje, quando digo que trabalho aqui, há sempre um sorrisinho!"	F
			"É porque é o que eu gosto. Por exemplo, agora em Coimbra toda a gente sabia que eu tinha trabalhado aqui como enfermeira, porque não tinha nada a esconder, e quando me perguntava	I

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Part.
			onde tinha trabalhado, as pessoas diziam: “ah no Júlio, no Júlio!!!”, a brincar no Júlio. Mas isso é o estigma."	
			Exacto.	D
			"Isso é o estigma. Eu lembro-me que, quando terminei o curso e disse que vinha trabalhar aqui para hospital, disseram-me: “Estás maluca?”. Não no sentido ser maluca."	I
			"Exactamente."	D
			"Eu penso que a psiquiatria … os cuidados físicos e psíquicos são parecidos, mas uns são mais subjectivos. Nós encontramos em serviços de medicina doentes psíquicos e vice-versa. Eu acho que sempre houve uma separação do que é físico do que é psíquico e penso que se nós fizermos uns paralelismos são todos a mesma coisa."	I
			"[estigma da psiquiatria] Porque aconteciam coisas que se calhar…"	F
			"Isso tem a ver com o estigma da saúde mental."	I
			"[conter os doentes] Se calhar, o hospital da fama já não se livra…"	D
		Evolução dos cuidados de enfermagem	"Neste momento nós temos. E aquilo que ouvia falar do que eram os enfermeiros do Júlio de Matos há uns anos atrás e aquilo que eu vejo."	D
			"Nós, por exemplo, fazíamos tantas coisas no Natal. Bem, os doentes também eram diferentes. Eram agudos e crónicos e eram só mulheres."	F
			"Acho que isso que estão a falar é das coisas mais importantes da nossa prática."	RF
			É isso mesmo.	D
			"Mas também concordo com o que a I diz, tem a ver com a formação de cada um, com a pessoa. Antes de ser enfermeira, sou uma pessoa e, portanto, tem a ver com o ser de cada um de nós."	F
			"A enfermeira O era uma das tais que, quando vinha o doente, ela dizia é “isto, isto, e isto”. E batia direitinho. E a enfermeira T também. Algumas eram muito boas."	I
			"Se os doentes tivessem uma gripe não sabia o que lhe havia de fazer, mas em psiquiatria…"	F
			"Eram enfermeiras de psiquiatria altamente."	I
			"Eu compreendo isso. Penso que é fundamental, em termos terapêuticos para o doente.	Ch
			"Mas, ó D, olha que eu, havia colegas nossas, colegas que tinham habilitações do quinto ano, segundo ano do ciclo, quarta classe, eram melhores que certos professores universitários. Tinham uma experiência em psiquiatria espectacular."	I
			" E é importante perceber o que é da nossa prática e o que é dos outros grupos profissionais, porque se não deixamos de fazer algumas coisas que eram nossas."	I
			"(…) Por exemplo, a ergoterapia que era nossa, agora é também dos terapeutas ocupacionais. E nós não podemos de deixar de o fazer. Aqui no Júlio, a ergoterapia, éramos nós!	I
			"Eu noto que há uma grande mudança em termos de saúde mental e psiquiatria em termos de reestruturação e claro que isso se sente nas unidades de internamento."	I
			"A este propósito, o que posso dizer é que quando vim para aqui para o hospital, há vinte anos, era miúda, recém formada na escola de enfermagem, e as minhas colegas enfermeiras, muito mais velhas que eu, eram especialistas em saúde mental. Eu aprendi muito com elas e algumas só tinham a quarta classe e, digo-te, havia algumas que, quando os doentes chegavam, diziam “este doente tem isto, e isto, … e isto”, e eu “parecia um boi a olhar para um palácio” e dizia: “como é que esta enfermeira consegue fazer esta leitura?”.	I
			"(…) E ao longo dos anos fui aprendendo porquê. Pode-se ter muitos títulos, mas pode-se não ser nada em termos de “Nursing” e o que interessa primeiro é que se goste do que se faz e ter formação é importante, mas é importante formação enquanto pessoa, porque eu acho que para se trabalhar em saúde mental isso é importante. Lá está o cuidar de nós também, é o ser. Isto tudo batido faz o nursing. E sai a nossa prestação de cuidados."	I
			"Como se promove a formação do ser?"	RF
			"A minha formação do ser tem a ver com a minha análise e quero um dia ser psicanalista didacta. Tenho o meu momento para fazer a minha reflexão. Para nós compreendermos os outros, temos que perceber os nossos sentimentos, as nossas emoções, os nossos comportamentos, as nossas atitudes. E é bom que a gente se zangue, é bom que a gente deite para fora, porque então protege-nos das doenças psicossomáticas."	I
			"Olha a O, a T."	F
			"[formação como pessoa] Pois é."	I
		Humanização dos cuidados de enfermagem	"Empaticamente."	I
			"Já não pertence aqui, vai para outro lado."	F
			"O doente vem do Curry e depois vai para a II e depois para III. É assim, os doentes já estão desorganizados, vão para uma enfermaria, começam a falar com umas enfermeiras, depois…	I
			"Temos que orientar os doentes e família no tempo e no espaço."	I
			"Eu não ponho isso em causa, o que cada vez mais estamos a ficar mais humanizados. O nosso cuidado com o doente tem evoluído e, se calhar, preocupamo-nos mais com o bem-estar do doente. Acho eu!"	D
			"Eu não gostaria de ser transportada às três ou quatro da manhã com uns chinelos de papel, com chuva e um pijama e uma bata de papel. Fez medicação para acalmar e para dormir. Eu	F

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Part.
			não gostaria disso."	
			"[Humanização dos cuidados] Não há sequer preocupação."	D
			Se calhar se cuida mais, quem tem familiares com múltiplos internamentos e que teve internamentos há vinte anos, neste momento há melhorias, há humanização, as coisas vão mudando, as escolas vão formando de outra maneira e acho que agora há outra visão do doente. Era o que o F estava a dizer há bocado, agora é mais uma visão holística dos doentes. As pessoas começam também a mudar um bocadinho. E, de facto, o hospital é o estigma, lá está.	D
			"Já não pertence aqui, vai para outro lado, não me faz sentido. Faz sentido ficar num sítio intermédio e depois é que vão para o serviço. É uma confusão e um bocado complicado."	I
			"Com certeza."	Ch
			"Eu acho que a humanização dos nossos cuidados em relação aos doentes passam primeiro por nos metermos no lugar deles."	F
			"E depois, antigamente, não havia a medicação que há hoje, não havia a contenção química e havia aquelas salas forradas."	D
			"Enquanto não nos colocarmos no papel do doente, não conseguimos a humanização dos cuidados."	F
	Profissão de enfermagem	É necessário dar visibilidade ao trabalho de enfermagem	"(…) e a pena que nós não consigamos passar isso para o papel para dar visibilidade ao nosso trabalho."	Ch
			"Aqui atrás uma jornalista escreveu um livro sobre aquilo que ela tem visto nos bancos de urgência."	Ch
			"Visto sobre o ponto de vista dela?"	F
			"Exactamente."	I
			"Ela andou infiltrada, com as devidas autorizações, a observar as urgências e agora traduziu todos os seus sentimentos, todas as suas vivências no livro."	Ch
			"Mas isso será completamente diferente da nossa sensação, das nossas emoções."	F
			"Hoje já vamos pensando, se não é aqui é noutro lado."	Ch
			"Eu acho que temos de dar visibilidade e dar valor ao que fazemos, porque temos uma profissão bonita."	I
			"[Nós não somos diferentes dos outros.] Isto vem da escola, e a escola também está diferente. Na altura nem tínhamos tempo para pensar."	Ch
			"Eu acho que temos de dar visibilidade ao que fazemos."	I
			"A nossa profissão, nos últimos anos, foi a que evolui mais, mas há uma grande disparidade das escolaridades dos enfermeiros. Temos enfermeiros desde a quarta classe até licenciados, mestrados e doutorados. Isso é complicado porque a opinião pública e as classes multidisciplinares para eles é tudo a mesma coisa."	Ch
			"E ainda há a mentalidade do médico, em que o enfermeiro está para cumprir. Há médicos que evoluíram e percebem o que é o trabalho multidisciplinar, em que estamos aqui todos para o mesmo objectivo, para o mesmo fim. Agora há outros, como tu sabes, que são assim."	R
			"Faz-me confusão que os enfermeiros das escolas de enfermagem deixaram de ser enfermeiros para ser professores. Isto faz-me confusão."	I
			"Esse reconhecimento acho que é importante."	RF
			"Achas? Um enfermeiro que fez o complemento, fica como está e não ganha mais por isso."	Ch
			"Não sabia."	I
			"Nós estamos aqui a falar da dependência e da independência e no fundo estamos a falar da autonomia da enfermagem. Porque nós estamos a falar da dependência e da independência do doente, no fundo …"	I
			"Nos outros há o reconhecimento e na nossa profissão parece que não."	D
			"Mas se calhar porque não passarmos estas nossas experiências, isto para o papel. Porque nós, em relação aos outros profissionais, perdemos muito por não dar visibilidade."	I
			"O mesmo que aqui a trabalhar, os nossos sentimentos têm que ser diferentes daqueles que vão traduzindo para os livros, falam e dizem mas não passam pelas experiências."	Ch
			"É como os jornalistas que escreviam sobre S. José. Não é que eles escrevessem mentira, mas a maneira como interpretavam é totalmente diferente de quem lá trabalha. Não tem nada a ver. Em que nós lá tínhamos sessenta doentes, no corredor e tinham que tomar banho numa bacia separados por um biombo. É claro que nós não podíamos fazer melhor, mas quem visse de fora ficava chocado."	F
			"É como nós aqui a darmos banhos. Às vezes temos as mulheres todas nuas na casa de banho, a tomarem banho."	D
			"Nós não somos diferentes dos outros. Isto vem da escola, e a escola também está diferente. Na altura nem tínhamos tempo para pensar."	Ch
			"É claro que sim. O nosso sentimento perante, por exemplo, a morte numa reanimação de certeza absoluta é diferente da dela que está a observar."	Ch
		Supervisão clínica	"Nem toda a gente gosta de se expor e se mostrar."	MJ
			"Mas, para ser sincero, temos que estabelecer uma relação muito próxima com essa pessoa porque se não, não nos expomos. Se não é uma pessoa próxima e vem para aqui perguntar eu fico, sabes. Essa relação tem que ser conquistada, porque de outra forma…"	R
			"Como se estabelece uma relação terapêutica?"	RF

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Part.
			"Perante determinada circunstancia agiram de uma determinada maneira, e depois são muitas vezes é criticada pelos outros colegas e isso provoca mal-estar àquela pessoa."	Ch
			"Pois, não é assim sem mais nem menos, pois não vou ser sincera para me expor."	R
			"As pessoas têm que estar pré-dispostas para… tem que ser livre."	I
			"Na minha opinião, temos que promover dois tipos de supervisão: um a nível do serviço, em que enfermeiros com mais conhecimentos e com outra experiência, nomeadamente enfermeiros especialistas, devem supervisionar o trabalho dos demais colegas, ou seja, devem ajudar nas dificuldades e a perceberem as relações com os doentes."	RF
			"Claro, tem que ser livre e não imposto e tem que ser uma necessidade minha."	R
			"Estava a pensar nisso…"	I
			"Mas, Mj, as pessoas trabalham no dia-a-dia precisam de ajuda, não sei se lhe chame supervisão, isso é fundamental porque tem surgido situações em que as pessoas sentem necessidade de apoio. Tem surgido situações aqui e noutros serviços, as pessoas sentem necessidade de apoio. Perante determinada circunstancia agiram de uma determinada maneira, e depois são muitas vezes é criticada pelos outros colegas e isso provoca mal-estar àquela pessoa. Há momentos em que as pessoas, depois de terem agido de determinada maneira, precisam de supervisão ou de alguma ajuda no intuito de remodelar essa atitude."	Ch
			"Eu penso que a supervisão poderá ser importante para nos dar esse apoio, não só uma supervisão do dia-a-dia no próprio serviço por uma pessoa do próprio serviço, como uma supervisão que será efectuada por uma pessoa externa ao serviço num espaço criado para o efeito, não para pôr a pessoa em causa propriamente dita na situação, mas pôr em causa a própria situação."	RF
			"Eu acho que a instituição, nomeadamente o grupo dos enfermeiros, deve promover um espaço de supervisão clínica para colaborar com os enfermeiros na análise da relação enfermeiro/doente para ajudar a perceber sentimentos, emoções, aspectos patológicos, reacções nossas, perceber pontos cegos da relação, etc."	RF
			"Eu concordo inteiramente contigo e tenho exemplos práticos disso, quem está no serviço adopta uma determinada postura em relação a um doente, pede ajuda a um colega e o colega vai lá e nem tem nenhuma relação empática ou terapêutica com o doente, mas que consegue dar a volta ao assunto de uma forma mais harmoniosa. Isso quer dizer alguma coisa. É um bom exercício para a pessoa reflectir e perceber porque vai um e age de uma forma e consegue."	MJ
			"E a questão disto é que a maior parte destes fenómenos são inconscientes, não temos a mínima noção que acontecem. E eu acho que este espaço também é importante para dar visibilidade de certa maneira ao que fazemos e não temos consciência delas. Por isso, eu acho que devíamos ter supervisão clínica."	RF
			"Há momentos em que as pessoas, depois de terem agido de determinada maneira, precisam de supervisão ou de alguma ajuda no intuito de remodelar essa atitude."	Ch
			"E quem é que supervisiona?"	MJ
Apreciação do trabalho dos enfermeiros	A autonomia dos doentes		"Isto que estamos a reflectir sobre a autonomia dos doentes e das contenções (…)"	Ch
			"Nós estamos sempre a promover a autonomia."	D
			"Eu nem sei se somos criticados por outros técnicos ou pelos próprios. Eu, ontem, senti que estavam a criticar o nosso trabalho. O que eu acho é que somos nós próprios a criticar o nosso trabalho e nem sequer nos interrogamos da atitude dos nossos colegas, nem nos preocupamos a perceber o porquê de tais atitudes. E se calhar temos sempre a mania de dizer que é mais fácil ou que estamos a fazer porque é mais conveniente para o profissional."	Ch
			"Isto não são acusações, agora esqueçam isto."	Ch
			"Eu acho que é uma frase grave: dizer que os enfermeiros tornam os doentes dependentes é uma acusação grave. E eu sinceramente vou continuar a ter a mesma postura. O que puder melhorar todos os dias melhoro um bocadinho, agora isso não me afecta nada."	F
			"As pessoas que dizem isso decerto não estão na prestação directa dos cuidados, não estão no terreno."	D
			"Sim, só era bom que mudasse, não em si ou só em si as pessoas, caso haja alguém que ao efectuar esses actos e o efectue de forma leviana como disse ao princípio."	Ch
			Exacto.	D
			"Esses que o fazem de forma leviana, acho bem que pensem, e tornem a pensar, e quando tomem essa atitude, o façam como sendo a última alternativa."	Ch
			"Isso não foi dirigido aqui em especial."	Ch
			"Eu, por acaso, ontem também fiquei a pensar no conteúdo da conversa da nossa reunião, e estive a ler umas coisas relacionadas com essas problemáticas, nomeadamente a questão das contenções físicas, e arranjei um livro que também aborda isso e fotocopiei para trazer, que gostava hoje ou outro dia poder discutir com vocês."	RF
			"A propósito destas reuniões, também acho que nestas reuniões podemos abordar estes assuntos e pensar porque fazemos de terminada maneira e não de outra, partilhando entre nós diferentes opiniões sobre o assunto. Porque muitas vezes nós temos determinadas atitudes com os colegas, efectuamos determinadas coisas, que como Ch disse são interpretadas. Acho que devemos explicar aos colegas porque agimos daquele modo."	RF
			E a propósito disso, gostava apenas de ler um parágrafo neste livro: "Estas reuniões não são apenas simples trocas de informações entre prestadores de cuidados de diversas competências profissionais e hierárquicas. Nelas se exprimem também as angústias e as defesas da equipa, o seu ideal colectivo e as suas tensões interpessoais. Podemos limitar-nos a fazer periodicamente a sua análise como supervisão, num espírito de toilette institucional ou para tratar a equipa em determinados períodos de crise. Mas a psicoterapia institucional exige que se vá mais longe, integrando os movimentos da vida psíquica da equipa, especialmente do seu humor, na construção e na análise dos seus projectos de prestação de cuidados. Todo o colectivo de prestadores de cuidados possui ideais e mecanismos de defesa que imprimem a sua identidade aos tratamentos." (Charazac, p.109, 2004)	RF

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Part.
			"Portanto, todos nós temos o nosso ideal de cuidar que, de certeza, é diferente do ideal dos restantes colegas, que depende sobretudo das nossas experiências anteriores. E quando agimos, agimos de acordo com esse ideal. Esses ideais diferentes levam a que tenhamos conflitos com os colegas. Daí há que respeitar os ideais dos outros e tentar complementá-los. Porque, na minha opinião, a maioria desses ideais apenas visualizam o doente de ângulos diferentes. Ou seja, se eu tenho experiência de cuidados de saúde primários e, ao contrário, a F tem experiência de cuidados intensivos, cada um de nós vai colocar nas nossas acções aspectos relacionados com as respectivas experiências anteriormente adquiridas. Não sei se isto faz sentido para vocês."	RF
			"[Partilhar ideal de cada um do cuidar] Claro que faz. Para mim faz sentido."	Ch
			"O que me marca é que parece às vezes quem crítica, é os argumentos que as pessoas têm, é que os actos de quem os pratica são sempre de forma leviana."	Ch
			"Eu não entendo assim as coisas e acredito que os profissionais de enfermagem são bons prestadores de cuidados e, quando agem, estão agir conscientemente e estão a agir para o melhor do doente. "	Ch
			"Eu não estive na reunião e já não estou aqui no serviço há alguns dias, portanto não sei o que se passou. Eu acho, aliás foi a palavra leviana que me ocorreu, porque uma coisa é a crítica aos outros e autocrítica que é sempre positiva."	F
			"Mas isso é criticado em que bases?"	F
			"Outra coisa é fazer uma afirmação que me parece leviana e inadequada: “os enfermeiros tornam os doentes mais dependentes” – o que é isso? Acho isso uma ofensa. Essas pessoas decerto não trabalham cá."	F
			"Eu sou enfermeira, isso ofende-me e isso é uma falta de respeito."	F
			"Eu até acho que temos bastante cuidado, até quando estão cá os alunos…"	D
			"Nós dizemos aos alunos: «deixem os doentes fazer sozinhos…»"	F
			"Estamos sempre a referir aos alunos: «tenham atenção porque vocês têm tendência a fazer o miminho ao doente e fazerem as vontadinhas todas aos doentes e nós devemos estimular a que os doentes façam sozinhos.» É claro que, quando não fazem, nós temos que colaborar com eles. Nós estamos sempre a promover a autonomia."	D
			"Eu acho que nem vale a pena dar importância a estes boatos, nem sequer falar deles."	F
			"Mas o que eu acredito é que os enfermeiros quando estão a agir, claro que a maioria porque há bons e maus enfermeiros, no geral estão a agir de forma conscienciosa e de boa fé."	Ch
			"Isto que se está a falar está relacionado com o nosso papel na promoção da autonomia dos doentes e que muitas vezes é questionada essa nossa capacidade."	RF
			"Entretanto, hoje, não sei se vem a propósito ou não, mas gostava de reflectir em grupo aquelas questões que foram abordadas ontem na reunião da direcção de enfermagem. Gostava de reflectir a importância das nossas acções aqui no internamento, sobre a autonomia dos doentes e da maneira como são geridos de maneira não minimizá-los e torná-los dependentes, como já foi apontado, por outros técnicos, nomeadamente por Dr. P. Isto não sei se faz sentido."	Ch
	Análise das práticas diárias de enfermagem	É importante perceber como se resolvem situações difíceis	"Porque é que não se adopta uma postura e não outra? Porque é que fico mais irritada e zango-me com o doente, quando podia ter uma atitude completamente diferente? Há que reflectir sobre isso. E uma pessoa que esteja por trás de nós e nos dê apoio é excelente, faz-nos crescer."	MJ
			"Eu falei com ele e “dei-lhe a volta” e nem precisei de dar medicação nenhuma."	I
			"Exactamente."	D
			"Também é importante que as pessoas que estão fora percebam porque é que a pessoa que esteve lá naquele momento é importante."	Ch
			"Exactamente. Porque a pessoa está ali sobre stress não sei quantas horas e conhece o doente e já sabe que o doente vai fazer isto ou aquilo e a pessoa que vem de fora não está sob tensão, está mais liberta, estabelece outro tipo de relação com o doente, enfim, é diferente, e é bom quer para uns quer para outros reflectirem porque é que as coisas se passam desta forma. Exemplos são o que não faltam entre nós todos. Isto acontece diariamente."	MJ
			"Bastou. Ficou ali na sala de trabalho sentadinho e conseguimos conter o doente de forma emocional."	I
			"E quantas vezes não estamos a escrever as pastas na sala de trabalho ali com os doentes? Às vezes é necessário isso. Ficam ali sentados ao pé de nós. Há dias sentei lá o A"	D
		Relação com o doente	"Ou porque não o contenho."	I
			"Para mim o básico é a relação terapêutica, a relação de ajuda, sejamos enfermeiros, psicólogos ou outra coisa, (…)."	I
			Estás num serviço de agudos!	F
			"E acabamos por dar SOS porque não o quero ouvir."	MJ
			"Exactamente."	I
			"Eu penso que é fundamental uma relação de ajuda, uma relação terapêutica em saúde mental (…)	I
			"Por outro lado, as coisas dos doentes também nos tocam e por vezes agridem, logo por um mecanismo defensivo, escondemo-nos da relação com o doente, mantemos a porta do gabinete fechada, escondemo-nos atrás da secretária, etc."	RF
			"Eu acho que na psiquiatria é preciso ter tempo. E ter tempo de alguma forma para lidar com as pessoas, para auscultar e a tarefa, o fazer, a actividade, a sequência de promover as	I

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Part.
			actividades de vida diárias ao doente, ou pela terapêutica, etc., etc., são coisas básicas de enfermagem que é cuidar na sua amplitude, mas nós precisamos de que é pedra básica da psiquiatria, que é a relação de ajuda, que é a relação terapêutica, e nós não podemos dizer "é só um bocadinho que já falamos consigo…". Temos que ter disponibilidade e auscultar o doente."	
			"Há estudos feitos engraçados a propósito da avaliação da organização das instituições a partir das observações e relatos dos utentes."	RF
			"(…) se efectivamente pela nossa conversa às vezes não se consegue chegar lá, dá-se um comprimido em SOS."	I
			"(…) dá-se uma injecção em último caso."	I
			"Eles [doentes] são o nosso espelho."	MJ
			"Os inquéritos de satisfação, para que são os inquéritos de satisfação? Reflectem o nível dos cuidados dessa instituição."	Ch
			"É, o nível de cuidados da instituição. [Inquéritos de satisfação]"	R
		Situação vivida no turno da noite	"Sim, estava com uma perna pendurada fora da cama. Ela disse-lhe: «ponha a perna para cima»."	Ch
			"E a dona L tinha que ser posicionada de três em três horas."	F
			"Temos que ver as coisas. A CD não foi acordar o ZG?"	Ch
			"Não foi acordá-lo?"	F
			"É engraçado que conseguimos expressar isto verbalmente (..)	Ch
			"[Temos que ver as coisas.] A CD não foi acordar o ZG?"	Ch
			Pois foi, estava cá eu.	D
			"Eu, se visse o ZG ou o A a dormir com a perna pendurada, já não os ia acordar. Cada um é uma situação diferente."	D
			"E eu se visse o ZG encharcado de urina até ao pescoço, eu deixava-o estar."	F
			"E ele foi atrás dela e partiu logo um vidro da porta do corredor para lhe dar um murro."	F
			"Estava cá eu"	D
	Circular informativa		"Nós temos aí homens que dormem todos nus."	D
			"É como quem faz esta circular informativa, mais uma vez aquilo que nos estão a propor juntar os homens e as mulheres."	Ch
			"Estamos aqui a analisar as coisas. É o meu propósito que os cuidados prestados nesta unidade, quer em todas as unidades de serviço de agudos, se pautem pela boa prática dos serviços de enfermagem."	Ch
			"Até em quartos diferentes, na mesma enfermaria, com a mesma casa de banho."	D
			"Quem traduz isto para o papel, não sei. Já havia esta que é relativamente semelhante. Agora fizeram esta."	Ch
			"Isso e retirar os quartos de isolamento para ocupar como vagas."	D
			"Isto é uma desumanização."	F
			"Agora isto que está aqui a delegar nos enfermeiros, não é vigilância porque nós somos vigilantes todo o dia."	Ch
			"Agora pedir para assar sardinhas no Santo António para os outros funcionários, isso não é ergoterapia… os enfermeiros têm que assumir o papel de terapeutas, agora não têm que assumir o papel daqueles que têm de fazer tudo a substituir os outros. Eu, nesse esquema de trabalho, não participo."	Ch
			"Psicopatas, bipolares, é um bocado complicado."	I
			"Porque realmente isto é um internamento aberto."	I
			"Isto porque, durante o dia, os doentes podiam circular e à noite havia uma separação."	Ch
			"É uma desumanização."	F
			"[separação de unidades de homens e mulheres] Fizeram sim."	I
			"Eu acho que as coisas são muito organizacionais em termos de instituição e depois há modo de trabalho."	I
			"Quem conhecia o 21 B, estou a agora a lembrar-me, porque é que será que fizeram aquela parede a meio a dividir o corredor? Porque o dinheiro que gastaram nisso é nosso, é dos contribuintes, não é dos administradores."	Ch
			"Eu, se estiver a fazer tarde ou noite e for obrigada a fazer isto, eu escrevo no processo do doente, digo que fui obrigada superiormente a fazer isto «assim, assim»."	F
			"(…) Termos em unidades separadas isso «vá que não vá»"	I
			"Nunca me preocupei com isso. Mas isto faz-me confusão ter homens e mulheres, mas estou-me habituando. Termos em unidades separadas isso «vá que não vá»"	I

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Part.
			"Teoricamente é. Mas temos internamentos compulsivos porque é um internamento fechado."	F
			"Isso não."	I
			"Estão nus, estão despidos."	D
			"Um doente vai a passar com a porta aberta…"	F
			"E com doentes tipo dona AL?"	D
			"Por alguma razão fechamos as enfermarias à noite."	F
			"Como faziam com doentes com internamentos compulsivos?"	F
			"Não sei, A, isto revolta-me. Aquilo que temos feito é melhorar os cuidados e temos tido dificuldades… e tenho o direito de dizer que não a isto."	Ch
			"Como as unidades de isoladamente da unidade II deveriam estar sempre livres para quando fossem necessárias."	I
			Fazendo uma comparação com C, aqui é tudo fechado, lá não, psiquiatria homens e psiquiatria mulheres são diferentes. É um hospital geral como Santa Maria, e fazia-me confusão como é que os enfermeiros naquele serviço aberto tinham "controle", porque aquilo entravam e saiam estavam logo ao pé do bar ou ao pé dos correios. Na unidade de mulheres, já era diferente porque era tipo uma casinha, tipo isto, mas também tudo aberto. O que eu quero dizer.	I
			Eu aqui ainda não tinha tido a experiência de trabalhar num serviço com homens e mulheres, excepto no hospital de dia, e a mim fazia-me uma certa confusão como é que as coisas funcionavam."	I
			"Agora nos mesmos quartos?"	F
	Conforto do doente		"Agora ir levantar os doentes de manhã e têm urina até à ponta dos cabelos como já apanhei mais que um no mesmo dia. Isso é que é grave."	F
			"Era"	D
			"Por exemplo, a dona M, é uma senhora que não dorme bem, só metemos uma fralda porque, quando vamos dar a volta, ela está sempre acordada e mudamos sempre a fralda. Por exemplo, o A tinha que levar sempre duas porque se o acordávamos, ele não dormia mais nada."	D
			"Porque eu quando faço noite, os doentes que eu acho que precisam, eu meto as fraldas. Mas depois, de manhã, vou mudar os doentes e não deixo doentes urinados."	F
			"Isso não, dá-se medicação para dormir, isso não se pode."	I
			"Uma fralda não chega. Agora vais levantar um doente às quatro da manhã e mudar fraldas?"	F
			"E depois ficam muitas horas deitados, deitam-se às dez horas até às oito horas é muito."	D
			"Os doentes urinam muito, principalmente agora de Verão que damos muitos líquidos aos doentes, para não se desidratarem."	F
			"Mas as fraldas agora deixam passar? Antigamente não."	I
			"Porque, muitas vezes, o doente está a dormir profundamente e fica encharcado em urina até ao pescoço até de manhã. E o grave é receber o turno de manhã e os doentes terem urina até aos cabelos."	F
			"Isso é que é fundamental."	Ch
			"Às vezes a gente faz isso. Mas sei porquê e posso explicar."	F
			" (…) e eu como gestor do serviço, e em termos da gestão de material, não posso concordar de maneira nenhuma, que se o enfermeiro coloca duas fraldas para evitar ir ao pé do doente, para estar descansado."	Ch
			"E não encarar isso como para benefício do próprio enfermeiro. Na avaliação do desempenho, vamos futuramente ter isso em conta: se fazemos isso para o melhor do doente ou se aquela atitude é unicamente para os seu bem-estar próprio."	Ch
	Contenção física dos doentes		"Às vezes, as pessoas pensam que contemos os doentes para ficar melhor durante a noite, mas isso não é assim. Só o fazemos para o seu benefício e sempre em último recurso."	D
			É, é…	D
			É, é…	Ch
			"Se, por exemplo, um doente está com dificuldade em respirar, falta de oxigénio, não vou perguntar se vou colocar um oxigénio ou não, e acho que nas contenções é a mesma coisa. Um doente agitado, seja ele delirante ou alucinado, ou demenciado, eu sou a primeira a ir na contenção porque acho que isso é básico."	I
			"Até pode ser suficiente por grades na cama."	F
			"E para mim isso é ser enfermeira de saúde mental. Eu nem tenho experiência em outras áreas do ponto de vista físico, porque sempre trabalhei em psiquiatria."	I
			"Agora, na minha opinião, não são os outros técnicos que nos têm de dizer quando devemos conter ou não os doentes, "faz assim ou faz assado".	I
			"E tu sabes porque o fizeste e tens argumentos e fazes por alguma razão."	Ch
			"O R? Ah sei…"	D

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Part.
			É, é…	F
			"Então se tenho um doente agressivo, não o hei-de conter?"	F
			"Continuando aquilo que eu estava a falar, isto há seis anos atrás não se colocava. O que se está a pôr em causa é a autonomia dos enfermeiros, porque há o acto médico e há o acto de enfermagem, que é cuidar, e a contenção é um acto de enfermagem, é um cuidar."	I
			"E quando os doentes dizem que foram agredidos ou que a enfermeira foi má, o que leva estas coisas a acontecer? Nós não temos por hábito agredir os doentes, não temos por hábito amarrar doentes. Quer dizer, se o fazemos, é por algum motivo e acho que as pessoas têm que perceber. Se calhar, o hospital da fama já não se livra…"	D
			"Acho que cada vez mais se põe em causa o que as pessoas fazem."	F
			"Eu lembro-me que, quando vim para o hospital, aprendi muito com algumas colegas e algumas só com a quarta classe, e lembro-me de uma vez de ter confrontado uma colega que achei que foi agressiva com uma doente. É claro que sofri as consequências. E a nossa colega ficou "piursa" comigo, quem era eu para a estar ali a confrontar. Esta era muito mais velha que eu. Com certeza que há mais novos maus e bons, eu acho que todas as situações são diferentes."	I
			"Eu não estou a ver que as pessoas, na prestação de cuidados, utilizem a violência gratuita. Nós não podemos generalizar, porque há situações e situações."	I
			"Ainda na quarta-feira, a dona A nos confrontou na reunião de doentes que a tínhamos contido, e o enfermeiro Ch a interrogou e "porquê? Acha que tivemos essa necessidade porquê? Porque a contivemos a si e não a outras pessoas?". Nós, para o fazermos, é porque houve alguma razão para o fazer."	D
			"Claro."	D
			"Ainda há dias, aquele doente, o R, lembras-te D?"	I
			"É lógico que o ponto de vista do doente é, de certeza, diferente do nosso."	F
			"Por ventura às vezes temos que conter os doentes pela sua segurança e de outros."	Ch
			"Eu não acredito que os enfermeiros usem a contenção para melhor descanso dos enfermeiros."	Ch
			"Ó F, nós temos que prover um ambiente seguro, aquilo da Nancy Rooper acho que é?"	I
			"Exactamente. Então íamos usar a contenção quando não é necessário?"	F
			"E já agora, quando se procede alguma contenção física, penso que a contenção é a última acção a ser usada, ou às vezes a primeira em termos de segurança do doente."	Ch
			"Nós não temos por hábito agredir os doentes, não temos por hábito amarrar doentes. Quer dizer, se o fazemos, é por algum motivo e acho que as pessoas têm que perceber (…)"	D
			"Isso até dá mais trabalho! [contenção física]"	F
			Exactamente.	D
			"Pois é."	D
			"A contenção física, claro que a olho nu de quem vem de fora, quem não presta cuidados de foro psíquico vê isso quase como uma represália ou um castigo e não é de maneira nenhuma. Eu já fiz contenções físicas e faço aquelas que forem necessárias."	I
			"Desculpa interromper, tu na medicina não tens imobilizadores? Eu tenho na cirurgia. Em S. José tinha.	F
Planeamento das actividades formativas	Avaliação das actividades de formação		"Nós lá em baixo temos pedido aos colegas para falarem de temas de interesse e vários têm participado"	MJ
			"Houve mudança do conselho de administração, que também mexeu com as pessoas."	RF
			"Ao contrário, este ano foi muito irregular, também houve muitas mudanças ao nível do hospital e acho que isso também mexeu muito com as pessoas. Houve a junção de serviços"	RF
			"Como referi, acho que o ano passado correu melhor porque houve a tal continuidade."	RF
			"Porque isto também é difícil avaliar e demonstrar as mudanças ocorridas e a influência que isto tem na prática clínica."	RF
			"[Junção de equipas] O 21 B que passou para este pavilhão."	R
			"(…) dá mais visibilidade se disséssemos que fizemos "não sei quantas" acções de formação por ano."	RF
			"Há dois anos"	RF
			"e depois a colega que está responsável da formação, a enfermeira A., tem o cuidado de levar um estudo de caso ou tema que acha pertinente ou até mesmo falar sobre os doentes que na altura nos suscitam mais preocupação. Por acaso, acho isso muito interessante."	MJ
			"Há a impossibilidade política de não se poder contratar mais enfermeiros, e os serviços têm vindo a ver reduzidos os elementos. Portanto, isto tudo acho foi sentido por todos."	RF
			A Dr.ª V.	R
			A Dr.ª V.	MJ
			"Claro que quando surge algum tema específico, nós tentamos dar a melhor a resposta."	RF

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Part.
			"Por exemplo, perante dúvidas sobre a nova proposta da carreira de enfermagem, convidamos o sindicato para nos vir cá esclarecer."	RF
			" apesar que este ano foi mais irregular, porque tive férias ao longo do ano e não consegui dar maior continuidade e maior consistência às reflexões."	RF
			"De outra vez, convidámos a Dr.ª da Neurologia"	RF
			"Nós, enfermeiros, gozamos de autonomia, mas somos uma profissão interdependente e as minhas perspectivas como profissional de enfermagem são umas e as perspectivas dos gestores podem ser outras. Para esses, até pode não lhes interessar este "momento de pensar dos enfermeiros". Para eles até pode ser importante que nós nem devemos pensar sobre as coisas."	Ch
			"Será que eles não percebem que estes momentos até podem ser importantes para aumentar a produtividade?"	RF
			"Sim, mas eu acho que pode acontecer isso que o Ch está a dizer."	R
			"O que tem acontecido é que uns estão cá para pensar e os outros estão para fazer. E nós estamos cá para fazer. Isto muda-se gradualmente, vai mudando. Com muita luta."	Ch
			"Não é preciso fazermos uma reunião para fazermos críticas, fazemos na passagem de turno, fazemos «anda cá, porque é que fizeste e eu não concordei, ou afinal até concordo e estava errada»"	F
	Plano de sessão teórica-prática		Sim, eu faço e depois envio por mail ao Ch, para se colocar aí onde todos vejam. Portanto daqui a três semanas.	RF
			"Mas se calhar podias fazer um papelinho…"	F
			Sim, para a semana estou de férias e na outra não me dá jeito e, portanto, estava a pensar na outra a seguir.	RF
			"Na especialidade?"	I
			"Mas para a semana estás de férias?"	Ch
			Na especialidade Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.	RF
			"Está bem."	Ch
			"(…) se estiverem interessados e acharem pertinente, em apresentar, daqui a três semanas, uma sessão sobre uma actividade de grupo, que estou a desenvolver no 21C 1º andar, com oito doentes, gerontopsiquiátricos, que iniciei no âmbito da especialidade e que posteriormente dei continuidade."	RF
	Sessões de análise das práticas		"Bem, vamos ficar por aqui. Na próxima semana não temos sessão de formação porque estou de férias. Marcamos para daqui a quinze dias."	RF
			"Nós reunimos habitualmente uma vez por semana, com uma duração mais ou menos de uma hora."	RF
			"[Oganização da formação] Isso faz-me sentido."	I
			"A I é a primeira vez que assiste às nossas reuniões de formação."	RF
			"Então o que se está aqui a fazer também se está a fazer no restante hospital?"	I
			"E podemos reflectir sobre isso e porque a formação não é só aquela que se teve na escola de enfermagem, mas aquela que se tem ao longo da vida. As coisas mudam, e ainda bem que mudam, portanto, esses temas de formação ou falar-se sobre isto ou aquilo, falar de um doente ou uma família, eu acho que é extremamente importante e pertinente. Não só estas necessidades que sentimos enquanto equipa ou aquilo que sentimos ao nível da instituição mas também esses aspectos."	I
			"Nós estamos a tentar dinamizar em todos os serviços."	RF
			"E, a partir daí, o que se pretende de futuro é articular a formação em serviço com a oferta de formação do centro de formação profissional do hospital. Imagina que há um tema bastante emergente em vários serviços, se justificar, podemos pensar, por exemplo, numa acção de formação alargada a mais que um serviço."	RF
			"Nós aqui partimos sempre das preocupações e do sentir "aqui e agora" dos enfermeiros."	RF
			"Isto para promover, através da reflexão e análise, a mudança interna. Apesar de ser uma coisa mais demorada, lenta e menos demonstrativa (…)"	RF
			"Num segundo momento, reunimos os responsáveis da formação dos vários serviços. Aí fazemos uma partilha e uma reflexão sobre as várias reuniões de formação dos vários serviços."	RF
			Claro que sim.	I
			"Na próxima semana estou de férias (…)"	RF
			Se não tiverem mais nada para dizer, hoje ficamos por aqui, encontrando-nos na próxima terça-feira, às 11,30 horas.	RF
			"O objectivo principal é analisar as nossas práticas, reflectir sobre as nossas acções e tentar, a partir daí, melhorar as nossas actuações e prestar melhores cuidados aos utentes."	RF
			"São discutidos sobretudo o "aqui e agora" sentido pelos enfermeiros."	RF
			"Aproveitamos as experiências de cada um para enriquecer as nossas."	RF
			"[sentimentos são importantes] é verdade."	MJ
			"[sentimentos são importantes] é verdade."	R
			"Eu concordo com isso, todavia acho que enquanto tivermos essas coisas a incomodar será difícil estarmos disponíveis para aprofundar a nossa reflexão sobre casos clínicos e ou temas de	RF

Tema	Categoria	Subcategoria	Unidade Registo	Part.
			actuação específicos… Devemos partir do "aqui e agora" sentido pelos enfermeiros que se encaminhará para nos centrarmos na prestação de cuidados. E a partir daí, fazermos um movimento da prática para a teoria e da teoria para a prática. Teremos que ser flexíveis e ir discutindo o que surge."	
			"(…) mas mais importante que os livros é a prática clínica, que é aquilo que nós fazemos, nós podemos ter as coisas nos livros escritas e fazermos diferente completamente. Eu acho que se aprende nos livros e no que se faz no dia-a-dia."	I
			Eu penso que se pode reflectir sobre as práticas, e podermos aumentar o nosso desempenho e podermos, em termos de enfermagem, perspectivar mudanças mais profundas para contribuir para que a profissão seja cada vez mais com competências. Por isso é que estamos cá.	I
			"Eu penso que discutir casos, falar sobre temas, eu acho que isso é uma ideia muito gira, porque faz-nos ir aos livros. Porque ir aos livros, ir aos Bocks é muito importante"	I
			Claro que sim.	MJ
			"Como referi, não temos nenhum tema específico e as coisas vão surgindo de acordo com os enfermeiros que vão estando presentes que, como trabalhamos por turnos, vai rodando um pouco por todos."	RF
			"Parece-me que estamos aqui a falar de coisas relacionadas com o nosso sentir e julgo que é importante também que este espaço de formação possa servir para cuidar de nós."	RF
			"O que sentem, as suas preocupações."	R
			"Também é um momento propício para extrapolar o que sentem."	Ch
			"Será que este espaço da formação em serviço não poderá assumir, também, essa função de as pessoas darem esse apoio e ouvirem as opiniões dos outros?"	RF
			"À partida, não temos nenhum tema em geral para discutir, o que não quer dizer que, pontualmente, não o aconteça."	RF
			"Por acaso é uma ideia muito gira!"	I
			"Há quanto tempo estão a fazer?"	I
			"Portanto, é todas as terças-feiras às 11 horas?"	I
			Nós estávamos a fazer às quartas-feiras, das 11 às 12 horas, mas como surgiu uma actividade…	RF
			"a reunião comunitária…"	R
			"… a reunião comunitária, e então passou para as terças das 11,30 às 12,30 horas."	RF
			"Parece-me perfeitamente. No fundo, é perceber quais as nossas necessidades de cada um e depois a de todos como grupo em termos de enfermagem e corresponder às necessidades dos doentes que estão internados, e não só, até a dinâmica das outros elementos da equipa multidisciplinar."	I

ANEXO XV – ANÁLISE DA DINÂMICA DE GRUPO DAS SESSÕES DE ANÁLISE DAS PRÁTICAS

Análise da dinâmica de grupo das sessões de análise das práticas

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
"A I é a primeira vez que assiste às nossas reuniões de formação."	RF	Dar uma informação	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"Nós reunimos habitualmente uma vez por semana, com uma duração mais ou menos de uma hora."	RF	Dar uma informação	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"São discutidos sobretudo o "aqui e agora" sentido pelos enfermeiros."	RF	Dar uma informação	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"O objectivo principal é analisar as nossas práticas, reflectir sobre as nossas acções e tentar, a partir daí, melhorar as nossas actuações e prestar melhores cuidados aos utentes."	RF	Dar uma informação	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"Aproveitamos as experiências de cada um para enriquecer as nossas."	RF	Dar uma informação	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"À partida, não temos nenhum tema em geral para discutir, o que não quer dizer que, pontualmente, não o aconteça."	RF	Dar uma informação	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"Por acaso é uma ideia muito gira!"	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Há quanto tempo estão a fazer?"	I	Pedir informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Há dois anos"	RF	Dar uma informação	Experiência subjectiva plural	Tarefa	I
" apesar que este ano foi mais irregular, porque tive férias ao longo do ano e não consegui dar maior continuidade e maior consistência às reflexões."	RF	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Tarefa	I
"Portanto, é todas as terças-feiras às 11 horas?"	I	Pedir informação	Experiência subjectiva plural	Tarefa	RF
Nós estávamos a fazer às quartas-feiras, das 11 às 12 horas, mas como surgiu uma actividade…	RF	Dar uma informação	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
"a reunião comunitária…"	R	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"… a reunião comunitária, e então passou para as terças das 11,30 às 12,30 horas."	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Como referi, não temos nenhum tema específico e as coisas vão surgindo de acordo com os enfermeiros que vão estando presentes que, como trabalhamos por turnos, vai rodando um pouco por todos."	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Claro que quando surge algum tema específico, nós tentamos dar a melhor a resposta."	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Por exemplo, perante dúvidas sobre a nova proposta da carreira de enfermagem, convidamos o sindicato para nos vir cá esclarecer."	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"De outra vez, convidámos a Dr.ª da Neurologia"	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
A Dr.ª V.	MJ	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
A Dr.ª V.	R	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Nós lá em baixo temos pedido aos colegas para falarem de temas de interesse e vários têm participado"	MJ	Dar uma informação	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
"e depois a colega que está responsável da formação, a enfermeira A., tem o cuidado de levar um estudo de caso ou tema que acha pertinente ou até mesmo falar sobre os doentes que na altura nos suscitam mais preocupação. Por acaso, acho isso muito interessante."	MJ	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
"Então o que se está aqui a fazer também se está a fazer no restante hospital?"	I	Pedir informação	Comunicação associativa	Tarefa	RF
"Nós estamos a tentar dinamizar em todos os serviços."	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	I
"Num segundo momento, reunimos os responsáveis da formação dos vários serviços. Aí fazemos uma partilha e uma reflexão sobre as várias reuniões de formação dos vários serviços."	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	I
"E, a partir daí, o que se pretende de futuro é articular a formação em serviço com a oferta de formação do centro de formação profissional do hospital. Imagina que há um tema bastante emergente em vários serviços, se justificar, podemos pensar, por exemplo, numa acção de formação alargada a mais que um serviço."	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	I
"[Oganização da formação] Isso faz-me sentido."	I	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	RF

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
"Nós aqui partimos sempre das preocupações e do sentir "aqui e agora" dos enfermeiros."	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Isto para promover, através da reflexão e análise, a mudança interna. Apesar de ser uma coisa mais demorada, lenta e menos demonstrativa (…)"	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"(…) dá mais visibilidade se disséssemos que fizemos "não sei quantas" acções de formação por ano."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Porque isto também é difícil avaliar e demonstrar as mudanças ocorridas e a influência que isto tem na prática clínica."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Como referi, acho que o ano passado correu melhor porque houve a tal continuidade."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Ao contrário, este ano foi muito irregular, também houve muitas mudanças ao nível do hospital e acho que isso também mexeu muito com as pessoas. Houve a junção de serviços"	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"[Junção de equipas] O 21 B que passou para este pavilhão."	R	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"Houve mudança do conselho de administração, que também mexeu com as pessoas."	RF	Aprovar	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"Há a impossibilidade política de não se poder contratar mais enfermeiros, e os serviços têm vindo a ver reduzidos os elementos. Portanto, isto tudo acho foi sentido por todos."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"[Pessoas] Desiludidas e mais desanimadas."	Ch	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Dependência	Grupo
"Mais desmotivadas. Aqui há dias, uma doente dizia: «senhora enfermeira, não consigo compreender, estive internada cá no ano passado, a equipa é exactamente a mesma, mas estão diferentes.» Mas diferentes como? – perguntava eu. «Há qualquer coisa diferente, parece que há um deixa andar, estão desmotivados e desinteressados.»"	MJ	Aprovar	Experiência subjectiva plural	Dependência	Grupo
"Nós vimos sempre com os mesmos olhos e nem nos apercebemos do que estamos a transmitir aos outros. Achei muito pertinente a observação da doente."	MJ	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Dependência	Grupo
"Há estudos feitos engraçados a propósito da avaliação da organização das instituições a partir das observações e relatos dos utentes."	RF	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Eles [doentes] são o nosso espelho."	MJ	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Os inquéritos de satisfação, para que são os inquéritos de satisfação? Reflectem o nível dos cuidados dessa instituição."	Ch	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"É, o nível de cuidados da instituição. [Inquéritos de satisfação]"	R	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Mas é preciso um número de elementos suficiente em cada equipa, porque se não é complicado."	I	Aprovar	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
"Claro. E aquilo que tem acontecido é … temos vivido extrema ansiedade que, depois disso, por mais que nós tentemos evitar isso, nunca o conseguimos."	Ch	Aprovar	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"Também nós prestadores precisamos de ser cuidados."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"Nós estamos a atravessar um momento, não digo a chegar à exaustão, mas as mudanças são tantas, a perspectiva é, o que se advinha não é nada fácil e, portanto, isso repercute-se."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"E, por mais mecanismos de defesa que tentemos arranjar, isto vai-se repercutir na maneira como abordamos os outros, na maneira como falamos e na maneira como convivemos entre nós."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"[situação situação difici] Exacto."	MJ	Aprovar	Comunicação associativa	Acasalamento messiânico	Grupo
"Porque nós também precisamos de apoio."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"[Porque nós também precisamos de apoio.] E o que se tem feito é tábua rasa nessa questão de cuidarmos de nós próprios.	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Completamente!"	R	Aprovar	Comunicação associativa	Acasalamento messiânico	Grupo
"Eu acho que na psiquiatria é preciso ter tempo. E ter tempo de alguma forma para lidar com as pessoas, para auscultar e a tarefa, o fazer, a actividade, a sequência de promover as actividades de vida diárias ao doente, ou pela terapêutica, etc., etc., são coisas básicas de enfermagem que é cuidar na sua amplitude, mas nós precisamos de que é pedra básica da psiquiatria, que é a relação de ajuda, que é a relação terapêutica, e nós não podemos dizer "é só um bocadinho que já falamos consigo…". Temos que ter disponibilidade e auscultar o doente."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Eu penso que é fundamental uma relação de ajuda, uma relação terapêutica em saúde mental (…)	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
"(…) neste reingresso, aqui ao J, acho que o serviço está com muito nível, muito sinceramente, os meus colegas enfermeiros, os nursings, mas aquilo que eu penso é que "não se pode fazer omoletes sem ovos" e, neste momento, eu penso que, devido à quantidade de pessoas que estão por turno, faz-se o que se pode, estica-se a corda o mais possível e eu vejo, por mim, que ainda estou em reintegração. O serviço é igual mas coisas novas, normas diferentes, coisas que mudaram. E penso que todas as pessoas esticam o elástico, mas aquilo que eu sinto é um corre, corre."	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"Todos nós tentamos fazer o nosso melhor mas, em termos de cuidados, em termos de psiquiatria, podíamos fazer muito melhor por isso é que nós estamos cá. E às vezes é complicado. Não é porque não se quer fazer, mas porque não se consegue fazer na sua totalidade. É isso que eu sinto."	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
Sim, mas estamos aqui perante duas situações distintas e ambas contribuem para essa globalidade de cuidados. Uma é o número de enfermeiros presentes, a falta de recursos, e o número de horas que temos disponíveis para estarmos junto dos doentes. Isso é inegável neste momento, não me interessa estar a viver com outras situações, o que me interesse é que se tem vivido aqui, e como temos gerido essas dificuldades em termos de recursos humanos.	Ch	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"[Sim, mas estamos aqui perante duas situações distintas e ambas contribuem para essa globalidade de cuidados.] Outra coisa é o que falámos anteriormente, os constrangimentos que estamos a atravessar."	Ch	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
Uma coisa eu tenho certa, por mais recursos humanos que tivéssemos nesta fase, essa ansiedade transmitida pelo pessoal no dia-a-dia também iria reflectir-se na realidade. Uma coisa é os recursos humanos, o número de horas disponíveis e outra coisa é a nossa pré-disposição. E quando nós não estamos bem com nós próprios, quando nós sentimos que algo mexe com nós, por mais que a gente queira evitar, isso repercute-se também.	Ch	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Ataque e fuga	Grupo
E portanto, neste momento, há duas coisas importantes a fazer rapidamente ou a tentar: uma é repor o número de horas disponíveis para a prestação; mas mais importante do que essa, é tentar criar estabilidade, tolerância no trabalho para que as pessoas possam entrar aqui em paz de espírito. Estar bem com elas próprias. Porque só estando bem com elas próprias é que podemos lidar com os outros.	Ch	Dar uma sugestão	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
Às vezes, estarem três enfermeiros não é diferente de ter dois, em termos do número de horas disponíveis para os doentes, porque a disponibilidade continua a ser pouca. Pois se os enfermeiros se retraem, se resguardam numa sala atrás de uma secretaria, se não dão a cara e se não vão para o terreno, se não vão falar com os utentes, tanto faz ter três como ter dois enfermeiros.	Ch	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"Eu noto que há uma grande mudança em termos de saúde mental e psiquiatria em termos de reestruturação e claro que isso se sente nas unidades de internamento."	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
"[Dificuldades na equipa] Não sei se sentes isso?"	Ch	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	RF
Claro que sim.[Dificuldades na equipa]	RF	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Ch
"O que sente é a tal insegurança até aos postos de trabalho."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"[enfermeiros a contrato sentem insegurança pelos seus postos de trabalho] Acho que neste momento é mais isso."	R	Aprovar	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"As pessoas que estão a contrato, não sei se vocês sentem o mesmo, mas eu sinto que à medida que se aproxima o fim do contrato de trabalho, a ansiedade das pessoas aumenta. Quando a pessoa inicia o seu primeiro dia de contrato vem descansada. Passam os três meses e as pessoas perguntam: "E agora há mais três?" Passam a vida nisto. Isto é assim, é um balão que vai enchendo e depois vai esvaziando, vamos lá ver se algum dia rebenta."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Pois é sempre uma insegurança para eles neste hospital, vivem sempre em angústia."	R	Aprovar	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"É claro que as pessoas que estão a contrato a termo certo de três mais três meses vivem uma insegurança permanente com o receio de perderem o seu posto de trabalho, que apesar de o hospital dar provas de querer manter esses enfermeiros, essa insegurança pelo vínculo precário que apresentam. Estamos a falar da insegurança dos enfermeiros que estão a contrato."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"E qual é a insegurança que os enfermeiros do quadro sentem?"	RF	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Eu acho que o pessoal do quadro se reflecte um bocadinho nestas mudanças, nesta instabilidade. Eu senti isto quando vim do quadro de outra instituição. De facto, estas mudanças são muito radicais e nós não temos poder de qualquer opinião. "Agora vai para ali" e "agora vai para aqui". Estas coisas também se reflectem em nós, como é óbvio. Não sabemos se amanhã vamos continuar aqui, é sempre uma incógnita, é muita incerteza, quando agora temos a nossa equipa completamente estruturada e amanhã aparece alguém com ordens para mais mudanças. E isso é sempre muitas incertezas e insegurança para nós, agora que estamos a estabilizar como equipa, a conhecermo-nos e trabalharmos como equipa multidisciplinar. Mas amanhã não sabemos e isso reflecte-se."	R	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Essa incerteza acaba por influenciar."	R	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Obviamente que sim, se calhar não de uma forma tão acentuada como os contratados, mas isso também se reflecte em nós e na estabilidade da equipa."	R	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"É claro que as pessoas do quadro não são tão insensíveis e insensatas."	Ch	Aprovar	Comunicação associativa	Dependência	Grupo
"É lógico que é importante, as pessoas necessitam de falar entre elas e se calhar demoram mais tempo no café alguns minutos por causa disso."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
As pessoas necessitam de falar…	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
As pessoas precisam de desabafar, aliviar a tensão	R	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
"As pessoas estão com o saco cheio. Se a pessoa está tensa, começa a falar, a desenrolar o fio à miada e depois é assim. Não são só cinco minutos mas passam a quinze, vinte minutos. Agora quem está na chefia, como eu não sei se deve travar este tipo de atitudes, e depois «mal para travar e mal para não travar»"	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Então o que se deve fazer?	RF	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Pois, o que se deve fazer, ainda por cima quando se trabalha num serviço em que os profissionais de trabalho estão vinte e quatro horas sobre as 24 horas. Aquilo que se tem de fazer é gerir a equipa de maneira a que as pessoas sintam que são ouvidas, pois darão também o melhor de si."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Se eu exigir certas coisas, mas se for compreensível para com os parceiros, que se não, eu sei e tenho a garantia que na minha ausência é dia santo."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Se eu exigir certas coisas, mas se for compreensível para com os parceiros, que se não, eu sei e tenho a garantia que na minha ausência é dia santo."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Exactamente.	I	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Exactamente.	R	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Exactamente.	MJ	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"As pessoas só conseguem produzir se sentirem que têm apoio e que são ouvidas."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"E não posso exigir apenas nas horas que estou cá. A gestão global é trezentos e sessenta e cinco dias por ano."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Será que este espaço da formação em serviço não poderá assumir, também, essa função de as pessoas darem esse apoio e ouvirem as opiniões dos outros?"	RF	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Também é um momento propício para extrapolar o que sentem."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"O que sentem, as suas preocupações."	R	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Parece-me que estamos aqui a falar de coisas relacionadas com o nosso sentir e julgo que é importante também que este espaço de formação possa servir para cuidar de nós."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Claro que sim.	I	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Claro que sim.	MJ	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Parece-me perfeitamente. No fundo, é perceber quais as nossas necessidades de cada um e depois a de todos como grupo em termos de enfermagem e corresponder às necessidades dos doentes que estão internados, e não só, até a dinâmica das outros elementos da equipa multidisciplinar."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Eu penso que se pode reflectir sobre as práticas, e podermos aumentar o nosso desempenho e podermos, em termos de enfermagem, perspectivar mudanças mais profundas para contribuir para que a profissão seja cada vez mais com competências. Por isso é que estamos cá.	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Eu penso que discutir casos, falar sobre temas, eu acho que isso é uma ideia muito gira, porque faz-nos ir aos livros. Porque ir aos livros, ir aos Bocks é muito importante"	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"(…) mas mais importante que os livros é a prática clínica, que é aquilo que nós fazemos, nós podemos ter as coisas nos livros escritas e fazermos diferente completamente. Eu acho que se aprende nos livros e no que se faz no dia-a-dia."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"E podemos reflectir sobre isso e porque a formação não é só aquela que se teve na escola de enfermagem, mas aquela que se tem ao longo da vida. As coisas mudam, e ainda bem que mudam, portanto, esses temas de formação ou falar-se sobre isto ou aquilo, falar de um doente ou uma família, eu acho que é extremamente importante e pertinente. Não só estas necessidades que sentimos enquanto equipa ou aquilo que sentimos ao nível da instituição mas também esses aspectos."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Eu concordo com isso, todavia acho que enquanto tivermos essas coisas a incomodar será difícil estarmos disponíveis para aprofundar a nossa reflexão sobre casos clínicos e ou temas de actuação específicos… Devemos partir do "aqui e agora" sentido pelos enfermeiros que se encaminhará para nos centrarmos na prestação de cuidados. E a partir daí, fazermos um movimento da prática para a teoria e da teoria para a prática. Teremos que ser flexíveis e ir discutindo o que surge."	RF	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"[sentimentos são importantes] é verdade."	R	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"[sentimentos são importantes] é verdade."	MJ	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Nós, enfermeiros, gozamos de autonomia, mas somos uma profissão interdependente e as minhas perspectivas como profissional de enfermagem são umas e as perspectivas dos gestores podem ser outras. Para esses, até pode não lhes interessar este "momento de pensar dos enfermeiros". Para eles até pode ser importante que nós nem devemos pensar sobre as coisas."	Ch	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Ataque e fuga	Grupo
"Será que eles não percebem que estes momentos até podem ser importantes para aumentar a produtividade?"	RF	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Sim, mas eu acho que pode acontecer isso que o Ch está a dizer."	R	Desaprovar	Comunicação associativa	Dependência	Grupo

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
"O que tem acontecido é que uns estão cá para pensar e os outros estão para fazer. E nós estamos cá para fazer. Isto muda-se gradualmente, vai mudando. Com muita luta."	Ch	Desaprovar	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"A nossa profissão, nos últimos anos, foi a que evolui mais, mas há uma grande disparidade das escolaridades dos enfermeiros. Temos enfermeiros desde a quarta classe até licenciados, mestrados e doutorados. Isso é complicado porque a opinião pública e as classes multidisciplinares para eles é tudo a mesma coisa."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"E ainda há a mentalidade do médico, em que o enfermeiro está para cumprir. Há médicos que evoluíram e percebem o que é o trabalho multidisciplinar, em que estamos aqui todos para o mesmo objectivo, para o mesmo fim. Agora há outros, como tu sabes, que são assim."	R	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"A este propósito, o que posso dizer é que quando vim para aqui para o hospital, há vinte anos, era miúda, recém formada na escola de enfermagem, e as minhas colegas enfermeiras, muito mais velhas que eu, eram especialistas em saúde mental. Eu aprendi muito com elas e algumas só tinham a quarta classe e, digo-te, havia algumas que, quando os doentes chegavam, diziam "este doente tem isto, e isto, … e isto", e eu "parecia um boi a olhar para um palácio" e dizia: "como é que esta enfermeira consegue fazer esta leitura?".	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
"(…) E ao longo dos anos fui aprendendo porquê. Pode-se ter muitos títulos, mas pode-se não ser nada em termos de "Nursing" e o que interessa primeiro é que se goste do que se faz e ter formação é importante, mas é importante formação enquanto pessoa, porque eu acho que para se trabalhar em saúde mental isso é importante. Lá está o cuidar de nós também, é o ser. Isto tudo batido faz o nursing. E sai a nossa prestação de cuidados."	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
"Como se promove a formação do ser?"	RF	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	I
"A minha formação do ser tem a ver com a minha análise e quero um dia ser psicanalista didacta. Tenho o meu momento para fazer a minha reflexão. Para nós compreendermos os outros, temos que perceber os nossos sentimentos, as nossas emoções, os nossos comportamentos, as nossas atitudes. E é bom que a gente se zangue, é bom que a gente deite para fora, porque então protege-nos das doenças psicossomáticas."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	RF
"Na saúde mental é essencial a nossa própria saúde mental uma vez que os doentes, analiticamente falando, projectam e depositam em nós as coisas más que eles têm e, perante isso, temos que compreender e ajudar o doente a dar um sentido aos seus problemas através da "função de reveri". E daí ser importante termos um bom conhecimento de nós para melhor responder ao doente, porque se não corremos o risco de confundir as coisas que são nossas e as coisas que são do doente."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Por outro lado, as coisas dos doentes também nos tocam e por vezes agridem, logo por um mecanismo defensivo, escondemo-nos da relação com o doente, mantemos a porta do gabinete fechada, escondemo-nos atrás da secretária, etc."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"E acabamos por dar SOS porque não o quero ouvir."	MJ	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Ou porque não o contenho."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"E a questão disto é que a maior parte destes fenómenos são inconscientes, não temos a mínima noção que acontecem. E eu acho que este espaço também é importante para dar visibilidade de certa maneira ao que fazemos e não temos consciência delas. Por isso, eu acho que devíamos ter supervisão clínica."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Estava a pensar nisso…"	I	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Eu acho que a instituição, nomeadamente o grupo dos enfermeiros, deve promover um espaço de supervisão clínica para colaborar com os enfermeiros na análise da relação enfermeiro/doente para ajudar a perceber sentimentos, emoções, aspectos patológicos, reacções nossas, perceber pontos cegos da relação, etc."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"E quem é que supervisiona?"	MJ	Pedir informação	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Na minha opinião, temos que promover dois tipos de supervisão: um a nível do serviço, em que enfermeiros com mais conhecimentos e com outra experiência, nomeadamente enfermeiros especialistas, devem supervisionar o trabalho dos demais colegas, ou seja, devem ajudar nas dificuldades e a perceberem as relações com os doentes."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Mas, para ser sincero, temos que estabelecer uma relação muito próxima com essa pessoa porque se não, não nos expomos. Se não é uma pessoa próxima e vem para aqui perguntar eu fico, sabes. Essa relação tem que ser conquistada, porque de outra forma…"	R	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	RF
"Como se estabelece uma relação terapêutica?"	RF	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	R
"Pois, não é assim sem mais nem menos, pois não vou ser sincera para me expor."	R	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	RF
"As pessoas têm que estar pré-dispostas para… tem que ser livre."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	R
"Claro, tem que ser livre e não imposto e tem que ser uma necessidade minha."	R	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	RF
"Nem toda a gente gosta de se expor e se mostrar."	MJ	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
"Mas, Mj, as pessoas trabalham no dia-a-dia precisam de ajuda, não sei se lhe chame supervisão, isso é fundamental porque tem surgido situações em que as pessoas sentem necessidade de apoio. Tem surgido situações aqui e noutros serviços, as pessoas sentem necessidade de apoio. Perante determinada circunstancia agiram de uma determinada maneira, e depois são muitas vezes é criticada pelos outros colegas e isso provoca mal-estar àquela pessoa. Há momentos em que as pessoas, depois de terem agido de determinada maneira, precisam de supervisão ou de alguma ajuda no intuito de remodelar essa atitude."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	MJ
"Eu concordo inteiramente contigo e tenho exemplos práticos disso, quem está no serviço adopta uma determinada postura em relação a um doente, pede ajuda a um colega e o colega vai lá e nem tem nenhuma relação empática ou terapêutica com o doente, mas que consegue dar a volta ao assunto de uma forma mais harmoniosa. Isso quer dizer alguma coisa. É um bom exercício para a pessoa reflectir e perceber porque vai um e age de uma forma e consegue."	MJ	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Ch
"Também é importante que as pessoas que estão fora percebam porque é que a pessoa que esteve lá naquele momento é importante."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Exactamente. Porque a pessoa está ali sobre stress não sei quantas horas e conhece o doente e já sabe que o doente vai fazer isto ou aquilo e a pessoa que vem de fora não está sob tensão, está mais liberta, estabelece outro tipo de relação com o doente, enfim, é diferente, e é bom quer para uns quer para outros reflectirem porque é que as coisas se passam desta forma. Exemplos são o que não faltam entre nós todos. Isto acontece diariamente."	MJ	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Porque é que não se adopta uma postura e não outra? Porque é que fico mais irritada e zango-me com o doente, quando podia ter uma atitude completamente diferente? Há que reflectir sobre isso. E uma pessoa que esteja por trás de nós e nos dê apoio é excelente, faz-nos crescer."	MJ	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Eu penso que a supervisão poderá ser importante para nos dar esse apoio, não só uma supervisão do dia-a-dia no próprio serviço por uma pessoa do próprio serviço, como uma supervisão que será efectuada por uma pessoa externa ao serviço num espaço criado para o efeito, não para pôr a pessoa em causa propriamente dita na situação, mas pôr em causa a própria situação."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Se não tiverem mais nada para dizer, hoje ficamos por aqui, encontrando-nos na próxima terça-feira, às 11,30 horas.	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Na próxima semana estou de férias (…)"	RF	Dar uma informação	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"(…) se estiverem interessados e acharem pertinente, em apresentar, daqui a três semanas, uma sessão sobre uma actividade de grupo, que estou a desenvolver no 21C 1º andar, com oito doentes, gerontopsiquiátricos, que iniciei no âmbito da especialidade e que posteriormente dei continuidade."	RF	Dar uma informação	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"Na especialidade?"	I	Pedir informação	Comunicação associativa	Tarefa	RF
Na especialidade Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	I
"Mas para a semana estás de férias?"	Ch	Pedir informação	Comunicação associativa	Tarefa	RF
Sim, para a semana estou de férias e na outra não me dá jeito e, portanto, estava a pensar na outra a seguir.	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Mas se calhar podias fazer um papelinho…"	F	Dar uma sugestão	Comunicação associativa	Tarefa	RF
Sim, eu faço e depois envio por mail ao Ch, para se colocar aí onde todos vejam. Portanto daqui a três semanas.	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	F
"Está bem."	Ch	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Entretanto, hoje, não sei se vem a propósito ou não, mas gostava de reflectir em grupo aquelas questões que foram abordadas ontem na reunião da direcção de enfermagem. Gostava de reflectir a importância das nossas acções aqui no internamento, sobre a autonomia dos doentes e da maneira como são geridos de maneira não minimizá-los e torná-los dependentes, como já foi apontado, por outros técnicos, nomeadamente por Dr. P. Isto não sei se faz sentido."	Ch	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Ataque e fuga	Grupo
"Isto que se está a falar está relacionado com o nosso papel na promoção da autonomia dos doentes e que muitas vezes é questionada essa nossa capacidade."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Mas isso é criticado em que bases?"	F	Pedir informação	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Ch
"Eu nem sei se somos criticados por outros técnicos ou pelos próprios. Eu, ontem, senti que estavam a criticar o nosso trabalho. O que eu acho é que somos nós próprios a criticar o nosso trabalho e nem sequer nos interrogamos da atitude dos nossos colegas, nem nos preocupamos a perceber o porquê de tais atitudes. E se calhar temos sempre a mania de dizer que é mais fácil ou que estamos a fazer porque é mais conveniente para o profissional."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Eu, por acaso, ontem também fiquei a pensar no conteúdo da conversa da nossa reunião, e estive a ler umas coisas relacionadas com essas problemáticas, nomeadamente a questão das contenções físicas, e arranjei um livro que também aborda isso e fotocopiei para trazer, que gostava hoje ou outro dia poder discutir com vocês."	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"A propósito destas reuniões, também acho que nestas reuniões podemos abordar estes assuntos e pensar porque fazemos de terminada maneira e não de outra, partilhando entre nós diferentes opiniões sobre o assunto. Porque muitas vezes nós temos determinadas atitudes com os colegas, efectuamos determinadas coisas, que como Ch disse são interpretadas. Acho que devemos explicar aos colegas porque agimos daquele modo."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
E a propósito disso, gostava apenas de ler um parágrafo neste livro: "Estas reuniões não são apenas simples trocas de informações entre prestadores de cuidados de diversas competências profissionais e hierárquicas. Nelas se exprimem também as angústias e as defesas da equipa, o seu ideal colectivo e as suas tensões interpessoais. Podemos limitar-nos a fazer periodicamente a sua análise como supervisão, num espírito de toilette institucional ou para tratar a equipa em determinados períodos de crise. Mas a psicoterapia institucional exige que se vá mais longe, integrando os movimentos da vida psíquica da equipa, especialmente do seu humor, na construção e na análise dos seus projectos de prestação de cuidados. Todo o colectivo de prestadores de cuidados possui ideais e mecanismos de defesa que imprimem a sua identidade aos tratamentos." (Charazac, p.109, 2004)	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Portanto, todos nós temos o nosso ideal de cuidar que, de certeza, é diferente do ideal dos restantes colegas, que depende sobretudo das nossas experiências anteriores. E quando agimos, agimos de acordo com esse ideal. Esses ideais diferentes levam a que tenhamos conflitos com os colegas. Daí há que respeitar os ideais dos outros e tentar complementá-los. Porque, na minha opinião, a maioria desses ideais apenas visualizam o doente de ângulos diferentes. Ou seja, se eu tenho experiência de cuidados de saúde primários e, ao contrário, a F tem experiência de cuidados intensivos, cada um de nós vai colocar nas nossas acções aspectos relacionados com as respectivas experiências anteriormente adquiridas. Não sei se isto faz sentido para vocês."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"[Partilhar ideal de cada um do cuidar] Claro que faz. Para mim faz sentido."	Ch	Aprovar	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"O que me marca é que parece às vezes quem crítica, é os argumentos que as pessoas têm, é que os actos de quem os pratica são sempre de forma leviana."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Eu não entendo assim as coisas e acredito que os profissionais de enfermagem são bons prestadores de cuidados e, quando agem, estão agir conscientemente e estão a agir para o melhor do doente. "	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Eu não estive na reunião e já não estou aqui no serviço há alguns dias, portanto não sei o que se passou. Eu acho, aliás foi a palavra leviana que me ocorreu, porque uma coisa é a crítica aos outros e autocrítica que é sempre positiva."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Não é preciso fazermos uma reunião para fazermos críticas, fazemos na passagem de turno, fazemos «anda cá, porque é que fizeste e eu não concordei, ou afinal até concordo e estava errada»"	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Outra coisa é fazer uma afirmação que me parece leviana e inadequada: "os enfermeiros tornam os doentes mais dependentes" – o que é isso? Acho isso uma ofensa. Essas pessoas decerto não trabalham cá."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Isso não foi dirigido aqui em especial."	Ch	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	F
"Eu sou enfermeira, isso ofende-me e isso é uma falta de respeito."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Ch
"Eu até acho que temos bastante cuidado, até quando estão cá os alunos…"	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Nós dizemos aos alunos: «deixem os doentes fazer sozinhos…»"	F	Aprovar	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Estamos sempre a referir aos alunos: «tenham atenção porque vocês têm tendência a fazer o miminho ao doente e fazerem as vontadinhas todas aos doentes e nós devemos estimular a que os doentes façam sozinhos.» É claro que, quando não fazem, nós temos que colaborar com eles. Nós estamos sempre a promover a autonomia."	D	Aprovar	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Eu acho que nem vale a pena dar importância a estes boatos, nem sequer falar deles."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Mas o que eu acredito é que os enfermeiros quando estão a agir, claro que a maioria porque há bons e maus enfermeiros, no geral estão a agir de forma conscienciosa e de boa fé."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"E já agora, quando se procede alguma contenção física, penso que a contenção é a última acção a ser usada, ou às vezes a primeira em termos de segurança do doente."	Ch	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Ataque e fuga	Grupo
"Exactamente. Então íamos usar a contenção quando não é necessário?"	F	Aprovar	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Eu não acredito que os enfermeiros usem a contenção para melhor descanso dos enfermeiros."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Isso até dá mais trabalho! [contenção física]"	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
Exactamente.	D	Aprovar	Comunicação associativa	Ataque e fuga	F
"Eu penso que a psiquiatria … os cuidados físicos e psíquicos são parecidos, mas uns são mais subjectivos. Nós encontramos em serviços de medicina doentes psíquicos e vice-versa. Eu acho que sempre houve uma separação do que é físico do que é psíquico e penso que se nós fizermos uma parelelismos são todos a mesma coisa."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Para mim o básico é a relação terapêutica, a relação de ajuda, sejamos enfermeiros, psicólogos ou outra coisa, (…)."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Estás num serviço de agudos!	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	I
"Exactamente."	I	Aprovar	Comunicação associativa	Acasalamento messiânico	Grupo

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
"Por exemplo eu, em último caso, e todas nós, pelo que tenho visto, porque a equipa é espectacular e estou a gostar muito de estar aqui, da chefia do Enf. Ch e de todos os colegas (…)."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Acasalamento messiânico	Grupo
"A contenção física, claro que a olho nu de quem vem de fora, quem não presta cuidados de foro psíquico vê isso quase como uma represália ou um castigo e não é de maneira nenhuma. Eu já fiz contenções físicas e faço aquelas que forem necessárias."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Acasalamento messiânico	Grupo
"Desculpa interromper, tu na medicina não tens imobilizadores? Eu tenho na cirurgia. Em S. José tinha.	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	I
"Ó F, nós temos que prover um ambiente seguro, aquilo da Nancy Rooper acho que é?"	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	F
É, é…	F	Aprovar	Comunicação associativa	Acasalamento messiânico	I
É, é…	D	Aprovar	Comunicação associativa	Acasalamento messiânico	I
É, é…	Ch	Aprovar	Comunicação associativa	Acasalamento messiânico	I
"Se, por exemplo, um doente está com dificuldade em respirar, falta de oxigénio, não vou perguntar se vou colocar um oxigénio ou não, e acho que nas contenções é a mesma coisa. Um doente agitado, seja ele delirante ou alucinado, ou demenciado, eu sou a primeira a ir na contenção porque acho que isso é básico."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Até pode ser suficiente por grades na cama."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"E para mim isso é ser enfermeira de saúde mental. Eu nem tenho experiência em outras áreas do ponto de vista físico, porque sempre trabalhei em psiquiatria."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Agora, na minha opinião, não são os outros técnicos que nos têm de dizer quando devemos conter ou não os doentes, "faz assim ou faz assado".	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"E tu sabes porque o fizeste e tens argumentos e fazes por alguma razão."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Ainda há dias, aquele doente, o R, lembras-te D?"	I	Pedir informação	Experiência subjectiva plural	Tarefa	D
"O R? Ah sei…"	D	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	I
"Eu falei com ele e "dei-lhe a volta" e nem precisei de dar medicação nenhuma."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Exactamente."	D	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	I
"Bastou. Ficou ali na sala de trabalho sentadinho e conseguimos conter o doente de forma emocional."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	D
"E quantas vezes não estamos a escrever as pastas na sala de trabalho ali com os doentes? Às vezes é necessário isso. Ficam ali sentados ao pé de nós. Há dias sentei lá o A"	D	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
"Por ventura às vezes temos que conter os doentes pela sua segurança e de outros."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Então se tenho um doente agressivo, não o hei-de conter?"	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Às vezes, as pessoas pensam que contemos os doentes para ficar melhor durante a noite, mas isso não é assim. Só o fazemos para o seu benefício e sempre em último recurso."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Nós estamos aqui a falar da dependência e da independência e no fundo estamos a falar da autonomia da enfermagem. Porque nós estamos a falar da dependência e da independência do doente, no fundo …"	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Ataque e fuga	Grupo
"Continuando aquilo que eu estava a falar, isto há seis anos atrás não se colocava. O que se está a pôr em causa é a autonomia dos enfermeiros, porque há o acto médico e há o acto de enfermagem, que é cuidar, e a contenção é um acto de enfermagem, é um cuidar."	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Ataque e fuga	Grupo
"Acho que cada vez mais se põe em causa o que as pessoas fazem."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Pois é."	D	Aprovar	Comunicação associativa	Ataque e fuga	F
"Isto não são acusações, agora esqueçam isto."	Ch	Dar uma informação	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Eu acho que é uma frase grave: dizer que os enfermeiros tornam os doentes dependentes é uma acusação grave. E eu sinceramente vou continuar a ter a mesma postura. O que puder melhorar todos os dias melhoro um bocadinho, agora isso não me afecta nada."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"As pessoas que dizem isso decerto não estão na prestação directa dos cuidados, não estão no terreno."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Sim, só era bom que mudasse, não em si ou só em si as pessoas, caso haja alguém que ao efectuar esses actos e o efectue de forma leviana como disse ao princípio."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
Exacto.	D	Aprovar	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Ch
"Esses que o fazem de forma leviana, acho bem que pensem, e tornem a pensar, e quando tomem essa atitude, o façam como sendo a última alternativa."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Eu lembro-me que, quando vim para o hospital, aprendi muito com algumas colegas e algumas só com a quarta classe, e lembro-me de uma vez de ter confrontado uma colega que achei que foi agressiva com uma doente. É claro que sofri as consequências. E a nossa colega ficou "piursa" comigo, quem era eu para a estar ali a confrontar. Esta era muito mais velha que eu. Com certeza que há mais novos maus e bons, eu acho que todas as situações são diferentes."	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"Eu não estou a ver que as pessoas, na prestação de cuidados, utilizem a violência gratuita. Nós não podemos generalizar, porque há situações e situações."	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"Ainda na quarta-feira, a dona A nos confrontou na reunião de doentes que a tínhamos contido, e o enfermeiro Ch a interrogou e "porquê? Acha que tivemos essa necessidade porquê? Porque a contivemos a si e não a outras pessoas?". Nós, para o fazermos, é porque houve alguma razão para o fazer."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Acasalamento messiânico	Grupo
"É lógico que o ponto de vista do doente é, de certeza, diferente do nosso."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Claro."	D	Aprovar	Comunicação associativa	Acasalamento messiânico	Grupo
"E quando os doentes dizem que foram agredidos ou que a enfermeira foi má, o que leva estas coisas a acontecer? Nós não temos por hábito agredir os doentes, não temos por hábito amarrar doentes. Quer dizer, se o fazemos, é por algum motivo e acho que as pessoas têm que perceber. Se calhar, o hospital da fama já não se livra…"	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Isso tem a ver com o estigma da saúde mental."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	D
"Exactamente."	D	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Se calhar se cuida mais, quem tem familiares com múltiplos internamentos e que teve internamentos há vinte anos, neste momento há melhorias, há humanização, as coisas vão mudando, as escolas vão formando de outra maneira e acho que agora há outra visão do doente. Era o que o F estava a dizer há bocado, agora é mais uma visão holística dos doentes. As pessoas começam também a mudar um bocadinho. E, de facto, o hospital é o estigma, lá está.	D	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"Isso é o estigma. Eu lembro-me que, quando terminei o curso e disse que vinha trabalhar aqui para hospital, disseram-me: "Estás maluca?". Não no sentido ser maluca."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Exacto.	D	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	I
"É porque é o que eu gosto. Por exemplo, agora em Coimbra toda a gente sabia que eu tinha trabalhado aqui como enfermeira, porque não tinha nada a esconder, e quando me perguntava onde tinha trabalhado, as pessoas diziam: "ah no Júlio, no Júlio!!!", a brincar no Júlio. Mas isso é o estigma."	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
"É verdade. Ainda hoje, quando digo que trabalho aqui, há sempre um sorrisinho!"	F	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
"E porque há esse estigma?"	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"[estigma da psiquiatria] Porque aconteciam coisas que se calhar…"	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"E depois, antigamente, não havia a medicação que há hoje, não havia a contenção química e havia aquelas salas forradas."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Mas, ó D, mas era muito medo das próprias pessoas adoecerem mentalmente. Tem-se muito medo daquilo que se desconhece, da sida, da loucura. É muito por aí."	I	Desaprovar	Comunicação associativa	Tarefa	D
"Exacto, neste momento…"	D	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	I
"Tu, se calhar, preferes partir as duas pernas do que ter uma depressão."	F	Desaprovar	Comunicação associativa	Tarefa	D
"Mas cada vez há mais depressões…"	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Neste momento nós temos. E aquilo que ouvia falar do que eram os enfermeiros do Júlio de Matos há uns anos atrás e aquilo que eu vejo."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Mas, ó D, olha que eu, havia colegas nossas, colegas que tinham habilitações do quinto ano, segundo ano do ciclo, quarta classe, eram melhores que certos professores universitários. Tinham uma experiência em psiquiatria espectacular."	I	Desaprovar	Comunicação associativa	Tarefa	D
"Olha a O, a T."	F	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	I
"Eram enfermeiras de psiquiatria altamente."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Se os doentes tivessem uma gripe não sabia o que lhe havia de fazer, mas em psiquiatria…"	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"A enfermeira O era uma das tais que, quando vinha o doente, ela dizia é "isto, isto, e isto". E batia direitinho. E a enfermeira T também. Algumas eram muito boas."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
"Eu não ponho isso em causa, o que cada vez mais estamos a ficar mais humanizados. O nosso cuidado com o doente tem evoluído e, se calhar, preocupamo-nos mais com o bem-estar do doente. Acho eu!"	D	Desaprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Mas também concordo com o que a I diz, tem a ver com a formação de cada um, com a pessoa. Antes de ser enfermeira, sou uma pessoa e, portanto, tem a ver com o ser de cada um de nós."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
É isso mesmo.	D	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	F
"[formação como pessoa] Pois é."	I	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	F
"Acho que isso que estão a falar é das coisas mais importantes da nossa prática."	RF	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
" E é importante perceber o que é da nossa prática e o que é dos outros grupos profissionais, porque se não deixamos de fazer algumas coisas que eram nossas."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Nós, por exemplo, fazíamos tantas coisas no Natal. Bem, os doentes também eram diferentes. Eram agudos e crónicos e eram só mulheres."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Eu compreendo isso. Penso que é fundamental, em termos terapêuticos para o doente.	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Agora pedir para assar sardinhas no Santo António para os outros funcionários, isso não é ergoterapia… os enfermeiros têm que assumir o papel de terapeutas, agora não têm que assumir o papel daqueles que têm de fazer tudo a substituir os outros. Eu, nesse esquema de trabalho, não participo."	Ch	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Ataque e fuga	Grupo
"Isto que estamos a reflectir sobre a autonomia dos doentes e das contenções (…)"	Ch	Dar uma informação	Experiência subjectiva individual	Ataque e fuga	Grupo
" (…) e eu como gestor do serviço, e em termos da gestão de material, não posso concordar de maneira nenhuma, que se o enfermeiro coloca duas fraldas para evitar ir ao pé do doente, para estar descansado."	Ch	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Ataque e fuga	Grupo
"Às vezes a gente faz isso. Mas sei porquê e posso explicar."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Ch
"Isso é que é fundamental."	Ch	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	F
"Porque, muitas vezes, o doente está a dormir profundamente e fica encharcado em urina até ao pescoço até de manhã. E o grave é receber o turno de manhã e os doentes terem urina até aos cabelos."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Mas as fraldas agora deixam passar? Antigamente não."	I	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Os doentes urinam muito, principalmente agora de Verão que damos muitos líquidos aos doentes, para não se desidratarem."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	I
"E depois ficam muitas horas deitados, deitam-se às dez horas até às oito horas é muito."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	I
"Uma fralda não chega. Agora vais levantar um doente às quatro da manhã e mudar fraldas?"	F	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Isso não, dá-se medicação para dormir, isso não se pode."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Agora ir levantar os doentes de manhã e têm urina até à ponta dos cabelos como já apanhei mais que um no mesmo dia. Isso é que é grave."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Porque eu quando faço noite, os doentes que eu acho que precisam, eu meto as fraldas. Mas depois, de manhã, vou mudar os doentes e não deixo doentes urinados."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"É estas especificidades que temos de saber analisar, porque num serviço de medicina ou outro temos que mobilizar, mudar de posição, aqui tem que se avaliar situação e doente a doente."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"E não encarar isso como para benefício do próprio enfermeiro. Na avaliação do desempenho, vamos futuramente ter isso em conta: se fazemos isso para o melhor do doente ou se aquela atitude é unicamente para os seu bem-estar próprio."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Por exemplo, a dona M, é uma senhora que não dorme bem, só metemos uma fralda porque, quando vamos dar a volta, ela está sempre acordada e mudamos sempre a fralda. Por exemplo, o A tinha que levar sempre duas porque se o acordávamos, ele não dormia mais nada."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"E a dona L tinha que ser posicionada de três em três horas."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Era"	D	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	F
"Temos que ver as coisas. A CD não foi acordar o ZG?"	Ch	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Estava cá eu"	D	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Não foi acordá-lo?"	F	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Sim, estava com uma perna pendurada fora da cama. Ela disse-lhe: «ponha a perna para cima»."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"E ele foi atrás dela e partiu logo um vidro da porta do corredor para lhe dar um murro."	F	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Pois foi, estava cá eu.	D	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
"Mas estas coisas que tornam isto diferente."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Eu, se visse o ZG ou o A a dormir com a perna pendurada, já não os ia acordar. Cada um é uma situação diferente."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"E eu se visse o ZG encharcado de urina até ao pescoço, eu deixava-o estar."	F	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"É engraçado que conseguimos expressar isto verbalmente (..)	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"(…) e a pena que nós não consigamos passar isso para o papel para dar visibilidade ao nosso trabalho."	Ch	Dar uma sugestão	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Aqui atrás uma jornalista escreveu um livro sobre aquilo que ela tem visto nos bancos de urgência."	Ch	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Visto sobre o ponto de vista dela?"	F	Pedir informação	Comunicação associativa	Tarefa	Ch
"Exactamente."	I	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	F
"Ela andou infiltrada, com as devidas autorizações, a observar as urgências e agora traduziu todos os seus sentimentos, todas as suas vivências no livro."	Ch	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Mas isso será completamente diferente da nossa sensação, das nossas emoções."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"É claro que sim. O nosso sentimento perante, por exemplo, a morte numa reanimação de certeza absoluta é diferente da dela que está a observar."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	F
"O mesmo que aqui a trabalhar, os nossos sentimentos têm que ser diferentes daqueles que vão traduzindo para os livros, falam e dizem mas não passam pelas experiências."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	F
"É como os jornalistas que escreviam sobre S. José. Não é que eles escrevessem mentira, mas a maneira como interpretavam é totalmente diferente de quem lá trabalha. Não tem nada a ver. Em que nós lá tínhamos sessenta doentes, no corredor e tinham que tomar banho numa bacia separados por um biombo. É claro que nós não podíamos fazer melhor, mas quem visse de fora ficava chocado."	F	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Ataque e fuga	Grupo
"É como nós aqui a darmos banhos. Às vezes temos as mulheres todas nuas na casa de banho, a tomarem banho."	D	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
"É como quem faz esta circular informativa, mais uma vez aquilo que nos estão a propor juntar os homens e as mulheres."	Ch	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Ataque e fuga	Grupo
"Isso e retirar os quartos de isolamento para ocupar como vagas."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Quem traduz isto para o papel, não sei. Já havia esta que é relativamente semelhante. Agora fizeram esta."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"É uma desumanização."	F	Aprovar	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Estamos aqui a analisar as coisas. É o meu propósito que os cuidados prestados nesta unidade, quer em todas as unidades de serviço de agudos, se pautem pela boa prática dos serviços de enfermagem."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Agora isto que está aqui a delegar nos enfermeiros, não é vigilância porque nós somos vigilantes todo o dia."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Nós temos aí homens que dormem todos nus."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Isto é uma desumanização."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Eu acho que as coisas são muito organizacionais em termos de instituição e depois há modo de trabalho."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
Eu aqui ainda não tinha tido a experiência de trabalhar num serviço com homens e mulheres, excepto no hospital de dia, e a mim fazia-me uma certa confusão como é que as coisas funcionavam."	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva plural	Tarefa	Grupo
Fazendo uma comparação com C, aqui é tudo fechado, lá não, psiquiatria homens e psiquiatria mulheres são diferentes. É um hospital geral como Santa Maria, e fazia-me confusão como é que os enfermeiros naquele serviço aberto tinham "controle", porque aquilo entravam e saiam estavam logo ao pé do bar ou ao pé dos correios. Na unidade de mulheres, já era diferente porque era tipo uma casinha, tipo isto, mas também tudo aberto. O que eu quero dizer.	I	Dar uma opinião	Experiência subjectiva individual	Tarefa	Grupo
"Como faziam com doentes com internamentos compulsivos?"	F	Pedir informação	Comunicação associativa	Tarefa	I
"E com doentes tipo dona AL?"	D	Pedir informação	Comunicação associativa	Tarefa	I
"Porque realmente isto é um internamento aberto."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Teoricamente é. Mas temos internamentos compulsivos porque é um internamento fechado."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	I
"Nunca me preocupei com isso. Mas isto faz-me confusão ter homens e mulheres, mas estou-me habituando. Termos em unidades separadas isso «vá que não vá»"	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Agora nos mesmos quartos?"	F	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Isso não."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Até em quartos diferentes, na mesma enfermaria, com a mesma casa de banho."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
"Um doente vai a passar com a porta aberta…"	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Estão nus, estão despidos."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Psicopatas, bipolares, é um bocado complicado."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Eu, se estiver a fazer tarde ou noite e for obrigada a fazer isto, eu escrevo no processo do doente, digo que fui obrigada superiormente a fazer isto «assim, assim»."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Quem conhecia o 21 B, estou a agora a lembrar-me, porque é que será que fizeram aquela parede a meio a dividir o corredor? Porque o dinheiro que gastaram nisso é nosso, é dos contribuintes, não é dos administradores."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"[separação de unidades de homens e mulheres] Fizeram sim."	I	Aprovar	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Ch
"Isto porque, durante o dia, os doentes podiam circular e à noite havia uma separação."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Por alguma razão fechamos as enfermarias à noite."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Não sei, A, isto revolta-me. Aquilo que temos feito é melhorar os cuidados e temos tido dificuldades… e tenho o direito de dizer que não a isto."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	RF
"Como as unidades de isoladamente da unidade II deveriam estar sempre livres para quando fossem necessárias."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Eu acho que a humanização dos nossos cuidados em relação aos doentes passam primeiro por nos metermos no lugar deles."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Empaticamente."	I	Desaprovar	Comunicação associativa	Tarefa	F
"Com certeza."	Ch	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Enquanto não nos colocarmos no papel do doente, não conseguimos a humanização dos cuidados."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"[Humanização dos cuidados] Não há sequer preocupação."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"O doente vem do Curry e depois vai para a II e depois para III. É assim, os doentes já estão desorganizados, vão para uma enfermaria, começam a falar com umas enfermeiras, depois…	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Já não pertence aqui, vai para outro lado."	F	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Já não pertence aqui, vai para outro lado, não me faz sentido. Faz sentido ficar num sítio intermédio e depois é que vão para o serviço. É uma confusão e um bocado complicado."	I	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Temos que orientar os doentes e família no tempo e no espaço."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Mas se calhar porque não passarmos estas nossas experiências, isto para o papel. Porque nós, em relação aos outros profissionais, perdemos muito por não dar visibilidade."	I	Dar uma sugestão	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Nós não somos diferentes dos outros. Isto vem da escola, e a escola também está diferente. Na altura nem tínhamos tempo para pensar."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Hoje já vamos pensando, se não é aqui é noutro lado."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Eu acho que temos de dar visibilidade e dar valor ao que fazemos, porque temos uma profissão bonita."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Se calhar o que nos falta é o espírito de grupo como a equipa de rugby. Em que os jogadores são humildes e vão sempre à luta e trabalham sempre equipa. E se calhar o que acontece aos enfermeiros é não trabalhar em equipa. Quer na equipa de enfermagem, quer na equipa multidisciplinar. E há muitas pessoas que só olham para si e não trabalham em equipa."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Nós até trabalhos em equipa."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Nós até somos organizados."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Achas? Um enfermeiro que fez o complemento, fica como está e não ganha mais por isso."	Ch	Desaprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Não sabia."	I	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Ch
"Nos outros há o reconhecimento e na nossa profissão parece que não."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Esse reconhecimento acho que é importante."	RF	Aprovar	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Faz-me confusão que os enfermeiros das escolas de enfermagem deixaram de ser enfermeiros para ser professores. Isto faz-me confusão."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Eu acho que temos de dar visibilidade ao que fazemos."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"Bem, vamos ficar por aqui. Na próxima semana não temos sessão de formação porque estou de férias. Marcamos para daqui a quinze dias."	RF	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Perante determinada circunstancia agiram de uma determinada maneira, e depois são muitas vezes é criticada pelos outros colegas e isso provoca mal-estar àquela pessoa."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	MJ

Unidade Registo	Part.	Interacção comunicacional	Nível de comunicação	Funcionamento emocional	Dirigido a
"Há momentos em que as pessoas, depois de terem agido de determinada maneira, precisam de supervisão ou de alguma ajuda no intuito de remodelar essa atitude."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	MJ
"Nós estamos sempre a promover a autonomia."	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"(…) se efectivamente pela nossa conversa às vezes não se consegue chegar lá, dá-se um comprimido em SOS."	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"(…) dá-se uma injecção em último caso."	I	Dar uma informação	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Nós não temos por hábito agredir os doentes, não temos por hábito amarrar doentes. Quer dizer, se o fazemos, é por algum motivo e acho que as pessoas têm que perceber (…)"	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"[conter os doentes] Se calhar, o hospital da fama já não se livra…"	D	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"(…) Por exemplo, a ergoterapia que era nossa, agora é também dos terapeutas ocupacionais. E nós não podemos de deixar de o fazer. Aqui no Júlio, a ergoterapia, éramos nós!	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"[Temos que ver as coisas.] A CD não foi acordar o ZG?"	Ch	Pedir uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"(…) Termos em unidades separadas isso «vá que não vá»"	I	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo
"Eu não gostaria de ser transportada às três ou quatro da manhã com uns chinelos de papel, com chuva e um pijama e uma bata de papel. Fez medicação para acalmar e para dormir. Eu não gostaria disso."	F	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Ataque e fuga	Grupo
"[Nós não somos diferentes dos outros.] Isto vem da escola, e a escola também está diferente. Na altura nem tínhamos tempo para pensar."	Ch	Dar uma opinião	Comunicação associativa	Tarefa	Grupo