



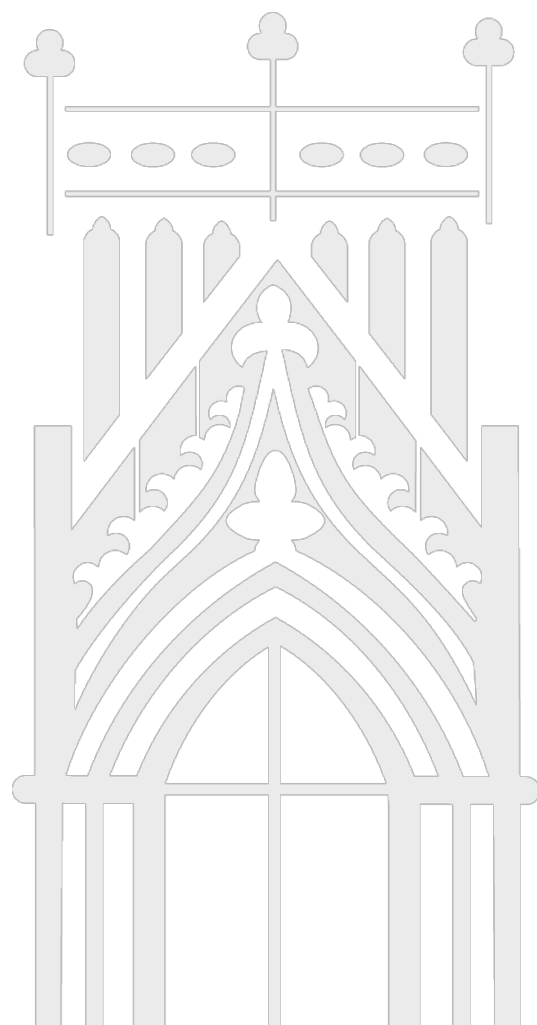
IPG Politécnico
| da | Guarda
Polytechnic
of Guarda

Mestrado em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Representação Social do Enfermeiro para a
Criança em Idade Escolar

Paula Cristina Caldeira Marques

abril | 2014



Escola Superior
de Saúde



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Representação Social do Enfermeiro para a Criança em Idade Escolar

Paula Cristina Caldeira Marques

Guarda

2014



Escola Superior de Saúde

Instituto Politécnico da Guarda

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Representação Social do Enfermeiro para a Criança em Idade Escolar

Dissertação elaborada para obtenção do grau de Mestre
em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Autor: Paula Cristina Caldeira Marques

Orientador: Professora Doutora Fernanda Maria Trindade Lopes

Co-Orientador: Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta

Guarda

2014

ABREVIATURAS

Ed. – Edição

Et al – et alli; e outros

Prof. – Professora

Rev. – Revista

Vol. - Volume

SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGIDC – Direção Geral da Educação

DGS – Direção Geral da Saúde

DL – Decreto-lei

EB – Escola Básica

FIC – Family of International of Classification

GT – Grounded Theory

IAC – Instituto de Apoio à criança

ICN – Conselho Internacional dos Enfermeiros

NHB – Necessidades Humanas Básicas

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO - World Health Organization

Ao Jaime
à Margarida
Ao Francisco
pelas horas não dedicadas
e suas por direito,
que tão bem compreenderam
e aceitaram as minhas longas ausências
mesmo quando presente,
pelo incentivo, por acreditarem em mim e por
estarem comigo ao longo de todo este trabalho

Como se agradece a amizade, a partilha do saber e da experiência, a simpatia e o interesse para ajudar a encontrar o nosso caminho, que por vezes, de tão exposto ao olhar nos parece invisível?

É difícil registar o que pensamos, quando chegamos ao fim de um percurso que de tão longo, nos pareceu curto, mas tão grandioso quanto gratificante pelo que nos permitiu viver e aprender.

À Professora Doutora Fernanda Lopes, orientadora deste trabalho, pelo saber que comigo partilhou e me fez pensar o caminho percorrido e pelas importantes orientações.

À Professora Doutora Paula Sapeta por me dar a oportunidade e privilégio de alguns momentos na sua companhia para discutir dados e angústias de percurso, sem cujo saber e disponibilidade eu não conseguiria usar o programa informático de análise de dados, pela simpatia, pelo estímulo, pela confiança que sempre demonstrou para comigo, pelo dom de ver com inteligência, mas também com o coração.

À En^{fa} Bárbara, por tudo o que passámos juntas neste percurso difícil, pelas horas de boa disposição e especialmente, pelo ombro amigo...obrigada.

Ao meu amigo de todos os dias Carlos Matos, que *apesar* do seu trabalho académico e do trabalho na escola, nunca se escusou a ajudar e a quem devo a digitalização dos desenhos, pela criatividade e profissionalismo, que sempre o acompanham, pela verdadeira amizade.

Aos amigos que sempre estiveram presentes, pela ajuda nos momentos difíceis.

A todos os professores e funcionários da Escola EB1 Faria de Vasconcelos, que tão bem nos receberam e acarinharam, pela disponibilidade demonstrada na recolha de dados.

Aos meus pais pela vida, incentivo e **por** colaboraram e acalentaram este meu percurso de vida.

À minha família por todo o apoio incondicional.

A todos quantos direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo...Muito obrigada.

Em especial às crianças, pelas suas partilhas e confidências que deram vida a este trabalho, por me dedicarem com tanto carinho o seu precioso tempo e por me fazerem sentir que é por elas que sinto orgulho em ser Enfermeira...

É preciso saber olhar para os olhos de uma criança para saber o que lhe vai na alma.

Torrente Ballester

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Amostra de participantes.....	75
Figura 2 – Funções específicas do enfermeiro.....	76
Figura 3 – Áreas de ação do enfermeiro.....	85
Figura 4 – Verbos de ação.....	88
Figura 5 – Alvo de Cuidados.....	89
Figura 6 – Características do enfermeiro.....	93
Figura 7 – Dimensão humana e relacional do enfermeiro.....	95
Figura 8 – Fontes de Informação.....	98
Figura 9 – Cenários vividos ou presenciados pelas crianças.....	102
Figura 10 – Instrumentos; Materiais utilizados.....	108
Figura 11 – Confusão com outra profissão.....	110
Figura 12 – Importância do enfermeiro.....	114
Figura 13 – Representação social do enfermeiro.....	120

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Entrevista E 2-13.....	70

RESUMO

Os desafios que se colocam hoje à profissão de enfermagem são muitos e não podem ser ganhos sem uma nova atitude profissional e institucional perante a profissão. Neste sentido, a necessidade de se refletir sobre a profissão de Enfermagem, levou a enveredar pelo “campo” das representações sociais, considerando que a representação social é uma forma específica de conhecimento, o conhecimento prático, que cada um de nós constrói tendo em vista a adequação do comportamento individual/social.

Com o intuito de conhecer a representação social do enfermeiro, para as crianças em idade escolar, optou-se por um estudo de natureza analítica, indutivo e construtivista, adotando a técnica de análise de dados da Grounded Theory. Esta técnica pareceu ser a mais indicada pois permite, partindo da perspetiva dos participantes, a produção de conhecimento através de um processo indutivo. Como instrumentos de colheita de dados, serão utilizados a entrevista semi-estruturada, auxiliada pelo desenho.

De facto, existe um sentimento de que, apesar da vertente técnica ser fundamental e valorizada, a vertente relacional é a mais valorizada pelas crianças, uma vez que é através dela que os enfermeiros estabelecem relações com os utentes, visando o seu cuidado como ser único. Esta questão assume particular importância no que se refere à interação enfermeiro-criança.

Palavras-chave: Enfermagem, Representação Social, Criança, Grounded Theory

ABSTRACT

The challenges facing the nursing profession today are many and can not be won without a new professional and institutional attitude towards the profession. In that sense, the need to reflect on the profession of Nursing, led the plunge into the "field" of social representations, whereas the social representation is a specific form of knowledge, practical knowledge, that each of us constructs a view the adequacy of the individual / social behavior.

Aiming to meet the social representation of nurses for children of school age, it was decided by a study of analytical, inductive and constructive nature, adopting the technique of data analysis of Grounded Theory. This technique appeared to be the most suitable because it allows, starting from the perspective of the participants, the production of knowledge through an inductive process. As instruments of data collection, the semi-structured interview, aided by the design will be used.

In fact, there is a feeling that, despite the technical aspect is fundamental and valued the relational aspect is valued by the children, since it is through it that nurses establish relationships with clients, targeting their care as being unique. This question is of particular importance with regard to nurse-child interaction.

Keywords: Nursing, Social Representation, Child, Grounded Theory

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1 – ENFERMAGEM: DO PASSADO AO FUTURO	19
1.1 – NECESSIDADE DE UMA IDENTIDADE.....	23
1.2 - COMPETÊNCIAS E QUALIDADES DE SER ENFERMEIRO.....	28
2 - REPRESENTAÇÃO SOCIAL.....	31
2.1 – FORMAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	33
2.3 – REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	38
3 - A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR	41
3.1 - A CRIANÇA UTENTE DOS CUIDADOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM	47
3.2 - O PAPEL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA	49
4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	59
4.1 – PROBLEMÁTICA E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	59
4.2 – TIPO DE ESTUDO E DESENHO DA INVESTIGAÇÃO	60
4.3 – CONTEXTO E SELEÇÃO DE PARTICIPANTES	64
4.4 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	65
4.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	66
4.6 – RECOLHA DE DADOS	67
4.7 – PROCEDIMENTOS DE ORDENAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	69
5 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
5. 1 - O CONTEXTO	74
5.2 – A ESTRUTURA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO ENFERMEIRO PARA AS CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR	75
6 – CONCLUSÕES.....	127
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	136
APÊNDICE I – Guião da entrevista	164

apêndice II – Pedido de autorização à DGIDC.....	166
APÊNDICE III – Pedido de autorização aos pais	169

INTRODUÇÃO

Hoje e cada vez mais, a investigação representa um papel determinante no desenvolvimento e na consolidação de novos conhecimentos, conceito que também se aplica à Enfermagem. Os profissionais de enfermagem têm reconhecido a necessidade de desenvolver o seu conhecimento científico e a sua aplicação prática ao nível dos cuidados que prestam.

A Enfermagem, como profissão, não é recente na história da humanidade. Desde sempre foi necessário que alguém velasse pelo outro, como nos diz Collière (2003: 27), “desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida para que ela possa permanecer”.

O conceito de cuidar sempre se revestiu de grande importância para os teóricos de enfermagem. Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (2010) falam mesmo numa escola do pensamento de enfermagem designada por “Escola do cuidar” cujos expoentes máximos são Madeleine Leininger e Jean Watson. À semelhança de Watson e Smith (2002), Meleis (2005: 455) alerta para as diferentes leituras que se podem fazer, todas elas revestidas de conteúdo e verdade, mas colocando a ênfase nos desenvolvimentos da “enfermagem como ciência do cuidar”.

Para cuidar, conceito transdisciplinar não exclusivo da enfermagem, os enfermeiros necessitam aprofundar este conceito de assentar a sua prestação de cuidados na valorização do conhecimento e de estabelecer uma relação de ajuda com todos os que os rodeiam. Os enfermeiros terão que adequar as suas práticas, acreditar em si próprios e encontrar o equilíbrio entre as suas aspirações, as suas competências e as expectativas da população em relação à sua intervenção.

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril) reconhece-se finalmente a enfermagem como profissão autónoma, tornando-se assim um grupo com uma área de saber útil à sociedade e com um campo de intervenção autónomo regidos pelas orientações preconizadas no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE (DL nº 161/96 de 4 de Setembro). Este documento legal regulamentou o exercício da profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções assim como as regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros (Nunes, 2003).

A profissão é hoje autónoma e os enfermeiros desempenham, nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, um papel determinante, pela qualidade do desempenho, pelo cuidar contínuo de todos os que a ele recorrem procurando ajuda, e pela interação que estabelecem com os que os rodeiam, zelando pelo seu bem-estar. Apesar de se saber que há

ainda muito a construir e a melhorar, a profissão de enfermagem está no caminho certo, evoluindo, como poucas nos últimos 50 anos, para uma profissão essencial no panorama das profissões de saúde. Mas a realidade formal não parece ainda ter, a nível da representação social, a mesma força.

De uma forma ampla, a representação social pode ser considerada como uma forma de organizar o nosso conhecimento da realidade e de que forma ela é socialmente construída. Assim, a representação social que a sociedade tem acerca do enfermeiro é resultante do processo da sua atividade mental, tendo em conta o passado e o presente, que lhe permita reconstruir o real com o qual é confrontado, pelo que ouve, pelo que observa e pela experiência de vida. Atribui-lhe uma significação específica que se pode manifestar através da sua opinião acerca do enfermeiro, da sua competência técnica e relacional, das suas características físicas e de personalidade, assim como dos atributos simbólicos da profissão ou estereótipos (Hesbeen, 2004; Abric, 2011).

De certa forma, é necessário enquadrar a forma como foi estudada a representação social à luz da teoria subjacente. Com Moscovici (2007: 101), a representação social é vista como “...um sistema de valores, noções e práticas relativos a objetos, aspetos ou dimensões do meio social, que não só permite a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, mas que constitui (...) um instrumento de orientação da perceção de situações e de elaboração de respostas”. Jodelet (cit. por Vala, 2006: 458) define as representações como sendo “uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático de contribuir para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Quando as pessoas passam pelas experiências e são confrontadas com a realidade, surge, por vezes, a necessidade de alterarem um conceito ou uma ideologia formalizada ou mesmo transmitida do passado. Cada pessoa tem a sua conceção proveniente de comunicações quotidianas ou pelo pensamento da própria sociedade onde estão inseridas. Novos e velhos, cada qual terá a sua opinião e a sua imagem formadas.

A Enfermagem como profissão tem vindo a transformar-se com o intuito de responder às necessidades dos utentes e às exigências dos novos conhecimentos da sociedade cada vez mais informada e reivindicativa. Isto é ainda mais relevante quando esses utentes são crianças.

Diariamente, os enfermeiros têm um desempenho que abrange diferentes áreas de atuação, nomeadamente prestação de cuidados diretos ao utente, gestão, formação e investigação. Esta diversificação de funções e papéis desempenhados deveria refletir-se na imagem da profissão, conduzindo-a a uma visibilidade social específica (Sales, 2008). No entanto, continuamos sem saber qual o “valor social” da prática de enfermagem para a

população em geral e em particular para as crianças, que de certa forma proporciona um conjunto de interrogações no dia-a-dia do desenvolvimento das atividades profissionais dos enfermeiros.

Que conceção tem a criança do enfermeiro? Assumindo ela um carácter especial como foco da prestação de cuidados de enfermagem, qual é, para ela, a representação social que o enfermeiro tem?

A criança é depositária de um caudal de aptidões valiosas. Ela pretende aprofundar as perceções, despertar conceitos, conquistar a atenção e aumentar a capacidade de concentração. Treina a capacidade de observação, estimula o interesse, ativa a compreensão, exercita a memória e impulsiona a fantasia. Assim, o despertar, o manter e o cuidar dessas aptidões depende, sobretudo, de todas as pessoas que atuam sobre elas: pais, familiares, amigos, professores e, em determinadas ocasiões, o enfermeiro. Todos eles podem contribuir de forma valiosa para o seu desempenho cognitivo e para a estruturação da sua personalidade, mas a sua intervenção também pode degenerar em algo negativo pois a criança vai registando um certo número de impressões, recordações e vivências que podem ser determinantes na vida adulta (Diogo e Rodrigues, 2002).

Em muitas ocasiões, ouvimos os pais ameaçarem a criança com a célebre frase popular: "...se não te portas bem, levas uma pica...", o que pode gerar medo na criança. Não raramente, o enfermeiro é visto como alguém que pune (Lebovici, Diatkine e Soule, 2004). Só quando a criança começa a deixar, pouco a pouco, o estado de semiconsciência, que ocorrerá durante o estágio das operações concretas (Piaget, 1975 cit. por Lourenço, 2010), aprende a conhecer esse medo. Nesta fase, da idade escolar, a criança adquire atitudes de autonomia pessoal e moral, a sua relação com o mundo exterior assume um carácter voluntário de cooperação que se traduz na aceitação e cumprimento de regras mutuamente estabelecidas (Dubar, 2006), interiorizando regras de socialização. Há uma grande alteração na inteligência da criança, em que ela passa a relacionar os factos com a realidade e a procurar respostas para estes.

A infância parece constituir uma fase crucial do ciclo de vida dos indivíduos, no seio da qual se torna pertinente, como instrumento de cognição, socialização e de comunicação, auscultar os conteúdos das representações que se formam na interação da criança com o seu meio socializador.

Então, se as representações se elaboram a partir das interações que a criança estabelece com o seu meio de pertença social, o conceito de socialização, segundo Chombart de Lauwe e Feuerhahn (2001), pode ser definido como a expressão de produtos psicológicos e sociais,

cuja articulação contribui de forma decisiva e inequívoca para o desenvolvimento da criança como ser individual e social.

Contudo, a ênfase analítica da idade escolar e a pertinência do estudo das representações sociais prende-se, sobretudo, com a complexidade da sociedade atual e a dinâmica das transformações sociais, cujo processo deixa de estar sujeito a regras bem definidas e a mecanismos perfeitamente identificáveis para se assumir com um vasto campo de interação, onde aspetos novos de existência alargam, reajustam e veiculam representações que transcendem a experiência e as práticas reais dos indivíduos (Chombart de Lauwe e Feuerhahn, 2001). Esta questão assume particular relevância no que se refere à interação criança-enfermeiro.

As crianças não são adultos pequenos mas indivíduos especiais com mentes, corpos e necessidades únicas. São seres em construção e em desenvolvimento.

A idade escolar é uma época fundamental em que a criança sofre importantes transformações em termos físicos, cognitivos e psicossociais. Há um desenvolvimento acentuado nas suas capacidades de executar atividades físicas complexas, a inteligência desenvolve-se muito rapidamente e a criança sentirá novas emoções e aprenderá novas formas de as expressar, desenvolvendo um sentido de identidade (Barradas, 2011).

As crianças em idade escolar dependem menos do que veem e mais do que sabem quando se defrontam com novos problemas (Papalia, Olds e Feldman, 2006). Elas querem explicações e motivos para tudo, precisam saber o que vai acontecer, para quê e porquê a elas especificamente. Preocupam-se um pouco mais com a sua integridade corporal, o que as torna supersensíveis a qualquer coisa que constitua uma ameaça ou à simples sugestão de ferimento. Na medida em que a meta de atingir a independência é tão importante para elas, são relutantes em procurar a ajuda dos pais ou o apoio de outros adultos por medo de parecerem fracas, infantis ou dependentes. As expectativas culturais de ‘agir como um homem’ ou de ser ‘corajoso e forte’ pesam muito sobre estas crianças, especialmente os meninos, que tendem a reagir ao stresse com indiferença, isolamento ou aceitação passiva (Hockenberry e Wilson, 2014). Outras vezes, a válvula de escape são sentimentos de raiva, hostilidade, irritabilidade e agressão em relação aos pais, irmãos ou amigos.

Apesar dos extraordinários avanços no cuidado pediátrico, muitas das intervenções que propiciam a prevenção e/ou a cura de doenças são traumáticas, dolorosas, perturbadoras e assustadoras. Infelizmente, o mito do trauma das intervenções clínicas não tem acompanhado os avanços tecnológicos. Os profissionais de saúde e os enfermeiros em particular, têm que ter consciência do stresse ao lidar com crianças, doentes ou não, e seus familiares. Têm que se

empenhar no sentido de providenciarem intervenções que sejam seguras, eficazes e úteis e tentar proporcionar cuidado atraumático (Hockenberry e Wilson, 2014).

Uma experiência de hospitalização pode ser demasiado perturbadora, mas se o impacto for positivo, e a relação com o enfermeiro for apoiante e de segurança, a criança adquirirá um maior controlo sobre si, o que lhe permitirá envolver-se de forma mais intensa no mundo exterior desenvolvendo autoconfiança e autoestima ao invés de frustração (Diogo e Rodrigues, 2002; Goleman, 2010).

Não parece, pois, despropositado afirmar quão imprescindível se torna aprofundar o conhecimento que as crianças possuem da representação social do enfermeiro, no intuito de poder fornecer caminhos inovadores ou uma nova dinâmica na prestação de cuidados de enfermagem. As gerações mais jovens são certamente portadoras de elementos pertinentes para eventuais transformações ou inovações no âmbito do desenvolvimento dos cuidados de enfermagem. Embora já existam trabalhos na área da representação social do enfermeiro em diversas populações, desconhece-se a existência de trabalhos na perspetiva da criança.

Tendo em conta a temática escolhida, orientámos este trabalho sobre alguns pontos que nos pareceram fundamentais. O presente trabalho está organizado segundo o percurso cronológico seguido, e está dividido em duas partes: o enquadramento teórico e o metodológico. O primeiro encontra-se dividido em três capítulos. Assim no primeiro capítulo, fazemos uma abordagem à enfermagem e, em especial, ao cuidar, passando pela identidade da enfermagem, bem como pelas competências e qualidades de ser enfermeiro. O segundo capítulo, integra uma reflexão sobre as representações sociais, suas funções e onde abordamos a representação social da profissão de enfermagem. No terceiro capítulo, fazemos referência à criança em idade escolar e à sua perspetiva como utente dos cuidados de saúde e de enfermagem, completando o capítulo o papel do enfermeiro enquanto prestador de cuidados.

A Parte II inclui o enquadramento metodológico dividido em dois capítulos: os procedimentos metodológicos subdividido em sete subcapítulos e a apresentação, análise e discussão dos resultados. No quarto capítulo especificamos a tomada de decisão e delimitamos os objetivos do estudo, desenvolvemos o percurso metodológico da investigação qualitativa com particular ênfase na Grounded Theory, definimos o contexto do estudo e descrevemos a forma como foi efetuada a seleção dos participantes, relatamos os instrumentos de recolha de dados (entrevista complementada com o desenho) e a forma como decorreram as entrevistas, abordamos os procedimentos éticos, fazemos a descrição pormenorizada da fase da recolha de dados e como obedecemos aos critérios de rigor metodológico. Os procedimentos de ordenação e análise dos dados obrigaram a um constante movimento de avanços e recuos na procura de conceitos, na sua agregação e conseqüente categorização,

processo que colmatou na apresentação, análise e discussão dos resultados descritos no quinto capítulo da metodologia. Neste capítulo, serviram de guia os objetivos do estudo que permitiram tirar as elações referentes à perspectiva das crianças face à representação social do enfermeiro. Finalmente, as conclusões onde se concentram os principais conceitos, categorias e eixos, e onde se tecem as considerações finais.

Podemos compreender os cuidados de enfermagem através das crianças, como um caminho útil e a percorrer. Da investigação empírica surgiram expressões significativas atribuídas aos cuidados de enfermagem que nos ajudaram a tornar visíveis aspetos específicos destes, e assim o enfermeiro ao tomar conta, chama a si a responsabilidade para relembrar às pessoas, o quanto é importante aquele cuidado, e o que ele contribui para a melhoria do seu bem-estar.

Na criação deste trabalho recorremos, como fonte de informação, a livros e artigos científicos originais dos autores de referência, a publicações periódicas conseguidas através da Biblioteca do Conhecimento Online B One; PubMed; SAGE; EBSCO/HOST; NCBI; BAES e URBE. Como complemento, servimo-nos do motor de pesquisa Google. Para efetuar as referências bibliográficas usámos as normas da *American Psychological Association* (APA).

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – ENFERMAGEM: DO PASSADO AO FUTURO

Enfermagem é a profissão que na área da saúde tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingirem a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível... (OE, 1996: 3)

A conjugação dos dois termos “Enfermagem” e “Profissão” torna-se a base para um longo caminhar... a enfermagem tornada profissão.

Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa utente dos cuidados de Enfermagem (OE, Conselho de enfermagem, 2001: 10)

A prática dos cuidados de Enfermagem fizeram o seu trajeto evolutivo ao longo dos anos mas assentaram num ponto essencial – o cuidado ao outro, centrando a sua intervenção na pessoa que pretende cuidar, não descurando a família e/ou comunidade (OE, Conselho de Enfermagem, 2001). “A ação de Enfermagem situa-se, por um lado, em relação a tudo que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo que revitaliza alguém que está doente” (Collière, 2002: 285).

O percurso histórico da Enfermagem tem sido cronologicamente longo e muito demorado na sua aceitação como uma profissão de estatuto reconhecido por parte das sociedades. O modo como tem atravessado os tempos e se tem deixado atravessar por correntes ideológicas e filosóficas, tem contribuído para, por vezes, retirar ao olhar público toda a importância do âmago da sua existência: o cuidar.

A Enfermagem, como profissão, não é recente na história da humanidade. Desde sempre foi necessário que alguém velasse pelo outro, como diz Collière (2003: 27) porque é preciso “tomar conta da vida para que ela continue e permaneça”. Enquadrado ainda neste pensamento, “velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de atos que têm por fim e por função, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir reproduzirem-se e perpetuar a vida do grupo” (Collière, 2002: 29). Considerada por historiadores e antropólogos como a primeira forma de manifestação no homem do cuidado, Donahue (2010) refere que a proteção materna instintiva se destacou no processo de cuidar.

A história dos cuidados remonta aos primórdios da humanidade, na idade das cavernas, altura em que a mulher já fazia curativos ao homem que se ferira na caça. Nos primeiros séculos da era cristã, num período marcado pela devastação e guerras, as práticas de cuidados sofreram profundas mudanças pois o cuidado ao próximo abarca um sentimento de afeto, preocupação, solidariedade e responsabilidade. Assim, com o advento do Cristianismo e, em razão da forte motivação que induzia as mulheres para a caridade, proteção e assistência aos doentes e amor ao próximo, os conhecimentos relacionados com as práticas das mulheres foram postos em causa, uma vez que colidiam com a visão monoteísta da Igreja Católica, pelo que a Enfermagem surge como uma prática empírica, desvinculada do conhecimento científico (Geovanini, Moreira, Schoeller e Machado, 2002; Lopes, 2006). Os cuidados eram centrados nas necessidades dos indivíduos e integrados na vida da comunidade, e eram o resultado da experiência transmitida oralmente de geração em geração.

Com a Revolução Industrial e o crescimento concomitante da classe média, o número de clientes dos cuidados de saúde aumentou, sobretudo os que tinham possibilidades económicas para pagar esses cuidados. Passou a ser assunto de interesse geral a nível das cidades de muitos países industrializados, conservar homens, mulheres e até crianças com uma boa saúde, visando rentabilizar ao máximo as suas potencialidades de trabalho, ou seja, importava tratar mas também prevenir a doença e promover a saúde. Na segunda metade do séc. XIX, em Inglaterra, começam a surgir dois argumentos que serão cruciais na constituição da Enfermagem como profissão: o de que os profissionais de Enfermagem precisavam de treino e de que os doentes precisavam de prestadores de cuidados à cabeceira, de forma continuada (Abbot e Wallace, 2005). A transformação da Enfermagem numa profissão é atribuída a Florence Nightingale. “É reconhecida uma rutura na ideia social da Enfermagem nos finais do séc. XIX – a “revolução” da Enfermagem científica, ligada à figura e à obra de Florence Nightingale (...) É com ela que se fixa o aparecimento formal da Enfermagem moderna, em 1860, cujo principal objetivo visava “a arte de cuidar do doente” (Nunes, 2003: 9).

Florence Nightingale definiu a Enfermagem como uma arte e uma ciência que requer uma educação formal, organizada e científica, exigindo do profissional, conhecimento, vocação e elevado padrão moral e de sentimentos, bem como o desenvolvimento do potencial intuitivo e criativo. Emerge a noção de ações de Enfermagem, entendidas como “cuidar – educar – pesquisar, numa perspetiva predominantemente preventiva” (Nightingale, 2005: 171). As reformas que instituiu tiveram início nos hospitais voluntários e as enfermeiras dos albergues/hospitais passaram a ser instruídas. Na escola que criou, treinou-as na obediência, para que, na divisão do trabalho entre enfermeiras e médicos, fossem vistas e se vissem a si

próprias, como subordinadas dos médicos e sob o controle da Medicina (Soares e Freitas, 2001; Abbot e Wallace, 2005). Nos seus textos figuram conceitos fundamentais como cuidado, pessoa, saúde e ambiente, que desde essa altura são relacionados com as representações que os indivíduos têm acerca da vida, da morte, do mundo e das relações entre o corpo e o espírito (Soares e Freitas, 2001; Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (2010).

A Enfermagem passou a ser vista como uma atividade essencial à saúde e bem-estar das pessoas, quer tenham sido diagnosticadas como doentes ou não, pelo médico. Com o advento da Medicina científica, nos finais do séc. XIX e princípios do séc. XX, ocorreu mais uma alteração profunda a nível da prestação de cuidados. Nessa época, eram os médicos que careciam de pessoas que os ajudassem e os substituíssem em algumas tarefas consideradas menores, papel que foi assumido pelas enfermeiras, permitindo-lhes o acesso e a partilha do saber médico, mas que não lhes garantiu a autonomia (Collière, 2003; Meleis, 2005; Kérouac *et al*, 2010). A enfermeira deveria trabalhar com zelo e dedicação, espírito de sacrifício e caridade pelo doente, bem como dedicação e respeito pelo médico (detentor do saber, quem decide, controla e ordena). Não era esperado que desenvolvesse qualquer espírito crítico, curiosidade ou interrogação (Collière, 2002). Esta perspetiva, segundo Barcelos (2007), procurava assegurar qualidades que fornecessem garantias de uma obrigação moral ou dever de serviço, fundamentados numa vocação semelhante à religiosa.

Só a partir de meados do séc. XX, os enfermeiros deram início ao processo de autonomização da Enfermagem como disciplina e profissão. Esta transformação dá-se com Virgínia Henderson quando, nos anos 60, define a prestação dos cuidados de Enfermagem como a assistência ao indivíduo doente ou são, ajudando-o no desempenho das atividades que contribuam para manter ou recuperar a sua saúde ou ainda, lhe proporcionar uma morte serena (Queirós, 2008). Verifica-se assim que, pela primeira vez, o centro dos cuidados passa a ser o indivíduo são ou doente, e não a doença ou apenas o indivíduo doente.

Nas décadas de 70-80 do séc. XX, surge uma nova ideologia profissional baseada na competência técnica, em que o enfermeiro adquire conhecimentos, de fonte médica. A tecnicidade passa a ser um objetivo da sua formação, uma via de acessibilidade ao conhecimento médico e também, uma compensação para a servidão nos cuidados aos doentes (Collière, 2002). Já no final dos anos 70, a Enfermagem é a *arte* que tem como condição a vida humana, em que a atividade de *cuidar* surge da interação humana na prestação de cuidados de Enfermagem (Watson, 2002a). Watson considera que existe *arte* quando, para além do cuidado, o enfermeiro experimenta ou percebe os sentimentos dos outros e é capaz de

os identificar e de os expressar, uma vez que não se trata de procurar dar sentido ao cuidado de enfermagem mas que cada cuidado tenha sentido para o indivíduo.

No final dos anos 80, quer a nível da formação, quer a nível da prática, começa a falar-se de valores como a humanização dos cuidados no Homem, a autonomia da Enfermagem, deveres e direitos dos enfermeiros e dos doentes, mas com pouca tradução na prática do dia-a-dia.

Nos anos 90, os enfermeiros são confrontados com dilemas de dificuldade crescente que apelam para tomadas de decisão cada vez mais exigentes devido ao aumento da complexidade das situações com que se deparam na prática, tornando-se pertinente a formação centrada nos valores que orientam a prática dos cuidados. Foi também nesta década que surgiu um grande esforço para autonomizar a profissão com uma grande produção teórica em Enfermagem, analisando e aprofundando várias teorias e modelos de ação e das práticas dos cuidados.

Com o DL nº 161/96 de 4 de Setembro, é publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) que veio reforçar a oportunidade dos enfermeiros se debruçarem sobre os princípios de atuação fundamentados numa moral de cooperação e respeito mútuos, nos valores e na ética, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais. Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) em 1998 (DL nº 104/98 de 21 de Abril) reconhece-se finalmente a Enfermagem como profissão autónoma, tornando-se assim num grupo com uma área de saber útil à sociedade e com um campo de intervenção autónomo. Entre as atribuições da OE, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem, regulamentar e controlar o exercício da profissão de Enfermagem e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

Em 2010, o Conselho Internacional dos Enfermeiros (ICN) anunciou a inclusão, por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) na WHO-FIC (grupo de classificações internacionais da OMS), o que permitiu dotar aquele grupo de documentos com uma linguagem unificada de Enfermagem, facilitando a interpretação e o cruzamento de várias terminologias, sendo fundamental para os processos de decisão e desenvolvimento de políticas de saúde (WHO, 2010).

O enfermeiro, face às exigências do quotidiano, tem a necessidade profissional de conhecer e entender os fenómenos sociais subjacentes ao exercício da sua profissão para que possa saber qual a sua representação na hierarquia da sociedade em que está inserido.

Apesar da recente demarcação e evolução da profissão de Enfermagem, há ainda muito pouca visibilidade social, continuando com dificuldades em afirmar a sua autonomia. Já

em 1989, Collière referia que, explicitar a natureza dos cuidados prestados, continua a ser uma condição imperiosa para o reconhecimento de uma identidade profissional.

1.1 – NECESSIDADE DE UMA IDENTIDADE

A identidade é um conceito que inclui o caráter do que é idêntico (relacionando-se com a semelhança ao outro), mas também inclui o que é único e distinto de outros. A noção de identidade é algo que frequentemente partilhamos e que de uma forma permanente assegura a unidade de um conjunto de valores e crenças, encontrando-se na base do reconhecimento social. Assim, a problemática da identidade torna-se o cerne para a análise dos fenómenos de transformação social e profissional (Abreu cit. por Esteves, 2012).

Nesta perspetiva, as representações que o enfermeiro tem da sua profissão vão influenciar a imagem por ele transmitida uma vez que as conceções que os enfermeiros constroem da sua profissão são, simultaneamente, produtos e condições de representações que se vão refletir na forma como a sociedade interpreta e vê os cuidados de Enfermagem. Abreu (cit. por Esteves, 2012) considera ainda que a representação que o enfermeiro tem da profissão, refletida no seu agir, permite orientar a imagem que outros têm destes profissionais. Deste modo, podemos perceber que as representações e as lógicas internas das profissões condicionam a imagem social de uma profissão.

A necessidade dos enfermeiros clarificarem a especificidade dos serviços que prestam à comunidade motivou alguns teóricos de Enfermagem a elaborarem modelos conceituais para a sua profissão (Kèrouac *et al*, 2010). Embora não seja, ainda, reconhecido socialmente o seu valor, desde Florence Nightingale, estas conceções de Enfermagem, que têm orientado a profissão, são fundamentais para a compreensão da natureza dos cuidados de Enfermagem. Existe a perceção de que a Enfermagem é uma profissão fundamental para a sociedade, uma vez que a sua atividade é relevante para a promoção, o reequilíbrio e a manutenção da saúde de cada cidadão (Sousa; Santos; Costa e Rodrigues, 2004).

Os modelos conceituais orientam a prática dos enfermeiros mas também servem como guia para a investigação, formação e gestão dos cuidados de enfermagem. Servem para precisar os elementos essenciais da formação dos enfermeiros, para definir os fenómenos de interesse para a investigação em Enfermagem, assim como as atividades de cuidados e as consequências que destas se esperam para a gestão dos cuidados (Cullum, Ciliska e Haynes, 2010).

Tomey e AlliGood (2004) consideram um modelo, uma ideia que se explica através da visualização física ou simbólica. Os modelos podem ser utilizados para delinear o processo de investigação ou para tornar mais fácil o pensar nos conceitos e as relações existentes entre eles. Percursos para a elaboração de teorias em ciências de Enfermagem, os modelos conceituais oferecem uma perspectiva única a partir da qual os enfermeiros podem desenvolver os conhecimentos para a sua prática (Fawcet cit. por Kèrouac *et al*, 2010).

Kèrouac *et al* (2010) estudaram a evolução das escolas de pensamento em Enfermagem e englobaram os modelos teóricos da prestação de cuidados de Enfermagem em três paradigmas: categorização, integração e transformação.

O paradigma da categorização poderá localizar-se ainda no séc. XIX, altura em que começaram a identificar alguns agentes patogénicos e se estabelece a sua relação com algumas doenças. Para Lopes (2006), este paradigma perspectiva os fenómenos de forma isolada, não inseridos no seu contexto, entendendo-se dotados de propriedades definíveis e mensuráveis. O pensamento está orientado de forma a encontrar uma causa para as doenças e da associação entre essa causa e uma determinada doença ou quadro sintomatológico com características bem definidas, mensuráveis e categorizáveis. Este paradigma inspirou fundamentalmente uma orientação centrada na saúde pública e outra orientada para a doença, em que o indivíduo é visto apenas como o portador da doença e não o alvo dos cuidados de saúde. Florence Nightingale foi um marco para a primeira orientação, uma vez que, para ela, saúde não era apenas a mera ausência de doença, os cuidados de enfermagem estavam fortemente ligados à prática médica, centravam-se igualmente no controle da doença e tinham como finalidade proporcionar ao organismo as condições ambientais para a manutenção da saúde (Kèrouac *et al*, 2010).

Com a evolução técnica e científica e seguindo a segunda orientação, surge o modelo biomédico em que os médicos passam a delegar tarefas de rotina para os enfermeiros. Os cuidados são orientados para problemas, limitações e incapacidades das pessoas. A formação e a praxis da Enfermagem foram caracterizadas por este paradigma até final da década de 60, altura em que os profissionais de Enfermagem questionaram a dependência médica do exercício da profissão. Com a evolução tecnológica e social e na tentativa de se tornarem mais autónomos, os profissionais de Enfermagem demarcaram-se do ascendente médico, orientaram a prestação de cuidados de saúde para a satisfação das necessidades do indivíduo, baseando-se nas teorias das ciências sociais. Emergiu assim, o paradigma da integração, na década de 50 nos EUA no pós II Guerra Mundial, pela urgência de programas sociais e o desenvolvimento dos meios de comunicação devido ao elevado número de pessoas carenciadas.

O paradigma da integração realçou a especificidade do contexto em que se dá determinado fenómeno e da importância que este contexto assume na maneira como o fenómeno se manifesta, ou seja, perspectiva os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais, em que são valorizados tanto os dados objetivos como os subjetivos. Observou-se um distanciamento do modelo biomédico, na medida em que o indivíduo é visto como um ser biopsicossociocultural e espiritual. Os cuidados de Enfermagem são orientados para a manutenção da saúde do indivíduo em todas as suas dimensões através da avaliação das suas necessidades, surgindo assim o conceito de Holismo (Lopes, 2006).

Saúde e doença passaram a ser entendidas como entidades diferentes que coexistem e que estão em constante interação. A partir desta orientação para a pessoa, surgiram os primeiros modelos conceituais com o objetivo de definir a prática dos cuidados de Enfermagem e para orientarem a formação e a investigação (Kèrouac *et al*, 2010). São exemplos, o modelo das necessidades humanas básicas (NHB) de Maslow (1943) com conseqüentes seguidoras como Virgínia Henderson (1961) com o cuidado centrado na independência da pessoa e na satisfação das Necessidades Humanas Básicas e Orem (1971) com o autocuidado; o modelo da interação de Peplau (1988); o modelo dos efeitos esperados de Callista Roy (1977) (Idem, 2010).

O paradigma da transformação surge em meados dos anos 70 do séc. XX e mantém-se até à atualidade. É caracterizado por uma orientação de abertura para o mundo, em que o fenómeno é entendido como único e irrepetível em interação com o mundo que o rodeia (Kèrouac *et al*, 2010). Este paradigma representa a inovação na prestação de cuidados de Enfermagem que visa o bem-estar do indivíduo. Enfermeiro e utente são entendidos como parceiros nos cuidados na medida em que é reconhecido à pessoa o direito de participar ativamente nas decisões dos cuidados de saúde que lhe dizem respeito, cabendo ao profissional de enfermagem apoiá-lo na tomada de decisão mais adequada (Giddens, 2006).

Neste contexto, em 1978, ocorre a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários e a OMS elabora a célebre Declaração de Alma Ata, instituindo uma nova orientação para as políticas de saúde dando ênfase ao envolvimento das pessoas, à cooperação entre os vários setores da sociedade e à criação dos Cuidados de Saúde Primários.

Neste paradigma estão integrados (Kèrouac *et al*, 2010):

- O modelo do ser humano único assente na filosofia, psicologia e teoria dos sistemas de Martha Rogers (1970) e Rosemarie Rizzo Parse (1981);
- O modelo do *caring* (cuidar em Enfermagem) de Jean Watson (1979) e de Madeleine Leininger (1970), onde o cuidado não é um ato mecânico mas sim humanístico.

Em síntese, podemos afirmar que a prestação de cuidados de Enfermagem se rege por modelos, de forma a nortear e a clarificar o exercício da profissão.

Os cuidados de Enfermagem representam uma ramificação recente da evolução milenária dos cuidados. Como já referimos, foi Nightingale quem primeiro abordou o Cuidar como peça basilar para que a Enfermagem se afirmasse como profissão de responsabilidade e respeito. No entanto, as novas tecnologias, a influência da evolução da ciência médica, a cultura e os valores criados pela profissão e os insuficientes conhecimentos específicos dos enfermeiros levou a que, durante anos, a atenção dos mesmos fosse direcionada para a reparação do estado de saúde, para rotinas marcadas por cuidados físicos e tratamentos, para o cumprimento de tarefas e prescrições médicas com o intuito de curar a doença ou o órgão doente. Todos estes condicionalismos arrastaram a preocupação dominante dos enfermeiros para o Tratar em que o utente era atendido de forma *standard* e considerado em função da sua doença (Freitas e Freitas, 2008).

Tratar significa “proceder para com, dispensar cuidados a, dar tratamento a, ocupar-se de...” entre tantos significados mas designa ainda “curar-se ou zelar pela própria saúde” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2011: 1579). Adotando esta orientação, os cuidados de enfermagem eram camuflados por cuidados técnicos e físicos (higiene, alimentação, tratamento, cuidado ao ambiente...) em que privilegiavam as tarefas em detrimento da comunicação e em que a participação do utente era quase nula, como no modelo biomédico.

O modelo holístico, cuja orientação assenta no Cuidar, apela para uma ação centrada no utente como sujeito dos cuidados, para os aspetos relacionais e abrange a pessoa e o seu ambiente. Baseia-se nas ideias de Nightingale (1859), Henderson (1961/69), Leininger (1970/78), Watson (1979/88), Peplau (1989/92) entre outras (Meleis, 2005).

Cuidar deriva do latim *cura*, que expressa atitude de cuidado, de desvelo, de zelo pelo outro. Como verbo transitivo, reporta-nos a “fazer com cuidado, imaginar” mas como verbo intransitivo, remete-nos para “refletir, tratar de, interessar-se por”, podendo ainda significar “imaginar-se, julgar-se” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2011: 452). Assim, para cuidar de alguém, é necessário aplicar atenção a essa pessoa como ser único e singular que é, refletir sobre ela e sobre a sua situação, interessando-se, preocupando-se e agindo em seu favor (Vieira, 2007).

Mas o conceito de cuidar não pode ser reduzido a uma simples definição. O seu carácter subjetivo implica que cada autor o encare de acordo com as suas crenças e valores, acompanhando a sua evolução de vida (Fernandes, 2007).

O ato de cuidar é inerente ao Homem e à própria vida. Collière (2003) definiu cuidar como um ato de vida, uma vez que representa uma quantidade infinita de ações que visam

manter e sustentar a vida e que permitam a continuação e a reprodução da mesma. Honoré (2012) completa esta ideia defendendo que cuidar é uma forma de se ocupar de alguém, tendo em atenção as suas necessidades, os seus desejos, os seus projetos. Valentine (cit. por Ribeiro, 2009) afirmou que se pode cuidar sem tratar mas não se deve tratar sem cuidar.

Segundo Diogo e Rodrigues (2002), deixou de se reparar a “peça defeituosa da máquina” (característica do tratar), para prestar cuidados ao indivíduo de forma holística, mobilizando forças na tentativa de compensar um momento de crise do indivíduo, possuidor de identidade e características próprias. Os enfermeiros passaram a ser “gente que cuida de gente”, frase celebrizada por Wanda Horta (1977, cit. por Kérouac *et al*, 2010). Se no passado Roach (1993) afirmava que a Enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se no cuidar das pessoas, para que estas mantenham, recuperem ou melhorem o seu estado de saúde, hoje o cuidar é considerado como uma forma de ser, de se relacionar, como um imperativo moral que constitui a essência e o centro da Enfermagem (Watson, 2002a).

Watson (2002a: 52) refere que o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, “é um enfoque importante para a Enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço”. Esta autora, citada por Vieira (2007: 23) defende que “o cuidado de enfermagem é um processo intersubjetivo e de conhecimento epistémico, onde o cuidado começa quando a enfermeira entra no campo fenomenológico da pessoa”. Completa a afirmação realçando que a enfermeira “está em condições de detetar, sentir e responder às necessidades da pessoa de tal forma, que esta última é capaz de transmitir sentimentos e pensamentos subjetivos, sendo a finalidade da enfermagem, ajudar a pessoa a atingir um alto nível de harmonia entre a alma, o seu corpo e o seu espírito”.

Estas ideias conduzem-nos a um fenómeno universal que se traduz por um conjunto de ações desenvolvidas por quem presta cuidado e por quem é cuidado, atendendo às perceções, experiências, significados e diferentes culturas. É mais que um saber técnico ou científico que envolve uma relação interpessoal, em que os profissionais assumem um relacionamento mais igualitário e menos assimétrico, onde a afetividade se sobrepõe ao tecnicismo e à instrumentalização (Vieira, 2007). Segundo Chalifour (2007), a relação de ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, o interveniente e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda. O interveniente adota um modo de estar e fazer em função dos objetivos a alcançar, objetivos esses ligados ao pedido do cliente.

Sendo a Enfermagem uma profissão de relação, os enfermeiros têm como missão desenvolver uma comunicação eficaz, eficiente e positiva, de forma a criar o melhor intercâmbio de informações e ideias possível. A arte de escutar não se resume ao simples ato de ouvir. Implica que quem escuta o faça com calma, serenidade e total disponibilidade para esclarecer dúvidas, tranquilizar e criar sentimentos de segurança e esperança (Waldow, 2009).

Ao pensarmos nestes factos, conduz-nos a uma reflexão sobre a Enfermagem enquanto disciplina e profissão, e sobre a influência da formação na construção das competências necessárias ao exercício da Enfermagem. Apesar de sabermos que há ainda muito a construir, diria que a profissão de Enfermagem está no caminho certo, evoluindo como poucas nos últimos 50 anos, para uma profissão essencial no panorama das profissões de saúde.

1.2 - COMPETÊNCIAS E QUALIDADES DE SER ENFERMEIRO

Não encontrámos uma definição única de competência, mas, no sentido de compreendermos o seu significado, recorreremos à sua origem: do latim *competens*, que significa: *o que vai com..., o que é adaptado a...*, manifestando uma atuação adaptada a uma situação. Para Perrenoud; Gather Thurler; De Macedo; Machado e Allessandrini (2002), o conceito de competência surge como a capacidade do indivíduo mobilizar e transferir os conhecimentos adquiridos para atuar perante determinada situação. “Ser competente implica saber o que fazer em cada situação concreta” (Alarcão e Rua, 2005: 375). Segundo Rosário; Nuñez; González-Pienda (2006: 109), as competências são entendidas como “um conjunto de conhecimentos, destrezas e atitudes necessários para exercer uma determinada tarefa, e para resolver problemas de forma autónoma e criativa”.

A Enfermagem é uma profissão repleta de imprevisibilidades e de situações inéditas que não se esgotam na formação inicial, o que pressupõe que, na prática, seja necessária uma busca constante do saber agir de forma adequada a todas as situações, esperadas ou não.

Ao abordarmos esta temática das competências e sabendo que “o profissional reconhecido como competente é aquele que sabe agir com competência, (...) de modo pertinente e no momento oportuno” (Le Boterf, 2003: 11), tomamos consciência da sua complexidade, o que nos conduz a uma visão do profissional de Enfermagem como alguém a quem a formação básica apenas proporciona alicerces para o desenvolvimento posterior de competências. “A teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria” (Benner, 2005: 61). Na verdade, os conhecimentos curriculares não valem por si

mesmos, mas sim pela possibilidade de auxiliarem no desenvolvimento das competências de cada indivíduo e de serem, por este, investidos na ação (Esteves, 2009). Este processo, que se vai edificando fora dos contextos meramente académicos, é dinâmico e estende-se a toda a vida profissional.

Novas concepções de Enfermagem se têm vindo a impor, em detrimento do modelo biomédico e da concepção do tratar, ao mesmo tempo que a formação se adapta e reajusta às exigências da profissão. Na Declaração de Bolonha, a questão fulcral é “o da mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências, onde se incluem quer as de natureza genérica – instrumentais, interpessoais e sistémicas – quer as de natureza específica associadas à área de formação” (DL nº 74/2006: 2243). Surgem competências que se alargam a domínios mais complexos, em que o enfermeiro possui formação académica e habilidade técnica com saberes relacionais, o que lhe exige capacidade de pensar, de decidir e agir atempadamente e de forma adequada dentro do que está regulamentado para o exercício profissional e de acordo com um código deontológico (DL nº 161/96, REPE). O REPE vem clarificar conceitos, intervenções e áreas de atuação, bem como regras básicas, direitos e deveres dos enfermeiros.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003: 53), “a competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”.

Para complementar o corpo cognitivo dos saberes da profissão, o enfermeiro necessita do conhecimento do processo científico, uma vez que se trata de um instrumento de investimento, de análise, de interpretação (diagnóstico de enfermagem), de planificação e avaliação dos cuidados de Enfermagem, e que permite um raciocínio lógico e sistemático do trabalho do enfermeiro em relação ao utente, conferindo-lhe rigor científico (Henderson cit. por Phaneuf, 2005).

Do processo de desenvolvimento de competências fazem parte, o profissional detentor de conhecimentos técnicos, os contextos de trabalho, os acontecimentos e as interações profissionais. Ao articular estes fatores, constrói-se o pano de fundo à reconstrução de práticas que vão constituindo a experiência e a competência dos profissionais. Os enfermeiros constroem concepções de Enfermagem no interior da profissão que são, simultaneamente, produtos e condições de representações que se vão projetar na visão que a sociedade tem da profissão e, portanto, dos cuidados de Enfermagem (Benner, 2005). Para Lopes (2006: 79) “o estudo das competências práticas e dos saberes que lhes estão associados torna-se um aspeto de grande importância, não só para os investigadores e para as disciplinas, mas também para os

próprios atores, na medida em que estes, através da ação reflexiva sobre as próprias práticas, tendem a desenvolver-se”.

Os cuidados de Enfermagem são caracterizados por implicarem uma relação de interação entre enfermeiro, restantes profissionais de saúde, utente, família, grupo e/ou comunidade e por estabelecerem uma relação de ajuda com o utente, sendo a partir desta dinâmica de interação socioprofissional que o enfermeiro vai (re)construindo a sua identidade bem como o seu nível de autonomia (Sousa *et al*, 2004). Utilizam uma metodologia científica:

organizam, coordenam, executam, supervisionam e avaliam as intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção; decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados (...); utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem, com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, (...); participam na coordenação e dinamização das atividades inerentes à situação de saúde/doença (...); procedem à administração de terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade (...); participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos; procedem ao ensino ao utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos; concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados (...) (DL n.º 161/96, art.º 9º: 2961).

No âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros deu início, em março de 2005, ao projeto de intervenção cuja finalidade é “contribuir para a implementação e para o desenvolvimento de sistemas de melhoria contínua da qualidade e do envolvimento das organizações prestadoras de cuidados de saúde onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional” (OE, 2006: 1). Após formação dada, foram criados os enfermeiros dinamizadores para a qualidade, em várias instituições que aderiram a este projeto e que ficaram responsáveis pela divulgação e implementação dos padrões de qualidade nas suas instituições. Garantir a qualidade dos cuidados de Enfermagem é, hoje em dia, responsabilidade de todos os enfermeiros.

O enfermeiro tem o dever de definir, de forma rigorosa, o seu contributo pessoal na equipa multidisciplinar, quer para sua realização pessoal, quer por respeito para com a sociedade que cuida. Mas, a nível da representação social, a realidade formal não parece ainda ter a mesma força. Apesar de se vislumbrarem modificações positivas elas ainda não têm caráter de imprescindibilidade.

2 - REPRESENTAÇÃO SOCIAL

A representação social é comumente definida como o conhecimento prático do senso comum mas constata-se que o seu conceito é bem mais complexo. O conceito de representação social foi proposto pela primeira vez pelo sociólogo francês Durkheim em 1898, que, com a expressão “representação coletiva” quis enfatizar a especificidade e a primazia do pensamento social em relação ao pensamento individual (Carvalho, 2011). É apenas na década de 50, que em Paris, se formam tertúlias de intelectuais e estudantes universitários que enfatizam a representação social com a publicação de 1600 artigos onde a temática é abordada à luz da teoria psicanalítica (Herzlich, 2005).

Em 1961, Moscovici surge como grande propulsor do conceito da representação social a partir do seu estudo sobre a “apropriação da teoria psicanalítica dos diferentes grupos sociais (Luz, 2005).”

Este movimento emergente (que) é conhecido pelo movimento das representações sociais, ou da sociedade pensante (...) (Moscovici, 1984) procura analisar as atividades cognitivas e simbólicas a partir dos processos de interação e comunicação sociais e nesse contexto, estuda as teorias sociais práticas que orientam os comportamentos e as atividades de influência, atribuição, julgamento e avaliação, bem como todas aquelas através das quais se processa a construção significativa da realidade (Vala, 2006: 1).

Segundo Vala (2006), falar de representações sociais não passa por definir conceitos lineares na medida em que engloba estruturas cognitivo-afetivas, enquanto formas de conhecimento e fatores sociais complexos, que se caracterizam por serem sempre a representação de um objeto ou de um sujeito, por terem com o seu objeto uma relação de símbolo (ocupa o seu lugar) e de interpretação (com significado) e por serem uma forma de conhecimento. Jodelet (2005) fala em *modelação* do objeto traduzida na experiência, em que o sujeito assume a produção do seu conhecimento e a representação tem, como finalidade, o agir sobre o mundo e sobre o outro.

As representações sociais são, segundo Moscovici (2003) uma maneira de interpretar e de pensar a realidade quotidiana, uma forma de conhecimento social. Esse conhecimento, para Paulo (2001: 16), “constitui-se a partir das nossas experiências, saberes, formas de pensamento que recebemos pela tradição, educação e comunicação social”. Assim, “representar é tornar presente no espírito, na consciência, é reproduzir mentalmente uma coisa (...) processo pelo qual se estabelece a relação do próprio indivíduo com o objeto (Idem: 16).

Já Barcelos (2007: 28), afirma que “as representações criam o objeto representado construindo uma realidade para o objeto que já lá está, provocando uma fusão entre o sujeito e o objeto.” Completa esta ideia afirmando que “é a essência da atividade simbólica, o reconhecimento de uma realidade compartilhada, é um reconhecimento criativo que leva a um envolvimento com outros e com o objeto que é o mundo. A experiência de um ao se mesclar com a experiência de outros, cria a experiência que constitui a realidade de todos”.

A estrutura das representações sociais tem uma dupla natureza – concetual e figurativa (Moscovici e Doise, 1994) que tem estado na base de toda a teoria. Noutra perspetiva, as representações sociais são construções que incorporam autonomia e criação, individual ou coletiva, constituindo-se como os organizadores das relações simbólicas entre os diferentes atores sociais (Doise, 2001).

No dizer de Nóbrega (2003: 53), “o conceito de representações coletivas, enquanto capazes de assegurar os laços entre os membros de uma sociedade, e de os manter através de gerações, consiste em revelar o que há de irredutível à experiência individual e que se estende no tempo e no espaço social. Salienta ainda que “as representações sociais são elaboradas no âmbito dos fenómenos comunicacionais que repercutem sobre as interações e mudanças sociais, sendo a comunicação social responsável pelo modo como se forjam as representações sociais. Assim como se determina a formação do processo representacional”.

Ao longo dos tempos, as representações sociais prevalecem e representam alguma coisa que se mantém suportada por alguém, sendo importante identificar o grupo que as comporta, situar a sua contextualização simbólica no espaço e no tempo, e relacionar do ponto de vista funcional, a um grupo específico.

Moscovici (1981: 181) tinha definido a representação social como “um conjunto de conceitos, proposições e explicações criado na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual”. Para este autor (1981: 181), “são o equivalente, na nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, podendo ainda ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum”.

Quando o Homem, ser eminentemente social, passa por experiências e é confrontado com a realidade, surge, por vezes, a necessidade de alterar um conceito ou uma ideologia formalizada ou mesmo transmitida do passado. Porém, este conceito não permanece, necessariamente, inalterado ao longo dos tempos pois dessas mesmas experiências vão-se construindo diferenciações sociais, relacionadas com a própria identidade social, atribuídas a cada sujeito ou objeto. O que é verdade hoje poderá não o ser amanhã. Assim podem definir-se as representações sociais como uma forma de conhecimento individual que socializa à

medida que é partilhado o nosso mundo com os outros, nos quais se apoia para compreender, gerir e enfrentar a sociedade.

2.1 – FORMAÇÃO, ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O aparecimento de uma representação social é determinado por condições e estruturas da sociedade em que se desenvolve, nomeadamente, necessita de um tempo, de um lugar e de uma determinada conjuntura social.

Sobre a construção das representações sociais, Moscovici (2003) refere a intervenção de dois processos – a objetivação e a ancoragem, que não acontecem obrigatoriamente de forma sequencial mas estão interligados.

A objetivação é um processo de transformação em que os elementos abstratos e teóricos passam a concretos, ou seja, permite concretizar e materializar o conhecimento em objetos concretos sendo concedida uma textura material às ideias, fazendo correspondência das coisas às palavras (Jodelet, 2005). Já o processo de ancoragem diz respeito à integração do objeto representado no sistema de pensamento pré-existente do sujeito e às transformações que daí decorrem quer no objeto, quer no sistema em que é integrado daí que a ancoragem leve à produção de transformações nas representações já constituídas.

Segundo Moscovici (1981, cit. por Pereira de Sá, 2002: 47) ancorar é “ a função de duplicar uma figura por um sentido, fornecer um contexto inteligível ao objeto e interpretá-lo”. Objetivar e ancorar são duas operações ao nível da memória. A objetivação tende a ser dirigida, deriva de conceitos e imagens da memória para as combinar e reproduzir no mundo exterior, para criar algo novo, para ver adequadamente aquilo que já foi visto. A ancoragem, sendo internamente dirigida, mantém a memória em movimento armazenando e procurando objetos, pessoas e eventos que identifica com um propósito ou reconhece atribuindo-lhe um nome. Assim, Guimelli (2005) define a objetivação e a ancoragem como dois processos complementares que delimitam a especificidade das representações sociais.

Vala (2006) considera que o processo de objetivação consiste na materialização da abstração que se desenrola em dois momentos, ou seja, a construção seletiva e reorganização dos aspetos retidos num modelo figurativo e simplificado do objeto, e a naturalização do objeto, onde o que é abstrato se torna real. O processo de ancoragem é definido como a integração do objeto no sistema de pensamento preexistente, e as transformações que daí

decorrem quer no objeto, quer no sistema em que é integrado, sendo, no fundo, um processo de atribuição de sentido.

Abric (2011) apresenta um modelo explicativo da formação das representações sociais baseado no modelo de Moscovici. Para ele, as representações sociais possuem uma componente cognitiva e outra social, podendo ser definidas como construções sociocognitivas com regras próprias. A representação social é o produto e o processo de uma atividade mental através da qual o indivíduo ou um grupo reconstitui a realidade com que se confronta, e à qual atribui uma significação específica. Salienta ainda que, a representação social para além de funcionar como um sistema de interpretação da realidade, regula as relações dos indivíduos com o seu ambiente físico e social e, determina, também, os seus comportamentos e as suas práticas.

Abric (2011) distingue 3 fases sucessivas na construção de uma representação: na fase inicial, que vai do objeto ao modelo figurativo, onde é selecionada e descontextualizada a informação disponível acerca do objeto e, desde logo, pode construir o núcleo de base da futura representação. O núcleo de base, modelo figurativo ou imaginário, tem um carácter muito simples, concreto, imaginário e coerente e é constituído por alguns elementos simples e organizados em torno de uma significação central, ou seja, o elemento fundamental tem como função essencial a organização da representação. Na medida em que permite explicar e prever o modo como uma representação social pode ser aceite ou rejeitada, a identificação da estrutura de uma representação reveste-se de extrema importância.

Apesar de todas as representações serem constituídas por um conjunto de informações, opiniões, atitudes e crenças relativas a um determinado objeto, a análise do seu conteúdo não é suficientemente esclarecedora, só por si, sobre a natureza dessa representação e, sobretudo, sobre o seu funcionamento e as suas relações com os comportamentos ou práticas (Wachelke, 2012). Por isso, duas representações definidas pelo mesmo conteúdo não têm obrigatoriamente de ser iguais, do mesmo modo que, dois elementos distintos não significam que se esteja perante representações distintas, uma vez que é a forma como o conteúdo está organizado que irá determinar o seu significado.

Seguindo a corrente estruturalista, Abric (2011) e Wachelke (2012) apresentam a Teoria do Núcleo Central, também apelidada de núcleo estruturante, que assenta no conceito de que toda a representação está organizada em torno de um núcleo central que define o significado da mesma e a sua organização interna, e que possui duas funções principais: a função geradora onde o núcleo se origina e onde se transforma a significação dos restantes elementos da representação, adquirindo um sentido, um valor; a função organizadora ou organizativa que determina a natureza das ligações que se estabelecem entre os elementos da

representação, sendo o núcleo entendido como um elemento unificador e estabilizador da representação. O conteúdo do núcleo central é constituído por elementos que dão sentido à representação: a representação do objeto representado, a relação deste objeto com o sujeito ou grupo e o sistema de valores e normas.

Pereira de Sá (2002: 37) considera que a estrutura das representações contém dois sistemas fundamentais: “um central e outro periférico que em permanente dinâmica influenciam por sua vez, as ancoragens e as tomadas de posição, colocando em relevo duas dimensões, uma individual, através das atitudes a influenciarem os princípios organizadores das tomadas de posição, e outra social através das pertenças dos grupos”.

Para Abric (2011), os elementos centrais constituem as representações sociais que dizem respeito ao núcleo central e aos seus elementos periféricos, que se organizam em torno do núcleo central e que estão em relação direta com o mesmo, podendo dizer que, desta forma, a sua presença, a sua ponderação, o seu valor e a sua função são determinados pelo mesmo núcleo. Apesar do núcleo central ser o fundamento da representação, são os elementos periféricos que contêm as informações retidas, selecionadas e interpretadas mas também os julgamentos formados acerca do objeto, ambiente, estereótipos e crenças. Constituem a interação entre núcleo central e a situação concreta da elaboração e funcionamento da representação.

Os elementos periféricos são governados pelos elementos centrais que determinam a existência da representação. Possuem um papel essencial na concretização do significado da representação, na sua dinâmica, uma vez que, caso haja proximidade ou distanciamento do núcleo central, estes ilustram, explicitam ou justificam essa significação, pelo que podem ser definidos como modelos prescritores de comportamento (Flament cit. por Jodelet, 2005).

O sistema periférico tem 3 funções fundamentais (Abric, 2011): a função de concretização, dependente diretamente do contexto, que permite a ancoragem da representação da realidade do momento e que integra os elementos da situação em que foi produzida a representação; a função de regulação e adaptação do sistema central à realidade concreta na qual o grupo está organizado, uma vez que os elementos periféricos são mais flexíveis e evolutivos; a função de defesa em que os elementos periféricos podem sofrer transformações sem que haja diminuição do significado central, protegendo-o como um “para-choques” da representação.

A representação social é constituída por um conjunto de elementos ou modelos cognitivos, estruturados e hierarquizados, alguns dos quais ocupando uma posição estruturante que constitui o sistema central, e este pode ter um ou vários elementos cognitivos que mantêm entre si relações fortemente conexas. Estes elementos ocupam uma posição

privilegiada no campo representativo uma vez que o núcleo central constitui “o coração” da representação (Flament cit. por Jodelet, 2005). Wachelke (2012) fala num “núcleo duro” uma vez que é muito difícil de modificar, considerando o núcleo central como o elemento mais estável da representação. Para Jodelet (2005), os elementos periféricos organizam-se à volta do núcleo central e a mudança deste implica uma mudança da representação social.

Entende-se que o núcleo central e os elementos periféricos da representação atuam sobre a forma de complementação, funcionando como uma unidade onde cada elemento possui papéis devidamente especificados. As representações sociais são consensuais pelos seus núcleos centrais mas podem absorver diferenças inter-individuais nos seus sistemas periféricos. É a articulação deste duplo sistema que permite que as representações sociais assumam a sua função essencial: a adaptação sociocognitiva (Abric, 2011).

2.2 – FUNÇÕES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Para compreender uma representação social é essencial entender a sua função, uma vez que são um guia para a ação contribuindo para o processo de formação e orientação de condutas e comportamentos (Moscovici, 2007).

Neste sentido, Vala (2006), atribui 4 funções às representações sociais:

- A organização significativa do real em que se atribui sentido aos objetos e acontecimentos sociais. O meio circundante deixa de ser estranho ganhando coerência;
- A comunicação uma vez que ao comunicarmos descrevemos, avaliamos e explicamos (ao comunicar estamos a ativar e discutir as representações);
- O comportamento que é determinado pelas representações sociais;
- A diferenciação social relacionada com a identidade social, onde se verifica que a especificidade da situação de cada grupo social contribui para a especificidade das suas representações sociais, contribuindo, por sua vez, para determinar as diferenças no seio dos grupos sociais.

Também Abric (2011) reconhece a existência de 4 funções essenciais no conceito das representações sociais:

- ✓ A *cognitiva* que permite a compreensão e a explicação da realidade, condição necessária à comunicação social (pretende estabelecer a troca, a transmissão e a difusão do saber);

- ✓ A *identitária* que se caracteriza por definir a realidade e que permite salvaguardar a especificidade dos grupos, condição primordial à identificação dos grupos de pertença e controlo social;
- ✓ A *orientadora* que guia os comportamentos e as práticas enquanto descodificadora das realidades sociais que orientam a ação;
- ✓ A *justificativa* que permite *a priori* justificar as tomadas de decisão e os comportamentos.

Ao analisarmos as funções das representações sociais definidas quer por Vala, quer por Abric, percebemos que são indispensáveis à compreensão da dinâmica das relações e das práticas sociais, nomeadamente as modificações que sofrem, refletem o funcionamento dos indivíduos, a forma como estes interagem e as posições que ocupam na ordem social. “O conceito de identidade não se baseia unicamente na representação que os indivíduos fazem dos seus papéis, uma vez que as representações sobre os grupos de pertença e as suas posições sociais também contribuem para a perceção do eu” (Amâncio cit. por Vala e Monteiro, 2006: 387) e o conceito de grupo surge associado a um conjunto de elementos que contribuem para a identificação dos seus membros. Esta dimensão social da identidade estabelece a ligação entre o psicológico e o sociológico, uma vez que receber uma identidade é um fenómeno que deriva da dialética entre o indivíduo e a sociedade.

Segundo Vala e Monteiro (2006), a teoria da identidade possui as bases para o entendimento da formação simbólica dos grupos. Consequentemente, as representações sociais, como sistema de referência no plano das organizações dos comportamentos humanos, desempenham um papel essencial nas relações entre os grupos, enquanto formações decorrentes de processos cognitivos e simbólicos, contribuindo para a construção da identidade social. Ser social é ter identidade pessoal por meio da pertença a um grupo de referência. A identidade social de um indivíduo, enquanto conhecimento que este possui de que pertence a determinados grupos sociais, juntamente com o significado emocional e de valor que atribui a essa pertença, só pode definir-se pelas categorizações sociais que determinam o meio social do indivíduo no seu grupo. Para estes autores (2006), as representações constituem-se como construções que obedecem a um certo número de mecanismos cognitivos e afetivos básicos e a mecanismos sociocognitivos e sócio afetivos que evidenciam a especificidade de diferentes grupos ou de diferentes sociedades. As representações refletem as relações sociais contribuindo, ao mesmo tempo, para a sua formação.

Citando Moscovici (2003: 62):

As representações sociais compreendem um sistema de valores, de noções práticas relativas a objetos sociais, permitindo a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, constituindo um instrumento de orientação, percepção e de elaboração de respostas, e contribuindo para a comunicação dos membros de um grupo ou de uma comunidade.

A representação social significa uma forma de entender e partilhar o “mundo” que nos rodeia, perceber e interpretar o conhecimento científico, tornando-o mais familiar.

2.3 – REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

“One of the most compelling reasons to change the image of nurses is that the image in the professional and the public eyes is, and will continue to be, reflected in the destiny of nursing” (Kalish e Kalish, 2005: 13)

No caso dos enfermeiros, a abordagem da representação social relaciona-se com a necessidade de conhecermos melhor a percepção que o público tem sobre o profissional.

Neste contexto, vários foram os autores que procuraram definições para o conceito de imagem. Sales (2008) refere que a imagem é a figura do próprio corpo formada e estruturada na mente do mesmo indivíduo, ou seja, a forma pela qual o corpo se apresenta a si próprio. Para Guedes (2007), a construção de uma boa imagem pessoal e profissional é obtida como resultado cumulativo de interações. É composta por comportamentos, hábitos, posturas, ética, conhecimentos, habilidades e competência. Uma boa imagem passa por transmitir confiança ao ‘cliente’. Esta imagem é tanto mais importante quanto maior for o contacto com os clientes e quanto maior for a consistência da sua satisfação.

As referências a uma imagem social positiva do enfermeiro são escassas. Na década de 90 do séc. XX, em Portugal, surgem alguns artigos científicos e revistas que abordam a representação social do enfermeiro constantemente relacionada com o contexto hospitalar e associada a estereótipos que a acompanham ao longo dos tempos, nomeadamente ao facto de ser exercida maioritariamente por mulheres e de não possuir um poder específico socialmente reconhecido. O enfermeiro é caracterizado como o profissional de saúde que exerce funções auxiliares do médico (Batalha, 1995; Silva, 1998 entre outros); trata dos doentes; tem uma prática rotineira (Pimentel; Completo e Coelho, 1991; Lopes, 2008); desenvolve atividades relacionadas com o trabalho doméstico feminino (André, 1996); veste uniforme branco, usa

touca e sapatos brancos (Lima Basto, 1998; Lopes, 2008) e executa prescrições médicas (Lopes, 2008).

No entanto, num dos artigos científicos sobre um estudo de opinião realizado entre médicos, o enfermeiro é considerado como o profissional de saúde que ocupa o lugar de maior destaque na equipa de saúde (Teixeira, 1996), que está preparado para trabalhar numa equipa multidisciplinar e que a criação da Ordem dos Enfermeiros poderá contribuir para o prestígio social da profissão de enfermagem.

Apesar da evolução evidente que a profissão sofreu com a obtenção de um estatuto superior, que lhe garante uma sólida base de formação, Takase, Kershaw e Burt (2002) referem que ainda existem estereótipos que teimam em manter-se, nomeadamente, a estrutura hierárquica existente entre médico e enfermeiro, a história da enfermagem e o papel que lhe é atribuído, os estereótipos ligados ao papel sexual e o reforço de uma imagem tradicional da enfermeira veiculada pela imprensa. Acabar com estes estereótipos tem sido um processo moroso e que necessita de atenção constante por parte dos enfermeiros.

É necessário que, conhecendo a imagem social do enfermeiro e os fatores que lhe estão subjacentes, os enfermeiros valorizem os conhecimentos que lhe são próprios, a fim de promoverem a profissão e conseqüentemente a imagem social do enfermeiro. É imperativo que o profissional de enfermagem assuma o processo de cuidar a saúde do indivíduo tendo em conta as influências ambientais, sociais, culturais e morais, entre outros fatores tais como a diversidade metodológica do cuidado do ser humano. É imprescindível criar uma nova perspectiva de visualização global dos cuidados de saúde incluindo o indivíduo/família como parceiro na prestação de cuidados, em que o ser cuidado é olhado, ouvido e sentido (Waldow, 2008).

Assim, o exercício da profissão de enfermagem não se deve restringir aos cuidados de saúde diferenciados, mas deve ser dirigido, principalmente, à comunidade, na manutenção e na promoção da saúde (cuidados de saúde primários). O enfermeiro deve ser zelador da saúde conducente ao bem-estar individual e coletivo proporcionando uma melhor qualidade de vida (DL nº161/96).

Para Sampson (cit. por Pereira, 2003: 47) o exercício da atividade profissional possui cinco componentes essenciais:

- Competência no desempenho de funções (acompanhadas de uma imagem consentânea com ela);
- Credibilidade ao olhar dos utentes (a aparência deve ir ao encontro do esperado da profissão em causa);

- Controlo na expressão de sentimentos e nas atitudes, que se deve desenvolver com a maturidade profissional;
- Confiança em si próprio, que se traduz pela utilização de vocabulário e atitudes positivas;
- Consistência entre a imagem projetada e os procedimentos efetuados, para que estes se tornem efetivos.

Assim, a imagem profissional é importante para o reconhecimento social do papel desempenhado, contribui para a promoção da profissão e das instituições, facilita (ou não) a progressão na carreira e o sucesso profissional é um fator privilegiado da comunicação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e todos os que o rodeiam (Sales, 2008).

São alvo de atenção a postura, os movimentos, a forma de falar, a interação que estabelece e são, muitas vezes, os designados “pormenores” que podem fazer a diferença entre uma boa ou má imagem do profissional e da instituição (Collière, 2002; Hesbeen, 2004). Por vezes, uma palavra, um gesto, o tempo para escutar, são tão importantes e essenciais na relação de ajuda estabelecida como os demais atos técnicos ou os cuidados considerados essenciais na manutenção da saúde e da vida.

Presentemente, os tempos parecem de mudança. No entanto, continuamos sem saber qual “o valor social” da prática de enfermagem pelo que surge um conjunto de interrogações. Não nos podemos esquecer que a imagem é aquilo que o espelho devolve e por consequência a percepção que os indivíduos alvo dos cuidados de saúde têm dos enfermeiros.

O enfermeiro é o ator que, com o seu desempenho profissional, pode causar um maior ou menor impacto na sua audiência alvo que são os utentes e seus familiares, e estes podem divulgar essa imagem junto da comunidade envolvente. O cuidar associado à profissão pode abranger muitos pequenos gestos, continuando a ser uma parte essencial da filosofia inerente à prática da profissão de enfermagem. São esses pequenos gestos que fazem todo o sentido quando o alvo dos cuidados são as crianças e suas famílias.

3 - A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR

“O conhecimento não provém,
nem dos objetos, nem da criança,
mas sim das intervenções entre as crianças e os objetos”

Jean Piaget (cit. por Hohmann e Weikart, 2009: 19)

A criança é a razão de ser do mundo e representa o futuro desse mesmo mundo. É um ser humano no início do seu desenvolvimento cujo crescimento se exprime através de comportamentos simultâneos ou reações anatómicas, psicológicas e sociais, que evoluem de acordo com as leis da maturação neurológica, sendo a sua ordem de sucessão a mesma para todos os indivíduos, diferindo simplesmente em relação ao ritmo a que sucedem uns dos outros (Bellman; Lingam e Aukett, 2003). Apesar do significado normal do desenvolvimento ser amplo e não ser idêntico para todas as crianças, Brazelton e Greenspan (2002) e Bellman *et al* (2003) referenciam que o desenvolvimento, ao contrário do crescimento, pode ser difícil de medir, mas o importante é que aconteça de forma multidimensional, integral e contínua, com padrões únicos de interação.

À noção de “adulto em miniatura” (Berge cit. por Viana, 1991) opôs-se a noção de criança como indivíduo com identidade própria, com necessidades e características distintas, graças ao esforço conjunto de vários estudiosos que a determinada altura decidiram olhar a criança com outros olhos, escutar o que esta tinha para dizer e o que se ocultava por detrás das suas reações. Com efeito, vários teóricos (Wallon, 1925; Freud, 1948; Erikson, 1950; Bowlby, 1951; Piaget, 1954; Kolberg, 1967; Bergé, 1978; Vygotsky, 1988; Brazelton, 1994; cit. por Gil, 2012) debruçaram-se sobre o desenvolvimento infantil, sob diferentes perspetivas: biológica, cognitiva, sociomoral, psicossocial, psicanalista, linguística, emocional e afetiva, ajudando-nos a compreender as características próprias das crianças e os seus comportamentos e reações nos diferentes níveis etários e na sua individualidade.

Os anos escolares têm tido menor atenção por parte dos teóricos, talvez porque as crianças desta idade não são tão atraentes quanto as mais pequenas nem tão dramáticas quanto os adolescentes, ou porque as mudanças que sofrem não sejam tão óbvias nem tão surpreendentes como as de crianças mais novas ou mais velhas ou, quem sabe se as teorias anteriores sobre o desenvolvimento tenham descrito este período como o menos importante para o desenvolvimento da personalidade adulta.

Nos anos intermédios da infância, desde os seis aos doze anos, as crianças encontram-se em contexto escolar, o que lhes irá proporcionar contacto com a diversidade, através da interação com outras crianças e a aprendizagem de novos conhecimentos, que irão prepará-las para o relacionamento com o mundo real. É um período de socialização e desenvolvimento de habilidades físicas, cognitivas e da linguagem (Brazelton, 2005).

A entrada no 1º ciclo significa um verdadeiro “ritual de passagem” porque a escola constitui a experiência central nesta fase da vida e é fundamental para o desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial da criança. Quando estão na escola, as mudanças são acentuadas pelo facto de as crianças se irem adaptando a um novo conjunto de situações e expectativas que, certamente, afetarão o seu desenvolvimento (Dubar, 2006).

Durante o período escolar, as crianças tornam-se mais altas, mais pesadas, mais fortes, mais rápidas e adquirem competências sensoriomotoras necessárias para participarem em jogos organizados e desportos. Há melhorias na manutenção do equilíbrio, no controle da postura, na coordenação e na precisão de movimentos (domínio do movimento da escrita, manipulação de objetos como a tesoura e prática de dança), na resistência e aumento da força (até aos 7 anos, há um gosto por jogos violentos, lutas e perseguições), o que permite à criança ser mais autónoma nas tarefas do dia-a-dia e envolver-se numa grande variedade de atividades motoras. Entre os 7 e os 11 anos as crianças tendem a preferir jogos de regras, como a macaca, as escondidas, a barra do lenço, etc. (Leão, 2009).

A criança deverá crescer em altura cerca de 5 a 6,5cm por ano. Começará a perder os dentes de leite quando atingir os 6-7 anos de idade, numa média de 4 dentes por ano, de forma a permitir o crescimento dos dentes definitivos. Por volta dos 8-9 anos, nas raparigas, começam a desenvolver-se as mamas e a crescer os pêlos púbicos e das axilas, dando início à puberdade. O período menstrual pode surgir entre os 9 e os 14 anos de idade. A privacidade é muito importante para estas crianças.

Durante os anos de escola, a criança torna-se independente no que se refere a atividades de higiene pessoais, tais como banho e higiene oral, sendo, por vezes, necessário lembrar que deverá lavar as mãos antes das refeições e depois de utilizar a casa de banho. Veste-se a si própria completamente, penteia-se e ata os atacadores dos sapatos. Utiliza corretamente a faca e o garfo.

A idade escolar é rica em exigências, uma vez que são postas à prova novas habilidades e novos relacionamentos. O início da idade escolar é marcado, sobretudo, pela aprendizagem da escrita e da leitura, factos que proporcionam um novo mundo de possibilidades de conhecimentos e de comunicação à criança. As perceções visuais e auditivas vão-se aperfeiçoando e a atenção e a memória apuram-se, permitindo à criança prestar

atenção por um período de tempo mais longo e envolver-se em várias atividades, potenciando a aprendizagem. Aprende a usar estratégias mnemónicas, por exemplo, para saber a tabuada. A criança está habilitada a escrever, contar, relatar factos e atividades da sua vida com lógica e encadeamento. Compreende a relação entre vários objetos, ordenando-os de acordo com uma dimensão e a relação entre o todo e as partes (ex: rosas e tulipas são ambas flores). O amadurecimento do sistema nervoso permite-lhe entender conceitos abstratos muito importantes para poder organizar a sua vida (noções de tempo como ontem e amanhã) e para a própria leitura e escrita (noções de espaço como esquerda e direita, em cima e em baixo, atrás e frente). Já são menos egocêntricas e possuem raciocínio aritmético para resolver problemas concretos (Diogo e Rodrigues, 2002). No entanto, ainda não possuem competências para as operações formais e o pensamento abstrato, capacidades características da adolescência.

Este é o período a que Piaget (cit. por Hohmann e Weikart, 2009) chamou das operações concretas. Nesta fase, as estruturas intuitivas transformam-se num sistema de relações do tipo operatório, o que significa que as ações interiorizadas ou ações mentais, que já se manifestavam no período precedente, se tornam agora irreversíveis e designam-se por operações. As crianças são capazes de usar os seus processos de pensamento para experimentar eventos e ações e fazer julgamentos baseados naquilo que raciocinam (fazem juízos sobre causas e seus efeitos) e entendem que a realidade é diferente da fantasia. Adquirem a capacidade de organizar as ações através de uma sequência lógica na realização de uma tarefa do início ao fim (pensamento lógico). Operam com números e compreendem a conservação da matéria (aos 7/8 anos), do peso (9/10 anos) e do volume (12 anos). Entendem o princípio da identidade em que um determinado objeto continua a ser o mesmo, mesmo que a sua forma seja diferente, e o princípio da reversibilidade, que ao reverter o processo, a transformação vai restaurar a forma original. A criança desenvolve uma consciência e consegue compreender e aderir às regras e padrões estabelecidos por outras pessoas. Contudo, as estruturas lógicas apresentam ainda algumas limitações. As operações são concretas, recaindo diretamente sobre os objetos e situações atuais, não sendo ainda capaz de raciocinar sobre situações hipotéticas (Papalia, Olds e Feldman, 2009; Tavares; Pereira; Gomes; Monteiro e Gomes, 2011).

Estas aquisições cognitivas preparam a criança para frequentar o ensino básico, onde aprende Língua Portuguesa, Matemática, Ciências Naturais, História e trabalhos manuais. Verifica-se o desenvolvimento da linguagem, a nível da compreensão e da expressão, o que facilita a comunicação com os outros.

A partir dos 8 anos, a criança adquire uma maior perceção das distâncias e da localização dos objetos no espaço (pensamento espacial), sendo capaz de memorizar o

caminho para a escola e de perceber o tempo que demora. As competências visuais e espaciais são a base para a aprendizagem da geometria e da interpretação de mapas.

A entrada na escola é uma grande mudança na vida da criança que passa a estar mais sujeita a pressões psicológicas. O grau de desenvolvimento é avaliado principalmente pelo seu rendimento escolar pelo professor, pelos colegas e por si própria, pela maneira de assumir responsabilidades e pelas condutas sociais e morais. No final da idade escolar, podemos ter alguma ideia do que a criança será como jovem adulto, e as mudanças que ocorrem durante a adolescência dependem, em parte, da pessoa em que a criança se tornou na idade escolar (Leão, 2009).

Segundo Piaget (cit. por Lourenço, 2010), neste estágio das operações concretas, a criança é capaz de classificar, especificar, ordenar e organizar factos sobre o mundo para usar na resolução de problemas. Já Kohlberg (cit. por Lourenço, 2010), realça que a criança obedece às regras e ao professor, cumpre os seus deveres, mostra respeito pela autoridade e mantém a ordem social. Espera-se que a criança seja capaz de se autocontrolar e autorregular. O suporte familiar tem um papel muito importante nesta fase de adaptação às novas exigências.

Hoje já não se considera que o desenvolvimento seja apenas o resultado da maturação pois faz-se cada vez mais referência às oportunidades de socialização, nomeadamente as familiares e as educativas.

Para Castorina e Baquero (2007), a questão fundamental, na problemática da socialização, prende-se com o conceito de identidade social que se traduz na existência de um sistema relacional em que os indivíduos assumem formas de pertença e de referência em relação aos grupos onde se inserem, no seio do qual se desenvolve um processo de construção de identidades. Parece, pois, evidente que o sistema de representações das crianças se movimenta numa complexa rede de interações sociais, marcada por periódicas reorganizações e reestruturações simbólicas, de cujo reajustamento, ora identificador, ora diferenciador, resulta a construção de identidades sociais.

Kolberg (1964-81, cit. por Lourenço, 2010) foi o pioneiro na prática de avaliar o raciocínio moral da criança, uma vez que esta é capaz de julgar um ato pelas intenções que o motivaram e não apenas pelas suas consequências, ou seja, como punição por atos “ruins”. Denota-se uma evolução na criança, uma vez que ela não baseia o seu julgamento apenas no que vê (percepção), mas aplica o seu raciocínio conceptual, utilizando o seu repertório presente. Começa a formar os seus valores éticos e morais, surgindo a noção de justo ou injusto, do dever e da responsabilidade. Esta passa a compreender que os outros a interpretam assim como ela os interpreta a eles, passando a existir uma base de confiança (Goleman,

2010). Mas, ao mesmo tempo que a criança apreende a realidade, tomando consciência dela e interiorizando o seu significado, ela identifica-se a si própria e com os outros, através da apropriação de símbolos, normas e atitudes fundamentais que unificam e dão coerência ao processo identitário. Esta é a “idade da razão” uma vez que a criança começa a distinguir o bem do mal, o seguro do inseguro, o justo do injusto e o que é permitido e o que é proibido.

O desenvolvimento psicossocial inclui interações sociais e a compreensão dos outros. Ao ter consciência de si, a criança apercebe-se que é membro duma sociedade construída por adultos. Apercebe-se que a escola é uma imagem da sociedade onde vai ser integrada e que é constituída por crianças da sua idade, que irão acompanhar o seu percurso. Este é um percurso longo, de êxitos e fracassos no qual a criança tem a oportunidade de reconhecer alguns dos seus limites e começar a traçar aspetos vinculados e importantes da sua personalidade. A descoberta dos outros é vivida com muita ansiedade mas é uma aprendizagem necessária para se relacionar com o mundo real, que não se realiza num só dia, mas que permite desenvolver sentimentos como a amizade, camaradagem e solidariedade, por um lado, e decepções, atritos e até injustiças, por outro (Chombart de Lauwe e Feuerhahn, 2001).

Para Erikson (cit. por Cancela, 2013), o desenvolvimento pessoal e emocional vira-se para o exterior, uma vez que a criança entra num mundo novo constituído pela sala de aula, os vizinhos e os grupos. O palco do desenvolvimento afetivo passa a ser junto dos professores e colegas, já que a criança passa um grande número de horas afastada dos progenitores. Escola e grupos tornam-se nos principais agentes socializadores. Nesta fase as crianças estão interessadas em aprender quase tudo o que lhes é ensinado pelo que, este estágio é de grande estabilidade emocional (Idem, 2013). O seu relacionamento com os pais e restantes adultos adquire outro carácter com muito menos conflitos, respeitando a autoridade (Veríssimo, 2002; Brazelton, 2005; Dubar, 2006).

Neste período de desenvolvimento, as relações com os pais continuam a ter um impacto importante na personalidade da criança (embora o grupo de pares seja muito influente) visto que a estrutura e atmosfera familiares contribuem para o equilíbrio emocional que é fulcral nas relações sociais. O tipo de família nuclear em que a criança vive, bem como as relações que ela desenvolve com os elementos da família podem ter efeitos profundos no desenvolvimento psicossocial, uma vez que é nesta fase que as crianças desenvolvem o seu autoconceito, tornando-se mais independentes, autónomas, autoconfiantes e com controlo das emoções pelo que os pais vão transferindo progressivamente o controlo para esta. Os irmãos também exercem uma forte influência através das suas interações (Diogo e Rodrigues, 2002).

É importante os pais imporem limites e regras às crianças pois só desta maneira se pode ajudá-las a crescer de forma saudável. Começam a estabelecer-se os padrões de

personalidade. “Uma criança sem disciplina é uma criança que não se sente amada” (Selma Fraiberg cit. por Pestana, 2010). Para que todo este processo seja simplificado, é fundamental que as regras sejam claras e consistentes e que se adaptem às necessidades e às capacidades de cada criança. Apesar de impor limites às crianças ser uma tarefa por vezes desgastante e cansativa, já que exige repetição e paciência, ela é fundamental para promover a capacidade de autocontrolo da criança, na medida em que ajuda a estabelecer os seus próprios limites.

Este desenvolvimento é influenciado pelas aquisições cognitivas e contribui para a autoestima através de uma melhor compreensão das emoções, do reconhecimento de que os outros também pensam e têm sentimentos, e de um maior controlo das emoções negativas (Leão, 2009). A aprovação e apoio da família e do grupo de amigos são muito importantes para a autoestima da criança assim como a perceção da sua própria competência produtiva (Idem, 2009).

As crianças desenvolvem-se tanto física, cognitiva e emocionalmente, quanto socialmente, através dos contactos que estabelecem com outras crianças. Ao encontrar uma esfera mais ampla de influências na escola (colegas e amigos) surgem numerosas oportunidades de interação social, potenciando o desenvolvimento cognitivo quando há partilha de conhecimentos e confronto com novos conhecimentos (Kail, 2007). Geralmente a criança integra-se bem no ambiente escolar, onde se junta a grupos da mesma idade, do mesmo género, etnia e nível socioeconómico, onde os interesses são iguais, constituindo um fator importante para o desenvolvimento de certas capacidades como o sentimento de pertença, a partilha, a interajuda, o cumprimento e o encorajamento. É frequente a inserção em grupos como o escutismo, a catequese e clubes de jogos. Deste modo, é possível estabelecer as primeiras relações de amizade, que envolvem o compromisso mútuo de dar e receber, promovendo a confiança e a reciprocidade (8-12 anos).

Pela primeira vez, as amizades mais íntimas tornam-se possíveis. Através do contacto com os amigos, a criança ganha mais sentido de si porque percebe que os outros a estimam e gostam de si, e ganha mais sentido do outro porque percebe que os outros gostam de ser estimados e amados. Ao confrontar-se com as formas de pensar dos colegas, a criança irá testar e adotar valores diferentes dos defendidos pelos pais. O convívio permite-lhe desenvolver competências sociais. Sem amigos, a autonomia e a intimidade da criança ficariam gravemente afetadas (Watson, 2002b) mas o grupo de pares também tem os seus aspetos negativos, nomeadamente, a conformidade, a segregação social ou étnica e o preconceito. Há crianças mais agressivas que batem, empurram e ameaçam as mais fracas (*bullying*), podendo desenvolver nestas medos e baixa autoestima, que se irão repercutir na sua personalidade e na sua adaptação à escola. Por vezes, os atributos físicos de uma criança

acarretam situações ridículas e de gozação, reações que inevitavelmente afetam a autoimagem, os sentimentos e a interação com os outros.

A criança em idade escolar encontra-se envolvida em inúmeras situações inseguras que impõem que ela atenda a necessidades de segurança à medida que for aprendendo a ser independente e autoconfiante. Neste sentido, devem ser ensinadas à criança regras básicas de segurança, tais como atravessar a rua, circular de bicicleta utilizando o capacete, não manusear fósforos, isqueiros ou armas, como utilizar de forma segura ferramentas e como guardá-las, como atuar perante estranhos, como lidar com emergências, o uso de drogas e álcool e os perigos da internet, entre outros (Leão, 2009).

A ansiedade também se manifesta no universo infantil, já que as crianças têm momentos em que são afetadas por uma tensão interior. Esta ansiedade pode manifestar-se de diversas formas: através de uma grande agitação que se reflete de forma evidente no seu comportamento ou através de medos que não são exteriorizados, podendo causar um grande sofrimento. Cabe aos pais aprender a reconhecer estes sentimentos e tentar ajudar as crianças a superá-los, fazendo com que se sintam seguras mas não as protegendo em excesso, uma vez que estas experiências permitem que elas adquiram confiança em si próprias.

A criança em idade escolar já consegue lidar melhor com a separação dos pais. No entanto, pode sentir receio de perder o controlo do seu próprio corpo, sentir-se culpada e pensar que adoeceu por algo que terá feito ou por algum pensamento mau, ou sentir receio de que alguém a magoe. A forma como a criança reage à dor tem por base experiências passadas. O facto de estar doente ou hospitalizada poderá aumentar a necessidade da criança ter os pais por perto para se sentir mais segura (Jorge, 2004).

3.1 - A CRIANÇA UTENTE DOS CUIDADOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM

Desde sempre, a criança fez parte da história da humanidade, mas nem sempre teve o estatuto que lhe é conferido atualmente. Durante séculos, as crianças foram consideradas adultos em miniatura, estando confinada ao cuidado exclusivo dos adultos no seio familiar. Durante o séc. XIX, a mortalidade infantil era elevadíssima e assistiu-se a situações de abandono e a formas cruéis de infanticídio e negligência (Oliveira e Cunha, 2007). Apenas no início do séc. XX se compreendeu que as doenças da criança eram diferentes das do adulto pelo que passaram a ter um estatuto e um tratamento diferenciados, inicialmente na Europa e só posteriormente nos EUA.

É durante o último século que se verifica uma crescente preocupação com o estatuto moral e psicológico da criança, bem como com o seu processo de socialização (Watson, 2002b). O catalisador para a mudança foi a transformação do conceito de criança, vista como um ser em crescimento e desenvolvimento, não só com necessidades biológicas mas também com necessidades psicológicas, sociais e emocionais.

Ao delinear o tema da criança como utente dos cuidados de saúde, pretende-se visualizá-la, não apenas em contexto de doença, mas também da sua prevenção e vigilância de saúde.

No programa-tipo de saúde infantil e juvenil publicado pelo Ministério da Saúde (2005), são usadas expressões que alertam para que a saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados, mas sem dúvida da influência do ambiente social, biofísico e ecológico. No entanto, é indiscutível o impacto das ações de vigilância da saúde infantil e juvenil pelo que a manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é um imperativo para os profissionais e para os serviços. O aumento do nível de conhecimentos e da motivação das famílias, a par da redução do analfabetismo e da melhoria das condições de vida, favoreceu o desenvolvimento da função parental e tornou possível aos pais assumirem, como direito e dever, a sua família, cabendo aos profissionais facilitar e promover essa função.

Quando nos reportamos à criança como utente dos serviços de saúde, temos em mente todas as crianças saudáveis, doentes e/ou hospitalizadas que estabelecem relações com o enfermeiro.

As consultas periódicas permitem a supervisão da saúde durante toda a infância e adolescência, independentemente da presença de uma doença ou queixa específica. Visam acompanhar o desenvolvimento físico, psíquico, social e familiar e promover a saúde através da realização de diagnósticos precoces e aconselhamento aos pais, para prevenção de acidentes e problemas de saúde futuros. Inevitavelmente, a criança pode ser acometida por uma situação qualquer de doença crítica e repentina, seja por via congénita ou adquirida, levando os pais a recorrer aos serviços de saúde (Gil, 2012).

Atualmente, é reconhecido que a participação parental é benéfica para a criança como para a família. O stresse e a ansiedade podem ser reduzidos significativamente se os pais acompanharem a criança durante o internamento ou nos tratamentos, uma vez que ela se sente mais segura e confiante, desencadeando ao mesmo tempo na família, sentimentos positivos de utilidade e diminuindo a sensação de impotência perante a doença (Reis, 2011).

É na idade escolar que a criança se separa gradualmente dos pais e procura a aceitação de outros adultos e dos seus colegas. Neste período, ela sofre pressões para se enquadrar em estilos e ideias do grupo a que pertence e a sua autoestima e o seu autocontrole são

constantemente avaliados pelos familiares. A criança estabelece padrões de comportamento que podem durar toda a vida, pelo que há necessidade de promover relações interpessoais com qualidade. Apesar de possuir maior independência, a criança ainda precisa de proteção e segurança e no caso da hospitalização, ela ressenete-se com a separação da família e de tudo o que lhe é familiar (Jorge, 2004).

Cabe ao enfermeiro o reconhecimento da criança como elemento participativo na tomada de decisões do seu processo de saúde, bem como a valorização dos pais como primeiros prestadores de cuidados (Björk; Nordström; Hallström, 2006).

3.2 - O PAPEL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Aprendendo a viver ...
trabalhar com crianças doentes e hospitalizadas
é uma experiência única e inigualável.
É viver cada momento
como se fosse o último.
É estar junto, sempre.
É sorrir, brincar, sofrer.
É aprender a viver!
Chiattonne (cit. por Valverde, 2010: 4)

A história conta-nos que, desde muito cedo, os enfermeiros se interessaram e dedicaram ao cuidado das crianças. Ao percorrer o passado, observamos que os cuidados de enfermagem à criança constituíram uma das áreas de cuidados especializados mais antigos (enfermeiras puericultoras) em que as necessidades infantis e suas particularidades eram compreendidas e valorizadas pelos enfermeiros.

Ao longo dos tempos, os cuidados de enfermagem em pediatria têm vindo a transformar-se no que respeita ao desenvolvimento de cuidados que visam as necessidades específicas da criança, cuidado atraumático e cuidados centrados na família. Esta evolução deve-se à investigação, principalmente da psicologia de Spitz (1946) e Bowlby (1960) (cit. por Barros, 2003) que trouxeram à luz o impacto negativo na vida da criança das experiências de doença e hospitalização e as estratégias que tornam o ambiente hospitalar promotor de bem-estar, facilitando a sua adaptação e, conseqüentemente, que a experiência da hospitalização constitua uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento.

Com a criação do REPE (DL nº161/96 de 4 de setembro: 3) o enfermeiro especialista é reconhecido como o profissional com reconhecida “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”. Citando Teixeira, Braga e Esteves (2004: 187) “A Enfermagem Pediátrica tem por objetivo promover a saúde e o melhor desenvolvimento da criança em qualquer fase da sua vida. Para alcançar este objetivo, os Enfermeiros, necessitam antes de mais de compreender as crianças, as suas formas de crescer e se relacionar com os outros”.

O espaço de intervenção do especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (SIP) abrange uma fase crucial do ciclo vital, compreendendo o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade.

Em novembro de 2010, a OE criou e em fevereiro de 2011 aprovou o Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem, publicado em Diário da República como Regulamento nº123/2011 de 18 de fevereiro. Neste Regulamento, a Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem assenta a sua prática num modelo concetual centrado na criança/jovem/família encarando sempre este binómio inseparável na conceção de cuidados em qualquer contexto em que ela se encontre (hospital, centro de saúde, escola, cuidados continuados, casa, comunidade...), na procura em evitar a hospitalização da criança, com a utilização de contextos alternativos de atendimento, tais como hospital de dia ou unidades de internamento de curta duração como preconizado no art. 1º da Carta da Criança Hospitalizada (1988 reeditada pelo Instituto de Apoio à Criança - IAC, 2008) e no acompanhamento permanente da criança, nas unidades de saúde pela mãe, pai ou outro adulto significativo.

As reações que as crianças têm perante as crises são influenciadas por vários fatores como, a idade, o desenvolvimento, a experiência prévia com a doença, a separação e a hospitalização, as habilidades de enfrentamento inatas e adquiridas, a gravidade do diagnóstico e o suporte emocional disponível (Whaley e Wong cit. por Gil, 2012). Neste sentido, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem detém um entendimento profundo sobre as respostas da criança aos processos de vida e problemas de saúde, “é capaz de implementar soluções com elevada adequação às necessidades da criança/família, efetuando o diagnóstico, prescrevendo as intervenções e avaliando a sua eficácia” (Quelhas, 2009: 5).

A performance deste enfermeiro traduz-se na promoção ao mais alto nível de saúde possível da criança, na prestação de cuidados à criança saudável ou doente e na promoção da educação para a saúde assim como na identificação e mobilização de recursos de suporte à família/pessoa significativa (OE, 2011).

Estas ideias conduzem-nos às competências específicas do enfermeiro especialista de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2011) que contemplam:

- ❖ um conhecimento científico profundo e específico da sua área de especialidade, no qual sustenta a sua prática de cuidados;
- ❖ uma prestação de cuidados de enfermagem à criança/família em situações de particular complexidade, implementando respostas adequadas às suas necessidades;
- ❖ o reconhecimento da criança como elemento participativo na tomada de decisão do seu processo de saúde, bem como a valorização dos pais como primeiros prestadores de cuidados;
- ❖ o suporte e assistência da criança/família nos processos de transição e adaptação tendo em conta os seus projetos de saúde, conducente à maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança e jovem .

Mas, a par do indispensável atributo da competência, os enfermeiros deverão continuar a cuidar a criança e a família com consciência, confiança, compaixão e compromisso (Simone Roach cit. por Quelhas, 2009). “Não basta gostar de crianças, tem que haver um compromisso” (Oler e Viera, 2006: 195), um sentimento de carinho, sensibilidade, amor e envolvimento. O enfermeiro deve ser um elemento terapêutico no cuidado com a criança, o que implica estar atento às suas próprias necessidades, desejos, comportamentos, emoções e sentimentos e ainda às formas de expressá-los (Sobral et al, 2003).

Em Pediatria, a Enfermagem centra o seu cuidado não apenas na criança mas na sua família, que é o seu suporte (Oliveira; Lacerias; Pereira e Silvestre, 2005). O enfermeiro tem que, em conjunto com a família da criança, identificar as metas e as necessidades desta, planear intervenções que vão de encontro aos problemas definidos, auxiliar nas escolhas informadas e agir no melhor interesse para a criança. É ele o técnico que, estando em permanente contacto com as crianças e seus familiares, tem maior facilidade em identificar medos, ansiedades e sentimentos.

A família tem um papel fundamental nos cuidados à criança, uma vez que é nela que a criança vai buscar carinho e atenção necessários ao seu desenvolvimento e crescimento. A relação bilateral passa a triangular, incluindo a criança, pais e profissionais de saúde, em constante interação, como intervenientes dinâmicos no processo assistencial à criança doente, influenciando-se mutuamente (Melo, 2011). O acompanhante deve ser encarado, não apenas como colaborador, mas como parte integrante do cuidado de enfermagem agindo como reforço positivo nas suas próprias atitudes. A permanência do familiar junto da criança traz vantagens como, uma recuperação mais rápida, segurança e calma por parte da criança, além

de proporcionar um ambiente menos agressivo e mais familiar (Oler e Viera, 2006). Segundo Ferreira e Costa (2004: 51) “para preservar o crescimento e o desenvolvimento da criança, os cuidados a esta devem ser em forma de proteção, estímulo e amor”. Desta forma, não existe ninguém melhor que os pais para os prestar e por isso, afirmamos que “os pais devem ser parceiros da equipa de saúde, sentindo que têm um papel ativo na gestão dos cuidados e nas decisões clínicas associadas” (Melo, 2011: 17). O enfermeiro de Pediatria é o responsável pelo ensino e supervisão desses mesmos cuidados até que os pais se sintam competentes para os fazer.

Um relacionamento terapêutico é essencial para cuidados de Enfermagem de qualidade. Neste relacionamento deve estar presente a comunicação e a relação de ajuda, essenciais para a criança. Gil (2012) considera a empatia a chave de qualquer relação de ajuda. Para Phaneuf (2005: 15), a comunicação é “(...) uma ferramenta de base para a instauração da relação de ajuda” e “a empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda” que entende a dificuldade da pessoa ajudada, que se coloca no seu lugar e que lhe transmite conforto (Gil, 2012).

A primeira ação a que o enfermeiro deve atender é a sua apresentação, dizendo o seu nome próprio. Deve cumprimentar com um sorriso desde que o contexto assim o permita. Seguidamente, deverão ser fornecidas explicações simples à criança sobre o que está mal e a forma como irá ser tratada. Ao comunicar com a criança, o enfermeiro deve tratá-la pelo nome, usar palavras simples e frases curtas, falar claramente e ser direto. Pode usar imagens, bonecos ou outros objetos para ajudar a explicar todos os procedimentos ou as doenças. Deve chamar as coisas pelos nomes em vez de utilizar um vocabulário para bebés. Ajudar a criança e seus familiares a colocarem questões, a expressarem os seus sentimentos, medos e preocupações, permite que o enfermeiro lhes dê a tranquilidade, a confiança e a segurança para que possam implementar atividades que reduzam a sua ansiedade, promovendo o seu bem-estar emocional e a sua autonomia. As pessoas, e as crianças em particular, sentem necessidade de falar, de se expressarem e essencialmente de se fazerem ouvir. Sempre que houver oportunidade, a criança deve ser elogiada para promover a autoestima (Goleman, 2010).

Das ações de enfermagem a desenvolver com a criança e sua família salientam-se as seguintes: é importante incentivar a presença dos pais durante a realização de procedimentos ou durante a hospitalização e permitir a visita de irmãos, familiares e amigos; orientar e permitir liberdade de escolha da criança/família em participar e/ou realizar cuidados e/ou procedimentos; encorajar a criança a ter um brinquedo favorito com ela e propiciar atividades recreativas de acordo com a etapa de desenvolvimento da mesma; identificar hábitos e rotinas

da criança para promover um ambiente agradável e amistoso e explicar-lhe as do serviço, permitindo, sempre que possível, máxima mobilidade e preservando a sua privacidade; estimular o autocuidado; ajudar a criança a lidar com as adversidades da doença; aceitar regressões comportamentais da criança que possam ocorrer (Reis, 2011).

A saúde ao dar lugar à doença leva os pais a recorrerem às instituições de saúde, onde são confrontados com ambientes estranhos, com pessoas desconhecidas e onde cedem aos profissionais de saúde o cuidado e a responsabilidade dos seus filhos, passando a depender de outros, por períodos mais ou menos prolongados. A tensão e a ansiedade gerada nos pais, quando ainda não foram confrontados com um diagnóstico, criam um ambiente propício a atitudes de alguma agressividade verbal e insatisfação, nem sempre real. Assim, é de primordial importância que o enfermeiro, e o enfermeiro especialista em particular, sejam capazes de criar um clima de confiança, compreensão e respeito, a fim de proporcionarem um elevado grau de satisfação nos utentes. A satisfação dos pais pode servir como um atributo para os indicadores dos cuidados com qualidade (Bragadóttir e Reed, 2002).

Mas a criança não necessita de estar doente para ter que lidar com uma situação que lhe causará ansiedade, angústia e dor. Durante a infância, a criança é sujeita à administração de vacinas que lhe irão conferir imunidade contra algumas doenças (DGS, 2011). De acordo com o Plano Nacional de Vacinação, a criança é vacinada, entre os 5 e os 6 anos, com a vacina combinada de Difteria, Tétano, Tosse Convulsa e Poliomielite e com vacina combinada de Sarampo, Parotidite e Rubéola (DGS, 2011), o que se traduz em dois procedimentos invasivos, com utilização de agulhas.

Nos Centros de Saúde, nas Unidades de Saúde Familiar ou qualquer outro serviço de atendimento de Cuidados de Saúde Primários ou Ambulatórios, apesar de não haver afastamento da criança do seu ambiente familiar, facto que ocorre quando há um internamento, os enfermeiros e as atividades ali desenvolvidas podem parecer estranhos e assustadores (Salgado cit. por Silva, 2011). A injeção é um dos eventos mais frequentes e ameaçadores para a criança, sendo percebido, como uma invasão, extremamente dolorosa, no seu corpo. Diariamente, as crianças manifestam medo e dor, antes e durante a administração de vacinas, expressando estes sentimentos através do choro, gritos, pedido de ajuda, tentativa de fuga. Mesmo que a criança seja capaz de colaborar no procedimento, a preparação é fundamental e pode ser, facilmente, realizada (Idem, 2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2013), no seu Guia de Boas Práticas, o enfermeiro deve prevenir e tratar a dor decorrente de intervenções de enfermagem e de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos; utilizar intervenções não farmacológicas em complementaridade com as farmacológicas. As estratégias, não farmacológicas, são ações independentes de

enfermagem que podem ser executadas em qualquer lugar, sem causarem efeitos secundários, e sem exigir equipamentos especiais, com benefícios para a criança, comprovados pela evidência, que facilitam a parceria de cuidados com os pais e marcam a diferença no cuidar.

O cuidado atraumático é o fornecimento de cuidado terapêutico por um conjunto de profissionais em ambientes e por meio de intervenções que eliminem ou mitiguem o sofrimento psicológico ou físico vivenciado pelas crianças ou seus familiares no sistema de cuidados à saúde (Hockenberry e Wilson, 2014). O cuidado terapêutico abrange a prevenção, o diagnóstico, o tratamento ou o alívio de condições crônicas ou agudas e é a base essencial para um cuidado de enfermagem de qualidade. A meta prioritária na prestação de cuidado atraumático é não causar nenhum mal à criança, meta essa que só será alcançada ao evitar ou suavizar o afastamento da criança da família, ao estimular o sentido de controle da criança ou ao evitar ou minimizar a lesão corporal e a dor. São exemplos disto, a preparação da criança antes de qualquer tratamento ou procedimento, através de explicações relativamente simples, a criação de um ambiente confortável, a ajuda no controle da dor, a preservação da privacidade da criança, musicoterapia, estimulação cutânea, a disponibilização de atividades recreativas/lúdicas como brincadeiras e jogos para expressar o medo e a agressão e o respeito pelas diferenças culturais (Björn, Nordström e Hallström, 2006; Silva, 2011; OE, 2013).

É muito importante não subestimar a dor na criança e estar atento às respostas verbais, não-verbais e fisiológicas da dor como a rigidez corporal, o choro e gritos, a agitação, a face de dor, a regressão, problemas alimentares, distúrbios do sono ou de conduta e estados depressivos (Valverde, 2010). Hoje é possível minimizar a dor da criança em procedimentos dolorosos relacionados com inserção de agulhas ou pequena cirurgia dermatológica. A colocação de um anestésico local em forma de creme ou penso, usado sobre a pele antes do procedimento, provoca uma perda temporária de sensibilidade ou torpor na área ou perto da área em que é aplicado, proporcionando o alívio da dor.

O brincar constitui a linguagem universal das crianças, consistindo numa das formas mais importantes de comunicação e que podem ser uma técnica efetiva no relacionamento com elas, para além de que é um direito da criança, inclusive no hospital (art. 7º da Declaração dos Direitos da Criança promulgada pela ONU em 1959), como prevê o art. 6º da Carta da Criança Hospitalizada (1988 reeditada pelo IAC, 2008). Brincar é realizado em todas as idades por puro prazer e diversão, criando desta forma uma atitude mais alegre perante a vida e a aprendizagem. Nesse contexto, a brincadeira torna-se um instrumento de imaginação da criança, a qual a conduz a uma viagem de experiências e de conhecimento, pois é brincando que a criança organiza e constrói os seus conhecimentos e conceitos, estabelece

relações lógicas, facilita o desenvolvimento da expressão oral e corporal, promovendo processos de socialização e descobertas (Marinho; Matos Júnior; Salles Filho e Finck, 2007).

As brincadeiras são um meio importantes para expressar sentimentos, emoções e ansiedades que dificilmente seriam expressos de outra forma. A seguir à presença constante da mãe ou da figura que a substitui, o brinquedo pode ser um importante fator de diminuição dos efeitos nocivos do stresse nas crianças hospitalizadas. Num hospital, a brincadeira não serve apenas para distrair as crianças; na verdade, aumenta a capacidade da criança enfrentar, de forma eficaz, o processo de internamento e para entender o que lhe está a acontecer. Através do brincar, a criança possui um poderoso recurso que lhe possibilita expressar-se melhor, interagir com os prestadores de cuidados, assim como demonstrar os seus sentimentos, resgatar-se a si mesma e também para dar voz às suas preocupações ou apreensões. A criança tem necessidade de criar estratégias para atenuar o processo de hospitalização decorrente do stresse e da ansiedade devido à doença, além do sofrimento físico, procedimentos médicos e rotina hospitalar desgastante (Fortuna, 2007).

Jogos e brincadeiras são frequentemente utilizados como ponte de comunicação entre o enfermeiro e a criança, para reduzir o trauma da doença e da hospitalização e para preparar a criança para procedimentos terapêuticos, permitindo adotar uma atitude descontraída e natural, contribuindo para um ambiente informal (Oler e Viera, 2006). O brincar permite à criança modificar o quotidiano do internamento pois produz uma realidade muito própria e única, entre o mundo real e o mundo imaginário, que a ajudará a transpor as barreiras da doença e os limites de tempo e espaço (Carvalho e Abreu, 2009; Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo, 2010). Estes autores salientam ainda que a promoção do brincar pode possibilitar aos enfermeiros a vivência de uma experiência diferente com as crianças, uma vez que o seu quotidiano é marcado pelo contacto intenso com a doença, com a dor, com o sofrimento e até com a morte. Segundo Fortuna (2007), ajuda o pessoal de enfermagem a identificar as preocupações ou equívocos das crianças, podendo utilizar este processo para as ajudar a ultrapassar ou a adaptarem-se a novos problemas. Para Oliveira (2012), brincar pode ser utilizado como ocupação do tempo ocioso ou como recurso terapêutico dos profissionais de saúde como forma de ajudar a criança a enfrentar o processo de hospitalização revelando as suas angústias, inquietações e crenças sobre o hospital e a doença que possui.

O brinquedo terapêutico não é mais do que um brinquedo estruturado para a criança aliviar a ansiedade gerada por experiências atípicas para a sua idade, que costumam ser ameaçadoras, devendo ser utilizado, sempre que ela tiver dificuldade em compreender ou lidar com a experiência. O brinquedo terapêutico também pode ser a utilização de uma brincadeira que simula situações hospitalares e tem ainda, a função de auxiliar na preparação

da criança para procedimentos de enfermagem, a fim de fornecer a compreensão do tratamento e esclarecer os conceitos errados (Silva, 2011). Pode ser integrado na recuperação, tornando divertidas as atividades terapêuticas, reforçando-as positivamente ou para descarregar a tensão após vivenciá-las (Fortuna, 2007). Vários estudos confirmam a eficácia desta estratégia pois o brinquedo terapêutico, embora não impeça a criança de passar pelas experiências dolorosas, concede, no entanto, a oportunidade de libertar os seus sentimentos de raiva e indiferença e de diminuir a ansiedade, o stresse e o medo gerados por este tipo de experiências (Salgado cit. por Silva, 2011). Contudo, brincar no hospital não deve servir para distanciar a criança da realidade, distraíndo-a, mas sim auxiliá-la a vivê-la, desenvolvendo o seu raciocínio e a sua capacidade de expressão, melhorando o seu ânimo e compreendendo a situação em que se encontra (Fortuna, 2007).

A hospitalização na infância pode revelar-se como uma experiência potencialmente traumática mas se o impacto for positivo e a relação com o enfermeiro for de confiança e segurança, a criança adquirirá um maior controlo sobre si, o que lhe permitirá envolver-se de forma mais intensa no mundo exterior desenvolvendo autoconfiança e autoestima ao invés de frustração (Diogo e Rodrigues, 2002; Goleman, 2010). É claro que as crianças precisam de experiências reais como ursinhos com suturas, para poderem ser colocadas ou retiradas, de bonecas com cateteres endovenosos e tubos de soro ou com bebés com sondas nasogástricas colocadas. Assim a brincadeira proporcionará um elemento de equilíbrio, contrabalançando com a sobrecarga de medo, dor e separação. É impossível ignorar os benefícios que a brincadeira acarreta, não apenas à recuperação da criança, mas também por colocar em discussão o padrão de funcionamento hospitalar. O brincar no hospital possui um potencial revolucionário mais amplo e mais fecundo do que certas práticas lúdicas institucionalizadas, que manipulam e enganam a criança a fim de ser submetida mais docilmente, a intervenções laboratoriais, clínicas e cirúrgicas. Ao invés, trata-se de um brincar criativo, transformador e repetidamente transformado, requerendo ousadia e coragem para inventar, tanto quanto possível, e disposição para reinventar tudo o que é novo e diferente todos os dias (Fortuna, 2007).

Porque é que as paredes têm que ser brancas ou tons pastel, parecendo apagar a lembrança de como a vida é colorida? Qualquer local onde se cuidem crianças deve ser um lugar alegre, cheio de vida e nunca um ambiente hostil, cinzento, despido de cor. Porque é que o silêncio, tão necessário para o processo de recuperação, não pode ser quebrado por música, gargalhadas e contos de histórias, que contribuem para a mesma recuperação? Brincar no hospital gera uma revolução “lúdica” onde o enfermeiro tem um papel muito importante e

específico a desempenhar, através do estabelecimento de uma relação amistosa e agradável com a criança e seus familiares (Idem, 2007).

Estamos conscientes de que os enfermeiros não podem mudar o cenário hospitalar mas podem contribuir para uma abordagem mais holística e mais benéfica, seguindo a linha do **cuidar**, atendendo às necessidades da criança e sua família e conseqüentemente, prestando cuidados de qualidade. Esse *feedback* só será possível de obter estando atento a pequenos gestos, a pequenas conversas e às reações de crianças, pais e familiares.

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A definição dos procedimentos metodológicos constitui uma etapa determinante para a concretização do estudo, descrevendo as diferentes etapas percorridas para atingir os objetivos delineados, dando resposta à questão de partida. Permite ainda, a consciencialização das atividades desenvolvidas e a previsão de possíveis limitações do estudo (Migueléz, 2011).

4.1 – PROBLEMÁTICA E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Quando os investigadores têm de tomar decisões sobre a metodologia que lhes parece mais apropriada para estudar, muitas vezes vêm-se confrontados com uma diversidade de metodologias que têm abordagens complexas, por tratarem diferentes tipos de dados, ou, mesmo dentro do mesmo tipo de dados, que tornam a decisão acerca da metodologia mais difícil do que a escolha do tema (Migueléz, 2011).

Segundo Fortin (2009: 48), o problema de investigação “(...) é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação (...) é um desvio entre a situação atual, considerada insatisfatória e a situação desejável, sentindo-se necessidade de suprir esse desvio”. Vários elementos concorrem para o estabelecimento de um plano/desenho apropriado para responder às questões levantadas pelo problema de investigação. Segundo a mesma autora (2009: 132), o desenho da investigação “é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas”, ou seja, constitui a espinha dorsal sobre a qual virão enxertar-se os resultados da investigação. O desenho tem por objetivo criar um conjunto de decisões a tomar “para pôr de pé uma estrutura, que permita empiricamente explorar as questões de investigação” (Fortin, 2009: 214), constituindo um guia orientador para a planificação e a realização do estudo.

Surgiu assim, a curiosidade no sentido de saber qual a imagem que os utentes têm dos enfermeiros, alguns daqueles que são alvo dos seus cuidados. Mas que utentes? Os de “palmo e meio”, uma vez que assumem um carácter especial no que se refere à prestação de cuidados por parte dos enfermeiros, por não haver conhecimento de nenhum trabalho neste grupo populacional e pela possibilidade de contactar diretamente com as crianças recolhendo as suas opiniões. Optámos por escolher a idade escolar uma vez que nesta fase da infância, a criança interioriza regras de socialização, relaciona factos com a realidade, procura respostas para estes e aprende a conhecer os seus medos.

O interesse pela “representação social do enfermeiro” construída pela criança advém das funções que exercemos enquanto enfermeira especialista, no balcão de Pediatria do serviço de urgência da ULS de Castelo Branco. Entre situações de maior acalmia ou de maior agitação, de simples “consultas” a verdadeiras urgências, da mera administração de ‘xaropes’ a ‘*torturas*’ de veras traumatizantes, surgem questões como:

- ✓ O que pensam as crianças do enfermeiro?
- ✓ O que é para as crianças, o ser enfermeiro?
- ✓ O que representa para a criança o enfermeiro?
- ✓ Será que a experiência, após o atendimento do enfermeiro, influencia a percepção da criança sobre o mesmo?
- ✓ Quais as qualidades que a criança encontra no enfermeiro?
- ✓ Que importância lhe atribui?
- ✓ O que esperam as crianças dos enfermeiros?

Todas estas questões foram dando forma a uma questão central, que servirá de orientação ao estudo:

- Que representação social têm as crianças, em idade escolar, do enfermeiro?

Sendo esta a questão central de investigação, este estudo tem como objetivo central conhecer que representações possuem as crianças, em idade escolar, sobre a imagem social da profissão de enfermagem. Os objetivos específicos são:

- Caracterizar o enfermeiro através das informações proporcionadas pelas crianças.
- Identificar que experiências anteriores vividas pelas crianças contribuem para a representação que têm do enfermeiro.
- Identificar fontes de informação mobilizadas pela criança na construção da representação social do enfermeiro.

O estudo das representações sociais é complexo e necessita, teoricamente, de uma abordagem multi-metodológica. Migueléz (2011) salienta que a escolha de uma metodologia faz-se em referência ao sistema teórico que subjaz e justifica a investigação.

4.2 – TIPO DE ESTUDO E DESENHO DA INVESTIGAÇÃO

As representações sociais ao serem estudadas devem ser norteadas pelos princípios básicos da pesquisa qualitativa, na medida em que procuram “compreender e interpretar os fenómenos que partem da perspectiva individual, (...) expressando a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a” (Cascais, Martini e Almeida, 2007: 3). O uso de uma

metodologia qualitativa possibilita uma abordagem holística dos fenómenos humanos, tendo como principal objetivo descobrir novos factos que ajudam à compreensão dos fenómenos e permitem captar a sua aparência e essência (Migueléz, 2011). Esta metodologia é de extrema relevância para a Enfermagem, uma vez que permite estudar uma infinidade de fenómenos integrados nos seus contextos sociais. Tal pressupõe que os indivíduos se comportam e interatuam com os outros membros do seu contexto social com base no significado e conhecimento que têm de si próprios e da realidade, significados estes que se revelam necessários à compreensão e à explicação do comportamento humano (Sales, 2008).

Atendendo a que não há um conhecimento aprofundado sobre a matéria que se pretende estudar, nomeadamente a representação social do enfermeiro para as crianças em idade escolar, enveredámos por um estudo de natureza analítica. Segundo autores como Moscovici (2003), Fortin, (2003 e 2009) e Guareschi (2010), a matéria-prima dos estudos das representações sociais é constituída pela recolha de opiniões, atitudes, conceitos e pelo saber popular, vulgarmente conhecido por senso comum. No entanto, e sem pretender sacrificar o rigor metodológico, acredita-se que estudos nesta área da representação social beneficiam com a adoção de métodos de pesquisa mais indutivos que têm por objeto o “estudo de determinadas experiências, tais como são vividas e descritas pela pessoa”(Fortin, 2009: 36).

Flick (2009) afirma que o pesquisador não tem necessidade de se inserir no campo da investigação com um modelo *a priori* e cheio de posições teóricas, podendo adotar uma postura construtiva no campo, cujo objetivo não é reduzir a complexidade do problema, fragmentando-o em variáveis, mas em vez disso aumentar a complexidade e incluir o contexto na análise. Com tal cenário configurado, e para o problema em estudo, a metodologia da técnica de análise comparativa de dados da Grounded Theory (GT) pareceu ser a mais indicada porque permite analisar o processo partindo da perspetiva dos participantes, na descrição das suas opiniões e experiências (Ghezaljah e Emami, 2009; Charmaz, 2014). A GT representa para a enfermagem um referencial metodológico de investigação qualitativa bastante promissor, uma vez que permite a construção de conhecimento sobre fenómenos pouco ou nada explorados, que resultam da prática de enfermagem bem como a proposta de teorias enraizadas nos dados. Tais teorias podem contribuir consideravelmente para o conhecimento e para a prática de enfermagem uma vez que surgem da investigação das interações humanas e dos significados atribuídos pelos atores sociais (Leite, Silva, Oliveira e Stipp, 2012).

A Grounded Theory (GT)

Em termos gerais, o método da GT preocupa-se em estudar a vida social (Clarke citado por Raymond, 2005) podendo interessar-se por qualquer temática ou área de conhecimento. A metodologia da GT consiste num conjunto de procedimentos sistemáticos e rigorosos de análise de dados, organizados numa sequência que tende para uma maior complexidade e integração através de alguns elementos básicos: os conceitos (unidades básicas de análise desde o início da conceitualização até ao desenvolvimento da teoria), as categorias (conceitos que derivam dos dados e representam os fenómenos; são a base da teoria) e as proposições (relação entre categorias ou entre estas e as sub-categorias; consideradas como ‘hipóteses’) (Lopes, 2006; Petrini e Pozzebon, 2009).

Para Tarozzi (2012), a GT tem como objetivo último, gerar teoria que é construída com base na recolha e análise sistemática e rigorosa dos dados e na orientação dos investigadores através de um processo indutivo de produção de conhecimento. Para este autor (2012), os procedimentos da GT são bem definidos no sentido de conduzirem à interpretação com rigor e precisão e por permitirem a criatividade necessária à ocorrência de um dos princípios básicos na construção da teoria, nomeadamente a interpretação e a concetualização dos dados. Na opinião de Leite *et al* (2012) a criatividade suporta a sensibilidade teórica, ou seja, a capacidade para dar sentido e significado aos dados, e estimula a formulação de questões favorável ao **método de comparação constante**.

O método GT, ou traduzido para o português como a teoria fundamentada de dados, surgiu com Glaser e Strauss durante a década de 60 no séc. XX, constituindo simultaneamente o produto e o método de investigação que melhor se articula com a corrente sociológica – Interacionismo Simbólico (Charmaz, 2008). Estes autores sentiram necessidade de encontrar um caminho que respondesse às suas questões de investigação. Para eles, a realidade é o produto das interações (Fortin, 2009) e não somente a codificação de dados. Porém, Strauss e Corbin, na década de 90, defendem que a teorização, na perspetiva da Grounded, é um ato de construção, permitindo uma certa flexibilidade. Os investigadores da GT não estão interessados em criar teoria sobre os atos individuais, mas sobre os padrões de ação e interação entre os vários tipos de unidades sociais, sobre processos decorrentes das mudanças nas condições quer internas quer externas, ao fenómeno em estudo (Tarozzi, 2012).

Para Dantas, Leite, Lima e Stipp (2009) não existem verdades absolutas; a realidade não é descoberta mas sim construída pelos atores nos contextos onde os fenómenos acontecem, ou seja, a realidade é, em si própria, socialmente construída. Nesta lógica, os

fenómenos traduzem-se em processos socialmente construídos, nos quais o investigador assume a responsabilidade do seu papel interpretativo e inclui as perspetivas dos participantes.

É com esta perspetiva em mente que, Charmaz (2014) considera a GT um método profundamente interativo, perspetivando a subjetividade do investigador como fazendo parte da investigação, e acentuando a interação durante todo o processo de recolha de dados, bem como na análise dos mesmos. Porém, para esta autora (2014), o investigador deverá ter consciência e assumir a sua influência, explicitando todo este processo. Na opinião de Leite *et al* (2012), tal processo deve ser bem descrito, detalhado e revisto, exigindo do investigador um olhar constante de curiosidade sobre os dados e uma relação criativa e estética para os organizar e apresentar, além de estabelecer as ligações entre as categorias e, por fim, apresentar o modelo paradigmático.

A análise das interações investigador-participantes presta-se muito bem aos problemas e à prática de enfermagem. O método da teorização fundamentada tem por objetivo “desenvolver uma teoria baseada na análise indutiva, partindo da descrição sistemática e progressiva de fenómenos” (Fortin, 2003: 151), em que os dados são sistematicamente colhidos e analisados. Para Delgado (2012) há uma contínua modificação ou reajuste emergente para garantir um conhecimento com garantias. Quando o investigador se compromete com um estudo com esta metodologia, compromete-se com um percurso de análise sujeito à novidade que o vaivém entre dados e a análise pode trazer, e que, inclusivamente, pode exigir a reformulação das análises já efetuadas anteriormente. Neste sentido, com a elaboração deste estudo, não pretendemos construir uma ‘teoria’ mas sim construir um modelo de representação do enfermeiro na perspetiva das crianças em idade escolar.

Independentemente das diferentes visões epistemológicas da GT há elementos comuns que a caracterizam, como sejam: a lógica indutiva; a análise sistemática dos dados, através do método de comparação constante; o desenvolvimento da teoria/modelo a partir dos mesmos (Bianchi, 2008). Contudo, como facilmente se depreende, este não é um processo linear. A complexidade de que se tem dado conta reveste-se de dificuldades, das quais se revela o modo de olhar os dados, em termos analíticos. Na GT, este processo é, em si mesmo, um modo *sui generis*, que invoca e assenta em cada momento num tipo de raciocínio indutivo na sua expressão mais pura (Santos e Luz, 2011).

Sabe-se que, em termos gerais, a análise de dados no método qualitativo segue este tipo de raciocínio, através da técnica de análise de conteúdo. No entanto, esta técnica, de acordo com os autores que a apresentam, entre os quais Bardin (2007) e Vala (2007), leva-nos a um nível de generalidade elevada, através da identificação de temas. Contrariamente a este

modus operandi, a microanálise, técnica específica do método de comparação constante, segundo Flick (2009), assenta na análise linha-a-linha, numa grande proximidade inicial aos dados, tendo os diferentes níveis de análise um nível de abstração sucessivamente mais elevado. Para este autor (2009), não se pretende comparar epistemologicamente as diferenças assinaladas, no que podem representar em termos de construção do conhecimento.

4.3 – CONTEXTO E SELEÇÃO DE PARTICIPANTES

Durante a fase de conceitualização e, após formular o problema de investigação, é necessário construir o quadro de referência para servir de base ao estudo (Fortin, 2009), ou seja, a população sobre a qual se irá realizar o estudo. A população é, para esta autora, constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos anteriormente e para os quais o investigador pretende fazer generalizações. Na GT não se fala propriamente em população, mas sim em participantes no estudo selecionados de modo intencional e/ou conveniência. Neste caso, as crianças de uma escola selecionada intencionalmente e o grupo de participantes que preenchiam critérios de seleção adequados aos objetivos do estudo. Assim, o estudo decorreu na Escola EB1 Faria de Vasconcelos em Castelo Branco e o grupo de participantes englobava todas as crianças que frequentaram o ensino básico no ano letivo de 2011/2012.

A amostra é “ (...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo” (Fortin, 2009: 312). A amostra será constituída por todas as crianças cujos pais autorizem a participação no estudo. Considera-se que mais importante que o tamanho da amostra é a riqueza da informação que as crianças podem fornecer através dos instrumentos de recolha de dados (Streubert e Carpenter, 2002; Morse, 2007; Fortin, 2009).

Os estudos que utilizam a metodologia da GT, constroem uma amostra teórica, isto é, um conjunto de conceitos, não é selecionada previamente mas vai sendo definida pela própria análise. Na prática, não se trata de uma amostra representativa das características dos participantes mas de uma amostra ‘relevante’ para o fenómeno em estudo que se vai diferenciando em função das questões e ideias que vão surgindo durante a análise (Raymond, 2005), com o objetivo de descobrir categorias.

Para satisfazer os requisitos da construção da amostra teórica, o procedimento adequado é ir analisando as entrevistas à medida que elas são realizadas, terminando quando se atinge a saturação teórica, ou seja, quando o investigador entende que os novos dados

começam a ser repetitivos, deixam de trazer informação adicional e as categorias encontradas começam a estabilizar (Trinidad, Carrero e Soriano, 2012).

4.4 – INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Atendendo que se trata de uma abordagem qualitativa, houve a preocupação de construir e dimensionar o método de recolha de dados de forma a compreender o fenómeno em estudo.

Na primeira semana de junho de 2012, foi pedido às crianças que elaborassem um desenho onde ilustrassem aquilo que é o enfermeiro e o que é que o enfermeiro faz. O conteúdo de um desenho conta muito sobre a criança; dá a dimensão da sua fantasia e imaginação porque são projeções dos seus “eus” interiores (Hockenberry e Wilson, 2014: 116). É revelador dos seus desejos, conflitos, interesses, medos e preocupações (Papalia, Olds e Feldman, 2009). Para Hockenberry e Wilson (2014) desenhar é uma das formas mais preciosas de comunicação, tanto não-verbal (olhar para o desenho) como verbal (história da figura do desenho). Por este motivo, o desenho foi utilizado como meio de estabelecer uma relação com a criança aquando da entrevista, técnica escolhida para a recolha de dados.

A entrevista é considerada uma das principais técnicas de investigação e, de acordo com Miguélez (2006), Ghezjeljeh e Emami (2009) e Bogdan e Biklen (2010), permite recolher dados descritivos segundo a linguagem própria do sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos percebem o mundo, suas opiniões, crenças, ideias ou vivências, facto que se pretende ao lidar com crianças em idade escolar. A entrevista a crianças é ainda uma técnica relativamente pouco explorada na literatura porque se pensa que a criança é incapaz de falar sobre as suas preferências ou conceções, mas Kvale e Brinkman (2009) consideram que as entrevistas a crianças permitem-lhes ter uma voz sobre as experiências ou avaliações sobre vários temas. Permitem um acesso singular ao mundo altamente individual e às expectativas da criança, sendo necessário estar atento, não só às palavras, como à comunicação não-verbal (Léssard-Hébert, Goyette e Boutin, 2008). Definida deste modo, a entrevista pode ser vista como um processo de interação social entre duas pessoas.

A partir dos pressupostos teóricos e das expectativas, parece ser plausível a realização de uma entrevista semi-estruturada, tendo como guia o desenho previamente elaborado pela criança, que dê liberdade para ela relatar a experiência individual vivida expressando sentimentos e permitindo captar a sua subjetividade (Sapeta, 2011). Este tipo de entrevista

carateriza-se pela existência de um guião da entrevista (Apêndice I) previamente preparado que serve de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista para atingir os objetivos pretendidos, mas que permitisse, ao mesmo tempo, que a criança relatasse as suas experiências e vivências, tornando a entrevista similar a uma conversa. Procura garantir que os diferentes participantes respondam às mesmas questões e que o desenvolvimento da entrevista se vá adaptando ao entrevistado. Não exige uma ordem rígida nas questões e mantém-se um elevado grau de flexibilidade na exploração das questões. Esta flexibilidade aliada à possibilidade de se adaptar ao entrevistado, às suas reações ou ao contexto, permite uma recolha de dados mais alargada, em pouco tempo (Cardoso, Teixeira, Spilker, Silva e Oliveira, 2011). Houve a preocupação de não tornar a entrevista muito extensa por forma a não cansar ou a desmotivar a criança na participação da mesma (Bogdan e Biklen, 2010).

Nesta perspetiva, o referido guião foi elaborado sendo composto por 6 questões principais que foram, por vezes, complementadas por outras questões mediante as circunstâncias momentâneas da entrevista ou pela análise do desenho elaborado pela criança, e foi redigido tendo em consideração algumas questões éticas. Na elaboração das questões, houve um cuidado com a linguagem, adequada à faixa etária (idade escolar), um cuidado quanto à forma das perguntas para evitar divagações do entrevistado e um cuidado quanto à sequência das perguntas para que houvesse um raciocínio lógico por parte da criança (Kvale e Brinkman, 2009). Após a revisão do guião, o mesmo foi ‘validado’.

4.5 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A ética durante um trabalho de investigação é primordial. A manutenção da confidencialidade e anonimato, assim como a garantia do princípio da autonomia em que a participação voluntária na colheita de dados é garantida deverá ser um foco de preocupação do investigador (Nunes, 2013).

Com o intuito de principiar a aplicação do instrumento de colheita de dados, na escola previamente selecionada, formalizámos por escrito o pedido de autorização à Direção Geral Educação (DGIDC) para a realização do estudo na referida escola, através do preenchimento de um formulário, onde constava o título do trabalho, os seus objetivos e a finalidade do mesmo (Apêndice II). A autorização foi concedida no dia 25 de maio de 2012 e no dia 28 do mesmo mês, foram efetuados contactos informais com a Presidente do Conselho Diretivo da referida escola e os diferentes professores do ensino básico, tendo como objetivo, informar sobre os objetivos do trabalho que se pretendia desenvolver, as etapas do processo, a técnica

de recolha de dados e o pedido de autorização para ser entregue aos pais pelas crianças. Foi ainda pedida a colaboração dos professores para a realização do desenho sobre o enfermeiro em contexto da sua sala de aula.

Foi elaborado um pedido de autorização aos pais das crianças, que foi distribuído na semana de 28 de maio a 1 de junho de 2012 (Apêndice III), onde constava a identificação do pesquisador, os objetivos do trabalho, o tratamento a que os dados iriam ser sujeitos e a garantia de que o anonimato e a confidencialidade seriam salvaguardados.

4.6 – RECOLHA DE DADOS

Após recebermos a informação, por parte dos professores, de que todas as crianças tinham entregado o pedido de autorização assinado pelos pais, deu-se início ao processo de recolha de dados. Das 78 crianças que frequentavam o ensino básico, no ano letivo 2011/12, não obtivemos autorização dos pais de 8 crianças para participarem no estudo.

No total foram realizadas 70 entrevistas no período que decorreu de 11 a 15 de junho de 2012. Foi efetuada uma apresentação prévia às crianças e foi-lhes explicado com iria decorrer a sua participação na entrevista e de como era importante a sua opinião. A maioria das crianças mostrou-se extremamente disponível e interessada em participar no estudo. As entrevistas efetuadas foram realizadas numa sala de aula desocupada e providenciada para o efeito e tiveram a duração média de 13 minutos. Houve a preocupação de otimizar o tempo disponível para a realização das entrevistas para que as crianças não se cansassem ou perdessem o interesse pelo tema.

As entrevistas decorreram em ambiente calmo e num local isento de influências, motivando a criança a participar de forma espontânea, havendo a preocupação de adequar a linguagem utilizada à idade das crianças. Usufruir do espaço em condições de privacidade foi um elemento de grande importância, tal como referiu Delgado (2012).

No decorrer da entrevista, foi respeitado o ritmo do discurso e os silêncios, recorrendo, por vezes, ao auxílio dos desenhos para orientação para o tema ou para complementar informações, sem interromper o raciocínio. Em algumas situações, e tratando-se da primeira pergunta, fomos obrigados a proceder à sua reformulação: “O que é para ti o enfermeiro?” “O que é que tu achas que ele faz?” para “O que é que tu fizeste no teu desenho?” para estabelecer a comunicação com crianças mais tímidas. Pontualmente, solicitámos que nos explicassem o sentido de afirmações feitas, para clarificar o seu significado ou de situações ilustradas nos desenhos, evitando que a entrevista fosse vista como um teste. A intromissão do

entrevistador foi reduzida ao máximo, evitando juízos de valor, mantendo reforços positivos ('hum' ou 'ah!'), mostrando-se um ouvinte atento como se de uma história se tratasse, despertando na criança sentimentos de confiança, simpatia e empatia (Flick, 2009; Olabuénaga, 2011). Raras foram as situações em que houve necessidade de reformular a questão porque a criança não entendeu ou porque a resposta foi vaga. Na grande generalidade, houve interação verbal fluente e espontânea por parte das crianças, risos e sorrisos e, no final, agradecemos a cada criança a ajuda prestada.

O registo das respostas é bastante importante, pelo que deve ser feito no momento da entrevista para maior veracidade e fidelidade (Polit e Hungler, 2011). Para o efeito foi realizado o registo áudio no gravador de telemóvel que, segundo os mesmos autores (2011), tem a vantagem de permitir a reconstrução de transcrições para estudar posteriormente. A informação integral de cada entrevista foi ordenada, reduzida a texto e registada em fichas individuais identificadas (documentos Word), cuja vantagem reside no facto de obter a informação exata, na hora necessária, proporcionando facilidade no manuseio, remoção, renovação ou acréscimo de informação (Charmaz, 2014) e, mais tarde, foram inseridas como documento interno do NVivo10®.

A transcrição dessa informação tornou-se numa fase importante para refletir sobre os dados, pois ao efetuar a sua análise, palavra a palavra, frase a frase, tinha-se a perceção da globalidade, compreendia-se o pensamento e os significados submersos no discurso. Começaram a emergir alguns conceitos que careciam de uma análise mais pormenorizada e congruente, pelo que foram criados *memos* (Charmaz, 2008; Petrini e Pozzebon, 2009; Santos e Luz, 2011; Delgado, 2012; Trinidad, Carrero e Soriano, 2012), que continham ideias, impressões, interpretações, dúvidas, reflexões, comentários e observações que se revelaram úteis na análise posterior.

Para completar este capítulo é necessário descrever a forma como os critérios de rigor metodológico foram observados e respeitados em cada etapa do estudo realizado. Alguns critérios já foram mencionados na descrição das entrevistas.

Em termos gerais, a credibilidade dos resultados de uma investigação depende sempre do nível de precisão da terminologia, do seu rigor metodológico, da sistematização efetuada ao longo do processo e a atitude crítica que o acompanha (Migueléz, 2006). Diversos autores (Lopes, 2006; Lessard-Hébert, Goyette e Boutin, 2008; Leite *et al*, 2012) defendem que são exigidos critérios para alcançar o rigor ou a fiabilidade, isto é, que nos conferem a medida do quanto podemos confiar e acreditar nos resultados obtidos do estudo, e são eles: a credibilidade (capacidade dos participantes confirmarem os dados), a transmissibilidade (próxima da generalização, é a capacidade dos resultados da investigação serem aplicados em

contextos similares), a seriedade (ou fiabilidade, possibilidade de outros investigadores seguirem o método utilizado) e a confirmabilidade (outros investigadores confirmam as estruturas do investigador). Ao longo de todo o processo de investigação, houve a preocupação constante de que, no final, os resultados pudessem ser fiáveis. Para atingir este objetivo, foram necessários alguns requisitos, nomeadamente a forma de recolher a informação e as técnicas que se utilizaram na análise.

4.7 – PROCEDIMENTOS DE ORDENAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

Para a análise qualitativa dos dados (textos das entrevistas) foi necessária a utilização de *software* com o objetivo de criar categorias, codificar, filtrar, fazer buscas e questionar os dados para responder às questões de investigação. Os documentos Word gerados foram incorporados como documentos internos do NVivo10®. Esta aplicação tem como vantagens: fazer o registo histórico de todo o processo de investigação; permite organizar e analisar informação, classificar e codificar fácil e rapidamente, explorar e visualizar padrões e partilhar o trabalho com outros; garante a portabilidade do material; garante que nada seja perdido nos dados com recursos de consultas para revelar tendências ou ver como as ideias se relacionam, ferramentas sofisticadas de análise de texto e visualização do NVivo10® para obter novas perspetivas sobre os dados; permite descobrir conexões subtis impossíveis de serem descobertas manualmente; permite pesquisas múltiplas sobre o mesmo material, fazer uma análise detalhada, refletir e adicionar perceções e ideias à análise; permite comprovar rigorosamente as descobertas; permite trocar dados com outros aplicativos (ex: Microsoft Excel); dá flexibilidade ao investigador e promove a criatividade. Mas também apresenta desvantagens, tais como: a introdução e codificação dos dados são trabalhosas e demoradas; a maioria do trabalho depende da pessoa e não do programa e não apresenta soluções pois não tem nenhuma fórmula mágica¹.

O tratamento da informação obtida foi efetuado através de um percurso de análise flexível e em profundidade do fenómeno em estudo (Charmaz, 2014), dando início a uma atitude de compromisso com o princípio fundamental da análise inerente à GT: o método de comparação constante. Consiste num movimento contínuo entre a construção do investigador

¹ http://www.qsrinternational.com/other-languages_portuguese-resources.aspx

e o retorno aos dados, até o processo ficar ‘saturado’ (Lopes, 2006). Procedemos à comparação das entrevistas, codificamos os resultados da comparação (*coding*) e identificamos categorias (equivalentes a temas) e suas proposições.

Na GT podemos distinguir 3 fases distintas de codificação (embora intimamente inter-relacionadas): aberta, axial e seletiva. A codificação aberta consistiu na fragmentação, análise, comparação, concetualização e categorização dos dados (...). O primeiro passo passou por decompor, linha-a-linha, os dados em conceitos (unidades de análise), seja uma afirmação, uma palavra, uma observação, uma figura, algo que represente o fenómeno e que responda abertamente à questão “o que é isto? O que é que isto representa?”. O quadro seguinte mostra um excerto de uma entrevista e procura ilustrar a organização e o tipo de análise realizada.

Quadro 1 – Entrevista E 2-13 (áudio 31)

Extrato da entrevista	Asserções	Significação
<i>O enfermeiro trata dos doentes, dão remédios, põe soro e para isso tem que pôr uma coisa na mão e ligar a uma máquina, trata dos bebés que acabam de nascer, trata das grávidas, dá xarope e vacinas</i>	<i>O enfermeiro trata</i>	Identifica uma função do enf. Identifica verbo de ação do enf.
	<i>(...) os doentes</i>	Identifica o alvo de cuidados
	<i>(...) dão remedies</i>	Identifica função do enf. Identifica verbo de ação do enf.
	<i>(...) põe soro e para isso tem que por uma coisa na mão e ligar à máquina</i>	Identifica função do enf. Identifica verbo de ação Relaciona o procedimento com a injeção
	<i>(...) trata dos bebés que acabam de nascer</i>	Identifica área de atuação do enf. Identifica o alvo de cuidados
	<i>(...) trata das grávidas</i>	Identifica área de atuação do enf. Identifica o alvo de cuidados
	<i>(...) dá xaropes</i>	Identifica função do enf. Identifica verbo de ação
	<i>(...) vacinas</i>	Identifica função do enf. Identifica área de atuação do enf.
<i>A minha mãe e fui eu que vi</i>	<i>A minha mãe</i>	Identifica fonte de informação
	<i>(...) e fui eu que vi</i>	Referência à observação de contextos de saúde
<i>Já estive internado porque fiquei doente um fim-de-semana quando eu tinha 5 ou 6 anos; já fui visitar o meu avô quando ele</i>	<i>Já estive internado porque fiquei doente (...)</i>	Referência a experiência de internamento – cenário vivido
	<i>Já fui visitar o meu avô</i>	Referência a visitas ao hospital
	<i>Fui ao Centro de saúde marcar</i>	Referência a área de atuação do

<i>estava doente; fui ao Centro de Saúde marcar uma consulta porque eu vou ter que ser operado ao nariz e porque tenho problemas respiratórios e fui levar uma vacina aos 6 anos mas a próxima vou levar aos 10 anos</i>	<i>uma consulta porque eu vou ter que ser operado ao nariz</i>	enf. Referência a cenário future
	<i>(...) eu tenho problemas respiratórios</i>	Carateriza a sua patologia
	<i>(...) fui levar uma vacina</i>	Identifica função do enf. Identifica área de atuação do enf. Carateriza a idade
<i>A enfermeira fez-me doer um bocadinho</i>	<i>A enfermeira fez-me doer um bocadinho</i>	Carateriza a dor
<i>A enfermeira explicou que ia dar uma vacina</i>	<i>A enfermeira explicou que ia dar uma vacina</i>	Destaca a explicação dada pela enf.
<i>O enfermeiro é importante porque se não houvesse enfermeiras as pessoas não conseguiam se curar</i>	<i>O enfermeiro é importante</i>	Destaca a importância do enf.
	<i>(...) se não houvesse enfermeiras as pessoas não conseguiam se curar</i>	Identifica a dimensão humana do enf. Consciência da importância do enf.

O segundo passo, a codificação axial, consistiu em agrupar os microconceitos em conceitos, agregando estes em categorias, estabelecendo relações de similaridade entre conceitos que parecem associar-se ao mesmo fenómeno mas atendendo que o mesmo conceito se podia associar a outros conceitos para integrar diferentes categorias (Raymond, 2005). Assim, foram conferidos significados às palavras proferidas pelas crianças que, por sua vez, foram agregadas pelo sentido atribuído. São exemplos: “trata das grávidas”, “trata (...) as pessoas que vão ter filhos”, “tira os bebés às senhoras que estão grávidas” cuja agregação resultou na área de ‘*ação do enfermeiro em obstetrícia*’.

Definir uma categoria passa por identificar proposições bem como as suas respetivas dimensões em relação ao fenómeno em estudo. Através de procedimentos analíticos (indutivo e dedutivo), pretendeu-se encontrar uma estrutura (condicional) e construir um sistema de relações que ofereçam uma explicação mais plausível do problema de investigação (Trinidad, Carrero e Soriano, 2012). Procuraram-se respostas para questões tais como ‘porquê?’, ‘como?’, ‘quando?’, e ao fazê-lo descobriu-se inter-relações entre as categorias. O objetivo foi reorganizar códigos, em nível de maior abstração. Assim, foram estabelecidas novas combinações de modo a formar as subcategorias que, por sua vez, foram organizadas compondo categorias, de tal forma que se iniciou o destacamento de conexões, primando por explicações precisas dos factos da cena social (Dantas *et al*, 2009).

Estes dois processos, codificação aberta e axial, revelaram-se de elevada complexidade na tarefa de lidar com um grande volume de conceitos (*free nodos* ou ‘nós’) e

de os ir agregando temporariamente (*'tree nodos'*), pois o método de comparação constante obriga a esse constante reajuste (Charmaz, 2008; Dantas *et al*, 2009; Sapeta, 2011; Tarozzi, 2012). Neste percurso verificou-se um vaivém de comparações constantes, um constante 'voltar atrás' de modo a ajustar cada conceito na categoria certa até observar um todo e uma cadência coerente com os dados obtidos. Em diversas situações, um mesmo conceito era comum a diferentes categorias, o que facilmente é explicado pelo facto de um simples gesto, uma simples ação do enfermeiro poder 'despertar' várias intenções. Como já foi referido anteriormente, trata-se assim, de um processo dedutivo e indutivo em que se deduz codificação e se abre novamente a busca para validar ou não os conceitos. Um processo de desenvolver análise através das perceções de diferenças, acrescentar densidade e variação à análise (Sapeta, 2011; Tarozzi, 2012).

A primeira categoria encontrada, "Ações do enfermeiro" sofreu várias alterações, uma vez que dos dados emergiram conceitos como 'cuida', 'trata', 'salva' mas também 'dá vacinas', 'ajuda nas operações', 'ensina', 'tira os bebés às senhoras'. Na sequência da análise comparativa constante surgiram mais perspetivas e outras dimensões, e os eixos sofreram mutações constantes. Da complexidade dos dados e após uma reflexão atenta sobre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros, os contextos e as fontes, e guiados pelo objetivo central da investigação, resultou o aparecimento de categorias como "Áreas de ação do enfermeiro", "Funções específicas do enfermeiro", "Verbos de ação do enfermeiro", "Fontes de informação" e "Alvos de cuidados". Nesta fase, para cada categoria, definiram-se as subcategorias e suas propriedades, seguindo sempre o eixo axial relacionando as ações, o contexto, as vivências e as fontes. Mas, como forma de confirmar a legitimidade da subcategoria pertencer àquele lugar e não a outro, inverteu-se o sentido às perguntas: "esta subcategoria faz parte desta categoria como, de que maneira, porquê?".

Esta fase só foi facilitada pela utilização da ferramenta informática NVivo10® que permitiu visualizar formas de encontrar o 'fio condutor' para estabelecer a interação entre conceitos, agilizando todo o processo de codificação axial, bem como a representação gráfica dos modelos, elaborados a partir dos dados categorizados, de forma direta e imediata, facilitando a reflexão sobre os mesmos. Os modelos foram construídos como se de árvores de conceitos se tratassem, identificando as suas inter-relações (Sapeta, 2011).

A codificação seletiva é a fase mais abstrata (Bianchi, 2008) e consistiu num processo de seleção da categoria central, ou seja, do fenómeno à volta do qual todas as outras categorias são agrupadas e integradas. Este processo de codificação permitiu-nos reduzir um conjunto inicial de categorias, através de uma análise intensiva das relações entre a categoria central e as restantes, podendo mesmo descartar categorias que não têm valor para a central.

Para efetuar esta análise, consultámos os modelos gráficos, de forma a ter a perceção da globalidade, e as anotações que efetuámos sobre as categorias, proposições e relacionamento entre elas, chamadas de *memos* (Charmaz, 2008; Petrini e Pozzebon, 2009; Santos e Luz, 2011; Delgado, 2012; Trinidad, Carrero e Soriano, 2012). Este nível de análise de maior sofisticação e exigência para o investigador (Sapeta, 2011) foi, sem dúvida, a fase mais difícil de todo o processo de investigação. Concluída esta análise, chegou a hora de construir a história ou narrativa descritiva do fenómeno central do estudo composta por uma estrutura conceptual coerente e baseada nos dados.

Esta fase chega ao seu final quando atinge a saturação teórica, em que nenhum novo dado acrescenta *nuances* ao processo de análise e categorização. Procedemos à releitura dos dados, à análise das categorias e as suas características, da relação destas com as subcategorias e com a categoria central, percebendo as insuficiências e as debilidades, até atingir a saturação teórica, a qual foi alcançada.

Durante estes procedimentos, e com a emergência do modelo explicativo do processo em estudo, os dados foram sendo comparados com a literatura, uma vez que a GT trata a literatura como uma outra fonte de dados a ser integrada na análise da comparação constante (Petrini e Pozzebon, 2009). Mas Dantas *et al* (2009) defendem o uso limitado da literatura antes e durante a análise para evitar a sua influência excessiva na perceção do investigador, pois a literatura pode dificultar a descoberta de novas dimensões do fenómeno em estudo.

Na análise de dados, usámos como critério de rigor, a objetividade e a intuição decorrente da experiência pessoal e profissional numa interação dialética entre as nossas expectativas e o significado de uma frase ou de uma ação do enfermeiro, suspendendo as nossas perceções pré-concebidas acerca do assunto em estudo. Durante a análise crítica das situações, desenvolvemos diversas capacidades como, rigor, apreciação, recuar e voltar a analisar os dados num vaivém constante, saber reconhecer tendências, ser flexível e estar abertos a críticas construtivas, pensar de forma abstrata, sensibilidade às palavras das crianças e grande entrega e devoção ao trabalho em curso.

5 – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, iremos proceder à apresentação dos resultados obtidos da análise dos dados, onde os objetivos do estudo servem de guia de orientação na estrutura e ordenação da apresentação dos mesmos.

Iremos apresentar os resultados apurados, fazendo justiça ao pressuposto metodológico de que o modelo conceptual, que explica o fenómeno estudado, deve nascer de forma indutiva a partir dos dados. Procurámos evidenciar as diferentes etapas percorridas bem como os conceitos emergentes e o caminho percorrido até conceitos centrais, através de diagramas ou gráficos e sua explicação.

5.1 - O CONTEXTO

O contexto onde decorreram as entrevistas recaiu na Escola EB1 Faria de Vasconcelos em Castelo Branco. Assim, a população do estudo foi formada pelas 78 crianças que frequentavam o ensino básico da referida escola no ano letivo de 2011/2012.

Os participantes foram todas as crianças cujos pais autorizaram a sua participação no estudo, num total de 70 crianças (Figura 1). No primeiro ano do ensino básico, foram entrevistadas 14 crianças, 7 meninas e 7 meninos. No segundo ano, as meninas entrevistadas foram 13 e os meninos foram 9, num total de 22 crianças. Já no terceiro ano, os rapazes tinham maioria, sendo entrevistados 9 e as raparigas apenas 5. Finalmente no quarto ano, foram entrevistadas 9 meninas e 11 meninos.

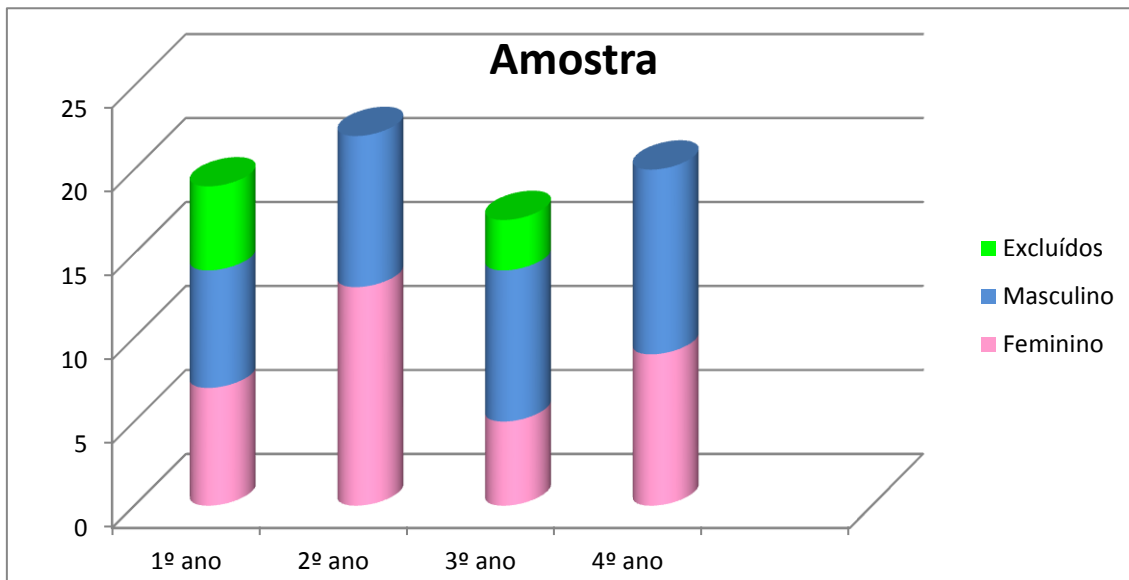


Figura 1 – Amostra de participantes

Neste contexto e para uma representação global, vamos apresentar de seguida a estrutura da ‘árvore’ de categorias encontradas neste estudo e assim permitir uma visualização integral.

5.2 – A ESTRUTURA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO ENFERMEIRO PARA AS CRIANÇAS EM IDADE ESCOLAR

Todo este processo de análise tem como propósito responder à questão central: - Que representação social tem a criança, em idade escolar, do enfermeiro? e como objetivo central conhecer as representações que as crianças, em idade escolar, possuem sobre o enfermeiro. Posto isto, a primeira questão do guião da entrevista era: “ O que é para ti o enfermeiro? O que é que tu achas que ele faz?”, por vezes complementada com “O que é que tu fizeste no teu desenho?” Desta emergiram os primeiros conceitos livres e ‘soltos’ como ‘cuida’, ‘trata’, ‘salva’, ‘ajuda’ mas há medida que outras entrevistas eram analisadas surgiram conceitos como ‘dá vacinas’, ‘ajuda nas operações’, ‘ensina’, ‘tira os bebés às senhoras’, que foram agregados gradualmente pela sua natureza e objetivo. Dados os objetivos deste estudo, impôs-se a necessidade de caracterizar estes dados e a primeira categoria que emergiu foi ‘Ações do enfermeiro’ que, posteriormente, foi reformulada em **Funções específicas do enfermeiro** identificadas pelas crianças.

A partir da análise da informação recolhida, foi possível encontrar funções efetuadas pelo enfermeiro e identificadas pela criança tais como, *ajuda, ajuda a morrer, ensina, dá aqueles choques naquelas máquinas, ajuda nas operações, mede a altura e pesa, cuida, dá injeções ou faz pensos* entre muitas mais. Pelo seu contexto e pela sua natureza, as funções foram analisadas, categorizadas e pelo ‘volume’ de funções mencionadas decidimos agrupá-las, exatamente pela sua natureza, em duas subcategorias: interdependentes e autónomas, conforme o art.º 9 do REPE (DL 161/96 de 4 de setembro) (Figura 2). As primeiras realçam a responsabilidade delegada pelo médico ao enfermeiro, na prestação diária dos cuidados ao doente, embora os enfermeiros prestem sempre cuidados de forma autónoma. A interdependência configura-se apenas em relação ao início do processo prescritor, e mesmo quando outro profissional prescreve é o enfermeiro que assume responsabilidade pelos seus próprios atos e pelas decisões que toma (Ribeiro, 2009).

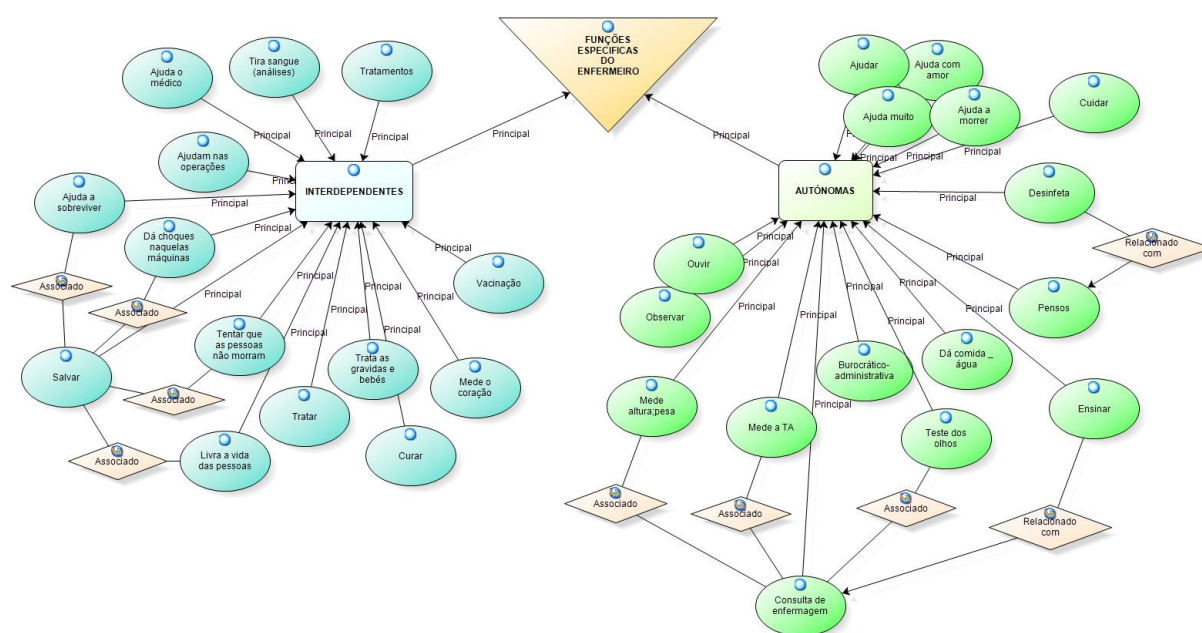


Figura 2 – Funções específicas do enfermeiro

O segundo trajeto reconhece a importância da responsabilidade autónoma da enfermagem, pelo bem-estar físico, psicológico e social do cidadão, decorrente da utilização de uma filosofia própria de abordagem de cuidados à pessoa (Fernandes, 2007). As funções são realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (DL 161/96 de 4 de setembro).

Cada categoria de funções autónomas ou interdependentes de enfermagem é

apresentada num âmbito muito extenso que abrange muitos tipos específicos de ações. Assim, na categoria das ‘funções autónomas do enfermeiro’, surgem conceitos desde o mais simples como ‘ajudar’ ao mais complexo como o ‘cuidar’ (Figura 2).

A relação de ajuda foi, sem dúvida, a função mais mencionada e, na perspetiva da criança, é vista como uma interação entre o enfermeiro e o indivíduo, pois *ajuda o doente, ajuda as pessoas, ajuda os meninos, ajuda os que mais precisam*, fazendo sempre referência a um alvo dessa relação de ajuda. Phaneuf (2005) e Chalifour (2007) defendem que a relação de ajuda é uma interação particular entre duas pessoas, a enfermeira e o cliente, em que cada um contribui pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda por parte do último. Para Almeida (2012), a relação de ajuda é a dimensão mais nobre na enfermagem, sendo considerada como componente inquestionável no cuidar. A relação de ajuda é uma intervenção autónoma e deve ser cada vez mais valorizada no cuidar em enfermagem. Na opinião de Gil (2012), a relação de ajuda no contexto do cuidar é um elemento decisivo para que a enfermagem se apresente com as suas intervenções autónomas e interdependentes bem fundamentadas tanto do ponto de vista científico e técnico como também nas dimensões relacionais e éticas.

Associada à ideia do *ajudar*, a criança faz referência à morte, dando a entender que uma das ações do enfermeiro é *ajudar a morrer e a não morrer*. Na idade escolar, estágio operatório concreto, a criança tem a noção clara do que significa morrer (Hockenberry e Wilson, 2014). Já lida com a ideia de morte como algo permanente e irreversível. A criança compreende que as funções vitais cessam na morte e que todas as coisas vivas morrem, ou seja, que a morte é um evento inevitável, mas atribui o fim da vida à velhice e à doença (Reis, 2011). Através dos extratos que seguidamente apresentamos, depreende-se que a criança assume que o exercício profissional de enfermagem tem a sua expressão na relação interpessoal de ajuda estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa (Phaneuf, 2005; Chalifour, 2007):

- ...*ajuda as pessoas* (E 1-12; E 2-07; E 2-19; E 3-03; E 3-06; E 3-09; E 4-02; E 4-20);...*que estão doentes* (E 1-03; E 2-15; E 4-03; E 4-05; E 4-07; E 4-19).
- ...*ajuda muito* (E 1-12; E 2-19; E 4-06; E 4-07; E 4-12);...*ajuda com amor* (E 3-11).
- ...*ajuda as pessoas a curar das doenças* (E 2-11);... *a ficarem melhores da saúde* (E 4-13).
- ...*ajuda as pessoas que mais precisam* (E 4-06; E 4-11; E 4-12; E 4-14).
- ...*ajuda a morrer e a não morrer* (E 4-13).
- ...*ajuda as pessoas se tiverem algum problema* (E 4-20).

O *ouvir* e o *observar* foram outras duas ações referidas pelas crianças, o que demonstra que a criança tem a perceção da disponibilidade do enfermeiro para interações

significativas com os utentes, com expressões *ouve o paciente* ou *viu-me a ferida na perna*.

O conceito de ouvir é defendido por Potter e Perry (2014) que consideram que ouvir é um componente crítico do cuidado de enfermagem, é um ato planeado e deliberado em que o ouvinte está presente e envolve o cliente de uma forma imparcial e de aceitação. A arte de escutar não se resume ao ato extremo de ouvir, implica que quem escuta o faça com todo o seu ser e esteja disponível para a totalidade da comunicação, a verbal e a não-verbal (Freitas e Freitas, 2008). Para Camilo e Maiorino (2012), ouvir não se limita apenas à captação de sons mas refere-se à busca de apreensão do sentido do dizer. Sugere aproximação, ouvir de perto pois é ouvindo que nos abrimos para o mundo e para os outros.

Quanto ao observar, Nightingale (2005) afirmava que a mais importante lição que se pode dar a um enfermeiro é ensiná-lo a observar, ressaltando a importância da observação no cuidar. Observar não é um simples ver mas um ‘olhar prestando atenção’, controlando, vigiando até à compreensão do problema (Collière, 2003). Observar é um ato ou prática de notar e registar os fenómenos, habilidade essencial usada para auxiliar na identificação de problemas físicos e emocionais, que requer disponibilidade interna, melhorada com o treino e a experiência (Honoré, 2012). Como forma de complementar a informação anterior, transcrevemos os relatos recolhidos:

...ouve o coração (E 1-04; E 3-13).

...ouvuiu-me (E 4-02); *...escuta o doente* (E 4-07; 4-10; E 4-11; E 4-13; E 4-18; E 4-20).

...vê o nosso coração (E 1-01; E 3-04; E 4-16).

...vê se as pessoas não têm febre (E 2-01).

...viu-me os ouvidos (E 2-03).

...observa o paciente (E 2-07); *...vê o que é que se passa nas costas de um menino* (E 2-11).

...viu a ferida na perna (E 1-13; E 2-06; E 3-12; E 4-08; E 4-20).

Outra função descrita é o *ensinar* com frases como *ensinou a minha mãe a fazer os aerossóis*, *ensinou a minha mãe a pôr o supositório*, *ensina a minha avó a tomar os medicamentos*, *ensina as senhoras que estão grávidas*, *ensina a tratar dos bebés*. Está patente nestas descrições, a relação dos utentes com a informação partilhada pelo enfermeiro, relação essa indispensável entre quem presta cuidados e quem os recebe.

As crianças compreendem que o enfermeiro educa para ajudar as pessoas a se responsabilizarem pela sua saúde pois um dos principais objetivos do ensino do enfermeiro é educar para a saúde, criando condições para que as pessoas adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem comportamentos de risco (Simões, Nogueira, Lopes, Santos e Peres, 2011). Potter e Perry (2014) realçam como é importante a linguagem utilizada no atendimento e as vantagens do ensino feito pelos

enfermeiros. Segundo o nº4 do art.º 9 do REPE (DL nº161/96), é da competência do enfermeiro proceder ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos. Tal é o caso dos exemplos abaixo apresentados:

...*ensina as pessoas* (E 2-10; E 2-20).

...*ensinou a minha mãe a fazer os aerossóis* (E 3-05; E 3-06; E 3-12);...*a pôr o supositório* (E 3-11);

...*ensinou a minha avó a tomar os medicamentos* (E 1-09; E 1-10; E 2-02).

...*disse-me para eu não fazer esforços* (E 4-20).

Relacionada de muito próximo com o *ensinar*, surge a referência à *consulta de enfermagem*, da inteira responsabilidade da enfermeira. A consulta de enfermagem é, segundo Papalia, Olds e Feldman (2009), uma atividade incorporada nas ações da prevenção primária. Consiste na aplicação do processo de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade de forma direta e independente (Simões *et al*, 2011). Como forma de complementar a informação anterior, as crianças associam ações vivenciadas durante a consulta com a enfermeira, como *mede a altura e pesa, mede a tensão arterial* ou *faz o teste dos olhos*. A consulta de enfermagem à criança é uma estratégia de atendimento direcionada ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, que permite focar a promoção da saúde e a prevenção de doenças num processo contínuo de educação para a saúde (Vieira, 2007). A par da consulta de enfermagem, houve duas crianças que referiram os aspetos burocrático-administrativos, com expressões como *a enfermeira está lá no escritório* e *ela escreve lá no papel*. Os diferentes conceitos são ilustrados nos extratos abaixo apresentados e em qualquer um deles é patente a vigilância na consulta de enfermagem:

...*muitas vezes vou ao doutor e a enfermeira faz-me umas perguntas* (E 1-08; E 4-16; E 4-20); ...*vou com a minha mãe ao Sr. Dr. e à enfermeira* (E 2-11).

...*vou com a minha mãe à enfermeira, ela pesa e mede e escreve lá no papel* (E 2-04); ...*a enfermeira mede as crianças, a altura e o peso, e mede a tensão arterial às crianças* (E 3-08; E 4-16).

...*a enfermeira faz uma consulta quando as pessoas estão doentes* (E 2-16).

...*no Centro de Saúde há lá uma sala da enfermeira, aquela dos meninos* (E 3-03).

...*fui à enfermeira fazer o teste dos olhos* (E 3-06; E 4-10);...*vou à enfermeira a ver o que é que eu tenho* (E 4-06);... *e depois ela diz se posso ir ao doutor ou não* (E 3-03).

Outro conceito que surge é a ação de *desinfecção* relacionada com a execução de *pensos*. As intervenções diretas no tratamento de feridas são consideradas essenciais, uma vez que permitem o controlo da infeção. Cabe ao enfermeiro preparar o material de acordo com o tipo de ferida e as necessidades do doente (ferida cirúrgica, ferida traumática, úlcera ou outra) e providenciar a sua execução em local apropriado. Na sua elaboração, o enfermeiro deve respeitar as técnicas de assepsia, limpando e desinfetando a ferida (Potter e Perry, 2014).

De acordo com os seguintes extratos das entrevistas, torna-se evidente que a criança já passou pela experiência de curativo por parte do enfermeiro, como comprovam:

- ...*trata as feridas* (E 1-13; E 2-06; E 2-08; E 2-15; E 2-18; E 2-20; E 2-21; E 2-22; E 3-09; E 3-14; E 4-05; E 4-08; E 4-20);
- ...*faz pensos* (E 1-11; E 2-06; E 2-18; E 2-19; E 4-20);...*tirou-me o penso* (E 1-03).
- ...*desinfeta* (E 1-13; E 2-15; E 2-20; E 2-22; 4-05; E 4-20).

Outra referência da criança é *dá comida; água* mostrando que o enfermeiro tem preocupação na satisfação de uma necessidade humana básica (Kérouac *et al*, 2010). Na alínea c) do nº4 do art.º 9 do REPE está patente esta função autónoma dos enfermeiros que “utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade (DL nº161/96). Esta preocupação é visível nos trechos que se seguem:

- ...*leva-nos a comida* (E 3-01; E 3-02; E 3-10);...*dá comida ao menino no hospital* (E 1-09).
- ...*mete lá o copo com água e dá-nos o comprimido* (E 3-01);...*dá os comprimidos do dia-a-dia* (E 3-11).

Por último, a menção ao *cuidar* com ação autónoma da enfermagem. A criança tem a percepção de que *cuidar* é um dos conceitos que está presente no quotidiano dos enfermeiros e que é diferente de *tratar* ou *curar*. Mas, como foi referido no enquadramento teórico, o conceito de *cuidar* não pode ser reduzido a uma simples definição. Devido à sua subjetividade, são diversas as conceptualizações acerca do *cuidar*.

Hesbeen (2004) descreve o *cuidar* como a atenção particular prestada pelo enfermeiro, não apenas ao ser humano individualmente, mas também à família e comunidade, visando responder às suas necessidades de saúde, utilizando para isso as suas competências e qualidades. Menciona o *cuidar* como a arte daquele que combina conhecimentos, destreza, saber ser, intuição, que permitem ajudar alguém na sua situação particular, envolvendo as dimensões físicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais com conhecimentos científicos, humanísticos e cognitivos. Para Collière (2003), *cuidar* é ter em conta o cuidado e quem cuida. Neste contexto, os enfermeiros são incentivados à utilização de estratégias de inter-relação e de comunicação com o indivíduo e sua família, revestidas de elevada exigência e qualidade, determinantes no sucesso do atendimento (Paula, 2012).

Watson desenvolveu a *Teoria do Cuidado* que trouxe inovações para o conceito do *cuidar* em enfermagem. Esta teoria é especialmente relevante porque diminuiu a distância entre as duas vertentes tão intimamente relacionadas: o cuidado humano e a interação

humana, enquanto processos contínuos e em constante (re)construção. O desenvolvimento dessa interação pode ocorrer de forma a estabelecer a relação de ajuda e confiança e a enaltecer os valores, sentimentos e emoções do enfermeiro, do paciente e da família, para que o enfermeiro possa reconhecer melhor as suas limitações, bem como as crenças e expectativas do paciente e sua família (Santos, 2012). Esta relação de *cuidar* está patente nas seguintes citações:

- ...*cuida das pessoas* (E2-10; E 2-20; E 3-10; E 3-13; E 4-04) ...*cuida bem* (E 4-20).
- ...*cuida de nós quando nós vamos ao hospital* (E 3-12; E 4-15).
- ...*cuida de mim muito bem* (E1-07); ...*cuidou-me o corpo* (E 2-20).
- ...*cuida dos bebés* (E 2-08).
- ...*sabe cuidar das outras pessoas* (E2-05; E 3-01) ...*vão lá e cuidam-nos* (E 2-08).
- ...*usa instrumentos para cuidar das pessoas* (E 3-10).

Olhando para todas as ações enunciadas pelas crianças é fácil perceber que os cuidados de Enfermagem são caracterizados por implicarem uma relação de interação entre enfermeiro, restantes profissionais de saúde, utente, família, grupo e/ou comunidade e por estabelecerem uma relação de ajuda com o utente, sendo a partir desta dinâmica de interação socioprofissional que o enfermeiro vai (re)construindo a sua identidade bem como o seu nível de autonomia (Sousa *et al*, 2004). Nas diferentes ações realizadas pelo enfermeiro mencionadas pela criança, emerge outra categoria, da qual falaremos mais tarde, que é o *alvo de cuidados*, em que a criança identifica um conjunto de pessoas, objeto dos cuidados, onde se inclui a si própria. A figura 1 representa esquematicamente a categoria ‘autónomas’ no que se refere às ‘funções específicas do enfermeiro’.

A categoria ‘funções interdependentes do enfermeiro’, tal como o nome indica, inclui ações e decisões que, necessitando de um processo prescritor, são da inteira responsabilidade do enfermeiro. O conceito que se destaca é o *tratar*, porque ainda existem evidências de que, na prática diária da enfermagem, o modelo biomédico é aquele em que alguns enfermeiros assentam a sua prática (Fernandes, 2007). Os enfermeiros que tratam focalizam os seus cuidados apenas na doença, deixando de parte o ser humano com sentimentos, receios, dúvidas e crenças por trás da doença, encarando assim o doente como sendo mais um caso a resolver, aplicando técnicas corretas e adequadas à situação (Pereira, 2009). Contudo, os enfermeiros que cuidam concentram-se numa perspetiva holística, respeitando a pessoa doente como ser biopsicossocial, como pessoa única e insubstituível, com características e vontades próprias, conforme a ideologia adotada e defendida pela profissão, dignificando-a e elevando-a ao seu mais alto nível (Kérouac *et al*, 2010). São testemunho disso algumas expressões das crianças que associam o *tratar* a ações que enaltecem a profissão de

enfermagem como: *trata das pessoas quando elas precisam mais, trata-as bem, trata muito bem as pessoas*. O mesmo se pode dizer relativamente à ação *curar*. Deste modo, cabe ao enfermeiro adotar posturas e comportamentos para prestar cuidados holísticos com qualidade, por forma a mudar ou melhorar concepções e visões como as que seguidamente enunciamos:

...*trata* (E 1-12; E 2-06; E 2-18).

...*trata das pessoas* (E 1-01; E 1-04; E 1-06; E 1-10; E 1-11; E 2-01; E 2-03; E 2-04; E 2-09; E 2-13; E 2-14; E 2-17; E 3-02; E 3-03; E 3-04; E 3-06; E 3-07; E 3-09; E 3-14; E 4-01; E 4-02; E 4-05; E 4-10; E 4-12; E 4-13; E 4-18);... *quando elas precisam mais* (E 4-06; E 4-14).

...*trata pessoas com AVC ou trombozes* (E 4-10);...*trata pessoas com cancro* (E 4-10).

...*trata-as bem* (E 2-07);...*trata muito bem as pessoas* (E 1-01).

...*trata-me* (E 3-05; E 4-17).

...*trata de nós* (E 1-02; E 4-11);...*trata da nossa saúde e dos doentes* (E 4-04).

...*trata o menino* (E 1-05; E 1-07; E 1-08; E 1-09; E 1-10);...*trata as crianças* (E 2-14).

...*trata dos bebés que acabam de nascer* (E 2-13).

...*trata das grávidas* (E 2-13; E 2-14).

...*trata feridas* (E 1-13; E 2-20; E 2-22; E 3-09; E 3-14);...*trata o lábio* (E 2-22).

...*trata quando alguém tem borbulhas* (E 2-21).

...*curam as pessoas* (E 2-19; E 2-21; E 3-07; E 3-13; E 4-14; E 4-16).

...*ajuda as pessoas a curar as doenças* (E 2-11);...*pode ajudar a curar as feridas* (E 4-08).

...*curava-me* (E 4-17).

Olhando para estes conceitos como um todo, destaco a alusão a áreas distintas de atuação do enfermeiro como, a obstetrícia e a pediatria, e ainda para o facto de a criança fazer a distinção entre a atuação na promoção da saúde e a intervenção na doença (*trata da nossa saúde e dos doentes*).

Neste âmbito do *tratar* e do *curar*, e durante a análise dos dados começaram a ‘brotar’ conceitos inerentes aos tratamentos efetuados pelos enfermeiros tais como: *dá injeções, dá remédios/ medicamentos/ xaropes, põe ligaduras* entre outros. Apesar de a enfermagem ser uma profissão centrada na relação interpessoal, onde o cliente é o ator do autocuidado, ela também necessita de recorrer a elementos transversais, concebendo normas técnicas que permitam a regularização de situações ou comportamentos que fogem à norma (Potter e Perry, 2014). Assim, na sua prática diária, os enfermeiros são chamados a pôr em prática a sua arte de ‘saber fazer’ através de procedimentos que preconizem as boas práticas de enfermagem. As ações identificadas pelas crianças prendem-se sobretudo com a administração da terapêutica prescrita. A quase totalidade das crianças, referiu a ação de *dá medicamentos, dá remédios, dá xaropes, ou dá antibióticos*. Uma grande maioria mencionou o *dá injeções, dá picas* ou *põe soro* mas apenas uma pequena minoria referiu *tira sangue e mede o coração*,

referindo-se à realização de eletrocardiograma. Subjacentes a estes conceitos, outros procedimentos foram identificados conforme se pode verificar nas frases seguintes:

...faz vapores (E 3-06; E 3-12; E 4-11).

...deram-me umas gotas que foi a enfermeira que pôs (E 3-01).

...dá produtos (E 2-01).

...põe o termómetro (E 1-08);...põe uma ligadura (E 4-20);...põe gelo (E 1-08).

...trata quando a gente está a deitar muito sangue do nariz (E 2-08).

...é uma pessoa que nos dá tratamentos (E 4-15).

Outra variante das ‘funções interdependentes’ prende-se com as ações realizadas pelos enfermeiros em conjunto com outros técnicos de saúde para atingir um objetivo comum, e que as crianças descreveram como: *ajuda o médico ou ajuda nas operações*. Os técnicos de saúde fazem parte de uma equipa e como tal, devem saber executar as suas atividades em interação para que a melhoria da prestação de cuidados seja alcançada (Kérouac *et al*, 2010), num clima de respeito, confiança, cooperação e apoio. Ilustrativa é a frase *os médicos, às vezes, podem precisar de ajuda e os enfermeiros estão lá sempre para os ajudar* (E 4-08).

Foi com alguma surpresa que constatámos que as crianças referem, como função do enfermeiro, o *salvar*. Tal facto indica-nos que a criança atribui ao enfermeiro conhecimentos técnico-científicos capazes de livrar a pessoa de um perigo. Confere-lhe competências técnicas, diretamente ligadas com os seus saberes, para efetuar corretamente os procedimentos de suporte de vida, respeitando normas estabelecidas (Alarcão e Rua, 2005). Para Benner (2005), o enfermeiro é capaz de definir prioridades, de antever o que poderá acontecer e atuar de forma antecipatória, através das experiências anteriores. Esta competência para *salvar* está associada a conceitos como *ajuda a sobreviver, tenta que as pessoas não morram, livra a vida das pessoas e dá aqueles choques naquelas máquinas*, narrados, pelas crianças da seguinte forma:

... é uma pessoa que nos ajuda a sobreviver, (...) livra a vida das pessoas (E 4-09).

...uma pessoa está assim...quase a morrer ou assim... e depois fica assim mal, depois os enfermeiros ajudam essa pessoa e salvam-na (E 2-19).

...é uma profissão boa em que podem ajudar a salvar vidas (E 4-03).

...faz para tentar que as pessoas não morram (E 4-07).

...às vezes ajudam as pessoas a morrer e a não morrer, (...) e dá aqueles choques naquelas máquinas (E 4-13).

A ‘função interdependente’ a que todas as crianças fizeram referência foi a *vacinação*. Como todas as crianças se encontram em idade escolar, já passaram pela experiência da *vacinação*, entre os 5 e os 6 anos, com a vacina combinada de Difteria, Tétano, Tosse

Convulsa e Poliomielite e com vacina combinada de Sarampo, Parotidite e Rubéola (DGS, 2011), e algumas delas referiram que, em breve, iriam levar a vacina do tétano. A *vacinação* é, em muitos casos, o procedimento de enfermagem a que a criança é sujeita e do qual guarda memória, uma vez que se trata de um procedimento invasivo, com utilização de agulhas. Relativamente a este tema, iremos abordar os procedimentos dolorosos mais à frente.

Nesta mistura complexa de funções, podemos afirmar que as crianças têm consciência de um grande número de funções atribuídas aos enfermeiros. Saliento ainda a afirmação de algumas crianças que, segundo elas, o enfermeiro *faz outras coisas* (E 3-08; E 4-07) e *...muitas coisas mais* (E 1-08; 3-08; E 4-07; 4-18) e *resolve as coisas das outras pessoas...tipo as doenças* (E2-12). As crianças reconhecem certas competências do enfermeiro, em que a relação de ajuda assume o papel principal na prestação dos cuidados de enfermagem. A figura 2 (ilustrada atrás) representa esquematicamente as categorias agregadas às **funções específicas dos enfermeiros**.

Subjacente às funções efetuadas pelos enfermeiros e identificadas pelas crianças, surgem nos dados conceitos que apontam para as **Áreas de ação do enfermeiro**, como prestador de cuidados. Ao longo do seu percurso de vida, a criança e a sua família, contactam, habitualmente, com o sistema de saúde na procura de cuidados, quer seja numa situação de fragilidade ou dano, quer seja para a promoção e educação para a saúde. Em ambas as áreas, a enfermagem corresponde a um grupo profissional com relevantes papéis, funções e responsabilidades nos cuidados de saúde (Melo, 2011).

Relativamente às áreas de ação do enfermeiro (Figura 3), começámos por caracterizar a categoria ‘Hospital’ uma vez que se tratar do local de trabalho que as crianças, preferencialmente, atribuem ao enfermeiro, pois *a enfermeira é uma pessoa que trabalha nos hospitais* (E 4-01). Na área hospitalar, existe uma vasta gama de serviços com contextos diferentes. As crianças entrevistadas salientaram a área que lhes diz respeito, a da ‘Pediatria’, e ainda a ‘Obstetrícia’, o ‘Bloco Operatório’ e a ‘Urgência’, descrevendo-as das mais variadas formas:

...é uma pessoa que cuida de nós quando nós vamos ao hospital e quando estamos doentes (E 3-12).

...é uma pessoa que cuida das pessoas que estão doentes e que estão internadas (E 3-13).

...trata o menino (E 1-05; E 1-07; E 1-08; E 1-09; E 1-10); *...trata de nós, as crianças* (E1-02; E 3-12).

...tratou de mim quando eu tinha uma broncopneumonia (E 3-05).

...deu uma injeção no braço do menino e pôs soro (E 3-03).

...trata das grávidas (E 2-13); *...trata das pessoas que vão ter filhos* (E 2-14); *...tira os bebés às senhoras que estão grávidas* (E2-08).

...trata/ cuida dos bebés que acabam de nascer (E 2-13; E 2-08).

...trabalha onde há uma luz (E 2-07; E 2-18); *...ajuda nas operações* (E 4-07)..

...ajuda e trata um menino que caiu de uma janela abaixo (E 1-13); ...trata a ferida no hospital (E 2-08);...quando alguém parte uma perna, a enfermeira ajuda a curar e põe na cadeira de rodas (E 2-21).

...vê se as pessoas não têm febre e depois dá xaropes porque quando eu estava doente, ela deu-me (E 2-01)

...dá choques naquelas máquinas (E 4-13).

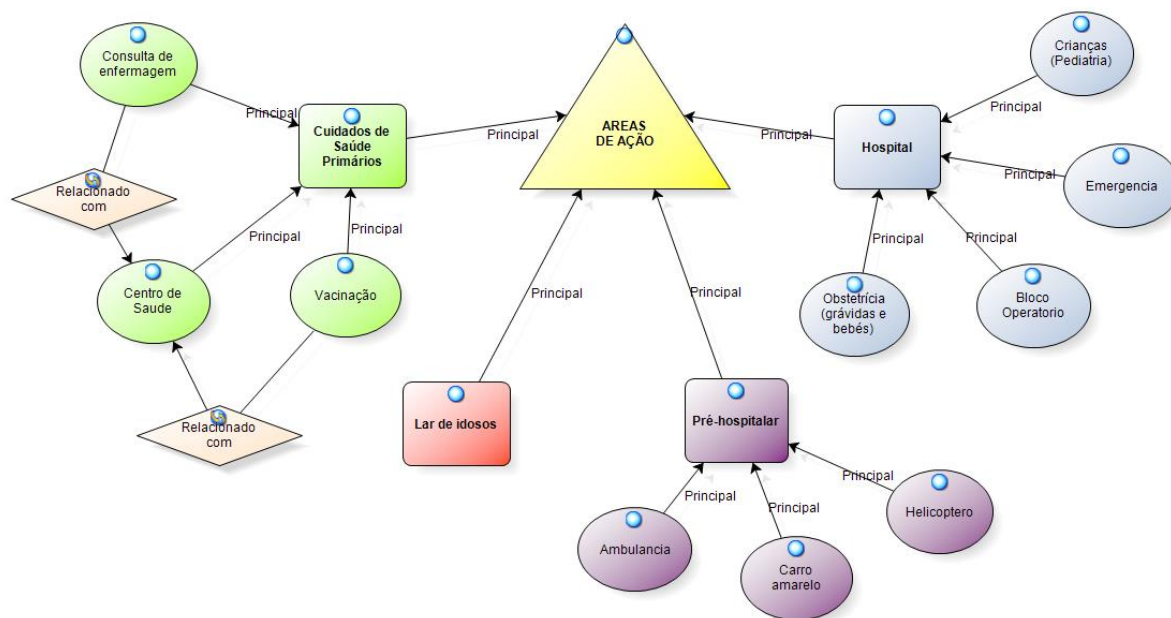


Figura 3 – Áreas de ação do enfermeiro

Outros conceitos extraídos das entrevistas, relativamente às áreas de atuação do enfermeiro, foram categorizados em ‘Cuidados de Saúde Primários’ onde a prevenção da doença, a promoção e a educação para a saúde têm a primazia. A saúde não depende exclusivamente da prestação de cuidados. É indiscutível o impacto das ações de vigilância da Saúde Infantil e Juvenil, pertinentes e de qualidade. A manutenção e a promoção da saúde de todas as crianças é um imperativo para os profissionais de saúde e para os enfermeiros em particular (Gil, 2012). Desde cedo, a criança é levada a frequentar o Centro de Saúde quer seja para, ações de vigilância da saúde como as consultas preconizadas no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), onde a consulta de enfermagem está integrada, para a prevenção e promoção da saúde através da vacinação ou para consultas de diagnóstico em situação de doença. Decorrentes desta interação da criança com o enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários, todas as crianças apontaram a *vacinação* como o procedimento que as leva a frequentarem o Centro de Saúde, pois como referimos anteriormente, todas as crianças já passaram pela experiência de *levar uma vacina*. Este facto leva-nos a concluir que a criança relaciona as vacinas com a ida ao Centro de Saúde, o mesmo acontecendo em relação à consulta com a enfermeira, como é visível na figura 3.

Correndo o risco de nos repetirmos, como a análise dos dados tinha em conta a ‘massa’ de dados, estas categorias surgiram analisando, além da questão nº1 do guião de entrevista, a questão nº3 em que era perguntado à criança que experiências tinha tido com o enfermeiro, especificando se no hospital, na urgência, no internamento, apenas em visitas ou no Centro de Saúde, como se pode comprovar pelas frases que se seguem:

- ...vou ao Centro de Saúde levar vacinas (referido por todas as crianças);...a enfermeira põe-nas em dia (E 1-12);...vou levar outra aos 10 anos (E 2-13; E 2-18; E 2-21; E 3-01;E 3-12; E 3-13; E 4-03; E 4-11; E 4-18).*
- ...costumo ir ao Centro de Saúde, ao novo e ao velho (E 3-03).*
- ...muitas vezes vou ao doutor e a enfermeira faz-me umas perguntas (E 1-08; E 4-16; E 4-20).*
- ...vou com a minha mãe à enfermeira, ela pesa e mede e escreve lá no papel (E 2-04); ...a enfermeira mede as crianças, a altura e o peso, e mede a tensão arterial às crianças (E 3-08; E 4-16).*
- ...vou com a minha mãe ao doutor e à enfermeira (E 2-11); ...vou à enfermeira a ver o que é que eu tenho (E 4-06); ...vou à enfermeira e depois ela diz se posso ir ao doutor ou não (E 3-03); ...fui à enfermeira fazer o teste dos olhos (E 3-06; E 4-10)*
- ...a enfermeira faz uma consulta quando as pessoas estão doentes (E 2-16).*
- ...no Centro de Saúde há lá uma sala da enfermeira, aquela dos meninos (E 3-03).*

Face ao exposto, podemos atribuir grande parte destas referências a experiências anteriores da criança e à visualização de ações praticadas pelo enfermeiro.

Foi com alguma surpresa que, ao analisarmos os dados, constatámos que a criança faz referência à área de atuação do enfermeiro no pré-hospitalar, com alusões muito próximas da realidade:

- ...o enfermeiro tem um carro amarelo que leva as pessoas para o hospital (E 1-11); quando há um acidente lá na rua, (...) o enfermeiro vai lá no carro amarelo (E 2-18).*
- ...vai no carro buscar os que estão doentes e transporta-os na ambulância (E 1-02; E 1-06).*
- ...às vezes, os enfermeiros vão assim na ambulância ou no helicóptero e às vezes vão até outros países (E 2-19).*

O atendimento pré-hospitalar é toda e qualquer assistência realizada direta ou indiretamente fora do âmbito hospitalar através dos diversos meios e métodos disponíveis, com uma resposta adequada à solicitação a qual poderá variar de um simples conselho ou orientação médica ao envio de uma viatura de suporte básico ou avançado ao local da ocorrência, visando a manutenção da vida e/ou a minimização das sequelas (OE, 2012). Consideramos que estas referências serão fruto de cenários presenciados pelas crianças, tema que será abordado mais à frente.

Por último, referir a menção, apenas de uma criança, a outra área de ação do enfermeiro e que diz respeito ao cuidado na 3ª idade, o ‘lar de idosos’: *...a minha mãe*
Representação Social do Enfermeiro para a criança em idade escolar

trabalha num lar de idosos, é auxiliar polivalente e eu costumo ir para lá e vejo o que os enfermeiros fazem (E 3-11). A Enfermagem preconiza uma prestação de cuidados de qualidade aos utentes, de modo integral numa perspetiva holística da sociedade e do ser humano, desempenhando atividades de promoção da saúde e prevenção da doença; tratamento e reabilitação (Gil, 2012). Os idosos são um grupo populacional que necessita de um leque mais alargado e contínuo de cuidados, em clima de proximidade, preferencialmente no domicílio e junto da família. Mas, muitas famílias optam por institucionalizar o seu idoso. Nestas instituições, o enfermeiro desenvolve atividades com a pessoa idosa, por meio de um processo de cuidar que consiste em olhar essa pessoa, considerando os aspetos biopsicossociais e espirituais vivenciados por ela e pela sua família. Essa conceção de cuidar prevê a interação das múltiplas dimensões do viver do idoso, para promover uma vida saudável, por meio da utilização de suas capacidades e condições de saúde, visando o seu contínuo desenvolvimento pessoal (Carvalho, 2009).

Em síntese, podemos afirmar que, ao fazer alusão a diferentes áreas de intervenção do enfermeiro, as crianças detêm conhecimentos sobre as diferentes competências técnicas que os enfermeiros devem possuir.

Durante a análise efetuada, e enquanto as categorias anteriores, **funções específicas do enfermeiro e áreas de ação** surgiam, saltavam-nos à vista conceitos que fazia todo o sentido agrupar, os verbos que traduzem as diferentes ações realizadas pelo enfermeiro. Assim surgiram **os verbos de ação**. Ação, significa “atuação, comportamento, desempenho, procedimento, capacidade de agir e implica dinamismo e energia” (Dicionário da Língua Portuguesa, 2011: 30). Durante a narrativa, os verbos foram conjugados pelas crianças nos diferentes tempos verbais, muitos dos quais já referidos anteriormente:

... diz para não chorarmos; ajuda as pessoas a acalmar (E 4-20).

...disse-me para não ter medo (E 3-13); *fazer muitos esforços* (E 4-20).

...dão carinho (E 4-10).

...faz análises (E 3-12).

...leva a comida e os comprimidos ao doente (E 3-02); *leva as muletas para ajudar o doente a andar* (E 3-02).

...livra a vida das pessoas (E 4-09).

...manda um menino sentar-se na cadeira de rodas para ela tratar (E 2-22); *mandava-me deitar para fazer o coiso (ECG) do coração* (E 3-04).

...mete o que é preciso nas seringas (E 4-03).

...põe o doente na cadeira de rodas (E 2-21).

...é uma pessoa que resolve as coisas das outras pessoas (E 2-12).

...sabe cuidar das outras pessoas, sabe os remédios que é preciso (E 2-05).

...tem uma mala de primeiros socorros (E 1-09).

...*tira sangue* (E 4-13).

...*trabalha onde há uma luz* (E 2-07);...*trabalha nos hospitais* (E 4-01).

...*traz os comprimidos para as pessoas tomarem* (E 4-15).

...*usa instrumentos para cuidar as pessoas* (E 3-10); *usa a seringa para dar vacinas* (E 3-11); *usa materiais* (E 3-14).

A miscelânea de verbos que traduzem múltiplas ações do enfermeiro, está ilustrada na figura 4:

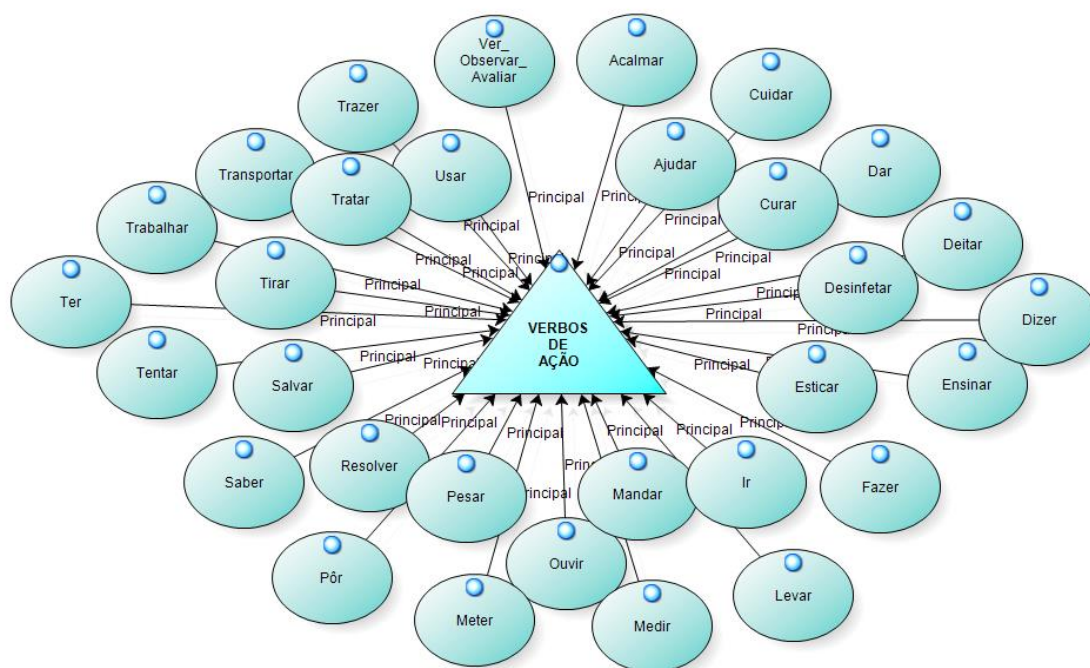


Figura 4 – Verbos de ação do enfermeiro

Todas as ações e interações, atividades e prioridades, funções e intervenções do enfermeiro têm um **alvo de cuidados**, ou seja, o foco da atenção dos procedimentos praticados pelo enfermeiro. O ser humano, pelo simples facto de existir, é detentor de uma dignidade constitutiva e inviolável, merecendo todo o respeito, que não diminuem nem desaparecem quando está doente (Barbosa, 2010). Por isso, a enfermagem é reconhecida como uma profissão cujo centro está na inter-relação, entre o que presta assistência e o que recebe ajuda (Queirós, 2008). Peplau defendeu que a essência da enfermagem está na relação que o enfermeiro estabelece com o seu cliente e dentro dessa relação é que acontecem os cuidados de enfermagem (Kérouac, 2010). Dos dados analisados, surge, pelas palavras das crianças, uma figura central, um ator ou uma personagem principal do cenário de cuidados de enfermagem, que procura satisfação e bem-estar. Vê-se a si própria como alvo de cuidados com expressões como: “...a mim,...nós, ...a nossa saúde, ...o nosso coração”. Identifica

“...crianças, ...grávidas, ...bebés, ...pessoas, ...senhor(es), ...os outros” e diferencia “...doentes, ...paciente; ...doenças, ...os que desmaiam e ...os que mais precisam”.

A par disso focaliza a atenção do enfermeiro para partes do corpo, tais como:

... põe uma coisa na mão (...) (E 2-13).

... quando a gente deita sangue do nariz (E 2-08).

... quando alguém parte a cabeça (E 4-05) ... ou um braço (E 4-15) ... ou uma perna (E 2-08; E 2-21).

... dá uma injeção no braço (E 2-12).

... vê o que se passa nas costas de um menino (E 2-11).

... às vezes fico com dores de barriga e a enfermeira trata-me (E 3-14).

... tinha dores de cabeça (E 1-12) e a enfermeira deu-me xarope (E 2-20).

... tinha uma infeção no peito (E 3-06).

... faz o teste dos olhos (E 3-06; E 4-10).

... trata o lábio (E 2-22).

Esquemáticamente, o modelo criado no NVivo10® sobre o alvo de cuidados ilustra a perspetiva das crianças, em que o foco principal dos cuidados do enfermeiro são as pessoas, o ser humano.

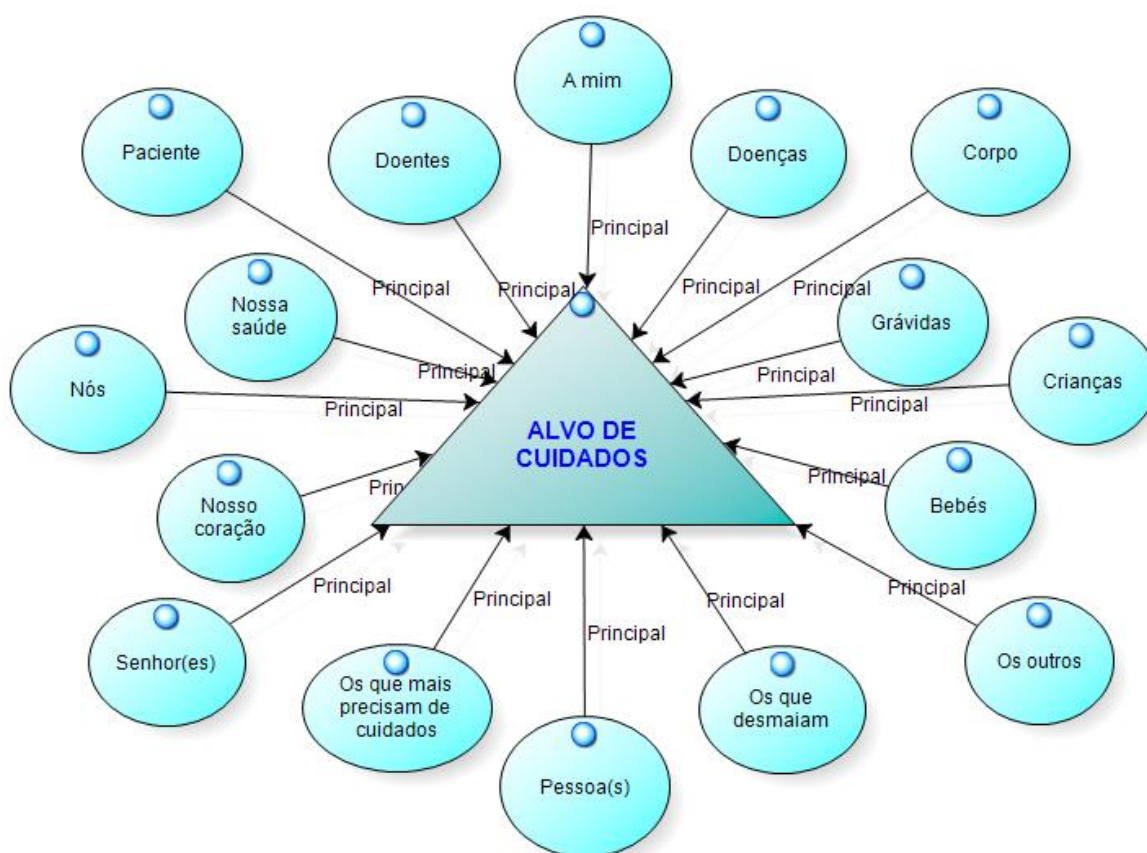


Figura 5 – Alvo de cuidados do enfermeiro

No decorrer da análise, e à medida que fazíamos a decomposição das frases em palavras, sobressaiam conceitos que caracterizam o enfermeiro, qualidades que as crianças destacaram como sendo o retrato dos enfermeiros, por forma a dar resposta a um dos objetivos do estudo. Mas será que os cuidados dependem das características e qualidades pessoais do enfermeiro? Não será esta uma atitude reducionista, se recordarmos que o enfermeiro é um ser complexo em interação com pessoas em situação de particular vulnerabilidade? Os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, são seres com qualidades especiais, que se dedicam às pessoas, com a intenção de as ajudar, orientar e auxiliar em situações de vida próprias, onde a afetividade se sobrepõe às competências técnicas e instrumentais, impondo-se como um imperativo moral para a sua conduta profissional Hesbeen (2004). Segundo este autor, os enfermeiros são profissionais que cuidam a pessoa em toda a sua globalidade e complexidade.

Com base na análise das entrevistas, e de todas as características apontadas pelas crianças, surgiu a categoria ‘Características Humanas’ em que as crianças descrevem o enfermeiro como uma pessoa *inteligente* (E 3-14), *é fixe* (E 3-07) e *é bom* (E 1-05, E 1-07; E 1-08; E 1-13; E 1-14).

Uma das características do enfermeiro, mencionada pelas crianças, prende-se com o seu carácter proativo. As transformações no cenário contemporâneo da enfermagem têm impulsionado a busca crescente por ações proactivas na gestão do cuidado, as quais permitam potencializar o desenvolvimento de melhores práticas. A enfermagem, tendo como objeto de trabalho o cuidar, procura investir em atitudes proativas visando a ampliação de oportunidades reais do cuidar. Essa proatividade implica oportunidades de mudança, de agir de forma empreendedora nas suas intervenções orientadas para objetivos, antecipando os problemas, fazendo coisas diferentes e de modo diferente (Dias, 2012). A criança evidencia este carácter proativo com conceitos como, *vai buscar, levar ou o transportar*, traduzidos nas frases:

...vai no carro buscar os que estão doentes e transporta-os na ambulância (E 1-02; E 1-06).

...tem um carro amarelo que transporta as pessoas (E 1-11),

...quando elas precisam, leva-as para o hospital (E 4-19),

...quando há um acidente lá na rua, (...) o enfermeiro vai lá no carro amarelo e quando elas precisam, leva-as para o hospital (E 2-18).

Outra característica, transformada em categoria, que as crianças atribuem ao enfermeiro é a ‘disponibilidade’. O cuidado pressupõe uma disponibilidade para a interação com o outro. Estar disponível permite ao enfermeiro mostrar que está ali, disponível para a pessoa, escutando-a serenamente e revelando uma atenção particular, de modo a identificar e

Representação Social do Enfermeiro para a criança em idade escolar 90

responder às inquietações do momento (Hesbeen, 2004). Concordamos com Collière (2003) quando nos refere que a relação com o doente torna-se o ‘eixo dos cuidados’, proporcionando o contacto entre duas pessoas e que é a forma de conhecer o doente e de compreender o que ele tem. Para isso é necessário uma presença autêntica no momento do cuidar (Watson, 2009), mobilizando uma atenção intencional que, segundo Hesbeen (2004), reflete uma presença do outro e uma intenção real de cuidar. A presença contínua assegurada pelo enfermeiro adquire, no discurso das crianças, uma certa especificidade, uma vez que o enfermeiro *...trata sempre as pessoas* (E 1-10), *...está sempre pronto a ajudar as pessoas* (E 4-07), *...está lá sempre ao nosso lado para nos ajudar, que ajuda os que mais precisam de cuidados* (E 4-11), *...quando a gente precisa de alguma coisa ele está sempre disponível* (E 4-20). Tal permite afirmar que as crianças têm consciência de que a presença física e humana dos enfermeiros é fundamental para atender, na totalidade, as necessidades da pessoa. O estar disponível significa, para estas crianças, uma forma essencial de cuidado.

Muitos outros conceitos se revelavam, à medida que avançávamos na análise, e que levaram à sua agregação na categoria de ‘intencionalidade na ação’. A prática dos enfermeiros não se resume apenas aos comportamentos observáveis que emergem da prática (ação), envolve um conjunto de situações das quais a ação é mais uma delas. Conscientes de que ser enfermeiro foi e continuará a ser um percurso necessariamente complexo e imprevisível, importa reconhecer nas pessoas que prestam cuidados a capacidade de pensar a sua ação (Honoré, 2012). Os enfermeiros têm consciência dos seus limites e assumem-nos, agindo com intencionalidade terapêutica (Sapeta, 2011). Esta característica baseia-se no estabelecimento de relações interpessoais, num processo faseado, com o objetivo de ajudar o doente na compreensão de tudo o que lhe está a acontecer, integrando-o no seu contexto de vida. O processo de enfermagem é educativo e terapêutico quando a enfermeira e o doente evoluem no conhecimento e no respeito mútuo, como pessoas que sendo iguais, são diferentes e como pessoas que partilham a procura de soluções para os problemas (Peplau, cit. por Kèrouac *et al*, 2010).

A importância do papel relacional do enfermeiro, através da identificação das necessidades e dificuldades do doente e do desenvolvimento em conjunto com este, assenta no processo de ajuda para que ele expresse o significado do seu comportamento, promovendo a compreensão das suas dificuldades e as respetivas formas de as ultrapassar (Orlando cit. por Pereira, 2010). Esta autora (cit. por Pereira, 2010) considerava que uma situação de Enfermagem era constituída por três aspetos básicos: o comportamento do doente, a reação do enfermeiro e as intervenções do enfermeiro para com o doente.

Os vários modelos de Enfermagem, apesar da sua especificidade, combinam a visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade e autodeterminação, na relação terapêutica entre os enfermeiros e a pessoa cuidada (Pais Ribeiro cit. por Morais, 2012). A mesma autora (2012), ao citar McMahon, considera que a dimensão terapêutica da enfermagem assenta por um lado na promoção da saúde e, por outro, na capacidade de tomarem decisões ao longo de todo o processo de planeamento de cuidados. As intervenções de suporte ou “encorajamento” são as que evitam o agravamento do estado de saúde dos doentes e as intervenções terapêuticas são as que promovem a adaptação, contribuindo para a recuperação da saúde (Levine cit. por Morais, 2012). “É uma área onde os enfermeiros se distinguem pela profundidade com que interpretam as reações do doente e a forma como agem no momento certo” (Sapeta, 2011: 214).

Esta ‘intencionalidade na ação’, em que o enfermeiro atua e intervém com uma intenção, é vista pelas crianças como:

...é uma pessoa que ajuda as pessoas a ficarem melhores da saúde (E 4-13).

...o enfermeiro é uma pessoa que ajuda as outras pessoas, assim por exemplo, uma pessoa está assim quase a morrer ou assim e depois fica assim mal, depois os enfermeiros ajudam essa pessoa (E 2-19) ...ajudam as pessoas a morrer e a não morrer (E 4-13).

...ajuda a sobreviver (E 4-17) e livra a vida das pessoas (E 4-09).

...ajuda com amor as pessoas que necessitam (E 3-11); ... de cuidados (E 4-06; E 4-11; E 4-12; E 4-13; E 4-14).

...ajuda muito as pessoas (E 1-12).

...trata, gosta de tratar e gosta de ajudar(E 1-12);...ele trata das pessoas com muito cuidado (E 2-17).

...trata da nossa saúde e dos doentes (E 4-04).

...trata muito bem (E 1-01; E 2-07); cuida de mim muito bem (E 1-07).

...o enfermeiro, para mim, é uma pessoa que trata de outras pessoas que estão em perigo (E 4-12).

...dão carinho (E 4-10).

...é uma profissão boa em que podem ajudar a salvar vidas (E 4-04; E 4-17).

...faz para tentar que as pessoas não morram (E 4-07).

...quando lhes dói as pernas põem numa carrinha, na cadeira de rodas (E 1-03).

...é uma pessoa que resolve as coisas das outras pessoas (E 2-12).

...que está sempre pronto a ajudar as pessoas (E 4-07), ...está lá sempre ao nosso lado para nos ajudar (E 4-11).

Evidenciou-se intencionalidade terapêutica na interação de cuidados de enfermagem sempre que as crianças referiram que o enfermeiro *ajuda, trata, cuida, salva, resolve, dá carinho* ou *tem preocupação no alívio da dor*, possuindo uma força dinâmica no sentido de ajudar os doentes para a saúde, tendo em conta determinadas condições e que as ações foram desenvolvidas de forma intencional. Por outro lado, realçam a importância da intervenção dos

enfermeiros e o seu contributo para os ganhos em saúde e para o bem-estar das pessoas. Pensamos que as crianças tentaram transmitir nos seus testemunhos a globalidade e complexidade das **características do enfermeiro**, como é possível visualizar no modelo esquemático da figura 6.

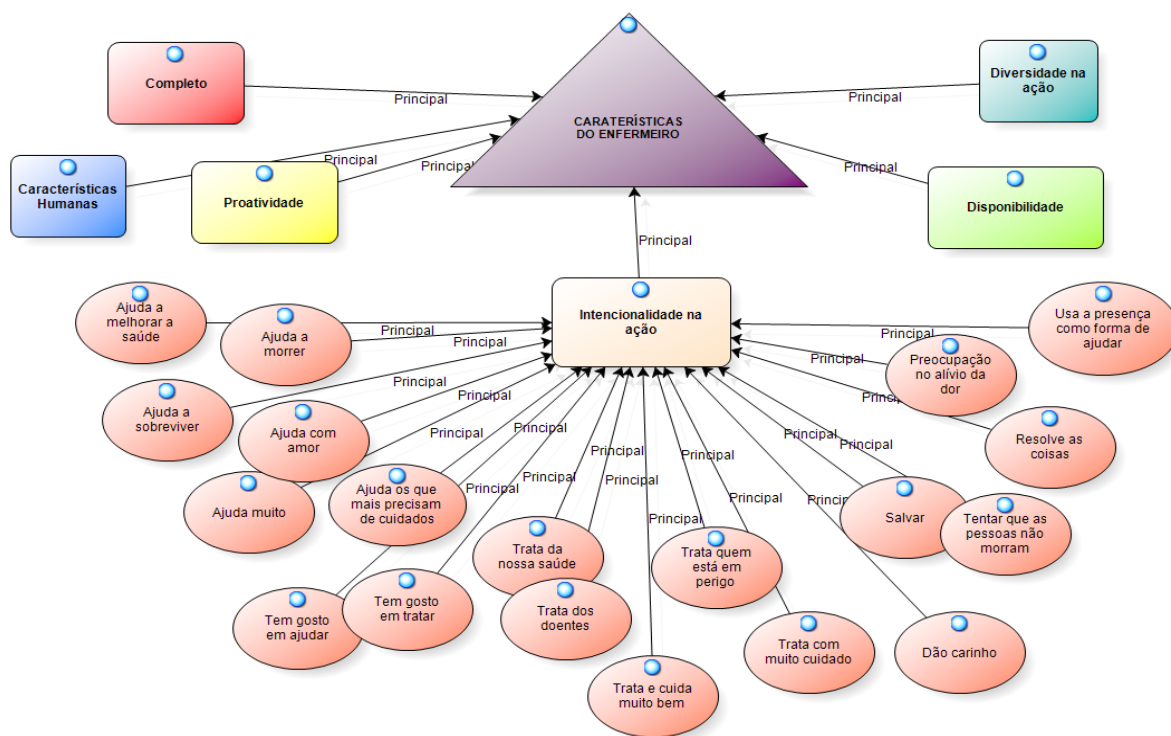


Figura 6 – Características do Enfermeiro

O último conceito desta categoria, tal como surge durante as entrevistas, é o que denominámos de ‘completo’, em que a criança refere que *...a enfermeira tratou de mim e fez tudo o que eu precisava* (E 3-05). Cuidar em enfermagem pressupõe um cuidar científico e profissional, baseado na disciplina de enfermagem e mais orientado para o que é feito com ou em nome da pessoa e menos para o que é feito à mesma ou para ela. Tal verifica-se porque cada pessoa é um ser único, com as suas histórias e experiências de vida (Ferreira, Pontes e Ferreira, 2009). Na nomenclatura da aplicação NVivo10®, esta frase constituiu aquilo que denominámos CODIGO VIVO, uma vez que a criança salienta que a enfermeira fez tudo o que estava ao seu alcance para satisfazer as necessidades dela. De acordo com Pacheco (2004: 34), para cuidar é necessário ter-se sempre presente a competência técnica e a sensibilidade afetiva, pois “o verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica mas, pelo contrário, utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa, não menosprezando nunca nenhuma das necessidades do doente, incluindo aquelas para as quais se torna necessário a intervenção técnica”.

Por esta ordem de ideias, esta categoria está diretamente relacionada com a que denominamos de **Dimensão humana e relacional**. De acordo com o artigo 4º do Decreto-Lei nº161/96 de 4 de setembro, o enfermeiro é considerado profissional habilitado “(...) com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade (...)”. Assim depreende-se que o enfermeiro, enquanto prestador de cuidados, é um ser com qualidades especiais, que se dedica às pessoas, com o objetivo de as ajudar, orientar e auxiliar em situações de vida próprias. Exige preocupação, respeito pelo outro e cuidar a pessoa na sua singularidade (Ferreira, Pontes e Ferreira, 2009). Ser prestador de cuidados implica por em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado (Hesbeen, 2004).

A grande maioria das crianças refere-se ao enfermeiro como “...é uma pessoa que...”, reconhecendo a sua dimensão enquanto ser humano. Piaget e Kohlberg (cit. por Lourenço, 2010) dão conta da capacidade crescente da criança, em idade escolar, em avaliar-se a si própria, os outros e o contexto social que está em relação íntima com uma consciência moral desenvolvida durante esta fase. Estes autores (cit. por Lourenço, 2010), descrevem o desenvolvimento gradual da moralidade como um processo maturativo combinado com uma experiência social. Na perspetiva de Kohlberg (Idem, 2010), a criança em idade escolar encontra-se no nível de moralidade convencional, em que a criança regista no seu raciocínio moral os efeitos da sua relação com a sociedade. Mussen, Conger e Kagan (cit. por Tavares, 2011) defendem que, à medida que as crianças evoluem neste estágio, são capazes de julgar um ato pelo propósito subjacente a esse ato do que propriamente pelas consequências que originaram.

Nesta fase, as crianças evoluem para padrões mais flexíveis e rotativos em que têm em maior conta a intenção motivacional relativamente ao ato em si quando avaliam a queixa ou determinam a culpa. As reações da criança são influenciadas pela situação, bem como pela moralidade da própria regra, podendo desta forma compreender e aceitar o conceito de cuidar os outros da mesma forma que gostariam de ser cuidadas. Além deste aspeto, já percebem mais facilmente os sentimentos dos outros, o que facilita a compreensão da necessidade das pessoas cooperarem umas com as outras, no interesse de todas.

Pelo que foi exposto e pela análise efetuada até ao momento, percebe-se que as crianças reconhecem competências profissionais de natureza científica e técnica ao enfermeiro mas, nesta categoria, insinuam-se ‘pequenos gestos’ de natureza afetiva como a ternura, o carinho, a compreensão, a compaixão, a intuição e a personalização, com expressões como:

...é bom (E 1-05, E 1-07; E 1-08; E 1-12, E 1-13; E 1-14; E 4-16);...acho que os enfermeiros são bons porque, às vezes, tratam das feridas dos outros (E 2-22); ...faz coisas boas (E 1-08); ...é uma profissão boa (E 4-03); ...faz bem (E 1-04; E 2-22).
 ...é inteligente (E 3-14);...é fixe (E 3-07; E 4-20).
 ...é uma pessoa que ajuda com amor as pessoas que necessitam (E 3-11; E 4-06; E 4-11, E 4-13).
 ...ajuda muito as pessoas (E 1-12);...gosta de ajudar pessoas (E 1-12).
 ...trata e gosta de tratar (E 1-12);...trata muito bem (E 1-01; E 2-07; E 4-14) e cuida de mim muito bem (E 1-07; E 4-20),...trata das pessoas com muito cuidado (E 2-17).
 ...sabe cuidar (E 2-05; E 3-01).
 ...dão-lhes carinho (E 4-10).

As frases anteriores estão patentes na figura 7, ilustrando que o cuidado de enfermagem é fundamental.

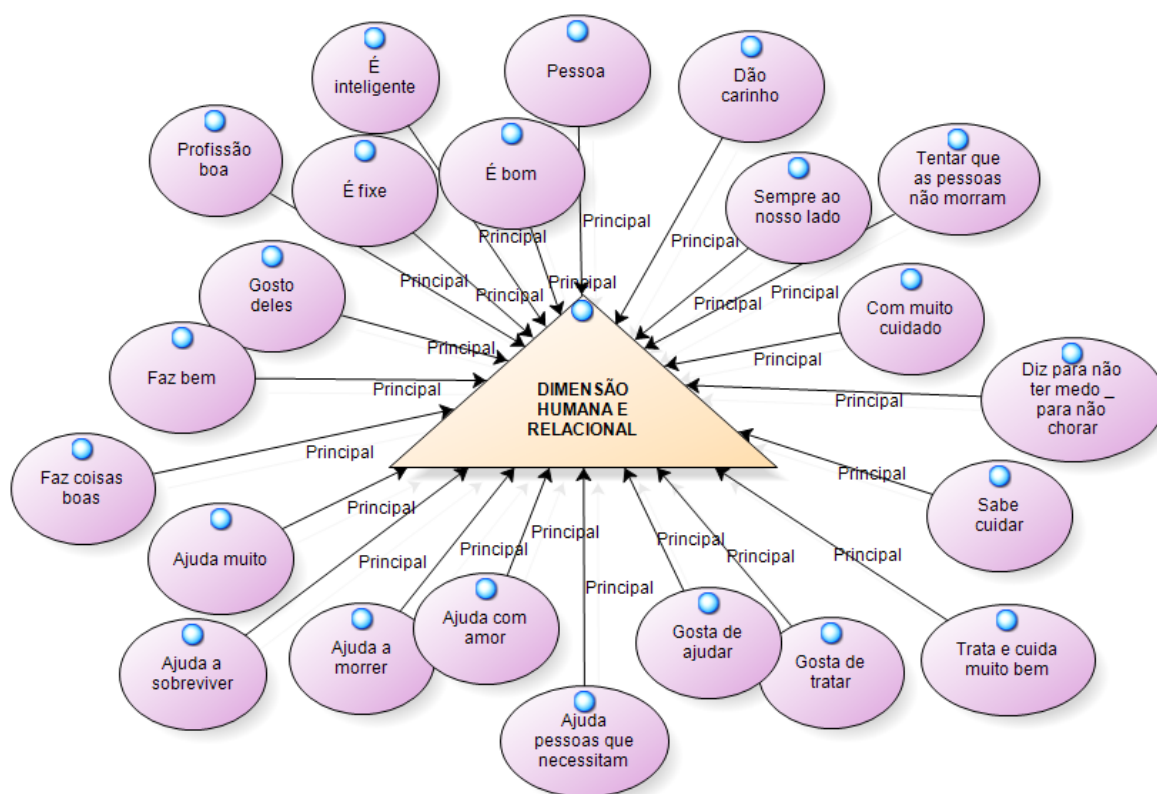


Figura 7 – Dimensão Humana e Relacional do Enfermeiro

Segundo as crianças, uma das formas de mostrar esse cuidado, é através do afeto de modo a ultrapassar os momentos de maior sofrimento. Para elas, não são ações sofisticadas nem espetaculares, mas revelam atenção e preocupação, e são indispensáveis ao bem-estar das pessoas. Hesbeen (2004) refere que para cuidar o outro, aquele que sofre, que necessita de ajuda, é necessária uma doçura apropriada, comedida, um olhar, um toque ou uma massagem.

Face a isto, o enfermeiro tem a obrigatoriedade de compreender a pessoa no seu todo, em toda a sua dimensão humana, superando todas as expectativas, para prestar cuidados individuais, holísticos e de qualidade (Almeida, 2012). Segundo o Conselho de Enfermagem, os enfermeiros têm presente que “bons cuidados” significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com estas diferenças, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (Barbosa, 2010). De acordo com Petit (cit. por Hesbeen, 2004: 87), “cuidar é uma atitude, uma maneira de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo”. O mesmo autor afirma que o cuidado exige inúmeras competências e aptidões e como tal, é uma conduta ética que consiste em descobrir o outro na sua singularidade e em acompanhá-lo com a finalidade de proteger a sua vida, respeitando-o sempre, sem exercer sobre ele poder. Tal facto é expresso pelas crianças da seguinte forma:

...é uma pessoa que, às vezes, ajudam as pessoas a morrer e a não morrer (E 4-13).

...uma pessoa está assim quase a morrer (...), depois os enfermeiros ajudam essa pessoa (E 2-19).

...faz para tentar que as pessoas não morram (E 4-07).

...ajuda a sobreviver (E 4-09; E 4-17).

O cuidar em enfermagem tem assim a sua expressão interpessoal na relação que se estabelece entre o enfermeiro e o indivíduo, sendo esta interação responsável pela compreensão do outro na sua unicidade, o que vai de encontro ao escrito por Mendes (2006: 71), “ (...) os cuidados de enfermagem centram-se nas relações interpessoais, pelo que o relacionamento humano é a componente mais caracterizadora de qualquer quadro de cuidados de enfermagem”. De uma forma geral, a palavra relação subentende a presença de elos, de contacto, de uma coexistência. No domínio da relação de ajuda, a expressão “estar em relação” toma um sentido muito mais profundo do que na linguagem corrente (Barbosa, 2010). O enfermeiro que desenvolve o cuidado com genuína intencionalidade possibilita a conexão com o paciente por meio da empatia, e assim, as prioridades e importâncias traçadas no cuidado tornam-se comuns entre enfermeiro e paciente (Watson, 2009).

A empatia é a chave de qualquer relação de ajuda, que implica a capacidade de compreender o outro, colocando-se no seu lugar mantendo, no entanto, um distanciamento que permita a relação terapêutica (Chalifour, 2009). Requer sensibilidade constante para com as mudanças que se verificam na pessoa em relação aos significados que ela percebe, ao medo, à raiva, à ternura, à confusão ou ao que quer que ela esteja a vivenciar (Gil, 2012). Para Phaneuf (2005), a empatia é um profundo sentimento de compreensão da pessoa que ajuda, que percebe a dificuldade da pessoa ajudada como se ela entrasse no seu universo, que lhe

leva o conforto de que tem necessidade, mas sem se identificar com as suas vivências e sem ela própria viver as emoções. Esta ‘habilidade’ do enfermeiro é descrita nos seguintes trechos:

...que está sempre pronto a ajudar as pessoas (E 4-07), ...está lá sempre ao nosso lado para nos ajudar (E 4-11).

...a enfermeira ouve o coração do menino e disse-lhe para não ter medo (E 3-13).

...dá picas e diz para não chorarmos (E 4-20).

...gosto muito dos enfermeiros (E 4-10; E 4-16; E 4-18).

Em duas destas citações, as crianças fazem referência à interação que o enfermeiro adota mas também à comunicação. Sendo a enfermagem uma profissão de relação, o enfermeiro tem como missão desenvolver uma comunicação eficaz, eficiente e positiva, de forma a criar o melhor intercâmbio de informações e ideias possível (Lazure cit. por Freitas e Freitas, 2008). O enfermeiro que utiliza a comunicação como instrumento de suporte nas suas intervenções, aproxima-se da pessoa vulnerável, permitindo-lhe conversar, escutar, tranquilizar, esclarecer dúvidas e criar sentimentos de segurança e esperança (Idem, 2008). Paula (2012) realça a comunicação como uma competência essencial no relacionamento com a pessoa e como fator determinante na relação de ajuda e indicador de avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

Após explorar toda a informação contida na ‘massa’ das respostas à primeira questão, procedemos ao desmembramento dos dados referentes à segunda questão. “Quem é que te disse estas coisas todas sobre o enfermeiro?” O intuito desta questão prende-se com um dos objetivos do trabalho que consiste em identificar **fontes de informação** acerca do profissional de enfermagem.

À medida que a criança se desenvolve aumentam as suas experiências sociais e altera-se qualitativa e quantitativamente o seu conhecimento social, nomeadamente no conhecimento dos resultados sociais, dos objetivos sociais, da intenção dos outros, das causas de determinados acontecimentos sociais e da adequação social de determinados comportamentos. Estas mudanças resultam do aumento de estímulos sociais processados e da socialização operada pelos adultos (Alves, 2013).

No modelo do processamento da informação social proposto por Crick e Dodge (Alves, 2013), as crianças desenvolvem uma representação mental da situação social. As crianças centram-se em determinadas características da situação, codificam-nas e interpretam-nas. A informação relevante, adquirida em experiências sociais anteriores (armazenada na base de dados), é utilizada para interpretar e compreender a situação social atual. Na interpretação dos estímulos sociais poderão ainda ser consideradas as inferências causais, como por exemplo, as atribuições acerca da causa ou acontecimento desencadeador da

situação social. As atribuições causais permitem ajuizar acerca dos comportamentos sociais, tendo em conta as motivações a estes inerentes, e compreender as sequências de ações-reações típicas dos contextos sociais (Dodge, Laird, Lochman e Zelli, 2002). Após ter interpretado a situação social, a criança vai clarificar o objetivo a atingir, ou seja, depois de elaborar julgamentos acerca do significado da situação social, é ativado um processo de clarificação de objetivos, no qual a criança decide em favor da nova informação ou da já existente, isto é, mantém o objetivo previamente definido ou renova-o. Posterior a isto, a criança irá, através da memória a longo prazo, aceder a várias respostas comportamentais e deverá tomar uma decisão, isto é, a criança deve avaliar e eventualmente selecionar qual a resposta que vai operacionalizar. Este processo de decisão deve ocorrer depois da criança ter analisado todas as respostas relevantes e as estratégias possíveis para aquela situação particular ou depois de ter avaliado a resposta. A seleção da resposta representa o finalizar desta etapa do processamento da informação. O modelo do processamento da informação social de Crick e Dodge (cit. por Alves, 2013) pressupõe que todas as etapas operam em paralelo, contudo o processamento de um estímulo ocorre sequencialmente através destas etapas.

Ao explorarmos as **fontes de informação** da criança sobre o enfermeiro pudemos identificar várias categorias, como é possível visualizar no diagrama criado no NVivo10®.

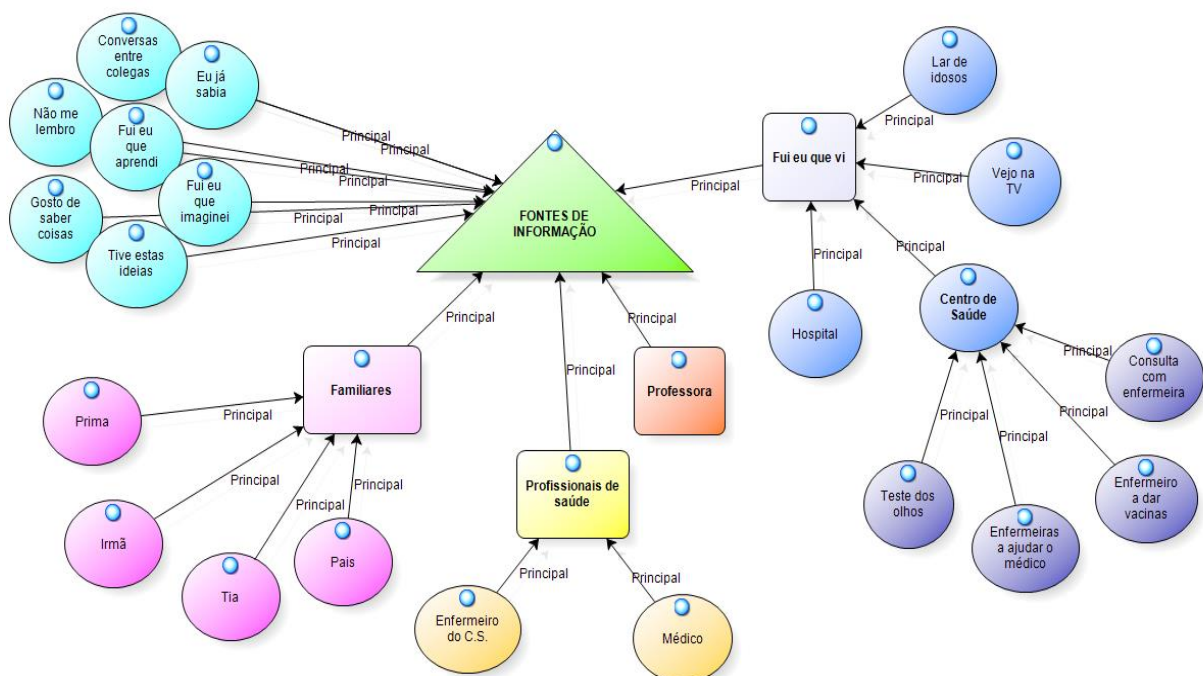


Figura 8 – Fontes de Informação da criança

Surgiram conceitos como ‘a mãe’, ‘a professora’, ‘ninguém, fui eu que vi’ que proporcionaram a criação de diferentes categorias. A primeira a sobressair foi a que se refere aos ‘meus familiares’ (E 2-18), onde pudemos agrupar vários parentescos com a criança:

- ...foi a minha mãe (E 1-06; E 2-02; E 2-05; E 2-11; E 2-12; E 2-13; E 2-15; E 2-16; E 2-17; E 3-10; E 3-11; E 4-01; E 4-19; E 4-20) e o meu pai (E 2-09; E 4-07);...os meus pais são enfermeiros (E 2-19) e disseram-me (E 4-10);...faço perguntas sobre o que é aos meus pais e eles dizem-me (E 4-11).
- ...a minha irmã (E 2-02).
- ...a minha prima às vezes dizia-me porque é enfermeira (E 1-02); ...a minha prima é enfermeira e ela é que me contou (E 2-14; E 3-02).
- ...foi a minha tia que é enfermeira (E 3-09).

Outro conceito que emerge na análise e que foi categorizado é a ‘professora’ (E 1-11, E 2-02; E 2-18; E 3-10; E 3-13). Uma das crianças refere que ‘...a professora disse que ela dava medicamentos e assim, e dá vacinas’.

Como referimos anteriormente, a criança, para formular a sua resposta, recorre a informação adquirida em experiências vivenciadas pois ‘fui eu que vi’ (E 2-05; E 2-13, E 2-11; E 3-01; E 4-04; E 4-06). A criança desenvolve a sua capacidade de observação das ações do enfermeiro para construir a sua opinião sobre o mesmo. Nesta categoria destacam-se experiências observadas pela criança em meio hospitalar:

- ...eu já vi porque às vezes eu vomitava sempre e ia sempre para o hospital (E 1-03).
- ...eu é que já fui ao hospital e vi (E 2-01; E 3-04, E 3-10, E 4-05; E 4-17; E 4-18); ...a enfermeira tratou de mim e fez tudo o que eu precisava (E 3-05).
- ...vi no hospital porque já fui operado (E 1-05); ...quando fui lá com dor de costas (E 2-10); ...porque já estive internado (E 3-03).
- ...já vi muitas vezes e via a enfermeira a tirar sangue (E 1-14).
- ...fui ao hospital e descobri tudo (E 3-08).
- ...às vezes vou com a minha mãe ao hospital e vi (E 4-02).
- ...já fui ao médico ao hospital e vi as enfermeiras a ajudá-lo (E 4-03).
- ...aprendi no hospital (E 4-16).

Mas as experiências das crianças não se confinam ao hospital mas também ao centro de saúde, nomeadamente, na consulta e na observação das ações realizadas pela enfermeira, como demonstram as frases seguintes:

- ...quando vou ao centro de saúde e ao médico vejo’ (E 2-06; E 2-07; E 3-04).
- ...às vezes vou a ser atendida por uma enfermeira e vejo as coisas (E 3-14).
- ...porque já fui ao médico (...) no centro de saúde e vi as enfermeiras a ajudá-lo (E 4-03).
- ...eu vi o enfermeiro a dar-me vacinas (E 2-03).
- ...fui eu que vi a minha irmã a fazer o teste dos olhos com a enfermeira (E 1-04).

Uma criança refere ainda que *‘vejo na televisão’* (E 4-13) e outra que *‘a minha mãe trabalha num lar de idosos; é auxiliar polivalente e eu costumo ir para lá e vejo porque há lá uma enfermeira’* (E 3-11).

Outra fonte da informação veiculada pela criança são os ‘profissionais de saúde’, designadamente, *‘o enfermeiro do centro de saúde’* (E 1-13) e *‘o médico’* (E 1-08) que lhe fornecem esclarecimentos sobre as intervenções do enfermeiro. Outras crianças referiram que *‘fui eu que imaginei’* (E 2-20; E 2-21) ou que *‘não foi ninguém, fui eu que tive estas ideias’* (E 2-22). Segundo alguns testemunhos, *‘fui eu que aprendi...’* (E 1-01; E 4-09; E 4-14):

...no trabalho deles (pais são enfermeiros) (E 4-10).

...sozinha (E 1-07; E 1-12).

...fui aprendendo ao longo do ano (E 4-08).

...como é que eu hei-de dizer, aprendi na escola porque a escola também serve para aprender (E 4-12).

...pronto...quando começámos a estudar estudo do meio, eu estava curiosa para saber o que é que o enfermeiro faz porque eu tenho asma e costumo ir muitas vezes ao hospital e interessa-me saber o que é o enfermeiro e o que é que ele nos faz, que é para não ter medo do enfermeiro (E 4-11).

A maioria das crianças sente mais controle quando, antecipadamente, recebem informação e são preparadas para o que as espera, minimizando o stresse, uma vez que o medo é reduzido. Esta última criança diz ainda que *‘faço perguntas sobre o que é aos meus pais e eles dizem-me...pronto, gosto de saber coisas interessantes e que nos ajudam’* (E 4-11). A criança caracteriza-se, fundamentalmente, pela sua insaciável curiosidade acerca de tudo o que a rodeia. A satisfação da curiosidade é um aspeto essencial para o desenvolvimento da inteligência da criança. Esta curiosidade é natural e as perguntas que a criança coloca são consideradas uma excelente oportunidade educativa (Goleman, 2010).

Houve crianças que deram indícios de *‘eu já sabia’* (E 3-06; E 3-09); *‘...ninguém me disse’* (E 3-07); *‘...sou eu que sei’* (E 3-12); *‘...eu também sei assim algumas coisas’* (E 4-07) ou *...quando eu era pequenina queria ser enfermeira e saber tudo mas agora já não quero* (E 4-01). Uma última referência para uma criança que obteve informação através de conversas com os colegas: *‘Eu e os meus colegas estivemos a conversar e depois dissemos à professora o que é que achávamos que os enfermeiros faziam...’* (E 3-03) e outra que não se recordava quem ou como tinha obtido a informação sobre o enfermeiro com a expressão *‘não me lembro’* (E 4-15).

Pensamos que o objetivo de identificar quais as fontes de informação da criança acerca do profissional de enfermagem foi atingido.

A terceira questão do guião de entrevista prende-se com as **experiências anteriores vividas ou presenciadas** pela criança com o enfermeiro, constituindo assim a nossa categoria, quer tenham sido em meio hospitalar, no centro de saúde ou outro. Se a experiência ocorreu no hospital, urgência, internamento e qual o motivo ou apenas em visitas a familiares ou outras pessoas.

Na idade escolar, a criança descobre uma série de “regras” ou “estratégias” gerais abstratas, imensamente poderosas, para examinar e interagir com o mundo (...). O processo de desenvolvimento nesta idade é muito gradual e muito afetado pela quantidade de experiências que a criança tem num determinado domínio (Dubar, 2006). Segundo Piaget (cit. por Lourenço, 2010), elas progridem a partir da realização de julgamentos com base no que vêem (pensamento perceptual) para fazer julgamentos com base no que imaginam (pensamento conceitual). São capazes de usar lembranças de experiências passadas para avaliar e interpretar o presente, possuem maior capacidade de explorar, imaginar e expandir os seus conhecimentos. Delas se espera que sejam aptas a iniciar e manter relacionamentos ajustados com os seus pares e com os adultos, que destes relacionamentos advenham, através da discussão e comunicação das emoções, um maior conhecimento emocional e comportamentos pró-sociais (Melo, 2005; Lopes, Rutherford, Cruz, Mathur e Quinn 2006; Alves, 2013).

De modo geral, as crianças têm experiência suficiente com a saúde e com os cuidados de saúde para compreenderem determinadas situações vivenciadas ou presenciadas. A informação adquirida nessas experiências é codificada e interpretada, ajudando a criança a compreender a situação social e a formular a sua opinião sobre o facto. Não querendo correr o risco de nos repetirmos, este processamento da informação social já foi explicado, relativamente às fontes de informação.

Com base nas respostas a estas questões, surgiram conceitos que foi possível agregar e formar categorias subsidiárias dos cenários vivenciados ou presenciados, como se encontra representado, esquematicamente, na figura 9.

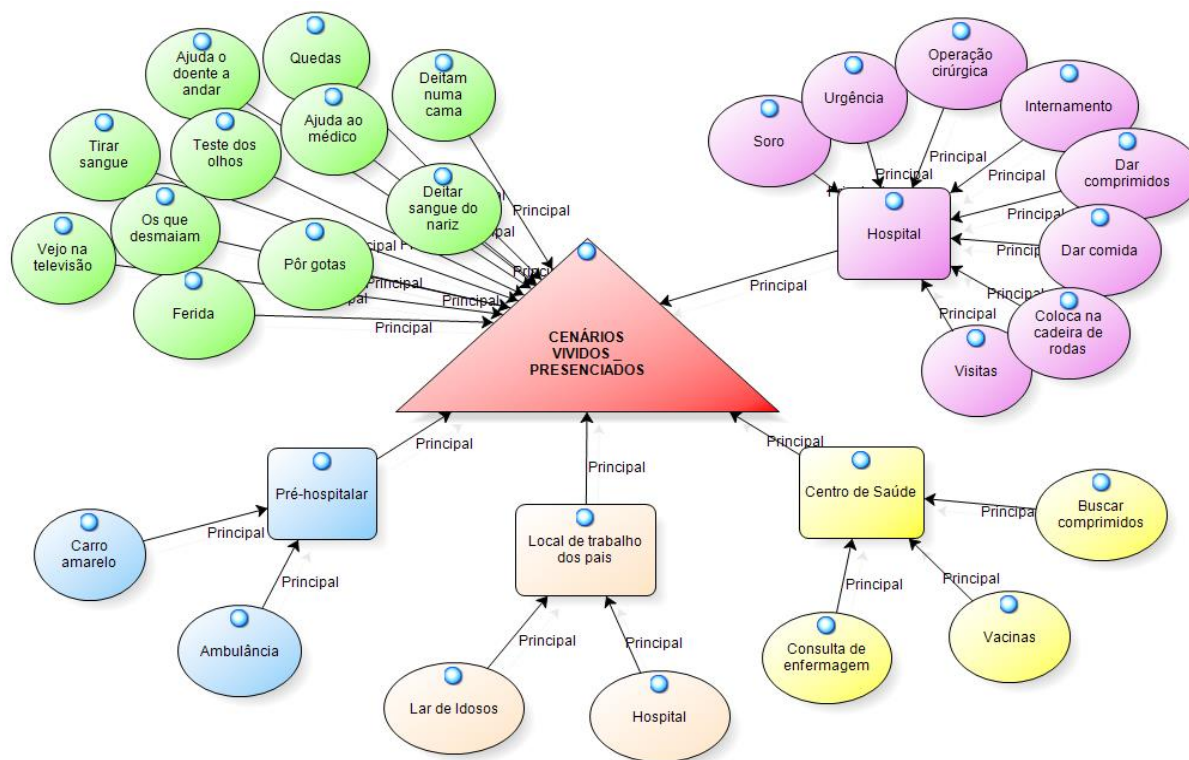


Figura 9 – Cenários vividos ou presenciados pelas crianças

Um dos locais onde as crianças mencionaram mais cenários vividos ou presenciados foi o hospital. As experiências das crianças em meio hospitalar foram da mais variada natureza. Uma grande percentagem das crianças já tiveram uma experiência no serviço de urgência, como comprova as expressões:

- ...às vezes eu vomitava sempre e aí sempre para o hospital (E 1-03);...quando me dóia a barriga (E 1-04; E 4-17); ... uma dor nas costas (E 2-10);...dor de cabeça e o enfermeiro é que me tratou (E2-20); ...dor de ouvidos (E 2-04; E 4-10).*
- ...não conseguia mexer-me (E 1-11).*
- ...fui à urgência tirar sangue (E 1-14).*
- ...mandou-me sentar na cadeira para tratar o lábio porque levei uma cabeçada (E 2-22).*
- ...tinha uma infeção no peito, fiz vapores e Rx (E 3-06); (E 3-08);...às vezes vou consultar-me e dão xaropes para mim porque me dóia a garganta (E 3-07);...já estive no hospital, na urgência e a enfermeira deu-me uma vacina e um xarope (E 4-06); ...às vezes preciso de fazer vapores lá no hospital (E 4-11).*
- ...costumo ir ao médico ao hospital e fui às urgências porque me caiu um portão aqui no pé (E 2-06); ... para tratar uma ferida (E 3-09); ...já parti a cabeça um dia e depois fui tratar (E 3-02); ...já parti 4 vezes a cabeça e fui lá (E 4-05);... um dia fui ao médico porque estava doente da perna e o médico disse que ia fazer um Rx para ver se estava tudo bem e depois não estava e que tinha que ficar em casa e então o enfermeiro pôs-me uma ligadura e disse-me para não fazer muitos esforços. Também quando vamos levar uma pica ele põe uma coisa e como eu tenho asma ele faz-me aerossóis (E 4-20).*

...quando tinha 8 anos, tinha que usar óculos e fui ao hospital e deram-me umas gotas que foi a enfermeira que pôs (E 3-01).
...outras vezes vou ao hospital com as minhas irmãs porque, às vezes, estão doentes (E 4-02).
...e também quando lhes dói as pernas põem numa carrinha, na cadeira de rodas (E 1-03; E 2-12);
...o enfermeiro leva o doente para o hospital na cadeira de rodas (E 2-16);...o enfermeiro (...) quando alguém parte uma perna e cura a pessoa e põe na cadeira de rodas (E 2-21);...a minha irmã é que já andou numa cadeira de rodas (E 2-22).

A saúde ao dar lugar à doença obriga os pais a recorrerem às instituições de saúde, confrontando a criança com ambientes estranhos e com pessoas desconhecidas. A criança é, particularmente, vulnerável a tudo o que conduza a modificações do seu ambiente e rotinas. Existem situações passageiras e de mais rápida resolução que são resolvidas no serviço de urgência mas, ocorrem outras em que é necessário recorrer ao internamento da criança. Como nos refere Jorge (2004: 38) “a tendência atual é a de evitar a hospitalização, recorrendo-se a estruturas intermédias como hospital de dia e unidades de internamento de curta duração”. No entanto, quando é necessário o internamento da criança, a díade criança/família e os papéis familiares devem ser mantidos, criando um ambiente terapêutico que promova o melhor interesse da criança” (Mano cit. por Alves, 2012).

O internamento é, geralmente, encarado como uma situação de crise na vida da criança e o hospital é visto como um lugar misterioso e fonte de stresse. Os pais e crianças são obrigados a arranjar estratégias adaptativas de uma forma rápida, nem sempre as melhores, mas é aquilo que no momento conseguem, pelo que a equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental neste aspeto. Segundo Ausloos (cit. por Jorge, 2004: 46) “todas as famílias têm competências, mas, em certas situações, ou não as sabem utilizar atualmente, ou não sabem que as têm, ou estão impedidas de as utilizar, ou impedem-se elas próprias de as utilizar por diferentes razões”. Perante a hospitalização da criança/pais o enfermeiro de pediatria tem de estar atento ao seu comportamento para que possa identificar quais os pontos a intervir e dar as devidas respostas.

O sofrimento da hospitalização da criança é uma realidade que nem os pais nem o enfermeiro pediátrico conseguem evitar. Contudo, para além do sofrimento que a norteia, pode também representar uma oportunidade para a criança aprender a lidar com o stresse e sentir-se competente na sua capacidade para enfrentar situações (Alves, 2012). A hospitalização também pode ser ocasião de aprendizagem e desenvolvimento, na medida em que proporciona à criança, novas experiências de socialização que podem ampliar os seus relacionamentos interpessoais com os elementos da equipa de saúde, uma relação mais próxima com os seus familiares ou até novas relações entre pares, como se pode comprovar

pelo seguinte relato: “...não gostei de estar internado mas até gostei porque conheci um amigo novo“ (E 4-03). Dadas as condições adequadas, a criança pode aprender que é capaz de fazer face à dor, de estar num lugar estranho e longe de casa e de solicitar ajuda e apoio de diferentes adultos, como é o caso dos enfermeiros, que a podem ajudar a curar-se e a diminuir o seu sofrimento. Pode aprender um conjunto de estratégias de confronto do medo, da ansiedade e da dor, e simultaneamente, aumentar a sua perceção de si como ser competente e eficaz, e dos que cuidam de si, nomeadamente os enfermeiros. Assim, foi perguntado às crianças se já tinham estado internadas no hospital e se sabiam o porquê? Pelas expressões seguintes, é possível perceber a experiência de hospitalização de algumas destas crianças:

...aos 3 anos parti o osso do braço ao saltar na cama, fui operado e puseram-me gesso (E 2-12); ...uma vez porque parti o braço e fui operado, uma vez acho que tive não sei o quê e tive que ficar lá internado e outra vez fui operado à garganta, nariz e ouvidos (E 4-15); ...parti a cabeça e estive lá internado e puseram-me soro (...) e que ficava lá só um dia (E 4-20).

...tinha uma broncopneumonia mas eu não andava com o coiso do soro atrás, era com seringas numa coisinha na mão (E 3-05); ...uma vez tive uma pneumonia e estive lá numa cama (E 3-08); ...tive internado 3 dias porque tenho asma e a enfermeira fez-me vapores (E 3-12);...já lá estive numa cama mas era da barriga (E 3-01); ...comecei a vomitar sangue e depois os meus pais começaram a ficar preocupados e depois levei soro (E 4-16); ...uma vez tinha aqui qualquer coisa, não sei como é que era, era tipo o intestino que se estava a mexer muito e doía-me muito a barriga (E 4-17).

...a enfermeira deu-me medicamentos (...), às vezes também me mandava deitar para ver o coiso do coração e não me lembro de mais nada (E 3-04).

...foi quando eu não tinha óculos e quando acordei só via bichos muito estranhos (E 2-11).

...já estive internado e deram-me uma pica para pôr o soro (E 4-18).

...fui quando eu era bebé mas já não me lembro (E 2-06; E 3-03; E 4-01; E 4-09);...já estive internado mas não sei porquê (E 1-08); ...não me lembro bem mas acho que foi qualquer coisa no cérebro e levei soro (E 3-13).

...o enfermeiro leva-nos a comida quando estamos na cama lá no hospital (E 3-01).

...mete lá o copo com água e dá-nos o comprimido (E 3-01); ...dá os comprimidos do dia-a-dia (E 3-11).

Para além de ter que lidar com a hospitalização, a criança também pode ver-se confrontada com a necessidade de ser submetida a uma intervenção cirúrgica, tendo que enfrentar medos e ansiedades. Algumas crianças descrevem essas experiências ‘cirúrgicas’:

...já fui operado (E 1-05; E 2-02);...tinha que tirar as amígdalas (E 1-10);...ao nariz e aos ouvidos (E 2-03);...quando fui operado à garganta, nariz e ouvidos (E 4-15).

...a uma hérnia e depois fui operado à pilinha (E 2-07)

...duas vezes, uma vez fui operado aos ouvidos e outra quando fui operado à pilinha (E 4-13).

...tinha uma coisa no pénis e fui operado (E 4-03);...à pilinha (E 4-07).

Muitas vezes, no decorrer destas experiências hospitalares, nomeadamente urgência e internamento, a criança tem que lidar com os diferentes procedimentos farmacológicos instituídos pelos enfermeiros. A administração de soro (solução parenteral) é um dos acontecimentos mais ameaçador e temido pela criança, sendo a injeção que lhe está associada, percebida como uma invasão, extremamente dolorosa, ao seu corpo (Salgado cit. por Silva, 2011). Esta é uma das vivências que as crianças também referiram, relativamente ao contacto em meio hospitalar:

...eu quando era pequenina tinha o hábito de comer muitas azeitonas. Depois um dia fui parar ao hospital por causa disso e puseram-me a soro (E 4-01).

...uma vez fui ao hospital porque eu vomitava e a enfermeira deitou-me numa cama e esticou-me um bocadinho o braço e pôs soro (E 1-03).

...deram-me uma pica para pôr o soro (E 4-18).

...estive lá a fazer soro (E 1-03; E 2-13; E 3-05; E 3-13; E 4-16; E 4-20).

O mundo da hospitalização da criança está longe de ser um paraíso, ou mesmo de ser o ambiente especialmente protegido e adequado que poderia ser. Muitos fatores que têm sido identificados como provocadores de perturbação não foram eliminados, e alguns nunca o poderão vir a ser. Mais à frente iremos analisar a questão da experiência das crianças em relação aos procedimentos dolorosos. Contudo, verifica-se que, quando as condições de hospitalização são adequadas, a criança em idade escolar não é significativamente afetada (Alves, 2012).

Outra forma de contacto com o meio hospitalar, são as visitas. Muitas vezes, levadas pela mão de um adulto, as crianças deslocam-se ao hospital para visitarem familiares, amigos ou pessoas próximas. Assim, foi questionado às crianças se já alguma vez tinham visitado alguém no hospital ao que elas responderam:

...hoje não...fui uma vez visitar a tia Odete (E 1-03).

...a minha irmã (E 2-22) é que já esteve uma vez internada por causa dos olhos e eu ia lá visitá-la (E 1-12);...e o meu pai também (E 4-13).

...a minha madrinha quando tirou o bebé (E 1-14);...a minha mãe quando estava grávida (E 4-04).

...uma pessoa da minha família (E 2-02).

...o meu avô (E 2-13; E 3-10) que estava quase a morrer mas não morreu; mas não foi neste hospital, acho que foi em Coimbra (E 2-08)...tinha pedra no rim (E 4-10);...foi operado à vesícula porque tinha pedras (E 4-11);...a minha avó (E 2-10).

...o meu tio (E 2-15; E 2-17); ...a minha tia que está lá às vezes internada (E4-02); ...o meu primo (E 3-13)

...muitas pessoas (E 2-16; E 2-22); ...sim mas agora não tenho lá ninguém (E 4-07).

Mas a saúde da criança não depende exclusivamente da prestação de cuidados. Desde muito cedo que a criança contacta com os diferentes serviços de saúde. A grande maioria das crianças estabelece o seu primeiro contacto com o enfermeiro no decorrer de ações de vigilância da saúde infantil e juvenil, no centro de saúde, para a manutenção e a promoção da sua saúde. Este contacto ocorre, quer seja em consultas de vigilância, na administração de vacinas ou em sessões de esclarecimento e orientação aos pais para obterem os conhecimentos necessários ao melhor desempenho da sua função parental. Assim, após perguntar à criança “o que vais fazer ao centro de saúde?”, todas as crianças, sem exceção, referiram *...vou fazer vacinas*. Outras situações vivenciadas ou presenciadas pelas crianças prendem-se com a consulta de enfermagem e são relatadas da seguinte forma:

- ...fui onde as crianças vão levar as vacinas e onde a enfermeira faz os pesos e a altura* (E 3-08).
- ...vou ao doutor e a enfermeira* (E 2-11); *...faz perguntas* (E 1-08; E 4-16; E 4-20).
- ...vou com a minha mãe à enfermeira, ela pesa e mede e escreve lá no papel* (E 2-04).
- ...há lá uma sala de uma enfermeira, aquela dos meninos e depois dá-lhes medicamentos e diz se podes ir ao doutor ou não* (E 3-03); *...vou à enfermeira ver o que é que eu tenho* (E 4-06).
- ...eu é que às vezes vou ser atendida por uma enfermeira e vejo as coisas* (E 3-14).
- ...às vezes quando me dói a barriga ou a cabeça, vou à enfermeira* (E 1-12).
- ...fui à enfermeira fazer o teste dos olhos* (E 3-06; E 4-10)
- ...vou buscar comprimidos para a minha mãe* (E 1-14) e *à consulta da enfermeira que faz aquela coisa de ver o coração, mede a tensão arterial, pesa e mede* (E 4-16).

Outra realidade presenciada pelas crianças refere-se ao pré-hospitalar, em que a criança menciona que:

- ...o enfermeiro vai na ambulância buscar os que estão doentes* (E 1-02).
- ...quando alguém está muito, muito, muito, ele fica assim e ele manda aí a ambulância* (E 2-21).
- ...a ambulância leva os doentes ao hospital para a enfermeira os tratar* (E 3-06).
- ...vai no carro buscar os que estão doentes e transporta-os na ambulância* (E 1-02; E 1-06; E 1-10).
- ...tem um carro amarelo que transporta as pessoas* (E 1-11).
- ...quando há um acidente lá na rua, às vezes, tem que se ir lá e depois ele leva uma malinha com as coisas todas que tem lá, o enfermeiro vai no carro amarelo* (E 2-18).

Houve ainda três crianças que presenciaram diferentes cenários no local de trabalho dos pais. Uma das crianças presenciou a ação do enfermeiro no local de trabalho da mãe: “*...a minha mãe trabalha num lar de idosos, é auxiliar polivalente e eu costumo ir para lá e vejo o que os enfermeiros fazem*” (E 3-11). Outra criança refere que “*...às vezes vou com o meu pai buscar a minha mãe, que é enfermeira, e outras vezes é para ficar lá com a minha mãe e via os doentes e ela a tratá-los*” (E 2-19) e outra ainda que “*...os meus pais são enfermeiros (...) e eu aprendi no trabalho deles*” (E 4-10).

Outros cenários, presenciados ou vivenciados, foram ainda mencionados pelas crianças, não se sabendo ao certo a origem ou área onde decorreram:

- ...deitou-me numa cama e estica um bocadinho o braço (E 1-03);...às vezes também me mandavam deitar para ver o coiso do coração (E 3-04).*
- ...quando a gente está a deitar muito sangue do nariz a enfermeira trata (E 2-08).*
- ...quando às vezes tem uma ferida mete um penso (E 2-18);...às vezes um senhor que está magoado, e a enfermeira (...) a curar a ferida (E 4-08).*
- ...ajuda quando as pessoas desmaiam ou assim, ele trata delas (E 1-01; E 2-08).*
- ...quando eu tinha 8 anos, tinha que usar óculos e deram-me umas gotas que foi a enfermeira que pôs (E 3-01).*
- ...a enfermeira ajuda um menino que caiu de uma janela abaixo (E 1-13).*
- ...eu vi a minha irmã a ver, a fazer o teste dos olhos (E 1-04);...fui fazer o teste dos olhos e foi a enfermeira (E 3-06; E 4-10).*
- ...quando eu era mais pequenina vi a enfermeira a tirar sangue (E 1-14).*
- ...vejo a enfermeira na televisão (E 4-13).*

Como podemos verificar, de uma forma ou de outra, todas as crianças tiveram contacto com o enfermeiro. Elas referem inúmeras situações por si vividas ou presenciadas e que ilustram muitas das atividades do enfermeiro. Um dos objetivos do trabalho é identificar que experiências anteriores vividas pelas crianças contribuem para a representação que têm do enfermeiro. Pela análise efetuada aos dados resultantes das entrevistas, não encontramos relação direta entre as vivências da criança e a opinião que possuem sobre o enfermeiro. Apenas salientamos que, algumas crianças que tiveram uma experiência (agradável) de internamento, possuem uma imagem mais concisa e mais realista do papel do enfermeiro e das suas intervenções, uma vez que fazem referência ao cuidar e a aspetos humanos e relacionais do enfermeiro, como *ajuda, trata, salva, resolve, dá carinhos e tem preocupação pelo alívio da dor*.

Podemos verificar que as crianças referem alguns dos materiais básicos utilizados pelos enfermeiros na prestação de cuidados, representados no diagrama seguinte:

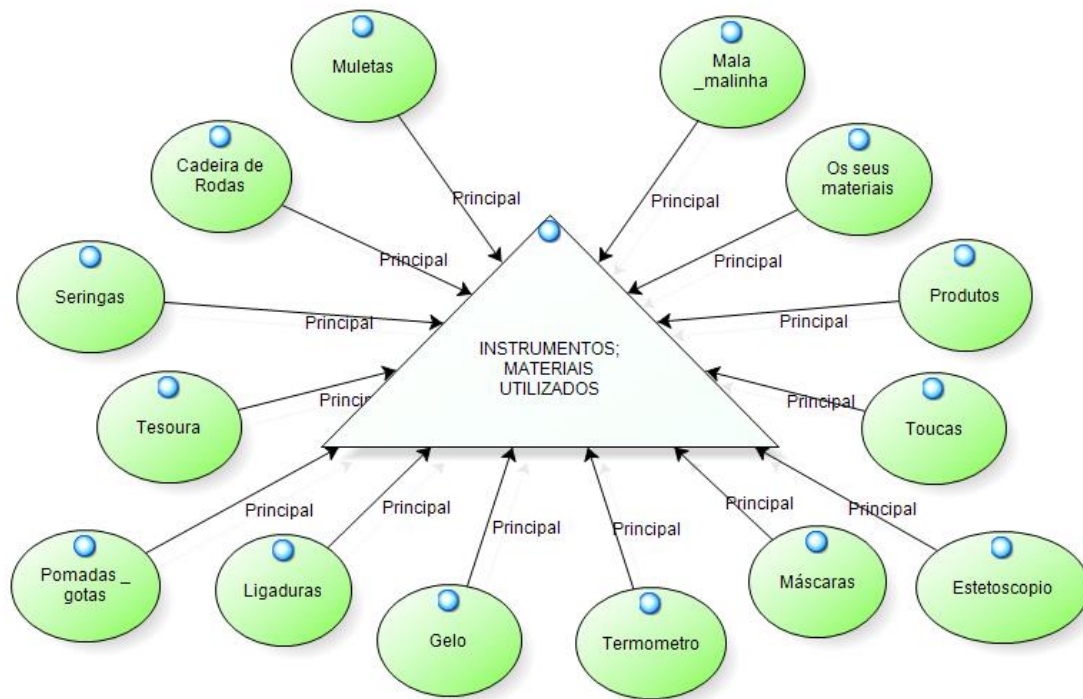


Figura 10 – Instrumentos e materiais utilizados pelos enfermeiros

Ao longo da análise dos dados, as crianças foram fazendo alusão a **instrumentos ou materiais utilizados** pelos enfermeiros na sua prática diária. Assim, as crianças mencionaram:

... desenhei a sala de espera, o estetoscópio, a enfermeira a dar vacinas (E 2-12).

... dá gelo (E 1-08).

... o enfermeiro pôs-me uma ligadura (E 4-20).

...tem uma mala de primeiros socorros (E 1-09); ...para as vacinas (E 1-11); ...com uma coisa que desinfeta e tem medicamentos na mala (E 1-13); ...quando há um acidente lá na rua, às vezes, tem que se ir lá e depois ele leva uma malinha com as coisas todas que tem lá, o enfermeiro vai no carro amarelo (E 2-18); ...tem uma caixa com instrumentos para cuidar as pessoas (E 3-10).

...explicou que ia para um sítio com máscaras e toucas (E 2-02);...usa máscaras para não apanhar doenças (E 2-17).

...leva as muletas para ajudar o doente a andar (E 3-02).

...dão pomadas (E 1-03); ...deram-me umas gotas que foi a enfermeira que pôs (E 3-01); ...o enfermeiro dá produtos (E 2-01).

...eu não tinha soro, davam com seringas numa coisinha na mão (E 3-05);...usa a seringa para dar vacinas (E 3-11);...mete as seringas em caixinhas (E 4-07).

...põe o termómetro (E1-08; E 3-14); ...desenhei que estava uma enfermeira com os seus materiais, a tesoura,...(E 3-14).

De um modo geral, as crianças identificam o enfermeiro e reconhecem as suas funções e áreas de atuação. No entanto, algumas crianças confundem a identidade do enfermeiro com outros profissionais de várias áreas. A identidade profissional é um processo de desenvolvimento que evolui ao longo da carreira profissional dos enfermeiros e é fundamental para a prática profissional de enfermagem. A identidade em enfermagem pode ser definida como o desenvolvimento dentro dos enfermeiros de uma representação interna da interação pessoa – ambiente, na exploração das respostas humanas aos problemas de saúde potenciais que elas vivem na atualidade e é fundamental à assunção das variadas funções dos enfermeiros. O passado de enfermagem levou a que na procura de estatuto social, a enfermeira se tenha aproximado do poder instituído, o poder médico, assumindo funções que lhe são delegadas por estes e que ao contrário do prestígio social ajudam a criar a representação social da enfermeira como auxiliar do médico (Ribeiro, 2009). No caso particular das crianças entrevistadas, pensamos que o cenário não será esse mas sim a simples confusão com outros técnicos. Assim, surgiram conceitos que agrupámos na categoria ‘confusão com outra profissão’, como bombeiro, médico, cirurgião, veterinário, técnico de Rx e até médicos-palhaços, como nos é descrito seguidamente:

- ... o enfermeiro a salvar um prédio (E 1-06);...leva os doentes no camião do enfermeiro (E 1-10).*
- ... é uma médica, um doutor (E 1-03; E 1-06); ...é tipo um médico (E 4-02);...dá receitas que é para as pessoas irem às farmácias buscar os remédios (E 2-07); ...fazem bem em internarem aquelas pessoas que estão doentes (E 2-02); ...receita medicamentos às pessoas (E 3-04) ...e comprimidos (E 3-12).*
- ...às vezes algumas podem operar (E 1-01); ...fazem operações (E 2-02; E 4-09; E 4-11; E 4-16); depois marcam anestesia para ser operadas e podem ser operadas ou não e quando já estiverem boas vão para casa (E 2-16); ...opera as pessoas, tira rins, mete rins (E 4-13).*
- ...trata dos cães (E 1-10)*
- ...faz Rx (E 4-16).*
- ... também ouvi dizer que há tipo pessoas que animam os doentes, tipo médicos-palhaços (E 4-01).*

Apesar desta categoria possuir um número reduzido de conceitos foi possível construir o esquema representado na figura seguinte:

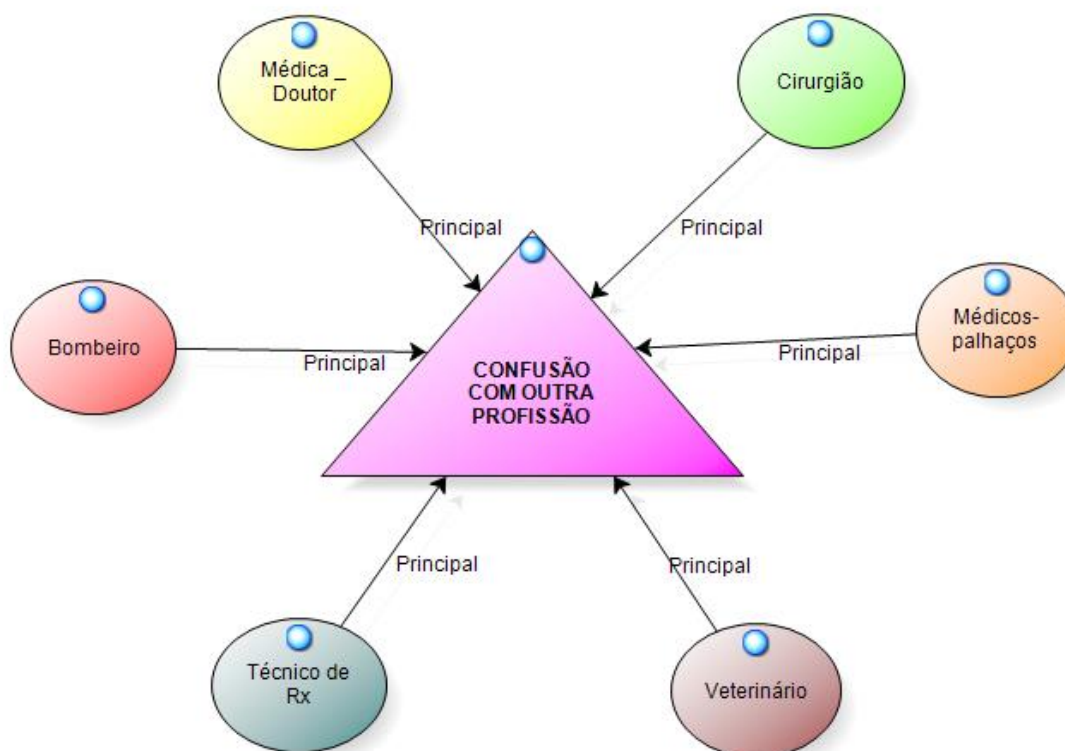


Figura 11 – Confusão com outra profissão

Na prática diária, deparamo-nos frequentemente com a dor e o sofrimento de crianças submetidas a diversos procedimentos dolorosos, cuja minimização continua a constituir um verdadeiro desafio e uma necessidade premente na uniformização da atuação dos enfermeiros perante esta problemática. A vacinação e a punção venosa são dos procedimentos dolorosos mais frequentemente realizado nos centros de saúde e serviços de pediatria e que podem gerar elevados níveis de stresse na criança, Assim, na questão nº4 do guião de entrevista, perguntamos às crianças: ‘O enfermeiro faz doer?’ uma vez que todas as crianças entrevistadas já passaram por um situação dolorosa, nomeadamente a vacinação, e algumas passaram também pela punção venosa periférica. Das respostas dadas, mais de metade das crianças (38) referem que o enfermeiro não lhes fez doer durante o procedimento doloroso e apenas algumas crianças referiram que o enfermeiro causou dor durante os procedimentos dolorosos. Seguidamente apresentamos algumas expressões manifestadas pelas crianças:

...não doeu assim muito aos 4 anos mas aos 5 vi a minha irmã a chorar e depois eu comecei logo a chorar (E 1-12).

...só a última pica é que me doeu (E 2-03);... uma vacina não doeu mas no outro braço doeu um bocadinho (E 2-11);...às vezes, não todas (E 4-11; E 4-13).

...não doeu, a minha prima é que chorou (E 2-15).

...não, só faz impressão (E 2-16).

...doeu e eu a seguir às vacinas fico sempre mal disposta e depois vomito (E 3-04).

Consideramos que as experiências dolorosas de dor aguda são situações potencialmente perturbadoras para as crianças, ao nível do seu bem-estar físico e desenvolvimento, na medida em que são vivenciadas como enorme fonte de stresse. Comportamentos como gritos e choro diminuem quando a criança desenvolve o pensamento operacional concreto, por volta dos sete anos de idade. Entre os nove e os dez anos, a maioria das crianças demonstra pouco medo ou resistência e consegue descrever verbalmente de forma clara a sua intensidade e qualidade, muitas vezes já aprenderam algumas estratégias de alívio, como permanecer quietos e tentar agir corajosamente (Batalha cit. por Moutinho, 2011):

...a primeira vez chorei mas à segunda vez aguentei (E 2-01).

...doeu-me mas não chorei (E 2-08).

...quando era mais nova doía-me, agora já não (E 2-17).

...às vezes sim e às vezes não (E 3-08)...

...puseram uma pulseira de plástico e depois deram na pulseira (E 1-05);...disse que ia contar até 3, depois já estava e depois pôs um paninho e não doeu nada (E 2-16);...fizeram-me contar até 10 e a minha mãe fez palhaçadas e por isso não doeu (E 3-5);...nas vacinas doía-me mas levava brinquedos e depois não sentia nada (E 4-17).

...nem por isso, até gosto de levar vacinas (E 4-03).

Estas crianças em idade escolar demonstram menos preocupação com a dor, em si, do que com o próprio procedimento que se irá realizar, dado que o seu desenvolvimento cognitivo já lhe permite ter noção da importância de se ser e estar saudável e das consequências de adoecer (Hohmann e Weikart, 2009). O principal tipo de dor experienciada pelas crianças é a dor aguda resultante das lesões, doença ou em muitos casos, de procedimentos médicos, e esta, pode ser prevenida ou aliviada substancialmente, através de diferentes estratégias, constituindo uma prioridade na assistência integrada à criança. O alívio total da dor, com o uso combinado de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, deverá ser a meta, mas o alívio completo pode não ser possível. O cuidado atraumático consiste no cuidado terapêutico de um grupo de profissionais por meio de intervenções que reduzam ou eliminem o sofrimento psicológico ou físico vivido pelas crianças ou seus familiares no sistema de cuidados à saúde (Hockenberry e Wilson, 2014). Este cuidado pode exigir analgesia para torná-los menos desconfortáveis, com a aplicação de anestésicos locais ou através do brincar. Brincar no hospital acarreta benefícios saudáveis, uma vez que permite manter as rotinas, a comunicação, a distração e reduz a ansiedade.

Nesta perspetiva, surge a quinta questão em que perguntámos às crianças: “O enfermeiro explicou-te o que ia fazer (antes de qualquer procedimento)?”. A preparação para Representação Social do Enfermeiro para a criança em idade escolar

os tratamentos e procedimentos deve ser feita como parte integrante dos cuidados hospitalares, o mesmo acontecendo nos centros de saúde. Na chamada preparação psicológica da criança, os enfermeiros realizam normalmente um conjunto de estratégias destinadas a tranquilizar a criança/família e obter a sua colaboração, sobretudo na realização de procedimentos dolorosos. O enfermeiro deve adotar estratégias de comunicação empática e assertiva, explicando à criança, de forma simples, progressiva e exata o que irá ser feito, repetindo as vezes que forem necessárias (Goleman, 2010; Gil, 2012). O discurso verbal deve ser adequado à sua idade mental, articulando os conceitos de saúde, doença e dor, tendo atenção à possibilidade de más interpretações que podem provocar pânico como, por exemplo, «tirar sangue» e «picar». Não dar à criança falsa confiança e tranquilidade em relação ao procedimento doloroso, dizendo que «não vai doer nada». O discurso não-verbal pode aumentar a ansiedade e o medo da criança. Deve, assim, evitar-se o silêncio ou atitudes que levem à não compreensão do que se irá passar (OE, 2013).

Das crianças entrevistadas, a grande maioria referiram que lhes foi explicado o que ia acontecer, e apenas algumas acham que sim, que lhes foi explicado, não se recordam se lhes foi explicado ou não, ou que, às vezes, o enfermeiro explica o que vai fazer e outra referiu ainda que o enfermeiro explicou mas pouco, como comprovam as seguintes expressões.

- ...explicou e a enfermeira deu-me uma coisa e eu acalmei (E 1-01); ...explicou que ia pôr soro (E 1-10);...explicou tudo e depois falou e distraiu-me para não doer (E 1-14);...explicou que ia doer um bocadinho (E 2-09; E 2-15) e ia contar até 3, depois já estava e depois pôs um paninho e não doeu nada (E 2-16);...o enfermeiro explica o que vai fazer e porquê (E 4-11);...explicou que ia fazer assim (gesto no braço) (E 4-17).*
- ...está quietinho, não te mexas, isto não dói nada (E 3-11).*
- ...sim mas eu sabia que tinha que fazer a vacina para ir para a escola (E 1-04);...explicou que não ia doer, para não ter medo e que a vacina não era nenhuma coisa de mal e que era para nosso bem (E 3-04);...explicou que ia dar a vacina no braço, pôs álcool e passava com o algodão (E 4-03);...disse que ia dar uma vacina e que não doía muito (E 4-12).*
- ...explicou que ia para um sítio com máscaras e toucas. (E 2-02);...explicou tudo direitinho, a enfermeira foi comigo à sala de operações e explicou tudo (E 2-03);...explicaram como era o bloco operatório e explicaram o que me iam fazer (E 2-07);...explicaram que iam pôr-me a dormir e depois tiravam-me o coiso (E 4-03);...explicaram que me iam internar, que me iam abrir a pilinha e que depois me iam cosê-la (E 4-13);...não explicaram o que iam fazer mas explicaram que ia ao bloco operatório onde havia máscaras e toucas (E 4-15).*
- ...explicou-me quando ia pôr as gotas no olho que punha um lenço (E 3-01).*
- ...explicou que ia tirar-me o sangue que era para me curar (E 3-05).*
- ...acho que sim, que explicou (E 1-02; E 4-07);...explica às vezes (E 4-01);...explica mais ou menos (E 2-14);...explica pouco (E 2-06).*
- ...não me lembro (E 4-02, E 4-07; E 4-08; E 4-16).*

Como podemos verificar, as crianças descrevem a informação dada pelo enfermeiro em relação ao procedimento que vai ser realizado ou em relação à situação que vão vivenciar. No final do procedimento, a criança deve ser elogiada por fazer o seu melhor pois ela reage bem ao elogio. É bom dar à criança uma pequena recompensa por cooperar no procedimento, se possível associada ao contexto. Por exemplo, um penso rápido colorido ou com bonecos, autocolantes, recortar o adesivo de forma diferente e divertida ou outra atividade especial.

Algumas crianças, a este propósito, referem que não lhes foi explicado o que ia acontecer. A falta de informação cria na criança sentimentos de insegurança, medo e ansiedade perante o desconhecido, inibindo a sua colaboração e a sua capacidade de adesão durante o procedimento. Ao fornecer estas informações, é fundamental não mentir à criança quanto aos procedimentos dolorosos, nem ameaçar com agulhas ou qualquer outra medida utilizada em tratamentos, pois pode levar a criança a desconfiar e a ficar com medo. Os medos da criança e as suas expressões de dor devem ser aceites e compreensíveis pelos profissionais (Gil, 2012).

Na 6ª questão foi perguntado às crianças: "Tu achas que o enfermeiro é uma pessoa importante? Porquê? Todas as crianças foram unânimes e acham que o enfermeiro é uma pessoa importante mas as razões apontadas, por cada uma delas, é que difere. Assim, na análise dos dados desmembrados das entrevistas, e no âmbito da **importância do enfermeiro**, muitos dos conceitos que emergiram já tinham sido mencionados pelas crianças anteriormente, mas como referimos no contexto e por decisão metodológica, esta informação foi tratada isoladamente para analisar especificamente a importância do enfermeiro para as crianças em idade escolar.

Assim, as crianças atribuem importância ao enfermeiro pelas 'funções que desempenha'. Nesta subcategoria destacam-se conceitos como 'cuida', 'trata', 'ajuda', 'cura', como é possível observar na figura 12, que ilustra o modelo criado no NVivo10® sobre a **importância do enfermeiro**.

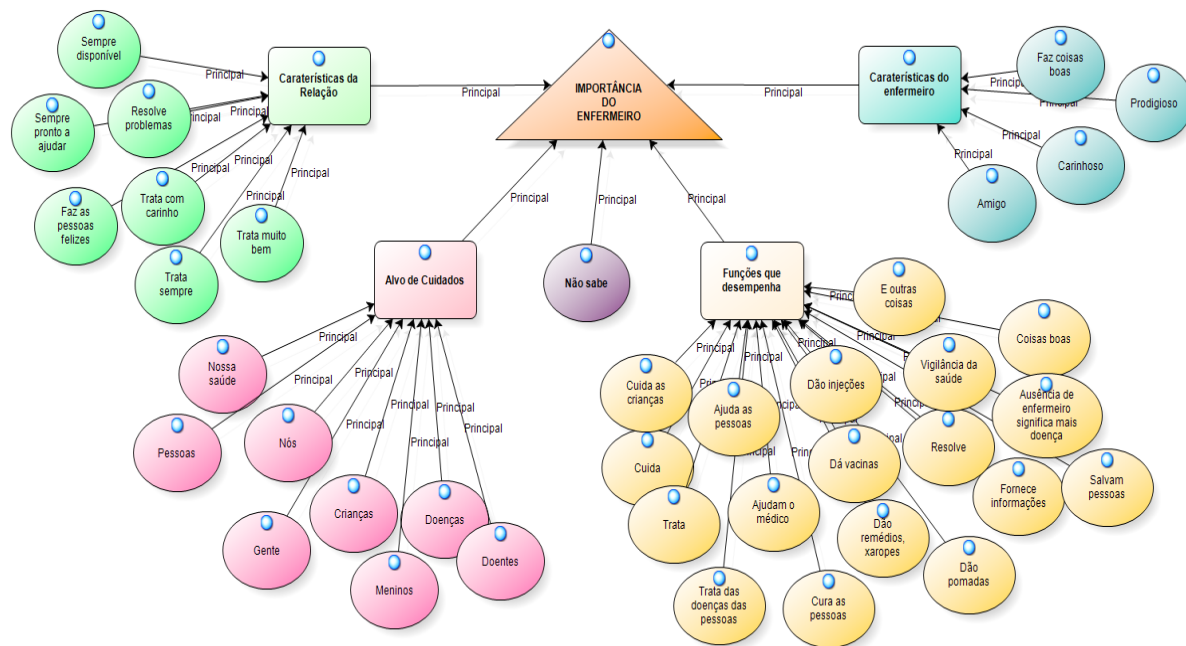


Figura 12 – Importância do Enfermeiro

Das funções exercidas pelo enfermeiro e, às quais foi atribuída importância ao enfermeiro, destacam-se, sobretudo, as de natureza independente. Ao evidenciarem estas funções, as crianças reconhecem a importância da responsabilidade autónoma da enfermagem, pela saúde e bem-estar do utente, utilizando uma filosofia própria de abordagem de cuidados à pessoa (Fernandes, 2007). De acordo com as suas qualificações profissionais, as crianças descrevem ações da exclusiva iniciativa e responsabilidade dos enfermeiros. À questão: “para ti, porque é que o enfermeiro é importante”, as crianças responderam “é importante porque”:

- ...ajuda as pessoas (E 1-13; E 2-07; E 2-12; E 2-22; E 4-19);...nos problemas (E 2-09);...e os meninos (E 3-3);...quando elas precisam (E 4-13);...quando estão doentes, quando estão mal dispostas, quando não conseguem fazer nada (...) (E 1-03).
- ...ajuda muito as pessoas (E 1-12); ...ajuda a curar as pessoas (E 2-06);...a tratar as pessoas (E 3-02);...a cuidar das pessoas (E 2-05)
- ...ajuda e trata as pessoas (E3-06; E 3-09);...com amor (E 3-11).
- ...pode ajudar pessoas, ajuda o médico a tratar (E 4-03; E 4-06);...porque os médicos também precisam de ajuda e às vezes não é preciso o médico, pode ser a enfermeira (E 4-08).
- ...está sempre pronto a ajudar (E 4-07).
- ...ajuda-nos a perceber que nós também temos que pensar em nós e no nosso bem-estar (E 4-11).

Mais uma vez, as crianças fazem referência à relação de ajuda como uma habilidade do enfermeiro. Para elas, o enfermeiro procura olhar para as necessidades e para os problemas individualmente, fortalecendo a relação interpessoal no cuidado de enfermagem. Esta relação

tem como base a compreensão empática, proporcionando relações personalizadas e de confiança que aproxima as pessoas, e pretende capacitar o utente para o crescimento pessoal e para a descoberta de recursos que desconhece possuir (Paula, 2012). As crianças mencionam também a relação do enfermeiro com o médico como parceiros de cuidados para atingir um objetivo comum, a saúde e bem-estar do utente.

As crianças atribuem importância ao enfermeiro no aspeto do ‘curar’ e do ‘tratar’, mas não no sentido do modelo biomédico. Elas mencionam estes conceitos referindo-se aos cuidados prestados pelos enfermeiros que cuidam, respeitando a pessoa como um ser holístico, como pessoa única e insubstituível, com características e vontades próprias (Kérouac *et al*, 2010). Neste sentido, o enfermeiro é importante porque:

...cura as pessoas (E 1-05);...que mais precisam (E 4-14);...consegue nos curar (E 2-11);...pode curar as pessoas senão podiam morrer (E 2-21).

...ajuda a curar (E 2-06);...cura e trata as pessoas (E 3-07);...cuida e cura as pessoas (E 3-13).

...sem ele as pessoas não se curavam (E 3-10; E 4-15).

...se não houvesse enfermeiras as pessoas não conseguiam se curar (E 2-13); ...não se tratavam (E 2-16);...se não tivéssemos os enfermeiros aqui no mundo, estava toda a gente doente (E 2-19);...as pessoas ficavam feridas e depois não dava para curá-las (E 2-08).

...trata (E 1-06; E 1-11; E 1-13; E 2-01; E 2-15; E 3-14; E 4-10);...de nós (E 1-02; E 3-08) quando estamos doentes (E 1-09);...sempre das pessoas (E 1-10);...das pessoas que estão doentes (E 2-04);...e as pessoas precisam de viver (E 2-14);...e cuida de nós (E 4-02);...trata muito bem as pessoas (E 1-01; E 1-07);...trata das doenças das pessoas e outras coisas (E 1-04).

...ajuda a tratar as pessoas (E 3-02; E 3-06; E 3-09);...com amor (E 3-11);...trata dos doentes com carinho (E 3-04);...ajuda o médico a tratar (E 4-03; E 4-06).

...todas as pessoas têm o direito a ter um médico próprio e o enfermeiro trata as pessoas (E 4-01).

...as pessoas precisam dos enfermeiros e à noite eles estão lá para tratar deles (E 4-10).

...faz tudo o que é preciso para tratar os doentes (E 3-05).

...é muito importante porque cura e trata as pessoas (E 3-07);...para a nossa saúde (E 4-11).

Nos relatos anteriores, é possível visualizar o carácter imprescindível que as crianças atribuem aos cuidados de enfermagem para o restabelecimento da saúde das pessoas. As crianças salientam ainda a relação empática que os enfermeiros estabelecem com os doentes, referindo atitudes de carinho e amor, e focam a presença física e humana do enfermeiro numa total disponibilidade para atender às necessidades da pessoa, incluindo à noite.

Outro aspeto da importância do enfermeiro prende-se com o ‘cuidar’, em que as crianças realçam, novamente, a prestação de cuidados à pessoa que temporária ou definitivamente necessita de ajuda, como se exemplifica nos extratos abaixo apresentados:

...cuida as pessoas (E 2-10);...quando estão doentes (E 3-12);...quando elas têm algumas doenças (E 4-04);...e cura as pessoas (E 3-13); ...cuida de nós (E 4-02; E 4-16).

...ajuda a cuidar das pessoas (E 2-05);...sabe cuidar as pessoas (E 3-01).

...muito importante porque assim ninguém cuida as pessoas (E 2-20).

Pensamos que seja oportuno relembrar que as crianças já consideraram os cuidados de enfermagem como indispensáveis aos doentes, quando se referiram às funções do enfermeiro. As crianças têm a percepção de que *cuidar* é um dos conceitos que está presente no quotidiano dos enfermeiros e que é diferente de *tratar* ou *curar*. A prestação de cuidados de enfermagem tem significado, na medida em que contribui para a saúde e bem-estar dos indivíduos, ou seja, proporcionando qualidade de vida às pessoas.

A administração de vacinas também foi considerada, pelas crianças, um foco da importância do enfermeiro. As crianças admitem que a inoculação de vacinas previne as doenças pelo que, esta função do enfermeiro é considerada extremamente importante, independentemente do sofrimento que possa causar:

...porque dá vacinas (E 1-11);...contra o tétano (E 4-05);...porque prepara as vacinas

(E 4-06);...porque senão levássemos vacinas ficávamos doentes (E 2-02).

...se vacinarem os doentes eles não ficam com doenças (E 2-03).

Outra forma de importância do enfermeiro, atribuída pelas crianças, é a capacidade do enfermeiro salvar as pessoas. As crianças reconhecem ao enfermeiro capacidades cujo objetivo é cuidar das pessoas, para que estas mantenham, recuperem ou melhorem o seu estado de saúde ao maior grau de independência e bem-estar possíveis. Na sua opinião, cuidar é preservar a vida e assim, o enfermeiro é importante porque:

...salva as outras pessoas (E 4-12).

...se não fosse ele muitas pessoas estavam doentes e não tinham cura (E 4-05).

...as pessoas estão a morrer e ele consegue trazê-las à vida (E 4-17).

Algumas crianças atribuem importância ao enfermeiro pelos procedimentos que efetuam, nomeadamente:

... é importante porque ajuda as pessoas quando estão doentes, quando estão mal dispostas, quando não conseguem fazer nada, dão muitos remédios, dão xaropes; dão injeções e depois dão pomadas para ir para casa (E 1-03);...picas (E 1-11).

...prepara as vacinas e os xaropes (E 4-06).

...dá medicamentos para matar os micróbios que temos no corpo que nos fazem mal (E 4-09).

A medicação, aos olhos das crianças é uma das formas de colmatar a doença e a sua administração é da responsabilidade do enfermeiro. A medicação oral, normalmente é bem tolerada pela criança, o que já não acontece no caso da endovenosa uma vez que é associada a

um procedimento doloroso. Por isso as crianças referem-se a remédios e xaropes com os quais lidam com alguma regularidade.

Duas crianças salientam a importância do enfermeiro porque ‘...se não tivéssemos enfermeiros aqui no mundo, estava toda a gente doente’ (E 2-19) e ‘...se não houvesse enfermeiros as pessoas praticamente não tinham muitas oportunidades de vida’ (E 4-10). Para estas crianças, a ausência do enfermeiro significa mais doença. Outra criança refere que o enfermeiro é ‘...muito importante para a nossa saúde, ajuda-nos a perceber que nós também temos que pensar em nós e no nosso bem-estar’ (E 4-11), mostrando que o enfermeiro é uma pessoa que se preocupa com a vigilância da saúde das pessoas, adotando medidas preventivas, e uma outra menciona as informações que o enfermeiro dá às pessoas ‘...diz se elas estão bem ou mal, quando precisam de ser internadas’ (E 4-04). Mas o enfermeiro também é importante porque ‘...faz coisas boas’ (E 2-09).

Com base na análise feita às entrevistas das crianças, foi encontrada outra subcategoria no que concerne à importância do enfermeiro e que se prende com as ‘características da relação’ enfermeiro-utente, já explicitada anteriormente.

...porque trata muito bem as pessoas (E 1-07) e elas depois já ficam boas (E 1-01).

...porque ele trata sempre (E 1-10).

...porque trata dos doentes com carinho (E 3-04); ...porque são carinhosos (E 4-18).

...porque ela trata de nós quando estamos doentes, quando estamos com problemas ela resolve (E 1-09).

...porque ajuda as pessoas nos problemas e faz muitas coisas boas e às vezes até faz milagres para as pessoas. Às vezes, uma pessoa está doente e ela trata a ver se as pessoas ficam felizes quando é da família (E 2-09)

...porque está sempre pronto a ajudar (E 4-07).

...porque quando a gente precisa de alguma coisa ele está sempre disponível (E 4-20).

...porque trata das pessoas e se não houvesse enfermeiros as pessoas praticamente não tinham muitas oportunidades de vida, as pessoas precisam dos enfermeiros e à noite eles estão lá para tratar deles (E 4-10).

Mais uma vez, é patente a relação de ajuda entre o enfermeiro e os utentes. Para estas crianças, cuidar traduz um compromisso entre o enfermeiro e o doente criando a possibilidade de dar e receber. Reflete uma disponibilidade para essa interação, tendo como base o interesse, a proteção, a preocupação e a compreensão. É a atenção dispensada pelo enfermeiro àqueles que precisam, com vista a ajudá-los, a contribuir para o seu bem-estar e a promover a sua saúde (Watson, 2009). Neste caso, existe sobreposição com os conceitos encontrados na ‘dimensão relacional do enfermeiro’.

Ao evidenciar estas características da relação, no que diz respeito à importância do enfermeiro, surgem outros conceitos que formaram uma nova categoria. As crianças valorizam as características do enfermeiro como uma pessoa importante que se dedica às pessoas, com a intenção de as ajudar, orientar e auxiliar no seu projeto de vida (Hesbeen, 2004). Atribuem-lhes qualidades especiais com capacidades semelhantes a um ser prodigioso e onde imperam os afetos. Também neste caso se verifica sobreposição com a ‘dimensão humana’ do enfermeiro, abordada anteriormente.

...porque cuida de nós e é amigo (E 4-16).

...porque são carinhosos e gostam de salvar pessoas (E 4-18).

...porque faz muitas coisas boas e às vezes até faz milagres para as pessoas (E 2-09).

...porque trata as pessoas e as pessoas precisam de viver (E 2-14);...as pessoas estão a morrer e ele consegue trazê-los à vida (E 4-17).

Ser enfermeiro é acima de tudo salvaguardar os direitos do doente, é promover e aumentar a sua autoestima, estabelecer uma relação empática onde ele volte a sentir-se pessoa. Para atingir esses objetivos, é necessário passar pelo cuidar, razão da existência da enfermagem.

Na atribuição de importância ao enfermeiro foi possível, tal como anteriormente, destacar os diferentes alvos de cuidados do enfermeiro. As crianças vêem-se com alvo dos cuidados dos enfermeiros, uma vez que admitem que o enfermeiro é alguém importante porque é capaz de as cuidar com atenção, carinho, empatia e todo um cuidado ativo e dinâmico no intuito de promover o seu bem-estar e preservar a sua saúde (Alves, 2010), como seguidamente se verifica:

...porque ela é boa para nós, as crianças (E 1-14).

...porque cuida dos meninos que estão doentes (E 2-08).

...porque ajuda as outras pessoas e os meninos (E 3-03).

...porque trata de nós (E 1-02; E 3-08) quando estamos doentes (E 1-09);...porque consegue nos curar (E 2-11);...porque cuida de nós (E 4-02; E 4-16).

...é muito importante para a nossa saúde; ajuda-nos a perceber que nós também temos que pensar em nós e no nosso bem-estar (E 4-11).

...porque quando a gente precisa de alguma coisa ele está sempre disponível (E 4-20);...porque se não tivéssemos enfermeiros aqui no mundo, estava toda a gente doente (E 2-19).

Outro foco da atenção dos enfermeiros prende-se com os doentes e as doenças. Os enfermeiros são profissionais de saúde constantemente chamados a intervir e a tomar decisões, no sentido de preservar a saúde e combater a doença (Watson, 2009). O enfermeiro tem presente que cada pessoa tem uma forma particular de viver a sua experiência de doença,

respeitando-a seja qual for a sua condição (Vieira, 2007), como se verifica nos exemplos abaixo mencionados:

...porque trata das doenças das pessoas e outras coisas (E 1-04);...porque cuida (...) quando elas têm algumas doenças (E 4-04).

...porque se vacinarem os doentes eles não ficam com doenças (E 2-03);...porque trata dos doentes com carinho (E 3-04);...porque faz tudo o que é preciso para tratar os doentes (E 3-05); ...porque cuida das pessoas que estão doentes (E 3-12);...porque se não fosse ele muitas pessoas estavam doentes e não tinham cura (E 4-15).

É adequado, contudo, esclarecer que as crianças consideram como foco principal, na importância do enfermeiro, as pessoas em geral. Qualquer um, qualquer ser, qualquer pessoa pode ser alvo dos cuidados do enfermeiro. Cuidar um ser humano é dignificá-lo, ajudá-lo a ser pessoa e a desenvolver as suas capacidades ou possibilidades existenciais e implica reconhecê-lo como um sujeito de deveres e direitos (Vieira, 2007), como relatam os seguintes trechos:

...porque ajuda as pessoas (E 2-07; E 2-09; E 2-12; E 2-22; E 3-03; E 3-14; E 4-02; E 4-13; E 4-19); ...quando estão doentes (E 1-03; E 2-04);...e trata (E 3-02; E 3-06; E 3-09) com amor as pessoas (E 3-11); ...ajuda muito as pessoas (E 1-12; E 1-13; E 4-03);...ajuda a cuidar das pessoas (E 2-05; E 2-06).

...porque cura as pessoas (E 1-05) se não podiam morrer (E 2-21);...cura e trata das pessoas (E 3-07) que mais precisam (E 4-14).

...porque trata as pessoas (E 1-11; E 1-13; E 2-14; E 2-15; E 4-01);...trata sempre das pessoas (E 1-10);...trata muito bem as pessoas (E 1-01; E 1-07).

...porque cuida as pessoas (E 2-10; E 3-12; E 4-04);...sabe cuidar das pessoas (E 3-01);...e cura (E 3-13);...assim ninguém cuidava as pessoas (E 2-20).

...porque se não houvesse enfermeiros as pessoas ...não conseguiam se curar (E 2-13; E 3-10);...não se tratavam (E 2-16);...ficavam feridas e depois não dava para curá-las (E 2-18);...podiam morrer (E 4-05).

...porque salva as outras pessoas (E 4-12; E 4-18);...se não fosse ele muitas pessoas estavam doentes e não tinham cura (E 4-15);...as pessoas estão a morrer e ele consegue trazê-los à vida (E 4-17).

Os cuidados prestados pelo enfermeiro são indispensáveis a qualquer pessoa, de forma a preservar a saúde ou a ajudar a natureza a recompor os desvios causados pela doença.

Por último, uma referência a uma criança que refere que o enfermeiro é importante mas ‘*não sei explicar*’, possivelmente pela complexidade e globalidade que envolve os cuidados de enfermagem.

Para concluir o processo de categorização, falta proceder à perspetivação global efetuada pelas crianças, através do modelo explicativo do fenómeno em análise. Este modelo

explicativo tem como fim dar resposta ao último objetivo do trabalho, uma vez que se pretende caracterizar o enfermeiro através das informações proporcionadas pelas crianças.

As crianças, em idade escolar, são capazes de emitir julgamentos razoavelmente sistemáticos antes de terem ideias estruturadas sobre as coisas. Quando é pedido à criança em idade escolar para fazer a descrição de alguém, ela foca a sua atenção nas feições e qualidades dessa pessoa. A sua avaliação não se fundamenta apenas na sua observação mas também no seu raciocínio (Goleman, 2010). As crianças realçam no enfermeiro características humanas que o definem como ser único, completo e complexo, em interação com pessoas em situação de particular vulnerabilidade, atribuindo-lhe, por vezes, competências sobrenaturais retiradas de um imaginário onde cenas da vida quotidiana se confundem com a ficção.

Da análise feita pelas crianças, a representação social, que rege as suas relações com o enfermeiro provém da sua interação social com ele, possibilitando a compreensão e a organização de comportamentos (Vala, 2006). Na sua globalidade, as representações sociais constituíram um amplo universo de significados sustentados em torno de onze eixos ou domínios simbólicos, representadas no modelo explicativo criado diretamente no NVivo®,

Figura 13:

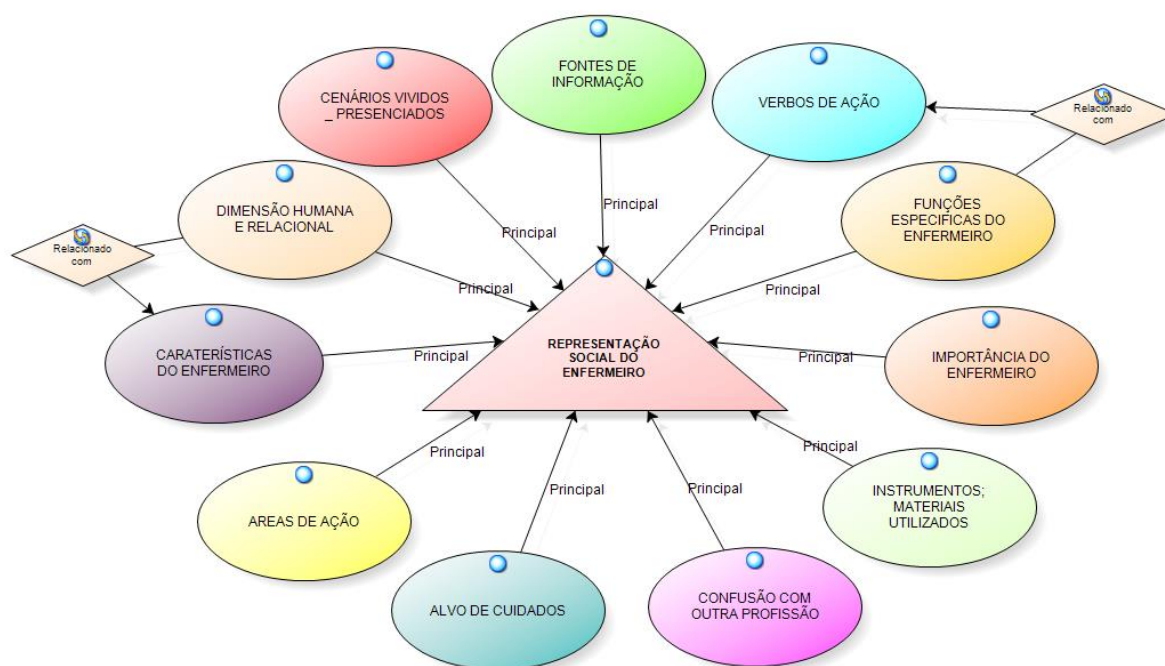


Figura 13 – Representação Social do Enfermeiro

A construção do modelo resultou como a conclusão de um puzzle. Cada peça contém uma categoria estrutural, em que se entrelaçam um conjunto de significados. O encaixe de

todas as peças permite uma imagem global, estabelecendo ligações entre as partes e os seus significados, através de um raciocínio lógico e de uma visão sistemática (Tarozzi, 2012).

Ao longo de todo o processo de recolha e de análise dos dados, tornou-se imprescindível compreender qual a representação social do enfermeiro para as crianças em idade escolar. Assim, na análise do modelo explicativo do fenómeno da representação social iremos desenvolver os processos com os seus diferentes eixos, categorias e respetivos conceitos. Estruturalmente a representação social do enfermeiro é constituída pelos diferentes eixos que coincidem com as diferentes categorias.

As **funções específicas do enfermeiro** desenvolvem-se em torno de dois eixos que as definem: as atividades autónomas e as interdependentes. Sendo estas indissociáveis e tendo em conta que existem várias interpretações sobre elas, torna-se importante compreender a que se refere cada uma delas. O primeiro reconhece a importância da responsabilidade autónoma da enfermagem, pelo bem-estar físico, psicológico e social do cidadão, decorrente da utilização de uma filosofia própria de abordagem de cuidados à pessoa. O segundo realça a responsabilidade delegada pelo médico ao enfermeiro, na prestação diária dos cuidados ao doente. Mesmo na execução do trabalho interdependente a enfermagem não se limita a aguardar ordens dos médicos pois dado o carácter de continuidade dos cuidados necessita frequentemente de requerer dos médicos a colaboração necessária sendo um processo onde o enfermeiro assume cada vez mais o seu profissionalismo (Ribeiro, 2009).

Num exercício prático feito a partir do conjunto de resultados foi possível extrapolar as competências do enfermeiro. Segundo as crianças, a ação do profissional de Enfermagem não se reduz a uma mera ação de tratar, mas à intervenção nas manifestações da doença e à capacidade que tem para responder de forma única e inequívoca, às necessidades de cuidados de enfermagem de cada indivíduo, respeitando-o como ser singular, na sua heterogeneidade biopsicossocial, cultural e espiritual (Lopes, 2006). Neste sentido, os cuidados de enfermagem são, a atenção especial/particular/singular prestada por um enfermeiro a uma pessoa e seus familiares, com a finalidade de os ajudar numa situação particular, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem, contribuindo para o seu bem-estar e para a promoção de um estado harmonioso de saúde (Hesbeen, 2004).

Diariamente, os enfermeiros têm um desempenho que envolve diferentes **áreas de ação**: prestação de cuidados diretos ao utente em meio hospitalar (pediatria, obstetrícia, bloco operatório e urgência), cuidados de saúde primários (ações de vigilância da saúde, consulta de enfermagem e vacinação), pré-hospitalar e cuidados ao idoso (lar de idosos). Esta diversidade de funções e papéis desempenhados reflete-se, aos olhos das crianças, na imagem da

profissão, conduzindo a uma visibilidade social específica. As crianças valorizam as competências adquiridas pelo enfermeiro que lhe conferem capacidade de agir eficazmente numa determinada área ou situação, apoiada em conhecimentos que resultam da experiência pessoal, do senso comum, da cultura, pesquisa tecnológica e científica. Essas competências implicam assim, um saber responsável e assertivo (Potter e Perry, 2014).

Ora a enfermagem é uma profissão que concretiza a sua **ação** na relação com pessoas. No processo do cuidar, o enfermeiro faz uso do seu eu completo mas, apesar das crianças lhe reconhecerem aspetos biomédicos, também lhe apontam aspetos mais vivenciais e relacionais. A relação de ajuda é entendida como uma intervenção autónoma do enfermeiro cada vez mais valorizada no ato de cuidar, satisfazendo as necessidades dos utentes, e desenvolvendo a cada dia o seu trabalho, nas diferentes vertentes, do saber, do saber fazer e do saber estar (Ribeiro, 2009). Daí resulta que as crianças considerem o trabalho do enfermeiro complexo, específico e, ao mesmo tempo, uma multiplicidade de pequenas coisas (Hesbeen, 2004), com o objetivo de cuidar das pessoas, para que estas mantenham, recuperem ou melhorem o seu estado de saúde ao maior grau de independência e bem-estar possíveis, dentro dos seus limites. Olhando para esta categoria dos **verbos de ação**, e tal como foi categorizada a partir dos dados resultantes das entrevistas, pensamos que seja adequado sublinhar a relação encontrada entre esta categoria e a das **funções específicas do enfermeiro**, em que as crianças mencionam verbos que exprimem as diferentes funções executadas pelos enfermeiros.

Todas as funções e intervenções do enfermeiro têm um **alvo de cuidados**, ou seja, o objeto dos procedimentos praticados pelo enfermeiro. É importante destacar que, a partir de todos os dados recolhidos junto das crianças, se conclui que o foco de atenção principal das competências do enfermeiro, onde ela própria se inclui, é a pessoa, as suas necessidades, as suas capacidades e as suas limitações e a interação centra-se nos mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Cada pessoa é um ser social com valores, crenças e desejos que lhe estão subjacentes, o que lhe confere a especificidade como ser único, com dignidade própria e com direito a afirmar-se (OE, 2011). Nas suas relações interpessoais, os enfermeiros têm em consideração a imagem que deixam transparecer para os outros, tentando realçar valores que sabem à partida serem aceites pela sociedade (Moreira, 2010). Os enfermeiros são profissionais de saúde constantemente chamados a incrementar estratégias de atuação específicas e de resolução de problemas, no sentido de resguardar a saúde, colmatar a doença, ajudar a nascer e a morrer.

As crianças atribuem diversas **características aos enfermeiros**. Os enfermeiros são profissionais que cuidam, cuja arte é complexa, subtil e enraizada num profissionalismo, que não se manifesta, apenas por atos praticados visíveis aos olhos, mas também da capacidade de

ir ao encontro daquela pessoa e de a acompanhar, nos seus momentos mais difíceis de modo a percorrer o caminho, que para ela tenha sentido (Hesbeen, 2004). Tendo como objeto de trabalho o cuidar, tanto na perspetiva da promoção como da prevenção e/ou recuperação da saúde, a enfermagem investe em atitudes proativas visando a ampliação de oportunidades reais do cuidar, o que implica disponibilidade, um agilizar de modo empreendedor o processo de cuidados e de interação, e a utilização de um saber complexo e completo.

O enfermeiro tem consciência do espaço terapêutico e, para as crianças, mantém uma intencionalidade em toda a ação que desenvolve como característica vital na relação de ajuda (Watson, 2002b; Phaneuf, 2005; Chalifour, 2007). Essa intencionalidade evidencia-se pelo diálogo que mantém, sempre com o sentido de ajudar, e com um fim terapêutico: resolve, trata ou salva, promove a autonomia, usando a interação. Mas, para algumas destas crianças, os enfermeiros são, por vezes, imbuídos de um poder quase mágico, muito próximo àquele que caracteriza diversos heróis da ficção. Uma das crianças faz mesmo referência ao enfermeiro como um ser completo, capaz de fazer ‘...tudo o que eu precisava’, Como já foi dito anteriormente, cuidar envolve muito mais do que simplesmente tratar pessoas. Cuidar envolve um processo de relação com o outro (Meleis, 2005). Requer determinadas capacidades, indispensáveis ao bom desempenho profissional, sobretudo quando se quer imprimir uma visão humanista à prática da Enfermagem. Exige, para além do Saber e do Saber Fazer, o Saber Ser, tanto com ele como com o utente.

Diretamente relacionada com a categoria anterior encontrámos a **dimensão humana e relacional do enfermeiro**. Enquanto prestador de cuidados, o enfermeiro é uma pessoa com qualidades excepcionais. Com a finalidade de proporcionar cuidados de enfermagem de qualidade, o enfermeiro tem que partilhar com o seu doente/utente, as alegrias, as tristezas, a dor, o medo e a angústia. Este poderá ser um trabalho “árduo” mas gratificante sendo que, o contacto entre o profissional e o doente deve revestir-se duma grande empatia e compaixão (Hesbeen, 2004). O empenho e dedicação colocados ao serviço dos outros, contribuem para o crescimento e maturidade a nível pessoal e profissional e é também um excelente exemplo da capacidade dos indivíduos para saber ser. Aprender a Ser é ir ao encontro de si mesmo, ou seja, é cultivar uma atitude de auto desenvolvimento, dominar competências e habilidades para enfrentar os desafios do trajeto existencial: construir e reconstruir uma identidade, construir e reconstruir um projeto de vida (OE, 2011). As crianças referiram características humanas como *é uma pessoa, é bom, é inteligente e é fixe* mas salientam características como *ajuda, gosta de ajudar, ajuda com amor, trata e cuida bem, dão carinho e sempre ao nosso lado*, entre outras, o que nos leva a inferir que as crianças

realçam sobretudo a dimensão relacional do enfermeiro na procura de satisfazer as diversas necessidades dos utentes,

Aos olhos das crianças, os enfermeiros também são **alvo de atenção**. A postura, os movimentos, a forma de falar, a interação que estabelecem, são, muitas vezes, objeto de atenção por quem é cuidado e são os designados “pormenores” que podem fazer a diferença entre uma boa ou má imagem do profissional (Collière, 2002; Hesbeen, 2004). Por vezes, uma palavra, um gesto, o tempo para escutar, o brincar, são tão importantes e essenciais na relação de ajuda estabelecida como os demais atos técnicos ou os cuidados considerados essenciais na manutenção da saúde e da vida. As representações constituem-se como construções que obedecem a um certo número de mecanismos cognitivos e afetivos básicos e a mecanismos sociocognitivos e sócio afetivos que evidenciam a especificidade de diferentes grupos ou de diferentes sociedades (Vala e Monteiro, 2006), como é o caso da enfermagem.

No âmbito da compreensão do conceito, a representação social aparece definida para Rocha (2000, cit. por Moreira, 2010), como um conjunto de informações, opiniões e atitudes, referidas em relação a um objeto, acontecimento ou personagem social, ou ainda relaciona um sujeito com outro sujeito. Daí a importância de conhecer a **fonte de informação** com que as crianças formularam as suas opiniões. Uma das formas de transmissão da informação sobre o enfermeiro é feita por familiares ou pela professora, através de um processo de aprendizagem, que dependerá do seu nível de conhecimento. Esta aprendizagem também pode ocorrer através de experiências anteriores vivenciadas ou presenciadas pela criança. A observação das ações do enfermeiro leva a criança a tecer ideias, a construir valores e a compor a identidade deste profissional. Uma faceta do entendimento social do enfermeiro pela criança é o seu julgamento ou explicação das suas ações (Lourenço, 2010).

Com a entrada na escola, as crianças desta idade são capazes de refletir sobre o que as rodeia e recordam as coisas, alargam o seu leque de relações sociais e ocorrem mudanças a nível dos sistemas sociais que fazem parte da sua vida. Possuem já alguma experiência com os cuidados de saúde e compreendem certas atitudes do enfermeiro. Em função dos **cenários vivenciados ou presenciados** onde decorre o contacto com os ‘atores’, a criança vai interpretando, desenvolvendo e conferindo uma representação social do enfermeiro (Dubar, 2006). Em meio hospitalar, a criança lida com a doença em contexto de urgência e/ou internamento, situações que podem gerar momentos de stresse e ansiedade. São particularmente vulneráveis a eventos que possam diminuir o seu sentimento de controlo e poder do seu corpo, como as intervenções cirúrgicas ou a administração de soro. As visitas a familiares ou amigos também fazem parte do quotidiano de algumas crianças. No centro de saúde, as experiências da criança prendem-se com a vigilância da sua saúde, através de

consultas com a enfermeira, vacinação, procedimento referido por todas as crianças inquiridas, e deslocações com familiares a esta instituição.

Ao longo da análise efetuada aos dados, verificámos que as crianças descrevem alguns **instrumentos ou materiais utilizados** pelo enfermeiro. Da mala à tesoura, das ligaduras às seringas ou das máscaras às pomadas, vários foram os *produtos e materiais* referidos pelas crianças.

Uma pequena alusão à **confusão com outra profissão** que algumas crianças fizeram, em relação à enfermagem. Algumas crianças confundem o enfermeiro com o doutor, o cirurgião, o bombeiro, o técnico de Rx, o veterinário e até com os médicos-palhaços. As características do grupo de pertença dos enfermeiros adquirem significado quando relacionadas com a perceção de diferenças e o valor destas em relação a outros grupos, conduzindo ao sentimento de pertença ao grupo e à identidade social da enfermagem (Vala e Monteiro, 2006).

Um último elemento que consideramos relevante diz respeito à referência feita pelas crianças à **importância do enfermeiro**. Todas as crianças concordam que o enfermeiro é uma pessoa importante, atribuindo-lhe essa importância por diversas razões. As diversas funções do enfermeiro dão ênfase ao valor da enfermagem atribuído pelas crianças, enquanto ciência do cuidar. A Enfermagem é não só uma arte clínica, do tratar e do curar, mas também é uma ciência cujo objeto formal é o “cuidado do ser humano”, individualmente, na família ou em comunidade, de modo integral e holístico, permitindo o desenvolvimento das suas atividades de forma mais independente possível (Collière, 2003). Cuidar é um ato de reciprocidade entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Cuidar é preservar a vida, é dar qualidade à existência do doente e ao seu projeto de vida. O processo de cuidar pode ser entendido como um conjunto de ações e comportamentos (além do espírito científico, da emoção, da sensibilidade, da empatia, da destreza e da habilidade) realizados no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer (Watson, 2009).

O papel relacional do enfermeiro com o utente aparece caracterizado e definido como uma crescente comunhão de objetivos e uma cumplicidade entre quem cuida e quem é cuidado. A relação de ajuda vai sendo construída, alicerçada na empatia, na intencionalidade terapêutica, na disponibilidade e na promoção da autonomia. Este relacionamento só faz sentido pela existência do objeto de cuidados, a pessoa única e insubstituível, o ser holístico.

A imagem socioprofissional do enfermeiro apresenta uma amplitude considerável aos olhos das crianças, sendo reconhecido como um profissional indispensável e importante na sociedade em que se insere. Cada criança constrói uma imagem social do que é o enfermeiro, sendo esta representação mental influenciada pela sociedade ou pelo contexto vivenciado pela

criança e que envolve dimensões como o curar, tratar, cuidar, numa dimensão relacional onde a intencionalidade terapêutica está presente.

6 – CONCLUSÕES

Percorrermos um longo caminho de descobertas, onde as dificuldades foram muitas e o caminho um pouco sinuoso, devido à pouca experiência em trabalhos desta dimensão, à limitação de tempo e disponibilidade, sobretudo quando se exerce em simultâneo outras atividades curriculares, acrescidas de circunstâncias pessoais e familiares, que no seu conjunto exigem empenho e determinação para concluir o processo com êxito. Conseguimos, no entanto, ultrapassar os obstáculos e atingir os objetivos propostos, permitindo a realização pessoal e profissional, mas também ao deixar um contributo científico para a disciplina e profissão, designadamente no cuidar em enfermagem.

A Enfermagem tem-se desenvolvido acompanhando a evolução dos tempos, da doença e do cuidar, tendo como base as teorias de Enfermagem que são essenciais para explicar e compreender as práticas da profissão.

A trajetória da Enfermagem, tal como noutras profissões, tem ocorrido em diferentes contextos de mudanças filosóficas, socioculturais, tecnológicas, políticas e económicas no sentido da aquisição de um corpo de conhecimentos e de uma identidade própria. Cada realidade atual tem como base um passado que a moldou e forçou a adaptar-se até ser o que é hoje, passado esse que acreditamos exercer ainda uma influência importante na construção das representações sociais da profissão. A atual imagem da Enfermagem tem um suporte, um conjunto de factos que determinam o seu presente e podem condicionar o seu futuro. Ser enfermeiro é, hoje em dia, muito diferente do que foi no passado. Em diversas situações, parece ser válido estudar as atitudes dos enfermeiros como representações sociais (Doise, 2001) ou conceber a atitude destes como um aspeto subjetivo da representação (Moscovici, 2007). As representações sociais são condições de práticas e as práticas são agentes de transformação de representações (Abric, 2011). Daí advém a relação entre representação social e a ação observável pelo indivíduo.

Acreditamos ser expectável que o desempenho profissional da enfermagem, fruto de uma formação técnica e científica atualmente de nível superior, conduza à existência de uma representação que não associe o enfermeiro apenas à função de prestador de cuidados uma vez que, para a qualidade e excelência desses cuidados, contribuem todos as outras funções e competências.

Encontramo-nos num mundo, onde as mudanças são constantes e rápidas, a nível sociopolítico, do sistema de saúde e da educação, onde se torna imperioso repensar a

enfermagem como uma realidade social, não apenas pelos nossos olhos, mas essencialmente pelos dos recetores dos cuidados. Não nos podemos esquecer que é a vivência/experiência única de cada pessoa que dá sentido à intervenção de enfermagem (Lopes, 2009), e só assim poderemos melhorar a qualidade dos cuidados. E se esses olhos forem os das crianças utentes dos cuidados de saúde?

É tempo, de analisar a enfermagem real, de tentar compreender o efeito do cuidado entre enfermeira e a pessoa cuidada, o que nos levanta algumas questões como: O que pensam as crianças do enfermeiro? O que é para as crianças, o ser enfermeiro? O que representa para a criança o enfermeiro? Será que a experiência, após o atendimento do enfermeiro, influencia a perceção da criança sobre o mesmo? Quais as qualidades que a criança encontra no enfermeiro? Que importância lhe atribui? Por conseguinte é premente reconhecer o impacto da prática de enfermagem, pois apesar da importância vital dos cuidados, estes tendem a passar despercebidos, daí a necessidade de identificá-los, descreve-los e analisá-los, a fim de tornar visível o invisível (De La Cuesta, 2007).

Ao longo de dezoito anos dedicados aos cuidados da criança, muitas foram as preocupações e interrogações que emergiram. O reconhecimento da necessidade de uma ligação efetiva entre a teoria e a prática conduziu-nos a uma reflexão sobre os cuidados de enfermagem, vistos pelos olhos das crianças. Neste contexto, decidimos centrar a investigação nas crianças em idade escolar, no sentido de identificar a perceção destas crianças sobre a representação social do enfermeiro. A idade escolar é uma época fundamental que determina evidentes diferenças no grau de desenvolvimento tanto em funções das aptidões inatas, consequentes dos condicionantes genéticos, como do meio familiar e social em que a criança vive e a educação que recebe (Barradas, 2011). Quanto mais sabemos a respeito do desenvolvimento durante os anos escolares, mais se torna claro que se estão a realizar mudanças importantes, mesmo discretas (Dubar, 2006).

Assim, pretendemos que a nossa pergunta de investigação, identifique o fenómeno a ser estudado, incidindo sobre: Que representação social têm as crianças, em idade escolar, do enfermeiro?

Fazer investigação a partir das situações de cuidados pressupõe, "explicitar, nomear, revelar, tornar visível" os cuidados de enfermagem, e assim o que lhe dá sentido é explicitar o que está implícito no cuidado (Collière, 2003: 217). Isto sem dúvida requer, uma reorientação dos cuidados dirigidos às pessoas, que são a razão de ser dos cuidados de enfermagem.

O paradigma da ciência de enfermagem deve permitir, que os fenómenos humanos sejam investigados, através de métodos que preservem o contexto humano, só assim a enfermagem pode, "expor o que está em falta, e tornar visível o que é deixado invisível" e,

apreciar alguma da sua beleza, arte e ciência (Watson 2002a: 18). Ousamos dizer, que a investigação, que não negligencie o modo como a situação é vivenciada pelos utilizadores de cuidados, contribui, para um esclarecimento mais profundo, da essência da enfermagem. Assim, o objetivo central deste estudo foi conhecer que representações possuem as crianças, em idade escolar, sobre a imagem social da profissão de enfermagem. Os objetivos específicos são: Caracterizar o enfermeiro através das representações gráficas e informações proporcionadas pelas crianças; Identificar que experiências anteriores vividas pelas crianças, contribuem para a representação que têm do enfermeiro; Identificar fontes de informação acerca do profissional de enfermagem.

A definição de metodologia a ser utilizada no trabalho suscitou-nos muitas dúvidas mas, registadas as dificuldades, estas foram ultrapassadas através de leituras repetidas, com tempos de pausa que nos permitissem amadurecer interpretações, suscitar novas dúvidas e voltar a olhar com um novo entendimento. Assim, a escolha recaiu sobre uma metodologia qualitativa cujo foco é a compreensão mais profunda dos problemas; é investigar o que está “por de trás” de certos comportamentos, atitudes ou convicções, explicando o fenómeno a ser investigado e possibilitando ao investigador desenvolver e relacionar conceitos emergentes (Migueléz, 2011). A metodologia da Grounded Theory foi a escolha acertada porque utiliza a técnica de análise de dados com o objetivo de descobrir teoria, conceitos e hipóteses ou de criar um modelo conceitual que explique o fenómeno em estudo.

Este método é fundamentalmente interativo, partindo da perspetiva dos participantes, na descrição das suas opiniões e experiências e interpretação dos seus significados. Assenta na análise linha-a-linha, numa grande proximidade inicial aos dados, como é próprio da técnica específica do método de comparação constante (Ghezalje e Emami, 2009; Charmaz, 2014). Nesta metodologia, segundo Sapeta (2011), o investigador possui um papel interpretativo das perspetivas dos participantes pelo que a construção do conhecimento resultou num acréscimo de responsabilidade, pelos contornos do rigor científico, e obrigou a uma primorosa criatividade e a um elevado raciocínio indutivo.

O campo das análises é circunscrito a um espaço geográfico, social e temporal (Quivy e Champenhout, 2005), que no nosso estudo foi a Escola EB1 Faria de Vasconcelos em Castelo Branco. Nesta escola, a população do ensino básico, no ano letivo 2011/2012, era composta por 78 crianças. A seleção dos participantes foi efetuada através da autorização dada pelos pais para as crianças participarem no nosso estudo, pelo que não obtivemos autorização dos pais de 8 crianças, sendo a nossa amostra composta por 70 crianças.

Inicialmente foi pedido às crianças que elaborassem um desenho ilustrativo do que é o enfermeiro e o que é que ele faz. Este desenho serviu para estabelecer ligação com algumas crianças que tiveram maior dificuldade em se desinibir no início da entrevista.

A entrevista foi o instrumento de recolha de dados escolhido pois permite um tipo de conversação particular e intencional quando pretendemos saber o que as crianças pensam ou sentem, ou aquilo em que acreditam (Polit e Hungler, 2011), com o objetivo de recolher dados descritivos na linguagem da própria criança (Bogdan e Biklen, 2010). Para facilitar o desenrolar da entrevista, utilizámos um guião com questões abertas de forma a permitir um relato da criança em relação ao que pensa e ao que sentiu (Idem, 2010). A entrevista semi-estruturada decorreu numa sala de aula providenciada para o efeito e permitiu-nos explorar, aprofundar e clarificar alguns tópicos dos discursos das crianças. As entrevistas tiveram a duração média de 13 minutos. O meio utilizado para registo de dados foi o gravador, tendo sido respeitados os princípios éticos do consentimento informado aquando do pedido de autorização dos pais, garantindo o anonimato e a confidencialidade (Polit e Hungler, 2011). A informação obtida foi reduzida a texto e transcrita para fichas individuais identificadas num documento Word que posteriormente foi introduzido num documento interno do NVivo10®. As crianças foram, sem sombra de dúvida, as responsáveis pela riqueza da informação obtida.

Seguiram-se procedimentos sistemáticos e rigorosos de análises de dados, que levaram à codificação dos resultados, à identificação de conceitos, categorias e, a partir deles, proposições teóricas explicativas do fenómeno em análise – a representação social do enfermeiro. A fase de análise conduziu-nos a um mundo complexo em que tivemos que lidar com a análise comparativa constante, com a codificação aberta e com a enormidade de dados, tarefa que foi muito facilitada pela utilização da ferramenta informática NVivo10®.

Da análise qualitativa do discurso das crianças e da descrição que fazem das suas vivências emergiram onze categorias: Funções específicas do enfermeiro; Áreas de ação do enfermeiro; Verbos de ação; Alvo de cuidados; Características do enfermeiro; Dimensão humana e relacional; Fontes de informação; Cenários vividos ou presenciados; Instrumentos/materiais utilizados; Confusão com outras profissões e Importância do enfermeiro, as quais se configuram nos cuidados de enfermagem. Estas categorias foram englobadas num tema central: Representação Social do Enfermeiro, que traduz o significado contextual que estas crianças atribuem ao enfermeiro e aos cuidados de enfermagem.

Estamos convictos que, ao questionar a prática através daqueles que receberam os cuidados, nos apropriamos de uma parte importante da realidade dos cuidados, pois as diferentes categorias encontradas evidenciam o quanto é importante para aquela criança ser cuidada.

As **funções específicas do enfermeiro** desdobram-se em dois eixos, as autónomas e as interdependentes. As crianças referem determinadas tarefas técnicas que evidenciam o saber fazer com conhecimento, num contexto de cuidados, onde a relação está sempre presente. Segundo elas, o enfermeiro não se limita a tratar mas também a cuidar. O cuidar está implícito no conceito de enfermagem, não só como realização concreta de cuidados de enfermagem (atividades observáveis e mensuráveis) mas também o cuidar do saber ouvir, do carinho, tal como defende Lopes (2006). As crianças reconhecem no enfermeiro, competências e qualidades na prestação de cuidados centrados na pessoa, contribuindo de forma determinante para o seu bem-estar e para a promoção da saúde, como foi referido por Hesbeen (2004).

Através da identificação das **áreas de ação do enfermeiro**, as crianças conseguem explicar os diferentes papéis e funções que o enfermeiro presta à comunidade e determinar o que lhe é específico, qual o objeto da sua profissão, qual o seu papel, as dificuldades inerentes ao utente, a natureza da sua intervenção assim como as suas consequências. De encontro ao que Potter e Perry (2014) preconizam, as crianças consideram que o enfermeiro possui capacidades para aplicar os conhecimentos aos vários níveis de intervenção (prevenção primária, secundária e terciária) e de relação com o utente.

A relação com as pessoas concretiza-se pelas diferentes ações executadas pelo enfermeiro. Tal como Hesbeen (2004) as crianças enumeram uma variedade de pequenas coisas que o enfermeiro faz no seu dia-a-dia, com o intuito de cuidar o outro, para que ele mantenha, recupere ou melhore o seu estado de saúde, às quais chamámos de **verbos de ação**. Esta categoria encontra-se diretamente relacionada com a categoria das **funções específicas do enfermeiro**, uma vez que os verbos mencionados pelas crianças traduzem as diferentes funções realizadas pelo enfermeiro.

Aos olhos das crianças, o **alvo de atenção** principal do enfermeiro, onde ela própria se inclui, é a pessoa, as suas necessidades, as suas capacidades e as suas limitações e a interação é dirigida para o seu bem-estar e conforto. Esta relação que o enfermeiro estabelece com o utente é vista pela criança como a base dos cuidados de enfermagem.

Em relação à identificação da profissão de enfermagem por parte das crianças, estamos perante uma verdadeira apreensão do *cuidar*, onde a vertente relacional é a mais valorizada. A maioria das crianças identifica o “*ser enfermeiro*” baseados em fatores intrínsecos, os quais se prendem, com **características** de personalidade ligadas à dimensão relacional e ao interesse e disponibilidade para com o outro. No entender das crianças, a **intencionalidade** adquire uma importância assinalável pelo facto de o enfermeiro tratar e agir com intencionalidade terapêutica. Foi encontrada referência a esta intencionalidade no discurso de Phaneuf (2005),

que defende que o enfermeiro promove a autonomia (e a confiança) e a participação do doente nos cuidados. Desenvolve atitudes de escuta, de compreensão e de empatia para com o outro. Mostra sensibilidade e disponibilidade, demonstra afetos, cria laços e compromete-se na ajuda incondicional ao doente. “Se bem que rica nos seus aspetos clínico e técnico, a competência profissional não pode ser completamente atingida, sem a contribuição do aspeto relacional dos cuidados” (Idem, 2005: 2).

Das crianças inquiridas nenhuma referiu aspetos negativos, evidenciando aspetos muito positivos na **dimensão humana e relacional** do enfermeiro. Do domínio relacional a relação de ajuda é a vertente dos cuidados de enfermagem mais valorizada, salientando mais especificamente as dimensões que a compõem. No entanto, as crianças não esqueceram as competências humanas e técnico-científicas que também caracterizam a profissão de enfermagem, realçando qualidades excecionais do enfermeiro. É nesta ordem de ideias que podemos afirmar que a perceção das crianças vai de encontro ao preconizado pelo cuidar em enfermagem, um cuidar profissional, humanístico e científico (Ferreira, Pontes e Ferreira, 2009). Podemos assim inferir que esta categoria está diretamente relacionada com a categoria das características do enfermeiro.

As **fontes da informação** transmitida pelas crianças sobre o enfermeiro, residem numa aprendizagem com os familiares, na escola, em experiências presenciadas ou vivenciadas em meio hospitalar, no pré-hospitalar e/ou no centro de saúde ou através dos profissionais de saúde. Pela observação de ações realizadas pelo enfermeiro, as crianças formulam a sua ideia sobre a identidade do enfermeiro.

O contacto com o sistema de saúde ao longo da idade pediátrica acaba por ser frequente, sendo este palco para **cenários vivenciados ou presenciados** pela criança. Em função da experiência da criança, ela vai construindo a sua representação social do enfermeiro. Em meio hospitalar, a criança experiencia situações de maior ansiedade, nas urgências e/ou no internamento, sendo particularmente vulnerável a tudo o que conduza a modificações do seu ambiente e rotinas, como as intervenções cirúrgicas e a colocação de soro. A maioria das crianças refere a experiência de visitas a familiares ou amigos. No pré-hospitalar, é através da observação que as crianças assimilam competências do enfermeiro, funcionando este como elo para o acesso das pessoas aos cuidados de saúde. No centro de saúde, todas as crianças referem a vacinação como o procedimento efetuado pelo enfermeiro, para além das consultas com a enfermeira em contexto de vigilância da sua saúde, e do acompanhamento de familiares ao centro de saúde. Através da experiência ou da observação, as crianças identificam os enfermeiros como elementos chave na assistência à pessoa, satisfazendo a diversidade de necessidades de saúde dos indivíduos.

As crianças fazem referência aos **instrumentos ou materiais utilizados** pelo enfermeiro, como as seringas, as ligaduras, a mala, a tesoura, as máscaras, as pomadas, vários *produtos e materiais*.

Algumas crianças fizeram **confusão com outra profissão**, atribuindo ao enfermeiro competências que não lhe pertencem.

A **importância do enfermeiro** atribuída pelas crianças reflete-se pelas suas competências técnicas, humanas, relacionais e comunicacionais. A criança tem consciência da relação de interação que o enfermeiro estabelece permanentemente com os utentes e sua família. A partir desta dinâmica de interação socioprofissional o enfermeiro vai (re)construindo a sua identidade bem como o seu nível de autonomia. Segundo as crianças, o papel social desempenhado pelo enfermeiro é coerente com a imagem transmitida no exercício da atividade profissional. Para além disso, as crianças conseguem reconhecer que o referido processo de cuidados é suportado por conhecimentos teórico-científicos pois o enfermeiro *'sabe cuidar', 'sabe os remédios que é preciso', 'é inteligente', e 'porque os médicos também precisam de ajuda e às vezes não é preciso o médico, pode ser a enfermeira'* ou ainda *'se não houvesse enfermeiras as pessoas não conseguiam se curar'*. As suas competências e profissionalismo não passam despercebidos, aos olhos das crianças, e provocam perceções positivas quanto aos profissionais e à profissão.

O comportamento dos enfermeiros e o modo como demonstram a sua competência provoca satisfação nas crianças, assim como a forma calorosa e carinhosa com que cuidam as pessoas. As crianças demonstraram a importância do apoio afetivo, da atenção, da empatia, da confiança e da disponibilidade demonstrados pelos enfermeiros. Consideram ainda as competências de comunicação como um dos pilares fundamentais das competências relacionais do enfermeiro para estabelecer uma relação de ajuda, com vista ao sucesso e qualidade dos cuidados prestados. A indistinção entre o cuidar e o tratar mascara as ações dos cuidados de enfermagem, podendo comprometer a sua representação e a sua prática, mas as crianças referem que o tratar não se resume apenas ao procedimento técnico mas sobretudo a uma ação de relação. Para estas crianças, a identidade profissional do enfermeiro orienta-se no sentido do tratar mas também do cuidar contemplando o desenvolvimento relacional e técnico.

Ressaltamos que um aspeto negativo referenciado pelas crianças foi o receio face aos procedimentos, em ambivalência com outros relatos de aceitação relativamente aos mesmos, pelo que pensamos que se os procedimentos forem devidamente explicados, as crianças poderão aceitar e compreender melhor a situação, o que as ajudará a enfrentar mais facilmente os procedimentos a que serão sujeitas.

A realização deste estudo conduziu-nos numa viagem ao mundo da criança. Orientando-nos pelas premissas da metodologia da GT, mergulhámos nas representações conscientes e inconscientes da criança. As representações sociais resultam da ligação que as crianças fazem entre funções e ações, características e dimensões, áreas de ação e fontes de informação, sem esquecer as suas vivências e a importância que atribuem ao enfermeiro enquanto prestador de cuidados de saúde. Descobrimos que as crianças são seres vulneráveis mas com capacidades que não podemos subestimar. Elas conseguem não só expressar os seus sentimentos de forma clara, como conseguem apontar estratégias que se forem seguidas poderão tornar a hospitalização e os procedimentos dolorosos experiências mais agradáveis e momentos favoráveis ao desenvolvimento harmonioso da criança. Ao apontarem estas soluções, as palavras das próprias crianças poderão tornar-se importantes para a mudança dos cuidados pediátricos. É a elas sobretudo que devemos o mérito deste trabalho. De nada nos serviria toda a revisão teórica se deles não obtivéssemos a confirmação do que é defendido na literatura.

Pensamos que a questão e os objetivos de investigação inicialmente delineados foram devidamente atingidos tendo, no entanto, encontrado algumas dificuldades e condicionalismos.

A avaliação rigorosa dos resultados e da potencial contribuição desta investigação para o corpo teórico do estudo, exige que sejam explicitadas, de forma clara e tão pormenorizada quanto possível, as limitações que foi inevitável impor à investigação, bem como todas as outras que foram detetadas no decurso de trabalho. A escolha dos participantes, tendo já sido justificada no corpo do trabalho a opção pela composição da mesma, não deixa de constituir uma limitação ao estudo, dado que apenas foi inquirida uma parte do universo das crianças em idade escolar da cidade. Tratando-se de uma amostra pequena, no final do estudo, não se poderão generalizar resultados. Temos consciência de que, o desenrolar de algumas entrevistas poderia ter sido feito com mais profundidade, o que ficou a dever-se a alguma inabilidade da nossa parte em aprofundar alguns momentos do discurso para os quais não estávamos despertos. Também é de sublinhar o facto da bibliografia sobre o tema, na perceção da criança, ser escassa, obrigando a uma pesquisa quase exaustiva em livros, revistas, teses de mestrado e de doutoramento, entre outros, e recorrendo muitas vezes aos registos online.

No entanto, estas limitações não constituíram impedimento para validar os resultados do estudo efetuado e as conclusões que se retiraram a partir da análise dos mesmos, tendo em conta o processo realizado, que se suporta numa metodologia de investigação com rigor científico. Como em qualquer estudo, as limitações podem e devem ser olhadas como

oportunidades para melhorar o trabalho realizado, pelo que devem ser encaradas como possíveis caminhos para investigações futuras.

Com a conclusão deste estudo, consideramos que continua a ser necessário aprofundar esta temática com trabalhos de pesquisa subsequentes, como uma prioridade do presente mas também que projeta o futuro do enfermeiro, em especial o enfermeiro de pediatria. Por todas as vivências ao longo deste trabalho, consideramos, sem dúvida, um momento de enriquecimento e um desafio pertinente, em que as dificuldades foram geradoras de crescimento e possibilitaram a aquisição de conhecimentos que serão indispensáveis para um futuro próximo.

Esperamos que este trabalho provoque, a quem o ler, preocupação e sensibilidade para a realização de estudos desta índole. Os enfermeiros cada vez mais se preocupam com a qualidade dos cuidados que prestam na prática diária à criança e sua família, daí que surja a necessidade de se refletir sobre a prática profissional: passado, presente e futuro, com o intuito da excelência de cuidados e sua melhoria contínua.

Os paradigmas atuais de assistência à criança preconizam cuidados mais humanizados à criança e sua família. A enfermagem é uma arte em transição, que não se esgota em si mesma, sendo constantemente complementada e melhorada com o surgimento de novos conhecimentos científicos que lhe permitam atingir a dita excelência.

Por último, o trilha deste processo e a realização do estudo revelaram-se, para nós, como uma etapa de extrema importância no crescimento e enriquecimento enquanto pessoa e enfermeira, através da demorada leitura realizada sobre a essência da Enfermagem mas também pelo domínio de uma metodologia da *Grounded Theory*, completamente nova, indutiva e construtivista, a qual nos deixou um entusiasmo renovado pela investigação. A arte deve permanecer no sonho de todas as crianças, sendo que estas não precisam de máscaras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbot, P. e Wallace, C. (2005). *An introduction to sociology – feminist perspective*. Acedido em novembro 27, 2011 em scribd: <http://pt.scribd.com/doc/96149623/Abbott-P-Wallace-C-Tyler-M-an-Introduction-to-Sociology-Feminist-Perspectives>
- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho – das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Abric, J. C. (2011). *Pratiques Sociales et Représentations*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Adam, E. (1994). *Ser enfermeira*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Alarcão, I. e Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm.*, 14, Jul./Set.: 373-382. Acedido em dezembro 12, 2011 em scielo: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Almeida, E. (2012). *Relação de Ajuda em Pediatria : perspetiva dos pais*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Viseu para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Viseu. Acedido em outubro 7, 2013 em repositorio.ipv: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1683/1/ALMEIDA%20Elsa%20Margarida%20Magalhaes%20Simoes%20rela%C3%A7%C3%A3o%20de%20ajuda%20em%20pediatria.pdf>
- Alves, A. (2010). *Estratégias de Enfermagem que Contribuem para a Diminuição da Ansiedade da Criança no Pré-operatório de Cirurgia Programada*. Projeto de Graduação apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Licenciatura em Enfermagem. Porto. Acedido em, novembro 17, 2012 em UFP : http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1864/2/PG_17171.pdf

Alves, C. (2012). *Perceção dos pais das crianças hospitalizadas sobre o poder paternal*. Dissertação apresentada na ESS de Viseu para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Infantil e Pediatria. Viseu. Acedido em janeiro 8, 2014 em Repositório do IPV : <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1514/1/Alves%2c%20Carla%20Patricia%20Machado%2c%20Percep%C3%A7%C3%A3o%20dos%20pais%20das%20crian%C3%A7as%20hospitalizadas%20sobre%20poder%20paternal.pdf>

Alves, D. (2013). *Aceitação pelos pares na idade escolar : Antecedentes, processos e resultados desenvolvimentais*. Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, para obtenção do grau de Doutor em Psicologia. Porto. Acedido em agosto 5, 2014 em Repositório Aberto : <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/72993/2/81966.pdf>

Amâncio, L. (1993). Identidade Social e Relações Intergrupais. In Vala, J. ; Monteiro, M.B. (2006). *Psicologia Social*. (7ª ed.). Lisboa: Edição Fundação Calouste Gulbenkian.

Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da Enfermagem*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.

André, M. (1996). Enfermeiros e Médicos na Imprensa: Análise de artigos de jornal. *Revista Enfermagem*. 1 (2ª série). Jan. /Mar. : 7-12.

Barbosa, S. (2010). *Humanização dos Cuidados de Enfermagem – A Perspetiva do Enfermeiro*. Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para a obtenção do grau Licenciatura em Enfermagem. Ponte de Lima. Acedido em setembro 29, 2012 em bibliotecadigital da UFP : http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG_16661.pdf

Barcelos, M. (2007). Representação Social da Consulta de Enfermagem: Resumo da Investigação. *Pensar Enfermagem*. 11 (1): 82.

Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. (3.ª ed.) Lisboa: Edições 70.

Barradas, J. (2011). *Etapas do Desenvolvimento Infantil*. EPGE. Acedido em janeiro 5, 2011 em Scribd: <http://pt.scribd.com/doc/55474433/Ficha-n%C2%BA-Etapas-do-Desenvolvimento-Infantil>

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, A. e Lehfeld, N. (2000) *Fundamentos de Metodologia*. (2.ª ed.) São Paulo: Makron Books.
- Batalha, L. (1995). Enfermagem, Imagem Social do Adolescente. *Sinais Vitais*. Nº5 (11): 29-34.
- Bee, H. (1996). *A criança em desenvolvimento*. (7.ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bellman, M.; Lingam, S. e Aukett, A. (2003). *SGS2 - Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil*. Trad.: Machado, M. (2ª ed.). Lisboa: Cegoc.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bianchi, E. (2008). Usos e Aplicações da Grounded Theory em Administração. *Revista Gestão.Org*. vol. 6. Nº 2: 231-248.
- Bjork, M. , Nordström, B. e Hallström, I. (2006) Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: an observational study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 23:4 (Jul.-Ago.): 210-219. Acedido em setembro 22, 2011 em SAGEjournals: <http://jpo.sagepub.com/content/23/4/210.full.pdf+html>
- Bogdan, R.C. e Biklen, S.K. (2010) *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à teoria e aos métodos* (2.ª ed.). Porto: Porto Editora.
- Bolwby, J. (1984). *Apego e Perda I – A Natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Borges, E. (2005). O sofrimento dos enfermeiros em Pediatria. *Nascer e Crescer*. Vol. XIV (2): 123-125. Acedido em janeiro 11, 2012 em Repositório Científico do Centro Hospitalar do Porto: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/780/1/O%2520sofrimento.pdf>

- Bragadóttir, H. e Reed, D. (2002) Psychometric instrument evaluation: The Pediatric Family Satisfaction Questionnaire. *Pediatric Nursing*, 28, Setembro/October: 475-484. Acedido em janeiro 5, 2012 em EBSCO/HOST: <http://connection.ebscohost.com/c/articles/7553953/psychometric-instrument-evaluation-pediatric-family-satisfaction-questionnaire>
- Brazelton, T.B. (2005). As necessidades irredutíveis da criança. In Gomes-Pedro, J. (Ed.). *Mais criança: as necessidades irredutíveis da criança*. Lisboa: Fundação Luso-Americana.
- Brazelton, T. (1994). *Dar atenção à criança: para compreender os problemas normais do crescimento*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T.B. & Greenspan, S.I. (2002). *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.
- Camilo, S.; Maiorino, F. (2012). A importância da escuta no cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. Curitiba. Jul/set. 17 (3): 549-55. Acedido em agosto 5, 2014 em *Cogitare Enfermagem*: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/27826/19049>
- Cancela, P. (2013). *A relação psicossocial numa turma com uma criança com Perturbação do Espectro do Autismo*. Projeto de Investigação realizado no âmbito da Unidade Curricular de Seminário de Projeto – Problemas Cognitivos e Motores. Porto: Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti. Acedido em agosto 3, 2014 em repositório.esepf: <http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/123456789/1266/PG-EE-179.pdf?sequence=1>
- Cardoso, A.; Teixeira, E.; Spilker, M.; Silva, M.; Oliveira, N. (2011). *Análise de conteúdo de uma entrevista semi-estruturada*. Acedido em outubro 8, 2012 em mpelearning: <http://mpelearning.pbworks.com/f/MICO.pdf>
- Carvalho, A. (2011). Reflexões acerca das representações sociais de Durkheim e o estudo sobre a AIDS. *Caos – Revista Eletrónica de Ciências Sociais*. Nº 18, set.: 4-14.

Acedida em agosto 3, 2014 em cchla.ufpb.br:
http://www.cchla.ufpb.br/caos/n18/1_Atila_Artigo-%20Revista%20Caos.pdf

Carvalho, E. (2009). *Cuidados de Enfermagem na Terceira Idade*. Comunicação apresentada no 1º Encontro Psicogeriátrico do Porto organizado pelo Hospital de S. João. Acedido em setembro 12, 2014 em Repositório Institucional da UCP:
<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4635/1/CUIDADOS%20DE%20ENFERMAGEM%20NO%20IDOSO.pdf>

Carvalho, A. e Abreu, M. (2009). *Cuidar a Criança*. Acedido em fevereiro 7, 2012 em webartigos: <http://www.webartigos.com/artigos/cuidar-a-crianca/14211#ixzz2Te5VzkWf>

Cascais, A., Martini, J. e Almeida, P. (2007). As Representações Sociais como referencial teórico-metodológico para a pesquisa em Enfermagem e Saúde. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº 16 (Agosto): 3-10

Castorina, J. e Baquero, J. (2007). *Dialética e Psicologia do Desenvolvimento: O Pensamento de Piaget e Vygotsky*. Porto Alegre: ArtMed.

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica*. Vol.2. Loures: Lusodidacta.

Chalifour, J. (2007). *A Intervenção Terapêutica*. Vol.1. Loures: Lusodidacta.

Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Second Edition. London: SAGE Publications Ltd.

Charmaz, K. (2008). Shifting the Grounds: Constructivist Grounded Theory Methods. In: Morse, J., Stern, P., Corbin, J., Bowers, B.; Charmaz, K.; Clarke, A. *Developing Grounded Theory: The Second Generation*: 122-154. Acedido em setembro 22, 2011 em Left Coast Press;
<https://www.google.pt/#q=Shifting+the+Grounds%3A+Constructivist+Grounded+Theory+Methods>

Chombart de Lauwe, M.J. e Feuerhahn, N. A. (2001) Representação Social da Infância. In: Jodelet, D. (Org.) *As representações sociais. Um domínio em expansão*. Rio de Janeiro RJ: Eduerj.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira Arte da Vida*. (2.^a ed.). Loures: Lusociência.

Collière, M. F. (2002). *Promover a Vida: Da prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.

Cullum, N.; Ciliska, D.; Haynes, R. (2010). *Enfermagem baseada em evidências – Uma introdução*. ArtMed. Acedido em agosto 3, 2014 em books.google: <http://books.google.pt/books?id=sq6E1J9c7HIC&pg=PA290&lpg=PA290&dq=modelos+conceituais+da+enfermagem&source=bl&ots=ssU98OzKhv&sig=JNo3qrPKNSFJ9SV9EolrM7BWItk&hl=pt-PT&sa=X&ei=hZMpVOaIN-rB7Abc2oFI&ved=0CDIQ6AEwAzgK#v=onepage&q=modelos%20conceituais%20da%20enfermagem&f=false>

Dantas, C.; Leite, J.; Lima, S.; Stipp, M. (2009). Teoria Fundamentada nos Dados – Aspectos conceituais e operacionais: Metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. *Rev. Latino-Americana Enfermagem*. Nº 17 (4), Jul.-Ago: 1-8. Acedido em outubro 7, 2013 em scielo: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_21

De la Cuesta, C. (2007). *El cuidado del otro: desafíos y posibilidades*. Invest Educ Enferm. (25)1: 106-112. Acedido em agosto 7, 2014 em Scielo: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000100012

Decreto-Lei nº 35/2011 de 18 de Fevereiro, Regulamento nº123/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, 2^a Série. Acedido em janeiro 11, 2012 em Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf

Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, I Série A, 2006-03-24. Acedido em dezembro 12, 2011 em DRE: <http://dre.pt/pdf1s/2006/03/060A00/22422257.pdf>

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 Abril, Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Ministério da Saúde, I Série-B, 1998-04-21. Acedido em dezembro 12, 2011 em DRE: <http://dre.pt/pdf1s/1998/04/093A00/17391757.pdf>

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Ministério da Saúde, I série A, 1996-09-04. Acedido em dezembro 12, 2011 em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Delgado, Ph. (2012). *La Teoria Fundamentada: Decision entre perspectivas*. AuthorHouse: Kindle edition. Acedido em outubro 7, 2013 em books.google: <http://books.google.pt/books?id=FM1zSQ3m7t0C&pg=PP2&lpg=PP2&dq=la+teor%C3%ADa+fundamentada+decisi%C3%B3n+entre+perspectivas&source=bl&ots=mepz18Q9Cp&sig=mi8eTxSOZcUrkhP0voYiVS3uNG4&hl=pt-PT&sa=X&ei=tuwhVPeuH4qSsQSrjYHwDg&ved=0CD4Q6AEwBA#v=onepage&q=la%20teor%C3%ADa%20fundamentada%20decisi%C3%B3n%20entre%20perspectivas&f=false>

DGS (2011). Plano Nacional de Vacinação 2012. Acedido em março 2012 em DGS: <http://www.dgs.pt/outros-programas-e-projetos/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/vacinacao.aspx>

DGS (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. *Norma da Direção Geral da Saúde*. Acedido em agosto 7, 2014 em DGS: www.dgs.pt/directrizes-da.../norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx

Dias, C. (2012). Entrevista concedida para a Revista Ordem dos Enfermeiros. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. Nº 44, dez.: 3-5. Acedido em agosto 4, 2014 em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE44.pdf>

Dicionário da Língua Portuguesa (2011). Porto: Porto Editora.

Diogo, P. e Rodrigues, L. (2002). Os estilos parentais: determinantes no desenvolvimento da Criança e na sua capacidade de enfrentar a Doença e a Hospitalização. *Servir*. 50, nº 01: 12-20.

Dodge, K. A., Laird, R., Lochman, J. E., & Zelli, A. (2002). The clinical assessment of children and adolescents-multidimensional latent-construct analysis of children's social information processing patterns: Correlations with aggressive behavior problems. *Psychological Assessment*, 14(1), 60-73. Acedido em setembro 27, 2011 em NCBI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2791956/>

Doise, W. (2001). Atitudes e Representações Sociais In Jodelet, D. (Ed.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ: 187-203.

Donahue, M:P. (2010) *Nursing: The Finest Art – An Illustrated History*. (3ª ed.). Missouri: Mosby. Acedido em novembro 2, 2012 em amazon: <http://www.amazon.com/Nursing-The-Finest-Art-Illustrated/dp/032305305X>

Dubar, (2006). *A crise das Identidades. A interpretação de uma mutação*. Porto: Edições Afrontamento

Dubar, (1997). *A Socialização, Construções das Identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora

Esteves, A. (2012). *A construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório*. Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Gestão Estratégica de Recursos Humanos. ESCE/IPSetúbal. Acedido em agosto 3, 2014 em rccap: http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4647/1/AnaEsteves_TeseMestrado_Constr%20Identidade%20Prof%20Enf%20BO.pdf

- Esteves, M. (2009). Construção e desenvolvimento das competências profissionais dos professores. *Sisifo. Revista de Ciências da Educação*. nº 08: 37-48. Acedido em novembro 7, 2011, em Sisifo: <http://sisifo.fpce.ul.pt/?r=21&p=37>
- Fernandes, I. (2007). Fatores que influenciam a perceção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros. *Enfermagem*. 45/46 (2ª série), Jan./Jun.: 36-40.
- Ferreira, M. e Costa, G. (2004). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Revista Millenium*. Viseu. Ano 8. Out.: 51-58.
- Ferreira, M.; Pontes, M.; Ferreira, N. (2009). Cuidar em Enfermagem – Perceção dos utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa: 358-366. Acedido em setembro 22, 2011 em biblioteca digital: http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-366_FCS_06_.pdf
- Fischer, G-N. (2002). *Os Conceitos Fundamentais da Psicologia Social*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Flament, C. (2001). Estrutura e Dinâmica das Representações Sociais. In Jodelet, D. (Ed.). *As Representações Sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ: 173-186.
- Flick, U. (2009). *Uma Introdução à Pesquisa Qualitativa*. (3ªed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: ArtMed.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Lisboa: Monitor.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fortuna, T. (2007). *Brincar, viver e aprender: educação e ludicidade no hospital*. Acedido em janeiro 25, 2012 em ufrgs.br: http://www1.fapa.com.br/cienciaseletras/pdf/revista35/art14_TANIA.pdf

- Freitas, J. e Freitas, S. (2008). Tratar versus Cuidar do Passado para o Presente/Futuro. *Sinais Vitais*. Nº 80. Acedido em dezembro 12, 2012 em Forum Enfermagem: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/sinais-vitais/item/3507-tratar-versus-cuidar-do-passado-para-o-presente-futuro#.UtwdYdKp2t8>
- Garrido, A. (2004). O Enfermeiro e a Identidade Profissional. *Nursing*. Lisboa, nº 192: 34-37.
- Geovanini, T.; Moreira, A.; Schoeller, S.D. e Machado, W. (2002). *História da Enfermagem: Versões e Interpretações*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Ghezjeljeh, T.N. e Emami, A. (2009). Grounded Theory: methodology and philosophical perspective. *Nurse Researcher*, nº 17 (1)
- Giddens, A. (2006). *O mundo da era da Globalização*. (6ª ed.). Lisboa: Editorial Presença. Acedido em novembro 27, 2012 em scribd: <http://pt.scribd.com/doc/68174643/Giddens-Anthony-O-Mundo-na-era-da-Globalizacao>
- Gil, A. (2012). *Relação de Ajuda: Percepção da criança dos 6 aos 10 anos*. Viseu. Dissertação apresentada ao Instituto Politécnico de Viseu para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Viseu. Acedido em janeiro 5, 2012 em Repositório IPV : <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1744/1/GIL%20Alexandra%20Jo%C3%A3o%20Rodrigues%20Marques%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Gil, A.C. (2002). *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. São Paulo: Atlas. Acedido em dezembro 8, 2011 em professores.faccat.br: https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf
- Goleman, D. (2010). *Inteligência emocional: O livro que mudou o conceito de inteligência*. Lisboa: Edição em Português.

- Guareschi, (2010). *Representações Sociais em Movimento: Psicologia do Ativismo Político*, Porto Alegre: EDIPUCRS
- Guedes, S. (2007). *Como construir uma boa imagem pessoal e profissional*. Artigo de opinião acessado em agosto 22, 2014 em psicologia: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_opiniao.php?codigo=AOP0130
- Guimelli, C. (2005). *El pensamiento social*. Mexico: Ediciones Coyoacan. Acessado em novembro 7, 2011 em academia.edu: http://www.academia.edu/756373/Guimelli_C._2005_.El_pensamiento_social.Mexico_Ediciones_del_Coyoacan
- Herzlich, C. (2005). A Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da Doença. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 15 (suplemento): 57-70. Acessado em novembro 27, 2011 em Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a04.pdf>
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M.; Wilson, D. (2014). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (Trad. 9.ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda. Acessado em maio 20, 2014 issuu: http://issuu.com/elsevier_saude/docs/wong_e-sample
- Hohmann, M. e Weikart, D.P. (2009). *Educar a criança*. (5ªed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Honoré, B. (2012). *O Cuidar em Perspectiva – No centro de um humanismo humanizante..* Loures: Lusociência.
- IAC (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. Acessado em janeiro 5, 2012 em IAC: <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Jodelet, D. (2005). *Loucuras e Representações Sociais*. Petrópolis R.J.; Vozes.

- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da criança: (Re)pensar o cuidar em Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kail, R. (ed.)(2007). *Advances in Child Development and Behavior*. Vol. 35. USA: Academic Press. Acedido em janeiro 5, 2012 em book.google: [http://books.google.pt/books?id=KwHUh9uhUjIC&pg=PA30&lpg=PA30&dq=\).+Child+development+and+evolutionary+psychology.&source=bl&ots=j_dc4P4kEE&sig=iSHVxjTcXIQbSs963qi95_MRSYE&hl=pt-PT&sa=X&ei=CNwpVOe4Dqbg7QbL3IDoBA&ved=0CDkQ6AEwBDgK#v=onepage&q=\).%20Child%20development%20and%20evolutionary%20psychology.&f=false](http://books.google.pt/books?id=KwHUh9uhUjIC&pg=PA30&lpg=PA30&dq=).+Child+development+and+evolutionary+psychology.&source=bl&ots=j_dc4P4kEE&sig=iSHVxjTcXIQbSs963qi95_MRSYE&hl=pt-PT&sa=X&ei=CNwpVOe4Dqbg7QbL3IDoBA&ved=0CDkQ6AEwBDgK#v=onepage&q=).%20Child%20development%20and%20evolutionary%20psychology.&f=false)
- Kalish, P.A. e Kalish, B.J. (2005). Perspectives on Improving Nursing's Public Image. *Nursing Education Perspective*. NY. Vol. 26 (1), Jan./Fev.: 11-17. Acedido em janeiro 5, 2012 em questia: <http://www.questia.com/library/journal/1P3-797056921/perspectives-on-improving-nursing-s-public-image-commentary>
- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. e Major, F. (2010). *El pensamiento enfermeiro*. (1ª ed. 1996). Barcelona: Elsevier-Masson, SA.
- Kvale, S.; Brinkman, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of qualitative. Research Interviewing*. ThousandOaks, California: SAGE Publishing.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. (3ª ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Leão, M. (2009). *Desenvolvimento da Criança dos 6 aos 12 anos – O período escolar*. Acedido em janeiro 5, 2012 em slideshare: http://www.slideshare.net/Rei_Arthur/desenvolvimento-da-criana-612-anos-presentation
- Lebovici, S., Diatkine, R. e Soule, M. (2004). *Nouveau Traite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses Universitaires de France.

- Leite, J.; Silva, L.; Oliveira, R.; Stipp, M. (2012). Reflexões sobre o pesquisador nas trilhas da Teoria Fundamentada nos Dados. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 46(3): 772-7. Acedido em outubro 7, 2013 em scielo: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n3/33.pdf>
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. e Boutin, G. (2008). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas* (3.^a ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Lima Basto, M. (1998). *Da intenção de mudar à mudança – um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Lopes, J. C. (2009). Os Enfermeiros ainda não conseguiram demonstrar o verdadeiro valor da Enfermagem. *Hospitalidade*. Lisboa 0871-0090-A.73, nº 283 (Jan./Fev./Mar): 12-15
- Lopes, J.; Rutherford, R.; Cruz, M.; Mathur, S.; Quinn, M. (2006). *Competências sociais: Aspectos emocionais, comportamentais e de aprendizagem*. Braga: Psiquilivros. Acedido em outubro 11, 2013 em BAES: <https://bdigital.sib.uc.pt/jspuibaes/bitstream/10316.1/2349/1/Compet%C3%A2ncias%20Sociais%20-%20Aspectos%20Comportamentais%20e%20Emocionais.pdf>
- Lopes, M. J. (2011). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: Reflexão a partir dos resultados de um trabalho de investigação. In: Silva, A.; Costa, I.; Feitosa, M. (Org.) *Investigação em Saúde: Múltiplos enfoques*. Acedido em outubro 7, 2013 em bvs: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BBO&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=36293&indexSearch=ID>
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Ed. Formasau.
- Lopes, M. J. (2003). A Metodologia da Grounded Theory. Um contributo para a conceptualização na enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. N°8 Agosto: 63-74

- Lopes, N.M. (2008) *Recomposição Profissional da Enfermagem*. Acedido em novembro 7, 2011 em Associação Portuguesa de Sociologia: http://www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4926a3ad3f82d_1.pdf
- Lourenço, O. M. (2010). *Psicologia de Desenvolvimento Cognitivo: Teoria, Dados e Implicações*. (3ª reimpressão da 2ª ed.). Coimbra: Almedina.
- Luz, D. (2005). *Do fazer ao ser: Representação social do enfermeiro para o aluno de Enfermagem*. Acedido em novembro 27, 2011, em Repositório Aberto: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/787/1/LC160.pdf>
- Marinho, H.; Matos Júnior, M.; Salles Filho, N.; Finck, S. (2007). *Pedagogia do movimento: universo lúdico e psicomotricidade*. Curitiba: IBPex. Acedido em janeiro 25, 2012 em redalyc.org: <http://www.redalyc.org/pdf/894/89412348012.pdf>
- Martins, M.M.A. (1998). *O poder da Imagem das Organizações Empresariais*. Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Ciências Empresariais. Lisboa: Instituto de Ciências do Trabalho e Empresa. Acedido em novembro 7, 2011 em Repositório Institucional do ISCTE/IUL: <http://repositorio-iul.iscte.pt/handle/10071/167/simple-search?query=o+poder+da+imagem+das+organiza%C3%A7%C3%B5es+empresariais>
- Meleis, A. I. (2005). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (5ª ed.). Wolters Kluwer: Lippincott Williams e Wilkins
- Melo, E. (2011). *Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas*. Aveiro. Dissertação de doutoramento Universidade de Aveiro. Acedido em 3 de março de 2013 em Universidade de Coimbra: http://www.uc.pt/org/ceisuc/Organ_reunioes/201105_Envolvimento/4_Envolvimento_dos_pais.pdf
- Melo, A. (2005). *Emoções no período escolar: Estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança*. Dissertação apresentada na Universidade do Minho para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica. Acedido em outubro 11, 2013 em RepositoriUM:

<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4926/1/TESE%20MESTRADO%20ANA%20MELO.pdf>

Mendes, J. (2006). A Relação de Ajuda : Um Instrumento no Processo de Cuidados de Enfermagem. *Informar*. Nº36. Jan/Jun : 71-77.

Migueléz, M. (2011). *El paradigma sistémico, la complejidad y la transdisciplinarietà como bases epistémicas de la investigación cualitativa*. Acedido em outubro 7, 2013 em *Revistas Eletrónicas URBE*: <http://www.publicaciones.urbe.edu/index.php/REDHECS/rt/printerFriendly/1106/2432>

Migueléz, M. (2006). La Investigación Cualitativa. *Revista Investigación en Psicología*. Lima. 9 (1): 123-146. Acedido em outubro 11, 2012 em USB: <http://prof.usb.ve/miguelm/La%20Investigacion%20Cualitativa%20-%20Sintesis%20Conceptual.html>

Minayo, M. (2002). O conceito das Representações Sociais dentro da Sociologia Clássica. In Guareschi, P; Jovchelovitch, S. (Orgs). *Textos em Representações Sociais*. Vozes: Petrópolis. Acedido em novembro 27, 2011 em sociofespsp: <http://sociofespsp.files.wordpress.com/2013/01/guareschi-p-jovchelovitch-s-org-textos-em-representac3a7c3b5es-sociais-cap-6-sem-dinheiro-nc3a3o-hc3a1-salvac3a7c3a3o-ancorando-o-bem-e-o-mal-entre-neopentecostais.pdf>

Ministério da Saúde (2005). *Saúde Infantil e Juvenil: Programa-tipo de Actuação*. (2ªed.). Lisboa: Direção Geral Da Saúde. Acedido em janeiro 5, 2012 em DGS: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008188.pdf>

Monteiro, M.A.J. (2003). *Parceria de Cuidados: Experiência dos Pais num Hospital Pediátrico*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em dezembro 12, 2011 em Repositório Aberto: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10460/7/6017_TM_01_P.pdf

- Morais, C. (2012). *Matrizes conceptuais dos enfermeiros no cuidar da pessoa em situação crítica: uma abordagem fenomenológica da intencionalidade dos cuidados*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Coimbra. Acedido em novembro 5, 2013 em Repositório ESENF: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:cOb_1S9hN34J:repositorio.esenf.pt/private/index.php%3Fprocess%3Ddownload%26id%3D24204%26code%3D688+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt
- Moreira, J.M.P. (2010). *A Representação Social do Enfermeiro de Urgência Básica*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Acedido em novembro 27, 2011 em Repositório Aberto: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45977/2/REPRESENTA%C3%83O%20SOCIAL%20O%20ENFERMEIRO%20DE%20URGNCIA%20BSICA.pdf>
- Morse, J. (2007). *Aspetos essenciais de metodologia de investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau.
- Moscovici, S. (2007). *Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social* (5.^a ed.). Trad. Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis, RJ: Vozes. Acedido em novembro 27, 2011 em revistascientificas.ifrj.edu.br: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:YxnIBZ2anYwJ:revistascientificas.ifrj.edu.br:8080/revista/index.php/revistacienciaseideias/article/download/69/resenha%2520Moscovici+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Moscovici, S. (2003). *Representações Sociais*. Petrópolis, RJ: Editora Vozes. Acedido em dezembro 5, 2011 em Scribd: <http://pt.scribd.com/doc/96153944/moscovici-representacoes-sociais-w2003>
- Moscovici, S. (1981). On Social Representations. In Forgas, P. (Ed.) *Social cognition: perspectives on everyday understanding*. European Association of Experimental Social Psychology. London: Academic Press. Acedido em dezembro 5, 2011 em Barnes and Noble: <http://www.barnesandnoble.com/w/social-cognition-joseph-p-forgas/1114315226?ean=9780122635601>

- Moscovici, S. e Doise, W. (1994). *Conflict and Consensus: a General Theory of Collective Decisions*. London: Sage Publications. Acedido em novembro 27, 2011 em barnesenoodle: <http://www.barnesandnoble.com/w/conflict-and-consensus-serge-moscovici/1100613669?ean=9780803984578>
- Moutinho, C. (2011). *A Dor na Criança submetida a Punção Venosa Periférica – Utilização da EMLA® na Prevenção*. Viseu. Acedido em agosto 5, 2014 em repositório.ipv: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1515/1/MOUTINHO%20Cl%C3%A1udia%20Suzana%20Fidalgo,%20A%20dor%20na%20crian%C3%A7a%20submetida%20a%20pun%C3%A7%C3%A3o%20venosa%20perif%C3%A9rica.pdf>
- Mucchielli, A. (1991). *Les Méthodes Qualitatives*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Mugny, G. e Carugati, F. (1989). *Social Representations of Intelligence*. Cambridge : Cambridge University Press. (Mugny, G. et Carigati, F. (1985). *L'Intelligence au pluriel : Les représentations sociales de l'intelligence et de son développement*. Cousset : Editions DelVal). Acedido em novembro 27, 2011 em googlebooks : http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=i1yVyIi_46UC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Social+Representations+of+Intelligence.&ots=Cvlor_Ehiy&sig=rU6ePUxIXvmE5jnGLbYErOVAXtY&redir_esc=y#v=onepage&q=Social%20Representations%20of%20Intelligence.&f=false
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Trad. Carla Ferraz e Germano Couto. Loures : Lusociência.
- Nóbrega, S. (2003). Sobre a Teoria das Representações Sociais. In Moreira, A. ; Jesuíno, J. (Orgs). *Representações Sociais : Teoria e Prática*. (2ªed.). Paraíba : João Pessoa, UFPB/ Editora Universitária.
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/IPS.
- Nunes, L. (2003). *Um Olhar sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Olabeúnaga, J. (2011). *Metodologia de la Investigación Cualitativa*. Acedido em outubro 7, 2013 em Universia – Biblioteca de Recursos: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/metodologia-investigacion-cualitativa-j-i-ruiz-olabuenaga/id/37916495.html
- Oler, F. e Viera, M:R. (2006). O Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. *Arquivo de Ciências da Saúde*. 13. Out./Dez.: 192-197. Acedido em dezembro 12, 2012 em Ciências da Saúde: [http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013\(4\)%20ID%20188%20-%2013.pdf](http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-13-4/Famerp%2013(4)%20ID%20188%20-%2013.pdf)
- Oliveira, R. (2012). *A Importância do Brincar no Ambiente Hospitalar: da Recessão ao Instrumento Terapêutico*. Acedido em janeiro 25, 2013 em psicologado: <http://psicologado.com/atuacao/psicologia-hospitalar/a-importancia-do-brincar-no-ambiente-hospitalar-da-recreacao-ao-instrumento-terapeutico>
- Oliveira, A.; Ladeiras, A.; Pereira, M. e Silvestre, M. (2005). Preparação da criança e família para a cirurgia: a importância do papel do enfermeiro. *Revista Servir*. 53. Julho/Agosto: 202-205.
- Oliveira, M.C. e Cunha, M.I. (2007). *Infância e Desenvolvimento*. Caderno de Estudo. Porto: ESEPF. n.º 6: 31-41. Acedido em janeiro 5, 2012 em Repositório Institucional ESEPF: http://repositorio.esepf.pt/bitstream/handle/10000/115/Cad6_InfanciaDesenvolvimento.pdf?sequence=2
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa: Cadernos OE. Série 1, n.º6. Acedido em agosto 5, 2014 em Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Modelo Integrado de Emergência Pré-Hospitalar*. Acedido em janeiro 5, 2013 em Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Documents/2013/MIEPH_proteg.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em janeiro 11, 2012 em Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompeticenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em novembro 7, 2011 em Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor - Guia Orientador de Boas Práticas*. Lisboa: Cadernos OE. Acedido em janeiro 11, 2012 em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Projeto *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Relatório de Progresso*. Acedido em janeiro 5, 2013 em Ordem dos Enfermeiros: http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Padroes%20de%20Qualidade/Relat%C3%B3rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Global_PQqualidade_2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Divulgar*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em novembro 7, 2011 em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE%2010.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Do caminho Percorrido e das propostas* (análise do primeiro mandato 1999/2003). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Conceptual*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em janeiro 5, 2012 em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Acedido em dezembro 12, 2011 em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética*. 2ª ed. Loures: Lusociência.
- Pandit, N.R. (1996). The Creation of Theory: a Recent Application of the Grounded Theory Method. *The Qualitative Report*, 2 (4). Acedido em setembro 20, 2011, em NOVASoutheasternUniversity: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR2-4/pandit.html>
- Papalia, D.; Olds, S.; Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança: da infância à adolescência*. (11ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill. Acedido em setembro 22, 2011 em Google Livros: http://books.google.pt/books?id=Mg_oPFUELcwC&pg=PA599&dq=O+Mundo+da+Crian%C3%A7a:+da+inf%C3%A2ncia+%C3%A0+adolesc%C3%A2ncia.+11%C2%AA+ed.&hl=pt-PT&sa=X&ei=39_4UvHGHtHxhQfUzICQDg&ved=0CC4Q6AEwAA#v=onepage&q=O%20Mundo%20da%20Crian%C3%A7a%20da%20inf%C3%A2ncia%20%C3%A0%20adolesc%C3%A2ncia.%2011%C2%AA%20ed.&f=false
- Papalia, D.E.; Olds, S.W.; Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento humano* (8.ªed.) Trad. D. Bueno, Porto Alegre: ArtMed. Acedido em janeiro 5, 2012 em Google Docs: <https://docs.google.com/file/d/0B6AdT8KuBrofbFY0SDFwbTRMTUU/edit?pli=1>
- Paula, T. (2012). *Relação de Ajuda : Perspetiva dos Enfermeiros de Pediatria*. Dissertação apresentada na Escola Superior de Saúde de Viseu no âmbito do Mestrado e Especialização de Saúde Infantil e Pediatria. Acedido em agosto 4, 2014 em Repositório IPV : <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1743>
- Paulo, M. (2001). *Processo de mudança no sistema de documentação de cuidados de enfermagem : Representação dos enfermeiros*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Porto. Acedido em novembro 27, 2011 em Repositório Aberto : <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9738>

- Pereira, A. M.; Nunes, J.; Teixeira, S.; Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*. 14. 1º semestre: 24-38. Acedido em janeiro 25, 2012 em Pensar Enfermagem: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(2).pdf)
- Pereira, F. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor em Ciências de Enfermagem. Porto. Acedido em novembro 27, 2011 em Repositório Aberto: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7182/2/Informao%20e%20Qualidade%20do%20exercico%20profissional%20dos%20Enfermeiros.pdf>
- Pereira, I. (2006). Enfermagem: Arte e ciência de cuidar. *Revista Servir*. Vol. 54, nº2, Março/Abril: 62-65.
- Pereira, J. (2003). Imagem Profissional do Enfermeiro. *Ordem dos Enfermeiros*. Nº9. Julho: 46-48.
- Pereira, M. (2010). *A Importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Comunicação em Saúde, Especialidade em Intervenção em Enfermagem. Lisboa. Acedido em setembro, 5, 2014 em Repositório Aberto: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1666/1/MonicaPereira04MAI2010.pdf>
- Pereira de Sá, C. (2002). *Núcleo central das Representações Sociais*. (2ª ed.). Petrópolis: Vozes. Acedido em novembro 27, 2011 em scribd: <http://pt.scribd.com/doc/66048540/SA-Celso-Pereira-de-Nucleo-central-das-representacoes-sociais-Editora-vozes-1996>
- Perrenoud, Ph., Gather Thurler, M., De Macedo, L., Machado, N.J. e Allessandrini, C.D. (2002). *As Competências para Ensinar no Século XXI. A Formação dos Professores e*

o Desafio da Avaliação. Porto Alegre: Artmed Editora. Acedido em janeiro 11, 2012 em Google Livros: http://books.google.pt/books?id=t_nZpaOwj1YC&pg=PA49&lpg=PA49&dq=As+Compet%C3%A2ncias+para+Ensinar+no+S%C3%A9culo+XXI.+A+Forma%C3%A7%C3%A3o+dos+Professores+e+o+Desafio+da+Avalia%C3%A7%C3%A3o.&source=bl&ots=VpYUe3m4F5&sig=kWISKAAuu7EvOII9ZUZ3eAwSrjs&hl=pt-PT&sa=X&ei=veL4Uu-NEPOn0wWrzoHgBA&ved=0CGAQ6AEwCTgK#v=onepage&q=As%20Compet%C3%A2ncias%20para%20Ensinar%20no%20S%C3%A9culo%20XXI.%20A%20Forma%C3%A7%C3%A3o%20dos%20Professores%20e%20o%20Desafio%20da%20Avalia%C3%A7%C3%A3o.&f=false

Pestana, F. (2010). *Disciplina na Educação da criança*. Acedido em janeiro 5, 2012 em cuidarcriança :

http://www.cuidarcrianca.com/index.php?option=com_content&view=article&id=46:disciplina-na-educacao-da-crianca-&catid=3:biblioteca&Itemid=5

Petrini, M.; Pozzebon, M. (2009). Usando Grounded Theory na construção de Modelos teóricos. *Revista Gestão e Planejamento*, vol.10, (Jan./Jun.): 1-18. Acedido em setembro 22, 2011 em spell.org.br:

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:4YVdMM-IZo8J:www.spell.org.br/documentos/download/800+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusodidacta

Piaget, J. (1975). *A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação*. Rio de Janeiro: Zahar Editores. Acedido em setembro 22, 2011 em Scribd: <http://pt.scribd.com/doc/6993162/Jean-Piaget-A-FormaCAo-Do-sImbolo-Na-CrianCa>

Pimentel, D.; Completo, M.L. e Coelho, V.S. (1991). A estruturação das identidades no quotidiano do trabalho: o caso dos profissionais de enfermagem. *Sociologia:*

- Problemas e Práticas*. Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES). 9: 43-56. Acedido em novembro 7, 2011 em Repositório Institucional do ISCTE/IUL: <https://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/1080/1/5.pdf>
- Polit, D. e Hungler, B. (2011). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (7.^a ed.). Porto Alegre (RS): Artmed.
- Potter, P.; Perry, A. (2014). *Fundamentos de Enfermagem*. 8^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier. Acedido em agosto 3, 2014 em issuu: http://issuu.com/elsevier_saude/docs/potter_e-sample
- Queirós, P. (2008). Trinta e oito excertos à procura da essência. Revista *Investigação em Enfermagem*. Nº 17. Set. Acedido em setembro 22, 2011 em formasa: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revistas/00revista-investigacao-em-enfermagem/31-2008-a-2011/349-revista-de-investiga-no-17-fevereiro-de-2008>
- Quelhas, I. (2009). *O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria*. Comunicação nas I Jornadas de Pediatria do Instituto CUF. Fev. Acedido em janeiro 11, 2012 em UCP: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/3779>
- Quivy, R. e Campenhout, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4.^a ed.). Lisboa: Gradiva. Acedido em outubro 18, 2011 em Scribd: <http://pt.scribd.com/doc/37937019/Quivy-e-Campenhout-Manual-de-Investigacao-em-Ciencias-Sociais>
- Raymond, E. (2005). *La Teorización anclada (Grounded Theory) como Método de Investigación en Ciencias Sociales: en la encrucijada de dos paradigmas*. Acedido em setembro 20, 2011 em redalyc: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10102307>
- Reis, C. (2011). *Cuidados Paliativos Pediátricos: Perspetivas dos Enfermeiros*. Dissertação apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Bioética. Porto. Acedido em setembro 7, 2013 em Repositório Aberto: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62324/7/Dissertao%20de%20Mestrado.pdf>

- Ribeiro, J. (2009). *Autonomia Profissional dos Enfermeiros*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Porto. Acedido em novembro 27, 2011 em Repositório Aberto: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20083/2/AUTONOMIA%20PROFISSIONAL%20DOS%20ENFERMEIROS%20%20JORGE%20RIBEIRO.pdf>
- Roach SS. (1993). *The human act of caring: a blueprint for the health professionals*. Ottawa: Canadian Hospital. Acedido em dezembro 12, 2011 em Trove: <http://trove.nla.gov.au/work/22468355?selectedversion=NBD9533554>
- Rosário, P.; Nunez, J. C.; González-Pienda, J. A. (2006). *Cartas do Gervásio ao seu Umbigo. Comprometer-se com o estudar na Universidade*. Coimbra: Almedina. Acedido em janeiro 5, 2013 em Scribd: <http://pt.scribd.com/doc/145831686/Livro-Cartas-do-Gervasio-ao-seu-umbigo-Pedro-Rosario-Jose-Carlos-Nunez-e-outros-pdf>
- Sales, A. (2008). *Espelho Meu...Espelho Meu...Representação Social da Imagem do Enfermeiro*. Acedido em novembro 7, 2011 em Repositório Aberto: http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/1257/1/disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana%20Sales.pdf
- Santos, M. (2012). *A Relação de Ajuda e Confiança entre Enfermeiros e Familiares de Crianças Internadas*. Dissertação apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de Mestre em Cuidados em Saúde. Acedido em agosto 4, 2014 em teses.usp: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-27082012-145057/pt-br.php>
- Santos, M. I. e Luz, E. (2011). *A Grounded Theory segundo Charmaz: experiências de utilização do método*. Acedido em outubro 15, 2012 em Infiressources: http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/A_Grounded_Theory_segundo_Charmaz-experiencias_de_utilizaco_do_metodo.pdf
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.

Silva, A. (2011). *A Percepção dos Enfermeiros sobre o uso do Brinquedo Terapêutico no alívio da dor na criança – Vol.II*. Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. IPV. Acedido em janeiro 25, 2012 em repositório.ipv: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1481/1/SILVA%20Ana%20Maria%20dos%20Santos%20Coelho%20Seixas%2c%20Percep%C3%A7%C3%A3o%20dos%20enfermeiros%20sobre%20o%20uso%20do.pdf>

Silva, R. (1998). A Enfermagem aos olhos da sociedade. *Sinais Vitais*. 16 (1): 27-31.

Simões, C.; Nogueira, C.; Lopes, D.; Santos, N.; Peres, S. (2011). *Educação para a Saúde, um Aliado para a Mudança de Comportamentos*. OE. Acedido em outubro 6, 2012 em OE:<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseduca%C3%A7%C3%A3oparaaSaude.aspx>

Slater, A. e Muir, D. (2004). *Psicologia do Desenvolvimento*. Lisboa: Instituto Piaget.

Soares, M.I. e Freitas, M.V. (2001). Florence Nightingale 1820-1910. *Enfermagem*. N°21 (2ª série): 34-41.

Sobral, V.; Tavares, C.; dos Santos, I. e Silveira, F. (2003). Sensibilizando a formação do cuidador. *Enfermería Global*. Múrcia. 3. Nov. Acedido em dezembro 12, 2012 em Enfermería Global: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/631/668>

Sousa, C.; Santos, F.; Costa, M. e Rodrigues, M. (2004). Nós aos olhos de quem nos vê: imagens, contextos e percepções. *Enfermagem*. N°35/36, 2ª série (Jul./Dez.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros: 40-45.

Streubert, H. e Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista* (2.ª ed.). Loures: Lusociência.

Takase, M.; Kershaw, E. e Burt, L. (2002). Does public image of nurses matter? *Journal of Professional Nursing*. Vol.18 (4). July-August: 196-205. Acedido em novembro 7, 2011 em PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12244538>

- Tarozzi, M. (2012). *O que é a Grounded Theory? Metodologia de Pesquisa e de Teoria Fundamentada nos Dados*. Petrópolis: Vozes.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando – A brincadeira terapéutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.
- Tavares, J.; Pereira, A.; Gomes, A.; Monteiro, S.; Gomes, A. (2011). *Manual de Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem*. Porto: Porto Editora. Acedido em janeiro 5, 2013 em baes ua: <http://baes.ua.pt/handle/10849/66>
- Teixeira, A.L.; Braga, A.; Esteves M.C. (2004). A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro. *Nascer e Crescer*. Vol. XIII. (3): 187-194. Acedido em janeiro 25, 2013 em repositório.chporto: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/634/1/A%20comunica%C3%A7%C3%A3o%E2%80%A6com%20a%20crian%C3%A7a.pdf>
- Teixeira, P. (1996). Representação Social do Enfermeiro. *Revista de Enfermagem*. 2 (1): 101-176.
- Tomey, A.M. e Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra: modelos e teorias de Enfermagem*. (5ª ed. trad.). Loures: Lusociência.
- Trinidad, A., Carrero, V. e Soriano, R.M. (2012). Teoria fundamentada “Grounded Theory”: La construcción de la teoría através del análisis interpretacional, In *Cuadernos Metodológicos* (37). Madrid. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Vala, J. (2007). Análise de Conteúdo. In: Silva, A. e Pinto, J. (Eds). *Metodologia das Ciências Sociais* (14.ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Vala, J. (2006). Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento Social. In J. Vala e M. B. Monteiro (Eds.), *Psicologia Social*. (7ªed.) Lisboa: F. C. Gulbenkian.
- Vala, J.; Monteiro, M. (2006). *Psicologia Social*. (7ªed.) Lisboa: F. C. Gulbenkian.

- Valverde, D. (2010). *O Suporte Psicológico e a Criança Hospitalizada: O Impacto da hospitalização na criança e em seus familiares*. Monografia solicitada como pré-requisito para a graduação em Psicologia da disciplina TCC da Faculdade de Tecnologia de Feira de Santana. Acedido em janeiro 5, 2013 em Psicologia.pt: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0229.pdf>
- Veríssimo, R. (2002). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erikson)*. Porto: Medisa – Edições e Divulgações Científicas Lda. Acedido em dezembro 12, 2012 em Universidade do Porto: http://sigarra.up.pt/fmup/pt/publs_pesquisa.FormView?P_ID=1761
- Viana, M. (1991). A criança e o seu internamento. *Saúde Infantil*. XIII: 125-130.
- Vieira, M. (2007). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora. Acedido em janeiro 11, 2012 em WorldCat: <http://www.worldcat.org/title/ser-enfermeiro-da-compaixao-a-proficiencia/oclc/124031173>
- Wachelke, J. (2012). *Representações sociais: uma revisão teórica e de pesquisas da abordagem estrutural*. (Trad.). Acedido em outubro 14, 2013 em academia.edu: http://www.academia.edu/1467093/Representacoes_sociais_uma_revisao_teorica_e_d_e_pesquisas_da_abordagem_estrutural_versao_em_portugues_de_artigo_originalment_e_publicado_em_ingles
- Waldow, V.R. (2009) Momento de cuidar: momento de reflexão e de acção. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol.62 (1). Jan.-Fev. Acedido em janeiro 5, 2013 em Scielo: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100022
- Waldow, V.R. (2008). *Bases e Princípios do conhecimento e da arte da Enfermagem*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Watson, J. (2009). *Caring as the essence and science of Nursing and health care*. Acedido em setembro 22, 2011 em Mundo saúde: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/67/143a149.pdf

Watson, J. (2002a). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2002b). *Enfermagem Pós-moderna e Futura: Um novo paradigma da Enfermagem*. (ed. inglesa, 1999). Loures: Lusociência.

Watson, J. e Smith, M.C. (2002). Caring, science and the science of humanity human beings: a trans-theoretical discourse of nursing knowledge development. *Journal of Advanced Nursing*, 37 (5): 452-461

Wesley, R.L. (1997). *Teorias y Modelos de Enfermería*. (2ªed.). México: McGraw-Hill Interamericana.

WHO (2010). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Acedido em janeiro 11, 2012 em WHO: <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icnp/en/>

Wilson, D.; Hockenberry, M. (2013). *Wong - Manual Clínico de Enfermagem Pediátrica* (Trad. 8.ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda. Acedido em janeiro 9, 2014 em issuu: http://issuu.com/elsevier_saude/docs/esample_wong

<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf> – Declaração da Alma Ata

<http://www.dgs.pt/.../norma-n-0402011-de-21122011-atualizada-a-26012012>

<http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada> - Carta da Criança Hospitalizada

<http://www.priberam.pt/DLPO/tratar> - Dicionário da Língua Portuguesa On-line

<http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tiduniversais/dc-declaracao-dc.html> - Declaração dos Direitos da Criança

APÊNDICE I – GUIÃO DA ENTREVISTA

GUIÃO DE ENTREVISTA

IDADE	GÉNERO	ANO DE ESCOLARIDADE
--------------	---------------	----------------------------

- O que é para ti o enfermeiro? O que é que a enfermeira faz?
- Quem é que lhe forneceu informação sobre o enfermeiro?
- Experiências anteriores com o enfermeiro (Hospital/Centro de Saúde/outro)?
Se no hospital, urgência, internamento ou apenas visita?
- O enfermeiro faz doer (em procedimentos dolorosos tais como vacinação, punção venosa)?
- O enfermeiro explicou-te o que ia fazer (antes de qualquer procedimento)?
- Tu achas que o enfermeiro é uma pessoa importante? Porquê?

APÊNDICE II – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À DGIDC

O meu nome é Paula Cristina Caldeira Marques, sou enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, a exercer funções no serviço de Urgência da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, e estou a frequentar o Mestrado em Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. Para a conclusão do referido Mestrado é necessária a elaboração de um Relatório, tendo recaído a minha escolha sobre “A representação social do enfermeiro para as crianças em idade escolar”

Os desafios que se colocam hoje à profissão de enfermagem são muitos e não podem ser ganhos sem uma nova atitude profissional e institucional perante a profissão. Existe um sentimento de que, apesar da vertente técnica ser fundamental e valorizada, a vertente relacional deve ser mais valorizada, uma vez que é através dela que os enfermeiros estabelecem relações com os utentes, visando o seu cuidado como ser único. Esta questão assume particular importância no que se refere à interação enfermeiro-criança.

O grande objetivo do trabalho é conhecer a representação social que as crianças, em idade escolar, têm do enfermeiro

Os objetivos específicos são:

- Caracterizar o enfermeiro através das representações gráficas e informações proporcionadas pelas crianças.
- Identificar que experiências anteriores vividas pelas crianças contribuem para a representação que têm do enfermeiro.
- Identificar fontes de informação acerca do profissional de enfermagem.

A decisão pelo contexto onde poderia decorrer o estudo, uma vez que se trata de crianças em idade escolar, recaiu sobre a Escola EBI Faria de Vasconcelos em Castelo Branco, com a qual mantenho relacionamentos de proximidade com alguns professores, pelo que permitirá maior facilidade de acesso à amostra. Assim, a população do estudo é formada por todas as crianças que frequentam o ensino básico da referida escola.

Previamente, será pedida autorização aos pais para a participação dos seus educandos no estudo.

Um dos instrumentos de recolha de dados será o desenho elaborado pelas crianças, pertencentes à amostra, uma vez que o seu conteúdo conta muito sobre a criança; dá a dimensão da sua fantasia e imaginação porque são projeções dos seus “eus” interiores (Hockenberry, 2006: 116). É revelador dos seus desejos, conflitos, interesses, medos e preocupações (Papalia e Olds, 2000). Para Hockenberry (2006) desenhar é uma das formas mais preciosas de comunicação, tanto não-verbal (olhar para o desenho) como verbal (história da figura do desenho). Por este motivo, o desenho irá ser usado como meio de estabelecer

uma relação com a criança aquando da entrevista, outro dos métodos escolhido para a colheita de dados.

A entrevista, de acordo com Miguélez (2006) e Bogdan e Biklen (2010), permite recolher dados descritivos segundo a linguagem própria do sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos percebem o mundo, suas opiniões, crenças, ideias ou vivências, facto que se pretende ao lidar com crianças em idade escolar. Parece ser plausível a realização de uma entrevista semi-estruturada, tendo como guia o desenho previamente elaborado pela criança, que dê liberdade para ela relatar a experiência individual vivida expressando sentimentos e permitindo captar a sua subjetividade (Sapeta, 2011). Pretende-se que as entrevistas decorram em ambiente calmo e num local isento de influências, motivando a criança a participar de forma espontânea, havendo a preocupação de adequar a linguagem utilizada à idade das crianças.

Posto isto, venho solicitar a V.^a Ex.^a se digne autorizar a realização de entrevistas às crianças que frequentam o Ensino Básico da Escola EB1 Faria de Vasconcelos em Castelo Branco, e a elaboração por parte destas, de desenhos subordinados às funções do enfermeiro.

Grata pela atenção dispensada

APÊNDICE III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO AOS PAIS

**AUTORIZAÇÃO
PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADES**

O meu nome é Paula Marques, sou enfermeira especialista na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco e estou a frequentar o **Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior de Saúde da Guarda**.

No âmbito do referido mestrado, gostaria de solicitar a V.^a Ex.^o se digne autorizar o seu educando a participar numa entrevista, que irá decorrer na Escola EBI Faria de Vasconcelos, subordinada ao tema “**A representação social do enfermeiro para as crianças em idade escolar**”. O anonimato e a confidencialidade dos dados serão garantidos.

Grata pela atenção dispensada

Paula Marques

Castelo Branco, ____ de maio de 2012

O professor (a) _____

✂-----

Autorização

_____, Encarregado(a) de Educação do(a) aluno(a) _____, declaro que tomei conhecimento da actividade e que

- Autorizo a participação do(a) meu(minha) educando(a).
- Não autorizo a participação do(a) meu(minha) educando(a).

Data: ____ / ____ / 2012

O (A) Encarregado(a) de Educação
