

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

O Estudante de Enfermagem no Processo de Cuidados em Contexto de Ensino Clínico

Ana Cristina de Spínola Costa Maymone Madeira

TESE DE DOUTORAMENTO APRESENTADA

AO INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

DA UNIVERSIDADE DO PORTO EM 2014

ÁREA CIENTÍFICA DE CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

Ana Cristina de Spínola Costa Maymone Madeira

O Estudante de Enfermagem no Processo de Cuidados
em Contexto de Ensino Clínico

Tese de Candidatura ao grau de Doutor
em Ciências de Enfermagem, submetido
ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel
Salazar da Universidade do Porto

Orientador – Professor Doutor José
Penedos Amendoeira

Afiliação – Escola Superior de Saúde de
Santarém - Instituto Politécnico de
Santarém

Coorientador – Professor Doutor José
Alberto Correia

Afiliação – Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação - Universidade do
Porto

*À minha Família, em especial ao meu marido Armando,
ao meu filho Manuel, à minha irmã Paula, ao meu pai
Jaime e a memória da minha mãe Maria João, sempre
viva e inspiradora, sobretudo nos momentos mais
difíceis.*

*“O estudo em geral, a busca da verdade e da beleza são domínios
em que nos é consentido ficar crianças toda a vida”*

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor José Amendoeira

Por ter acreditado neste projeto, pela forma como soube partilhar a sua disponibilidade, presença e amizade com a necessária exigência em cada momento. Agradeço-lhe o seu grande saber e a confiança que me foi manifestando no decorrer deste processo.

Ao Professor Doutor José Alberto Correia

Pela sua disponibilidade em integrar a coorientação deste projeto, reconhecendo como uma honra a sua presença nesta investigação.

À Escola Superior de Saúde de Santarém

À Direção da Escola e aos colegas que com a gestão das atividades pedagógicas me permitiram o tempo necessário, por forma a desenvolver este trabalho.

Aos Estudantes que prontamente se disponibilizaram para integrar o estudo.

À Alcinda, colega e amiga de Sempre, pela referência que é para mim, por me ter feito acreditar no percurso que agora termina, mas essencialmente pelo incentivo e disponibilidade sempre que precisei.

Aos colegas e amigos que me acompanharam nos vários momentos, Celeste, Hélia, Cacilda, Marta, Irene e Isabel, muito obrigada pelo vosso apoio, disponibilidade e reforço neste percurso.

À Diretora e Diretor das Escolas Superiores de Enfermagem envolvidas pela pronta disponibilidade em colaborar no estudo e pelas facilidades concedidas na fase de colheita de dados.

Aos Professores, Enfermeiros e Estudantes das Organizações, pela pronta disponibilidade, facilidade e empenho que demonstraram na participação no estudo.

Ao Armando, pela compreensão incondicional de um percurso... só possível através de uma grande Amizade.

Ao meu filho Manuel, pela força sempre inspiradora, pela partilha e apoio nos “momentos” de trabalho.

A todos o meu MUITO OBRIGADA

RESUMO

As mudanças ocorridas nos últimos anos na formação em enfermagem, a par das preocupações e dificuldades manifestadas por professores e enfermeiros no âmbito da aprendizagem dos estudantes em ensino clínico, conduziram-nos ao desenvolvimento do percurso de investigação que apresentamos.

Pretendemos caracterizar o processo de cuidados desenvolvido pelo estudante, em contexto clínico. Definimos as seguintes questões: que dimensões do cuidar se valorizam na interação do estudante com o sujeito de cuidados? De que forma as práticas de cuidar do estudante favorecem o seu desenvolvimento de competências? Como é que o processo de autoformação do estudante tem implicações na forma como cuida?

O estudo foi desenvolvido em escolas de enfermagem e num hospital, em unidades de saúde da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; numa unidade de saúde familiar e numa unidade de cuidados na comunidade.

Utilizámos o método de estudo de caso múltiplo em três contextos de aprendizagem, com análise de documentos e entrevistas a professores, estudantes e enfermeiros, num total de trinta e seis participantes, distribuídas em igual número.

Da análise dos dados empíricos:

Os estudantes participantes valorizam as experiências vividas para a sua tomada de decisão, mobilizando o processo reflexivo no relacionamento com a pessoa. As práticas de cuidar pelos estudantes favorecem os processos de auto e de hetero-formação no desenvolvimento de competências ao nível da comunicação com a pessoa/família, da criatividade na interação e das habilidades instrumentais.

Explicitamos a seguinte asserção do estudo: a aprendizagem do processo de cuidados pelo estudante, ocorre a partir da sua interação com a pessoa individual e/ou família, sendo que desde o momento inicial de avaliação das necessidades até à procura da promoção do bem-estar dos sujeitos, todo o processo assenta na valorização das oportunidades conseguidas; estas estão na base do desenvolvimento das suas competências para saber “estar com” e/ou “fazer por” nos cuidados.

SUMMARY

In recent years the changes happening in nursing education, as well as the concerns and difficulties experienced by teachers and nurses involved in the student learning processes, in clinical teaching, led us to the development of the investigation course we present.

We intend to characterize the process of care developed by the student in the clinical context. We set the following questions: what care dimensions are valued in the student interaction with the subject of care? How does the student's practice of care favor their development skills? How does the student's self-education process relate with how he cares?

The study was conducted in nursing schools and a hospital; in health units in the Lisbon's Health Region and Vale do Tejo Region; a family health care unit and a health care facility in the community.

We used the multiple case study method, on three learning contexts, with document analysis and interviews with teachers, students and nurses; a total of thirty-six participants, distributed in equal numbers.

Analysis of empirical data:

Participating students value lived experiences in their decision making mobilizing their reflective process in the relationship with the subject. The student's practice of care favor the development of skills in processes of self and hetero-training in the communication with the person and/or family, in their interaction creativity and in their instrumental skills.

We underline the following assertion of the study: the learning of the student's care process occurs from their interaction with the individual person and/or family. From the initial needs assessment up to the search for the subjects welfare promotion, the whole process is based on valuing achieved opportunities; these are the basis for developing their abilities of "being with" and/or "doing for" in care.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	Pág. 12
-------------------------	-------------------

PARTE I

ENFERMAGEM, FORMAÇÃO E CONTEXTO CLÍNICO

1- FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: DOS DESAFIOS CONSTATADOS À REALIDADE (RE) CONSTRUÍDA	19
2- FORMAÇÃO E CONTEXTO CLINICO: APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM	32

PARTE II

ESTUDO EMPIRICO – PERCURSO ANALITICO E INTERPRETATIVO

3- A DIALÉTICA NA EMERGÊNCIA DOS DADOS	43
3.1- CONTEXTOS E PARTICIPANTES	51
3.2- AS OPÇÕES PARA A LEITURA DA REALIDADE	53
3.2.1- Dos documentos pessoais às reflexões críticas	53
3.2.2- Do discurso dos participantes	55
4- AO ENCONTRO DOS SIGNIFICADOS	58
4.1 - A CONCEÇÃO DOS CUIDADOS	80
4.2 - A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	101
4.3 - A APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE CUIDADOS	113

PARTE III

DOS CONCEITOS À TEORIA PRODUZIDA

5 - A APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE CUIDADOS DESENVOLVIDO PELO ESTUDANTE EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO	133
---	------------

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO	141
BIBLIOGRAFIA	148
ANEXOS	161
Anexo I- Plano de Entrevista a Professores	162
Anexo II- Plano de Entrevista a Estudantes	163
Anexo III- Plano de Entrevista a Enfermeiros	165
Anexo IV- Termos de Consentimento Informado	167
Anexo V- Autorizações dos Contextos do Estudo	177
Anexo VI- Autorização da Direção Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde	182
Anexo VII- Autorização do Conselho de Administração do Hospital de Distrital de Santarém-EPE	184
Anexo VIII- Parecer da Comissão de Ética do ICBAS - Universidade do Porto	187
Anexo IX- Quadro síntese da perspetiva adotada pela investigadora no estudo de caso desenvolvido	189
Anexo X- Palavras submetidas ao corpus de análise – 1ª Fase –	191
Anexo XI- Palavras submetidas ao corpus de análise por contextos – 2ª Fase	196

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - A Seleção teórico-conceptual para estudo do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante	41
Figura 2 - Do questionamento inicial ao paradigma adotado no estudo	47
Figura 3 - Diagrama da análise do tratamento do material empírico – fases e períodos temporais	59
Figura 4 - Desenvolvimento das fases da análise das reflexões críticas	64
Figura 5 - Mapa concetual que representa os conceitos com significado para o estudante no processo de cuidados	68
Figura 6 - Fluxograma da triangulação dos dados - dos conceitos ao significado do encontro entre a pessoa e o estudante – a explicitação do Processo de Cuidados	79
Figura 7 - A Conceção dos Cuidados – conceitos e categorias	74
Figura 8 - A Intervenção de Enfermagem - conceitos e categorias	101
Figura 9 - A Aprendizagem do Processo de Cuidados - conceitos e categorias	113
Figura 10 - A Aprendizagem do Processo de Cuidados pelo Estudante – um esquema interpretativo	140

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Perspetiva adotada da metodologia de estudo caso “caso múltiplo” de Yin (2010) e Stake (2012)	45
Quadro 2 - Caraterização dos participantes e contextos do estudo – recolha de dados e períodos temporais	52
Quadro 3 - Matriz inicial da análise obtida a partir do discurso escrito dos estudantes	71
Quadro 4 - Excerto do registo de momentos de exploração do <i>corpus</i> de análise referente às entrevistas efetuadas	74
Quadro 5 - Sistema de categorias – das reflexões críticas e entrevistas dos participantes	76

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento deste estudo surge de um percurso pessoal e profissional, como professora numa Escola Superior de Saúde. Temo-nos pautado por desafios centrados no processo de aprendizagem dos estudantes do 1º ciclo da formação em enfermagem, e nos cuidados por eles produzidos em contexto de ensino clínico¹. Designamos por ensino clínico, as atividades de ensino que ocorrem junto da pessoa ou de grupos de pessoas, essenciais para a formação do estudante de enfermagem, como nos refere Carvalhal, (2003). É nesta lógica que pretendemos mobilizar estes conceitos no desenvolvimento do processo de investigação.

As mudanças ocorridas na vida social e política, visíveis no processo educativo no ensino superior em geral e na formação em enfermagem em particular (MCTES, 2004; CCISP, 2004; OCDE, 2006, 2010), demarcaram um novo paradigma educacional. O reflexo ideológico do Processo de Bolonha (re)produz-se na conceção e na prática clínica, exigindo novas responsabilidades e a necessidade de (re)enquadrar professores e estudantes no ensino de enfermagem.

O Processo de Bolonha² tem sido impulsionador de diversos desenvolvimentos e inovações no ensino de enfermagem. Identificamos aqui um paradigma de educação, centrado na aquisição de conhecimentos pelos interesses individuais, e no desenvolvimento de competências pelos estudantes. Da conceção proposta, relevamos o estudante como central no seu processo educativo, bem como na gestão autónoma da sua aprendizagem. Destacamos a flexibilidade do modelo de formação, na distribuição horária nas unidades curriculares com diferentes tipologias, possibilitando ao estudante gerir e desenvolver o seu processo de aprendizagem com autonomia e responsabilidade.

¹ Portaria n.º 799-D/99 – artigo n.º5, 1 – A componente de **ensino clínico** tem por objetivo assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem. 3 – O **ensino clínico** é assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e comunidade, sob a orientação dos docentes da escola superior, com a colaboração de pessoal da saúde qualificado.

² Preâmbulo do Decreto-Lei n.º42/2005 – **Processo de Bolonha** - e Preâmbulo do Decreto-Lei n.º115/2013.

O reflexo deste paradigma no ensino de enfermagem tem estado sujeito a diferentes transformações relativas à integração no sistema educativo nacional e a alterações de carácter estrutural e organizacional; decorre ainda de reformas curriculares e da adoção de novos modelos de formação com práticas pedagógicas implementadas pelo professor e com metodologias de aprendizagem adotadas pelo estudante.

Atendendo às metodologias de ensino-aprendizagem no modelo de formação atual, que identificamos sob as duas perspetivas, a do estudante e do professor, relevamos os novos *papéis* como nos refere Mestrinho (2012). O estudante, como responsável pelo seu processo formativo, procura as metodologias e estratégias que facilitam a otimização do seu trabalho autónomo. O professor como facilitador dos processos de aprendizagem, mobiliza e integra estratégias pedagógicas que promovem o incentivo à capacidade auto formativa dos estudantes. Estudantes e professores assumem um “espaço de liberdade” como oportunidades de criação de percursos flexíveis de aprendizagem, (Costa, 2008) que este paradigma proporciona.

Da nossa vivência, identificamos no trabalho do professor preocupações ao nível, da assiduidade dos estudantes diminuída no ensino teórico³ e moderada no ensino clínico. Identificamos também reduzida capacidade reflexiva sobre temáticas de enfermagem e fraca adesão para análise de situações-problema como já identifica Costa (2008), promovendo o replaneamento sistemático de estratégias pedagógicas, pelo professor. Analogamente em relação aos estudantes relevamos: aparente motivação para conteúdos de unidades curriculares diversas, franca adesão às metodologias expositivas em prejuízo de outras mais reflexivas e com apelo à leitura e análise de documentos. Relativamente aos enfermeiros referem-nos: dificuldades ao nível da apropriação e mobilização do conhecimento pelos estudantes na prática clínica.

Nesta lógica, identificamos através da relação com os diferentes atores em diversos momentos de ensino teórico e ensino clínico, que nem sempre o processo formativo tem adesão às estratégias pedagógicas propostas. Por outro

³ Portaria n.º 799-D/99 – artigo n.º4, 1 - A componente de **ensino teórico** tem como objetivo a aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional da enfermagem.

lado, questionamos de que forma esta “não adesão” ao planeado, poderá ter repercussões no estudante, no desenvolvimento do processo de cuidados que desenvolve em ensino clínico.

O processo de aprendizagem em contexto clínico tem sido, ao longo dos anos alvo de diversos estudos no âmbito da formação em enfermagem (Abreu, 2003, 2007, Carvalho, 2004; Fernandes, 2007; Santos, 2009; Rua, 2011; Freitas, 2013). Contudo as mudanças que atualmente se têm verificado, implicam um outro “olhar” sobre o fenómeno. Identificamos a aprendizagem do estudante em ensino clínico, pela aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias ao desenvolvimento de intervenções autónomas e interdependentes para o exercício profissional de enfermagem. Neste sentido, questionamo-nos se a tomada de consciência pelo estudante do cuidado que produz, promove a melhor seleção de estratégias para responder às necessidades da pessoa cuidada.

Cabe aqui a explicitação de que desenvolver com o estudante uma “consciência de cuidado” significa um conhecimento mais apurado da realidade do cuidar, de forma crítica e sensível em Enfermagem, corroborada por Waldow (2009) e que queremos compreender no contexto do paradigma educacional que aqui reconhecemos.

A reflexão destes aspetos configura uma inquietação que nos motiva na procura de respostas, associadas ao desenvolvimento da prática dos cuidados pelo estudante em contexto real – clínico. Relevamos nesta lógica, uma prática que se constrói sobre a interação estudante/pessoa, a partir dos momentos com o sujeito de cuidados, que ocorrem em ensino clínico durante a formação em enfermagem como explicita Amendoeira (2006a).

Na mesma perspetiva, entre as diferentes atividades que o estudante desenvolve no ensino clínico e a vivência das suas diversas experiências, relevamos as aprendizagens significativas no percurso de formação como identifica Novak (2000). Contudo, as aprendizagens em ensino clínico implicam necessariamente um trabalho de conceptualização da prática, tornando-se necessário compreendermos que aquisições teóricas são desenvolvidas e como surgem mobilizadas nas conceções dos estudantes quando cuidam de pessoas.

Trata-se portanto de compreender o processo de cuidados pelo estudante em ensino clínico. Identificamos este processo como de interação, onde o centro de

interesse é a pessoa e o estudante está a aprender a mobilizar os conhecimentos específicos que lhe permitam fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado, para a sua posterior execução e controlo (Amendoeira, 2000; 2006). É nesta perspetiva que relevamos o processo de interação no cuidado de enfermagem desenvolvido pelo estudante, em dois níveis de compreensão: (i) momentos significativos, as suas características e os diferentes atores envolvidos (professores, estudantes, enfermeiros) na aprendizagem do estudante; (ii) análise da sua própria experiência de vida, na reflexão das representações que constrói sobre si próprio e que estão associadas ao seu itinerário social e cultural como sugere Josso (2002).

Enquadramos estas premissas no percurso reflexivo que temos vindo a desenvolver. Considerámos o processo de cuidados produzido pelo estudante como relevante, contudo ainda pouco documentado atualmente. Conscientes de que um problema de investigação é um desvio consciente entre o saber atual e o saber desejável (Chevrier, 2003), definimos como questão de investigação: *Como é desenvolvido o processo de cuidados pelo estudante em ensino clínico?*

De acordo com a perspetiva do mesmo autor considerámos quanto à colocação da questão, a *pertinência social*, pelo interesse da temática face ao estado atual do conhecimento e a *pertinência científica*, pelo interesse do “que é conhecido” e pela possibilidade de nova evidência empírica. Na sequência destes aspetos e com as preocupações que vimos explicitando, formulámos as seguintes sub-questões: (1) que dimensões do cuidar se valorizam na interação do estudante com o sujeito de cuidados?; (2) de que forma as práticas de cuidar do estudante favorecem o desenvolvimento das suas competências?; (3) como é que o processo de autoformação do estudante tem implicações na forma como cuida?

Formulamos os seguintes objetivos:

- Caraterizar as práticas do estudante em ensino clínico
- Identificar dimensões valorizadas pelo estudante no processo de cuidados
- Analisar as estratégias desenvolvidas pelo estudante na promoção da autoformação.

Assumimos assim como finalidade: identificar os conceitos constitutivos, do processo de cuidados, formulando uma teoria explicativa mediante uma

abordagem indutiva de investigação de acordo com a perspetiva de Chevrier (2003).

Nesta lógica, desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa, com o modo de investigação – estudo de caso na versão casos múltiplos (Yin, 2010, Stake, 2012). Assumimos um projeto de estudo de casos múltiplos, permitindo-nos a aproximação a diferentes ângulos do mesmo fenómeno, através da triangulação de: *contextos* (Escolas de Enfermagem/Saúde, de acordo com os critérios de mesma tipologia de ensino com matrizes diferentes decorrentes da reorganização das escolas públicas⁴, Escola Superior de Saúde – integrada em Instituto Politécnico, Escola Superior de Enfermagem – integrada em Universidade e Escola Superior de Enfermagem – não integrada. Em relação aos *participantes* triangulamos – professores, estudantes e enfermeiros; integraram o estudo trinta e seis elementos, selecionados pela experiência nos diferentes contextos. Em relação aos *autores* – mobilizamos Costa (2008) e Josso (2002) no contributo das ciências da educação, nas situações de aprendizagem do estudante pela prática dos cuidados, Amendoeira (2006) na valorização do processo de cuidados, como processo de interação entre o estudante e o sujeito de cuidados; Yin (2010) e Stake (2012) na metodologia de pesquisa adotada, do conhecimento da investigadora à teoria e desta à produção do conhecimento na disciplina de enfermagem. Finalmente desenvolvemos a triangulação dos *dados* empíricos, obtidos a partir das diversas fontes de evidência (Yin, 2010).

Visando a compreensão do fenómeno em estudo e a clarificação dos conceitos estruturantes no domínio do conhecimento disciplinar de enfermagem a mobilizar como nos refere Fawcett (2005), fundamentámo-nos ainda em outros autores dos quais destacamos:

- De acordo com a Teoria Humanística de pensamento em Enfermagem de Paterson e Zderad (1979; 2008), situamo-nos numa perspetiva humanista de análise da participação do estudante em contexto clínico. Valorizamos a

⁴ Preâmbulo do Decreto-lei nº 353/99 de 3 de setembro – a) A transição das escolas para a tutela do Ministério da Educação; A reorganização da rede, com integração das escolas em unidades mais amplas (institutos politécnicos, institutos politécnicos de saúde ou universidades); A criação da figura de escola superior de saúde.

manifestação das suas experiências e ações a par do conhecimento produzido e que mobiliza na ação. Evidenciamos o desenvolvimento desta perspetiva na disciplina de enfermagem, na relevância do “encontro” estudante-pessoa pelas experiências vividas entre sujeitos. Situamo-nos desta forma na análise e interpretação do processo dos cuidados produzidos pelos estudantes.

- Bevis e Watson (2005), no Paradigma do Cuidar-Educativo, ao mobilizarmos a perspetiva humanista no processo de aprendizagem com o estudante em favor da necessária desconstrução da perspetiva dominante *behaviourista* (pré-Bolonha). Posicionamo-nos numa avaliação crítico-interpretativa de análise da relação entre: estudante/professor/enfermeiro, no processo de cuidados desenvolvido pelo estudante.

- Swanson (1991), pelo recurso à estrutura dos processos de cuidar, mobilizando-a para análise e interpretação das conceções do estudante, bem como para a caracterização da interação com o sujeito dos cuidados.

- Carper (1987), através da compreensão e análise da prática clínica desenvolvida pelo estudante na procura dos padrões de conhecimento que integram as dimensões de cuidar que o estudante desenvolve em ensino clínico.

Consideramos serem estas as linhas de pensamento em enfermagem, que nos norteiam no processo investigativo que agora desenvolvemos.

A organização do relatório estrutura-se em três partes:

- A primeira parte - “*Enfermagem, Formação e Contexto Clínico*”, corresponde aos referenciais teórico-conceptuais que sustentaram a fase empírica do estudo.

- A segunda parte - “*Estudo Empírico – Percorso Analítico e Interpretativo*”, apresentamos o desenho do estudo; técnicas de produção de dados; análise tratamento e interpretação dos dados, terminando com a identificação da matriz de análise do estudo.

- A terceira parte - “*Dos Conceitos à Teoria Produzida*”, com a elaboração de um Esquema interpretativo que explicita os conceitos e as suas relações em torno do fenómeno em estudo.

PARTE I

ENFERMAGEM, FORMAÇÃO E CONTEXTO CLÍNICO

1 – FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: DOS DESAFIOS CONSTATADOS À REALIDADE (RE) CONSTRUÍDA

“Não há conhecimento «espelho» do mundo objetivo. O conhecimento é sempre tradução e construção.”

Edgar Morin

As mudanças ocorridas nos últimos anos em Portugal, com reflexo na formação em enfermagem, colocam aos professores e estudantes desafios ao nível do ensino, da aprendizagem, e do envolvimento destes atores no processo de cuidados nos contextos da prática clínica.

Enquadramos estas mudanças em vários níveis de análise. A nível político-legal – implicamos o ensino da enfermagem no sistema de ensino e nos cenários estratégicos de Portugal. No desenvolvimento de documentos e estratégias, tais como o “Compromisso com a Ciência para o futuro de Portugal” (2006); nos relatórios da Rede Europeia para a Garantia de Qualidade no Ensino Superior [ENQA] e da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OCDE] (2006, 2010), no Plano Tecnológico e no Quadro de Referência Estratégico Nacional (2007- 2013), evidencia-se a formação como transversal ao desenvolvimento e aquisição de conhecimentos com vista ao exercício de atividades profissionais. Realçamos o conhecimento neste contexto, como eixo estruturante da educação, no incremento de medidas estruturais que poderão elevar os níveis educativos dos estudantes, na promoção da aprendizagem ao longo da vida, valorizando a importância do percurso individual, como refere Josso (2002), alicerçado na sua experiência biográfica, associado ao seu itinerário sociocultural.

O Processo de Bolonha⁵ trouxe uma conceção alargada para a criação do Espaço Europeu do Ensino Superior, num paradigma de educação, centrado na aquisição de conhecimentos pelos interesses individuais dos estudantes e no desenvolvimento de competências pelos estudantes.

⁵ Preâmbulo do Decreto-Lei Nº 42/2005 de 22 de Fevereiro.

Na sequência dos marcos sucessivos que consolidaram o Processo de Bolonha, identificamos alguns princípios no comunicado de Praga⁶ (2001), que nos remetem para a reflexão de dimensões a explorar neste estudo: (a) promoção da aprendizagem ao longo da vida, onde enfatizamos a importância do percurso de vida dos estudantes; (b) o seu envolvimento na participação das instituições do ensino superior, considerando a maior ou menor consciência do seu processo de autoformação. Consideramos aqui uma perspectiva dinâmica de aquisição de experiências e conhecimentos ao longo do percurso de formação dos estudantes e que pretendemos compreender e analisar na realidade atual do ensino de enfermagem.

Em resposta ao desafio proposto em Berlim⁷ (2003) destacamos o esforço de encontrar “descritores generalizados de qualificação” para cada um dos ciclos de estudos. Reconhecemos nesta perspectiva que para o 1º ciclo de formação, o desenho curricular se define pelas competências, conhecimentos, atitudes e valores a adquirir.

A nível científico e tecnológico, confrontamo-nos com o rápido desenvolvimento, assumido como prioridade nacional, sendo explícito o compromisso com a ciência na definição de metas e indicadores. A necessidade de desenvolver capital humano é evidente e considerada como fundamental para a modernização, conforme recomendações do relatório da ENQA⁸ (2006). No âmbito nacional e de acordo com o Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem (OE, 2008), estamos num espaço transicional em que a visão deverá ser mediada pela valorização estratégica e em simultâneo, da investigação que é produzida ao nível dos doutoramentos e Unidades de Investigação. Relevamos também a importância das condições para que a investigação aplicada seja uma realidade – esperando de entre outras dimensões que seja demonstrada “a capacidade de compreensão sistemática num domínio de estudo” (Basto, 2008, p.62), contextualizando a

⁶ Comunicado de Praga: http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/F9136466-2163-4BE3AF0C0C0FC1FF805/551/Declaracao_de_Praga.pdf

⁷ Comunicado de Berlim: defende um sistema europeu de ensino superior baseado na diversidade dos perfis académicos. Para a elaboração destes perfis é essencial que se definam “descritores generalizados de qualificação” e que o programa de estudos se baseie numa definição clara de conhecimentos, competências, atitudes e valores a adquirir no primeiro ciclo.
http://www.ehea.info/Uploads/Documents/2003_Berlin_communique_Portuguese.pdf

⁸ ENQA – Rede Europeia para a garantia da Qualidade do Ensino Superior

enfermagem como disciplina, remetendo-nos à importância de um corpo de conhecimentos específico.

Reconhecemos que à sociedade é cada vez mais essencial a existência de uma profissão de enfermagem, capaz de contribuir para a resolução dos problemas das pessoas, em cenários que vão desde o seu domicílio ao hospital e com intervenções da promoção à cura, considerando a recuperação de um grau de independência que permita à pessoa viver com um elevado nível de bem-estar (OE, 2008). Neste sentido, valorizamos os saberes relacionais, como necessários para sistematizar saberes disciplinares reconhecidos no seio das profissões de saúde sendo que isto só é possível pelo desenvolvimento da investigação, como refere Amendoeira (2006).

Ao perspetivar o desenvolvimento técnico e científico na formação em enfermagem, as escolas constituem-se nos diferentes cenários como contextos, que importa analisar e conhecer quanto ao seu posicionamento na rede de instituições do país. Identificamos a nível estrutural a transição das escolas de enfermagem⁹ para o Ministério da Educação¹⁰ (Decreto-Lei n.º 353/99), pela reorganização da rede, com integração das escolas em unidades mais amplas (institutos politécnicos, institutos politécnicos de saúde ou universidades; a criação da figura da escola superior de saúde). Esta transição do Modelo de Formação para a integração no Sistema Educativo Nacional, tem destaque para: a autonomia das escolas como organizações educativas, ao nível científico e pedagógico. A construção curricular e a responsabilidade no desenvolvimento de um espaço e objeto transicional, vêm na mesma linha de pensamento onde a diversidade e a diferenciação passaram a caracterizar o Modelo de Formação como nos explicita Amendoeira (2006b). Todo este reconhecimento contribuirá para a clarificação do enquadramento do ensino de enfermagem em Portugal, que

⁹ Portaria n.º 821 de 15 de Setembro de 1989. Ministérios da Saúde e da Educação. “Cria a rede de escolas Superiores de Enfermagem pela reconversão das Escolas de Enfermagem”

No que concerne às Escolas Superiores de Enfermagem, a sua reorganização teve início com o Decreto-Lei n.º 99/2001 De 28 de Março, onde foi definida uma rede de escolas públicas em que os vários estabelecimentos de ensino de enfermagem foram, com salvaguarda do anterior Decreto-Lei, enquadrados de diferentes modos: em Institutos Politécnicos; em Universidades, mas como estabelecimentos de ensino politécnico; em novos institutos superiores de saúde 332, ou ainda mantendo-se como escolas não integradas, medida que alargou para catorze o número de escolas não integradas.

(Amendoeira, 2005, p.178)

¹⁰ Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de setembro – A transição das escolas para a tutela do Ministério da Educação CORRIGIR: A Resolução do Conselho de Ministros de 4 de Dezembro de 1998 vem trazer uma nova ênfase à discussão, na medida em que para além da reafirmação da integração do ensino no subsistema politécnico, introduz uma alteração ao modelo de formação em enfermagem, recentemente legislado pelo Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro e das Portarias que o regulamentam (AS 799).

relevamos na compreensão da realidade do processo de aprendizagem pelo estudante.

A nível sociocultural, importa destacar o estado de saúde dos portugueses especificamente o aumento da esperança de vida e o decréscimo da mortalidade infantil; destacamos o Plano Nacional de Saúde¹¹ [PNS], que reflete no quadro português, os eixos prioritários da política da Organização Mundial da Saúde [OMS], em particular da Região Europeia.

Muitos são os desafios colocados em áreas-chave da política de saúde, pelas diversas situações de pobreza, desemprego, abandono escolar precoce e baixo nível de literacia, exclusão social, desigualdades em saúde que necessitam ser ultrapassadas. A política de saúde consubstanciada no PNS 2012-2016 refere que dever-se-á ter em conta o contexto social no qual as pessoas nascem, crescem, vivem e morrem. Ao mesmo tempo, a reconfiguração dos Cuidados de Saúde Primários, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e os atuais Agrupamentos dos Centros de Saúde, colocam novos desafios na definição de modelos de intervenção nesta área. Estas mudanças estruturais das organizações de saúde deverão ter reflexos na formação em enfermagem em geral e no ensino clínico em particular a três níveis de avaliação: (1) de processo – na definição do planeamento das áreas de intervenção a desenvolver com os estudantes articulando os objetivos pedagógicos com as especificidades das unidades de saúde; (2) de estrutura – pela operacionalização dos objetivos pedagógicos mediante indicadores, protocolos e normas de acordo com as diferentes unidades de saúde¹²; (3) de resultado – no desenvolvimento das atividades no âmbito do processo de cuidados, em concordância com indicadores específicos definidos nas unidades, em consonância com os registos operacionalizados a partir do suporte informático mais comumente em uso – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem [SAPE].

Por outro lado, a compreensão dos fenómenos de saúde e doença tem sido fortemente determinada pela perspetiva histórica e social, nos últimos anos. De um paradigma de saúde versus doença, como fenómenos antagónicos e dicotómicos, pretendemos nos dias de hoje, entendê-los como processos de vida

¹¹ O Plano Nacional de Saúde – 2012-2016 – <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>

¹² Unidades de Saúde: USF (Unidade de Saúde Familiar); USCP (Unidade de Saúde de Cuidados Personalizados); UCC (Unidade de Cuidados de saúde na Comunidade).

da pessoa, da família e dos próprios grupos e comunidades. A centralidade da doença deu lugar à da saúde, ou seja à centralidade dos processos de saúde da pessoa, da família e do grupo/comunidade (PNS, 2012-2016). São as alterações demográficas, socioculturais e políticas que se registam em Portugal, que determinam a emergência dos diferentes problemas de saúde; em simultâneo, constituem-se como desafiadoras para os profissionais de saúde, na procura de respostas adequadas, seguras e sustentáveis do ponto de vista técnico-científico e ético como nos refere a OE (2008).

Reconhecemos, na atual perspetiva do serviço nacional de saúde a centralidade na pessoa, sujeito ativo dos cuidados de saúde, requerendo dos profissionais de saúde e às organizações prestadoras de cuidados o recentrar da sua intervenção nas necessidades e possibilidades do utilizador dos cuidados, implicando uma abordagem concertada, multidisciplinar e multiprofissional, capaz de atender à vulnerabilidade e capacidade da pessoa, no sentido do pleno respeito pela sua dignidade e pelo seu direito/dever à saúde (PNS, 2012-2016). Torna-se importante questionar, como é que a Enfermagem se (re)enquadra neste processo.

A Enfermagem enquanto ciência e disciplina integra as respostas humanas aos acontecimentos de vida e de saúde-doença como objeto de estudo, relevando a Ordem dos Enfermeiros [OE] que, “Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (2012, p.11). Na mesma lógica refletimos sobre o atual sistema nacional de saúde e sobre a sua crescente complexidade e necessidade da complementaridade das várias áreas do conhecimento para a melhoria dos níveis de saúde dos cidadãos. Os cuidados prestados desenham-se progressivamente mais diferenciados nos contextos complexos o que obriga a uma crescente especialização dos enfermeiros (OE, 2012). No mesmo sentido torna-se importante refletir na evolução contextual da formação em Enfermagem.

A formação em Enfermagem foi-se construindo, em torno de um currículo organizado e desenvolvido em colaboração interdisciplinar e interprofissional,

visando o desenvolvimento de diferentes competências¹³. No cruzamento da perspectiva da OE (2003), em relação às competências de enfermeiros de cuidados gerais com o perfil de competências proposto pelo Projeto Tunning¹⁴ (2001, 2007) e Descritores de Dublin¹⁵ (2005), foi construído o modelo de formação em enfermagem. Reconhecemos todo este processo de mobilização e cruzamento de competências, como pontos de referência para a estrutura e desenvolvimento na elaboração e avaliação dos planos curriculares dos cursos de 1º ciclo. Surgem assim enfatizadas, a flexibilidade e a autonomia na elaboração dos planos curriculares mas ao mesmo tempo introduz-se uma linguagem comum na descrição dos respetivos objetivos.

Tal com já referimos, a favor da necessidade de construção e integração da formação em Enfermagem num Espaço Europeu de Educação Superior, salientamos a importância de refletir sobre as seguintes premissas: competitividade, mobilidade, internacionalização e a harmonização. Emerge aqui um novo paradigma assente num Modelo de Formação em que a Enfermagem não é tanto objeto, mas antes sujeito de mudança - o enfoque é definido nos saberes e competências a desenvolver, partindo da existência de um corpo de conhecimentos específico e que se diferencia gradualmente pela investigação produzida.

Das especificidades curriculares

Atualmente o curriculum escolar do curso de licenciatura em enfermagem¹⁶ projeta-se em quatro anos letivos. A nível nacional, o desenho do currículo nas várias escolas de enfermagem integram o mesmo tempo de formação e um total aproximado de “horas de contato” com expressão nas “unidades de créditos” valorizando o novo sistema de créditos curriculares ECTS (*european credit*

¹³ **Competências** descrevem os **resultados da aprendizagem**: o que um estudante sabe ou pode demonstrar uma vez completado um processo de aprendizagem.

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

¹⁴ **Projeto Tunning** – propõe-se determinar pontos de referência para as competências genéricas e específicas de cada disciplina do primeiro ao segundo ciclo numa série de áreas temáticas.

<http://tuning.unideusto.org/tuningeu/index.php?option=content&task=view&id=112&Itemid=139>

¹⁵ **Descritores de Dublin** – associados à necessidade de uma definição genérica comparada que permita dizer o que é um primeiro ciclo e o que é um segundo ciclo – desenvolvidos pelo “Joint Quality Initiative Informal Group” (JQI)

<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

¹⁶ Capítulo I, artigo 6º do Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de setembro.

transfer system)¹⁷. Entendemos que face à autonomia das escolas a decisão por um determinado tipo de organização e desenvolvimento curriculares, induz no sentido da readequação de estratégias e modelos pedagógicos que promovam e contribuam para o efetivo desenvolvimento do estudante enquanto pessoa e profissional como já refere Amendoeira (2009). É com base nestas premissas que pretendemos empreender o nosso processo de compreensão e análise no estudo desenvolvido.

Por outro lado, reconhecemos que a mesma estrutura curricular para os mesmos quatro anos letivos do curso de enfermagem, poderá ser diferente no que respeita à filosofia, à conceção dos cuidados e aos modelos pedagógicos selecionados. Em concordância com Fernandes (2007), acreditamos que estas diferenças nas diversas escolas terão facilmente um reflexo palpável no perfil final de enfermeiro – com perspetivas diferentes sobre a enfermagem. Nesta perspetiva, procurar as dimensões da conceção dos cuidados valorizadas pelos estudantes em diferentes contextos de aprendizagem, surge como relevante na caracterização desta mesma conceção.

Identificamos nas estruturas curriculares alterações paradigmáticas na formação, valorizando a centralidade do estudante e apelando a metodologias que perspetivam a autoformação e o autoconhecimento no seu processo de aprendizagem. Falamos de autoformação já antes abordada por Pineau (1985) como conceito central ao processo de aprendizagem do estudante, de acordo com a sua capacidade em apropriar-se do que podemos considerar como “poder da formação”: (i) ao reconhecer o potencial da formação - tornando-se sujeito; (ii) ao mobilizar a formação dele próprio - tornar-se objeto dele mesmo, sendo que este duplo papel é por nós entendido como a capacidade do estudante se auto formar. Reconhecemos que formar *novos* profissionais, implica desenvolver a aquisição de *novos* conhecimentos e *novos* processos de aprendizagem suscetíveis de novas formas de estar e de agir, através da mobilização de competências qualitativa e quantitativamente diversas.

Torna-se fundamental definir a estrutura curricular do curso de enfermagem: caracteriza-se por integrar em alternância uma componente teórica - *ensino*

¹⁷ Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 42/2005 de 22 de fevereiro.

teórico, e outra prática – *ensino clínico*¹⁸. Este último engloba a componente prática e que maioritariamente, nos diferentes contextos, sucede aos períodos teóricos. Tem como objetivo assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem (Portaria n.º 799-D/99 de 18 de setembro). Consideramos ensino clínico, todo o ensino que é realizado junto da pessoa ou de um grupo de pessoas e que é essencial para a formação do estudante de enfermagem, como também identifica Carvalho (2003). Reconhecemos, este tipo de ensino em enfermagem como facilitador para o estudante do desenvolvimento de competências, num processo contínuo de crescimento e autonomia pessoal, permitindo planear, concretizar, gerir e avaliar atividades de enfermagem, igualmente enfatizado por Carvalho (2004). Identificamo-lo como uma oportunidade privilegiada do estudante mobilizar na prática clínica os conhecimentos adquiridos, mas fundamentalmente de vivenciar experiências na interação com os diferentes atores nos contextos de cuidados de saúde.

Valorizamos neste sentido, a disciplina de enfermagem, organizada em torno do domínio teórico e prático, numa perspetiva única, e com uma forma distinta de olhar os fenómenos definindo os limites e a natureza da sua investigação. Nesta sequência, pretendemos compreender o processo de aprendizagem pelo estudante – no contexto de desenvolvimento de novos modelos de formação – com práticas pedagógicas implementadas pelo professor e com metodologias de aprendizagem adotadas pelo estudante para o desenvolvimento do processo de cuidados em contexto clínico.

Considerámos a perspetiva de Amendoeira (2000), de que o processo de cuidados se desenvolve na interação, onde o centro de interesse é a pessoa e o estudante apreende gradual e progressivamente os conhecimentos necessários ao diagnóstico e planeamento do cuidado que visam essa centralidade.

Valorizamos este processo pela *relevância* ao encontro da pessoa e estudante (futuro enfermeiro) como nos refere Paterson e Zderad (2000), na expectativa de que haverá nesse momento, um enfermeiro (estudante) e alguém a ser atendido (pessoa). Relevamos nesta lógica, uma prática que se constrói entre o estudante e a pessoa, a partir dos momentos de interação com o sujeito de cuidados, que

¹⁸ Portaria n.º799-D/99 de 18 de setembro – Anexo – Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem, artigo 3º, 4º e artigo 5º.

ocorre em ensino clínico durante a formação em enfermagem como nos explicita Amendoeira (2006a).

Como professora numa escola superior de saúde, temos vindo a refletir na formação em enfermagem, a diferentes níveis: da estrutura dos planos de estudos e dos processos nas heurísticas educativas, ao nível dos resultados e das expectativas que se colocam aos estudantes e aos professores no âmbito dos cuidados produzidos nos diferentes contextos da prática clínica.

Em coerência com os compromissos resultantes dos desenvolvimentos do Processo de Bolonha em contexto de formação, salientamos a importância das seguintes dimensões: (i) a construção de currículos mais integradores e abrangentes, ajustados à formação de profissionais com perfis de competências, para respostas efetivas às necessidades das comunidades em constante evolução; (ii) o processo de ensino aprendizagem mais centrado no estudante e menos no professor; (iii) as metodologias que permitam aos estudantes consciencializarem-se da sua responsabilidade no processo, definindo os seus próprios objetivos de formação e as suas próprias estratégias; (iv) o papel do professor como facilitador e orientador do processo de aprendizagem com o estudante, estimulando a sua curiosidade, ao ser crítico e responsável pelas suas opções.

Nesta perspetiva, a avaliação formativa do processo de ensino aprendizagem do estudante do 1º ciclo de formação em enfermagem, parece surgir como potencialmente contributiva para a verificação/validação do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais. Ao efetuarmos o cruzamento entre as noventa e seis competências nos seus diferentes domínios definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2003), com os instrumentos de avaliação formativa e sumativa utilizados na componente de ensino teórico e ensino clínico, selecionámos de forma inequívoca este último como foco do estudo. Considerámos que a focalização na componente de ensino clínico nos oferece uma oportunidade de avaliação do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante. Valorizamos este processo articulado e simultaneamente mediado, pelos diferentes participantes que integram a aliança pedagógica: professor-estudante-enfermeiro.

No mesmo sentido, valorizamos no domínio da formação contínua, a adoção pelo enfermeiro de “uma atitude reflexiva sobre as suas práticas, identificando áreas de maior necessidade de formação, procurando manter-se na vanguarda da qualidade dos cuidados em aperfeiçoamento contínuo das suas práticas” (OE, 2012, p.23). Procuramos nesta lógica as competências adquiridas pelos estudantes no seu processo de aprendizagem, perspetivando a relação da necessidade de uma prática reflexiva responsável e autónoma, no âmbito da prestação de cuidados ao indivíduo, família e comunidade, em equipa multidisciplinar como já refere D’Espiney (2004).

Consideramos a formação em enfermagem, como sugere Josso (1991, 2002), no desenvolvimento de competências e conhecimentos específicos, a partir de uma linha pedagógica de experiências entre os diferentes atores que contribuem para o processo de aprendizagem do estudante. Valorizamos neste itinerário de formação o “aprender” em contexto real, com a utilização das suas próprias experiências como “recurso” para a reflexão e identificação das dimensões e momentos importantes para o desenvolvimento do processo de autoformação no estudante; por outro lado ao refletir sobre a prática, significa pensar sobre o que se faz enquanto se está fazendo (Schön, 2000; Abreu, 2007). Entre as diferentes atividades que o estudante desenvolve no ensino clínico e a vivência das suas diversas experiências, ocorrem aprendizagens significativas neste percurso de formação como identifica Novak (2000). Estas implicam um trabalho de conceptualização da prática, que pretendemos compreender através do desenvolvimento das aquisições teóricas. As conceções dos estudantes surgem igualmente mobilizadas quando cuidam de pessoas, sendo expetável a visibilidade da apreensão dos seus referenciais teóricos nos momentos de cuidados.

Reconhecemos, os contextos de cuidados como potenciadores de experiências de aprendizagem para os estudantes “difícilmente reproduzíveis em laboratório” (Josso, 1991), especialmente pela riqueza do espaço de interação no encontro com o sujeito de cuidados. A relação interpessoal estabelecida entre os diferentes sujeitos – estudante e pessoa/família – desenvolve-se, como salienta Paterson e Zderad (2000), nas experiências vividas, sendo fundamentais para a construção do significado de ser enfermeiro.

Neste enquadramento sobre o processo de aprendizagem do estudante, faz-nos sentido refletirmos nas estratégias de aquisição do conhecimento e desenvolvimento de competências para planear, concretizar, gerir e avaliar atividades de enfermagem nos diferentes contextos. Atendendo às metodologias de ensino-aprendizagem no modelo de formação atual, que identificamos sob duas perspetivas – a do estudante e do professor – relevamos os novos papéis como nos refere Mestrinho (2012): o de estudante, como responsável pelo seu processo auto formativo, que procura metodologias e estratégias que facilitam a otimização do seu trabalho autónomo; e o de professor como facilitador dos processos de aprendizagem, mobilizando e integrando novas estratégias pedagógicas que promovem o incentivo à capacidade auto formativa dos estudantes.

Cientes de que estes aspetos estão relacionados com a aprendizagem da prática clínica, no ensino de enfermagem valorizamos o recurso à prática, à experiência e observação como modo de compreensão da realidade (Gingras, 2003a), na delimitação do que pretendemos analisar e interpretar neste estudo.

A complexidade crescente das organizações de saúde, bem como os próprios cuidados desenvolvidos, exigem que a formação em enfermagem seja um processo de integração/transposição de saberes pelos estudantes em cada contexto da prática clínica. Esta transposição é tão mais consistente quanto melhor realizada a alternância entre a escola e as organizações de saúde (Amendoeira, 2009; Rua, 2011).

Na perspetiva do desenvolvimento do estudante é fundamental assumirmos os diferentes atores (ele próprio, enfermeiro e professor) envolvidos numa aliança pedagógica, que se constitui como facilitadora da sua aprendizagem. Por um lado porque faculta ao estudante a diversidade de perspetivas nos contextos da prática, e por outro porque o torna detentor de conhecimentos/saberes essenciais na facilitação do seu desenvolvimento como futuro profissional. Relevamos assim a importância de todos os atores em ensino clínico, na formação dos estudantes na aquisição de conceções de cuidados consentâneos com o paradigma de formação atual, tornando os estudantes o centro e motor de todo o ensino em enfermagem, como identificam (Simões, Alarcão & Costa, 2008).

No mesmo sentido, ao admitirmos um paradigma centrado no estudante enquanto sujeito aprendente, perspetivamos a sua aprendizagem, com o recurso à utilização das próprias experiências, visando a reflexão e identificação das dimensões e momentos importantes para o desenvolvimento do processo de auto e hetero-formação como nos refere Josso (2002). Contudo nem sempre este processo de aprendizagem parece ser desenvolvido de forma eficaz pelo estudante.

Reconhecemos que os contextos de trabalho atribuem uma significação às práticas de cuidar pelos estudantes, no sentido em que estes estão dependentes de uma dinâmica cognitiva e avaliativa, próprias. Esta é definida quando em contato com um conjunto de fatores materiais, relacionais e simbólicos inerentes ao funcionamento duma organização de saúde como nos explicita Abreu (2007).

Deste processo é possível fazer emergir conhecimento, permitindo aos estudantes desenvolverem um conjunto de saberes, que proporcionem o cuidar em enfermagem, a par da mobilização das aquisições em ensino teórico. Nesta base de reflexão optámos nesta investigação por analisar episódios de narração – reflexões – desenvolvidas pelos estudantes em momentos de ensino clínico.

Consideramos que a exploração de situações da prática de cuidados no processo de ensino-aprendizagem, desenvolve no estudante o sentido crítico perante casos reais, levando a que passe da apreensão concreta de uma situação para a representação abstrata e conceptual (Carvalho, 2004; Abreu, 2007; Costa, 2008). Nesta base de reflexão que temos vindo a descrever, pretendemos estudar as práticas na aprendizagem do processo de cuidados e a respetiva conceptualização dos estudantes sobre as mesmas, procurando compreender que aquisições teóricas são desenvolvidas e como surgem enquadradas quando cuidam de pessoas.

Nesta perspetiva, a Ordem dos Enfermeiros em 2001, pronunciando-se sobre os cuidados de qualidade, enuncia: “A qualidade exige, reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir – o que evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados” (OE, 2001, p.7). No mesmo sentido, os *padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*, propostos pela OE (2001), adotam o enquadramento conceptual – a saúde, a pessoa, o ambiente, os cuidados de enfermagem – como

conceitos organizadores do exercício profissional dos enfermeiros. Reconhecemos a mobilização destes conceitos, como uma oportunidade de refletir as atividades desenvolvidas pelos estudantes, em contextos da prática clínica, no confronto com os quadros de referência mobilizados no processo de formação, visando a reflexão da qualidade nos cuidados prestados.

Esta é a nossa base de reflexão epistemológica, contributiva para uma forma específica estudar a realidade, valorizada por Stake (2012) na perspectiva de um *estudo de caso*, onde procuramos o pormenor da interação entre o estudante e a pessoa nos contextos da prática clínica.

Neste enquadramento definimos o fenómeno em estudo – processo de cuidados desenvolvido pelo estudante em ensino clínico – de acordo com Denzin e Lincoln (2006), procuramos entender e interpretar o fenómeno em termos de significados que os atores a ele conferem.

Esta é a base de reflexão, onde se inscrevem as inquietações que nos motivam para a obtenção de respostas associadas ao processo de cuidados desenvolvido pelo estudante em contexto real. Baseamo-nos no princípio a sua prática se constrói sobre a interação estudante/pessoa, a partir de momentos que ocorrem em contexto clínico; consideramos esta a realidade onde que se inscreve a nossa questão de investigação:

- *Como é desenvolvido o processo de cuidados pelo estudante em ensino clínico?*

Como subquestões colocamos:

- **Que dimensões do cuidar se valorizam na interação do estudante com o sujeito de cuidados?**
- **De que forma as práticas de cuidar do estudante favorecem o seu desenvolvimento de competências?**
- **Como é que o processo de autoformação do estudante tem implicações na forma como cuida?**

2 – FORMAÇÃO E CONTEXTO CLÍNICO: APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM

“A formação é experiencial ou então não é formação, mas a sua incidência nas transformações da nossa subjetividade e das nossas identidades pode ser mais ou menos significativa.”

Marie-Christine Josso

Visando a problemática em estudo, apresentamos os contributos teórico-conceituais, que mobilizamos neste processo de investigação. Optámos por seleccionar diferentes contributos teóricos ligados à orientação teórico-conceptual seleccionada, que tiveram subjacente a formulação interativa de subquestões; contudo considerámos a necessária contextualização à abordagem indutiva assumida, visando a clarificação interativa de questões a partir do sentido dado à situação concreta como nos refere Stake (2012).

Valorizamos por isso, a necessidade de referenciais que possibilitam olhar o fenómeno, atribuir significados, procurar palavras e encontrar conceitos, que permitam aceder ao conhecimento que se vai construindo através do processo de investigação.

Seleccionámos a Teoria Humanística de pensamento em Enfermagem de Paterson e Zderad (1979, 2000), pela perspectiva humanista de análise na participação do estudante em contexto clínico. Valorizamos as experiências vividas entre sujeitos, pela relevância do “encontro” estudante-pessoa, tal como pretendemos na análise do processo dos cuidados produzido pelos estudantes em contexto de ensino clínico. As autoras desenvolvem a teoria da prática de enfermagem humanística, partindo das experiências vividas pelo enfermeiro e pela pessoa que recebe o cuidado.

Neste desenvolvimento da teoria da prática valorizamos – o *diálogo* como conceito estruturante da enfermagem através do encontro e do relacionamento entre a enfermeira e a pessoa que está em necessidade no sentido de alcançar o bem-estar, como nos explicitam Paterson e Zderad, (2000). Adotamos assim o significado do cuidado, em linha com as autoras na perspectiva: do encontro – entre pessoas – numa transação intersubjetiva – que ocorre num espaço e num

tempo – com uma finalidade determinada; o *bem-estar*, valorizando a relação entre enfermeiro e a pessoa que participa como sujeito ativo do processo e que vê no enfermeiro possibilidades de ajuda e de suporte.

Nesta relação, entendemos o *relacionamento* como o processo de estar um com o outro (estudante-pessoa), num duplo sentido: (i) como sujeito e objeto, na valorização da intersubjetividade, (ii) como sujeito-sujeito, pela capacidade de abertura entre si, possibilitando o conhecimento da individualidade. Nesta perspetiva, ambos os relacionamentos são essenciais para o processo de enfermagem clínica e elementos integrantes da enfermagem humanística (Paterson e Zderad, 2000).

Cabe aqui a explicitação de que neste estudo, procuramos as experiências “vivas” pelos estudantes de enfermagem, nos contextos da prática clínica pelo encontro entre o estudante e a pessoa através do diálogo no relacionamento, refletindo nos cuidados produzidos pelos estudantes de acordo com a valorização da perspetiva biográfica, atrás referenciada (Josso, 1991).

Reconhecemos, tal como a OE (2001) que os cuidados de enfermagem se desenvolvem no exercício profissional da enfermagem centrado na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa ou grupos de pessoas. Esta relação desenvolve-se no encontro com o estudante-pessoa, nas atividades que decorrem do ensino clínico nas organizações de saúde.

Identificamos os cuidados de enfermagem desenvolvidos pelo estudante em contexto de ensino clínico, quando ocorrem através das atividades desenvolvidas para e com a pessoa alvo de cuidados, com base em conhecimento científico, habilidades, pensamento crítico, criatividade, acompanhados de comportamentos e atitudes no sentido da promoção do bem-estar da pessoa (Amendoeira, 2000; Carvalho, 2005; Abreu, 2007; Costa, 2008).

Com o ensino clínico, pretende-se que o estudante desenvolva competências de carácter científico, técnico e humanas, num processo contínuo de crescimento e autonomia pessoal, de modo a ser capaz de planear, concretizar, gerir e avaliar atividades de enfermagem, como nos refere Carvalho (2005). Reconhecemos este tipo de ensino desenvolvido em contexto da prática clínica, particular em singularidades nas diferentes situações, promotor do desenvolvimento de competências nos estudantes, no aprender a gerir a imprevisibilidade e a

complexidade inerente às situações clínicas, no processo desenvolvido pelos mesmos estudantes com reflexo na prestação de cuidados de enfermagem.

Entendemos o processo de cuidados na perspetiva de Amendoeira (2000), na integração das intervenções de enfermagem desenvolvidas pelos estudantes (futuros enfermeiros), tendo por base a interação entre estes e a pessoa, mas também com outros atores na perspetiva da interação social e interdisciplinaridade. Este é o conceito central que assumimos neste estudo – *processo de cuidados*. Nesta perspetiva, consideramo-lo como um elemento base, na interpretação nas interações estabelecidas com os estudantes e os sujeitos de cuidados, nos contextos estudados.

Na procura do suporte conceptual para a compreensão da realidade educacional onde se inscreve o processo de cuidados desenvolvido pelo estudante, selecionamos a perspetiva paradigmática de Watson e Bevis (2005), no cuidar educativo. A perspetiva das autoras assume o cuidar humano como sendo o ideal moral da enfermagem, e onde “ensinar a cuidar transformou-se no imperativo moral da educação em enfermagem” (p.207). No centro deste processo, está o estudante que nos diferentes contextos se desenvolve e aprende. Consideramos a aprendizagem educativa não restrita à tecnicidade pedagógica, pois exige um compromisso pessoal, social, moral, científico e espiritual do professor de enfermagem e um compromisso consigo, com os estudantes e com a sociedade. Reconhecemos ser este um tempo privilegiado para uma relação pedagógica facilitadora de aprendizagens que promovam a interligação da teoria à prática, na aprendizagem da exploração, como método reflexivo sobre a realidade, também partilhado por Costa (2008), que pretendemos compreender na perspetiva do estudante.

Nesta lógica, mais do que aprendizagem o ensino clínico implica necessariamente um trabalho de conceptualização da prática (Costa, 2008), tornando-se necessário compreendermos que aquisições teóricas são desenvolvidas e como surgem enquadradas as concepções dos estudantes quando cuidam de pessoas. Assumimos de acordo com Paterson e Zderad (2000), que a teoria não pode existir sem a prática de enfermagem, pois ela depende da experiência e do reflexo dessa aprendizagem. No mesmo sentido as autoras referem ser esta

prática de enfermagem uma mistura única de arte e ciência. A ciência orienta a prática de enfermagem pelas teorias a situações reais.

O modo como o enfermeiro mobiliza a teoria, em resposta ao conhecimento da pessoa, constitui a arte da enfermagem. Reconhecemos esta perspetiva nos padrões de conhecimento de Carper (1987) – *padrão estético* – quando valorizamos a aquisição de conhecimento pelo estudante através de um processo subjetivo e criativo com a pessoa, que se torna visível na ação de cuidar.

Refletimos no contexto do estudo, de acordo com Costa (2008) e Amendoeira (2009), sobre o modo como se desenvolve o “saber enfermagem” no percurso do estudante, a partir não apenas nas dimensões da formação inicial, mas também no significado e interpretação que fazem do que possa ter sido formativo nas suas práticas. Neste sentido, sabemos que tudo o que o estudante (futuro enfermeiro) sabe e faz na sua atividade decorre dos percursos e aprendizagens anteriores (Lesne, 1984) e inclui as vivências significativas e não significativas ao longo do seu percurso de vida. Sabemos que a aprendizagem resulta da participação ativa e atuante em acontecimentos e situações, proporcionando a interação dos estudantes com o meio do qual derivam significados individuais das suas competências cognitivas. Consideramos, de acordo com Costa (2008), que os estudantes diferem na sua perceção dos acontecimentos, no meio e nos significados atribuídos aos fenómenos, sendo os resultados esperados decorrentes das experiências individuais.

No mesmo sentido, reconhecemos que os estudantes aprendem a resolver problemas sobretudo relacionados com o campo de ação onde se inserem, o que confere ao saber experiencial um caráter local, mas interdependente de outras aprendizagens que se desenvolvem em situações da prática clínica e que se relacionam com o desenvolvimento profissional. Consideramos neste sentido, o desenvolvimento profissional como indissociável do desenvolvimento pessoal, onde a coerência de ambos dá sentido e suporta o desenvolvimento institucional, como nos explicita Costa (2008).

A perspetiva de Josso, clarificou-nos os conceitos da formação e da auto-formação, sendo estes indissociáveis do facto que o aprendente-adulto, sugere um questionamento das modalidades e dos desafios de uma relação pedagógica

que se processa com jovens adultos (Josso, 2002), que assumimos com os estudantes de enfermagem. A mesma autora caracteriza os processos de formação como sendo específicas ao aprendente e por isso visíveis em interações com outras subjetividades. Procuramos identificar a mobilização de práticas de conhecimento, reconhecidas como oportunidades de aprendizagem experiencial, para assim sinalizarmos dimensões do cuidar na interação do estudante com a pessoa. A reflexão da mesma autora está ligada à experiência formadora, na lógica da aprendizagem que articula hierarquicamente, saber-fazer e conhecimentos, funcionalidade e significação, técnicas e valores num espaço-tempo que oferece a cada um a oportunidade de uma presença para si e para a situação pela mobilização de uma pluralidade de registos (Josso, 2002). Refletimos no sentido de que, promover-se um processo de transformação pessoal implica o desenvolvimento de uma atitude reflexiva sistemática, envolvendo os atores na aprendizagem: estudantes, professores e enfermeiros pela partilha destas mesmas “ferramentas” da aprendizagem experiencial.

Paterson e Zderad (2000) referem igualmente que no processo de aprendizagem experiencial é através da sensibilidade do enfermeiro (estudante), da sua consciência autêntica e da sua própria história adquirida pela experiência e estudo que o enfermeiro (estudante) pode de fato “conhecer”. As autoras reforçam que mesmo em experiências breves, o conhecimento advindo de cada experiência é duradouro e cumulativo. Questionamo-nos sobre a capacidade reflexiva dos estudantes na fase de vida em que se encontram, uma vez que se trata maioritariamente ao nível do primeiro ciclo, de adultos jovens.

Josso (2002) assume a experiência formadora como um conceito em construção, ao considerar que a “formação ou é experiencial ou não é formação”. A mesma autora considera na perspetiva da aprendizagem, que a experiência simboliza atitudes, comportamentos, pensamentos, saber-fazer e sentimentos que caracterizam uma subjetividade e identidades (Josso, 2002); valorizamos esta perspetiva quando pretendemos analisar os cuidados produzidos pelos estudantes em contexto de ensino clínico.

Ao considerarmos um paradigma centrado no estudante enquanto sujeito aprendente, perspetivamos a sua aprendizagem com o recurso à utilização das próprias experiências visando a reflexão e identificação das dimensões e

momentos importantes para o desenvolvimento do processo de auto e heteroformação. Este processo ocorre em interação com os diferentes participantes (Josso, 2002, Costa, 2008); procurámos compreendê-lo em diferentes contextos de ensino clínico.

Relevamos o significado das concepções da aprendizagem do estudante de enfermagem, no seu percurso de autonomização, através da identificação de cinco áreas de competência, explicitadas por Josso (2002): a avaliação, a comunicação, a criatividade, e as habilidades, considerando-as ligadas entre si. Estas áreas de competência surgem definidas pela autora para o “*aprender consigo a aprender, através do reconhecimento por si*”, pela capacidade de aprender consigo mesmo a aprender, e na identificação das fragilidades relativas a uma ou a outra, destas competências (Josso, 2002, p.60). Esta contextualização faz-nos sentido na especificidade da autonomização esperada, no percurso formativo estudante. Da nossa experiência, sabemos que a missão do professor é na essência facilitar a dotação de instrumentos que permitam desenvolver no estudante uma aprendizagem significativa, permitindo-lhe tornar-se num profissional reflexivo, autónomo e responsável.

De acordo com o regulamento do exercício profissional do enfermeiro [REPE]¹⁹ (2012), as intervenções de enfermagem são autónomas e interdependentes, estabelecendo-se a diferença em quem prescreve, quem inicia o processo de prescrição de cuidados. A interdependência configura-se em relação ao início do processo de quem prescreve, contudo sabemos que o enfermeiro assume a responsabilidade pelos seus atos e decisões. Neste sentido, a autonomia terá que refletir-se em qualquer tomada de decisão, ligada à capacidade e à obrigação profissional que o estudante (futuro profissional) vai construindo no seu percurso de formação. Questionamo-nos sobre o desenvolvimento do processo de cuidados pelo estudante, na especificidade da autonomia e responsabilidade para a ação dos cuidados.

No contexto das ciências da educação em enfermagem, refletimos de acordo com Bevis e Watson (2005), sobre o processo de aliança entre o ensino e a aprendizagem numa perspetiva de mudança de paradigma. No Paradigma

¹⁹ REPE E ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012) – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) - Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de setembro.

Behaviorista, descrevemos o estudante como elemento isolado e o professor em linha com o conteúdo: onde o professor é o detentor do conteúdo, servindo de mediador entre o conteúdo e o estudante. No entanto esta aliança surge desajustada, face às necessidades emergentes no ensino superior Pós-Bolonha, na especificidade da Enfermagem.

Na mesma perspetiva de análise, o paradigma *Cuidar-Educativo* integra o estudante liberto da luta com o conteúdo representado pelos objetivos comportamentais formulados pelo professor. Emerge deste modo a visibilidade do papel dos estudantes nas suas próprias vidas (Bevis, 2005). Consideramos os contributos desta reflexão, como fundamentais para a interpretação e o significado do processo da aprendizagem. A valorização da relação de confiança a estabelecer com os estudantes, na qual os estudantes são “ensinados” a ser críticos e a interpretarem a realidade da arte que a enfermagem é, consideramo-la como o caminho para a interpretação nas interações estabelecidas entre os diferentes atores nos contextos estudados.

Refletimos o interesse formativo pelo ensino clínico, de acordo com diferentes estudos (Abreu, 2007; Amendoeira, 2004; Carvalho, 2005; Fernandes, 2007; Costa, 2008; Freitas 2013) reunindo consensos sobre a constatação de que este é um contexto de aprendizagem, um lugar privilegiado para a relação pedagógica e para a condução de aprendizagens que promovem a interligação da teoria à prática, com aprendizagem e exploração, enquanto método reflexivo sobre a realidade. Identificamo-lo como espaço importante de saberes e competências, promotor de uma prática reflexiva a partir da resolução de “situações-problema”. Consideramos a relação dos momentos que decorrem da interação com os sujeitos em contexto clínico, com a identificação de necessidades específicas e reais pelos estudantes; é esta identificação que lhes permite dirigir de forma clara, um tipo de estudo que integra conceitos de anatomofisiologia, bioquímica entre outros, nos de cuidados de enfermagem (Costa, 2008).

Reconhecemos o importância da reflexão na e sobre a ação como elemento facilitador da aprendizagem do estudante em contextos clínicos. Sabemos que quando a reflexão é intencionalmente realizada conduz à construção do saber e como sugere Santos (2009), sendo teórica e metodologicamente enquadrada permite a autonomização profissional, e a consciência da tomada de decisão.

As experiências de aprendizagem desenvolvidas pelos estudantes em contexto clínico e mediadas por uma prática reflexiva, contribuem para a aquisição do conhecimento, permitindo-lhes desenvolverem um conjunto de saberes, que proporcionam o cuidar em enfermagem, a par da mobilização das aquisições em ensino teórico, que pretendemos compreender neste estudo.

Mobilizamos o conhecimento em enfermagem através da sistematização realizada por Carper (1978), através dos padrões do conhecimento: (1) conhecimento empírico ou a ciência da enfermagem, (2) conhecimento estético ou a arte da enfermagem, (3) conhecimento pessoal e o (4) conhecimento ético. A autora caracteriza estes padrões, como concebidos para atingir o domínio da disciplina da enfermagem, embora nenhum deles deva ser considerado isoladamente (Carper, 1978). Salaria a mesma autora, que a enfermagem é constituída por uma totalidade de saberes (empírico, estético, ético e pessoal), que se originam na prática e que se recriam em cada cuidado. Valorizamos este aspeto, quando procuramos caracterizar as práticas de cuidar que o estudante desenvolve em contexto clínico.

Neste sentido, procurando o significado de cuidar em enfermagem na complexidade de saberes o mesmo implica, mobilizamos o pensamento de Swanson (1991), concordante com a linha de reflexão que temos vindo a desenvolver. Valorizamos a capacidade que a autora demonstra na transposição da vertente conceptual à realidade empírica, mediante os processos de cuidar que integra na sua estrutura de cuidar, através de cinco categorias: (1) Conhecer, (2) Estar com, (3) Fazer por, (4) Possibilitar, (5) Manter a crença. As diferentes categorias, não se excluem mutuamente e as ações/intervenções para o cuidar mobilizam-se no mesmo sentido e culminam no bem-estar do sujeito de cuidados.

Procurámos uma perspetiva analítica que nos permitisse relacionar as intervenções das diferentes categorias do cuidar de Swanson (1991), na lógica do percurso de vida do estudante, quando confrontados com interações de cuidar em contextos diversos e com sujeitos de cuidados: (1) Será que o estudante na etapa de vida em que se encontra se conhece o suficiente e acredita em si próprio para desenvolver de forma eficaz o projeto de vida do sujeito de cuidados? (2) Como confronta essas experiências com as suas próprias experiências de vida? (3)

Como produzem aprendizagem? (4) Como integram as aprendizagens significativas em novas situações?

São estas algumas perguntas que definimos para a clarificação da resposta à problemática do estudo, não com o objetivo de procurar generalizar, mas antes de ajudar a compreender a complexidade do fenómeno (Stake, 2012).

A referência aos autores que integramos nesta reflexão, permite-nos compreender a mobilização do pensamento em enfermagem, ao longo do processo que desenvolvemos. Partindo da perspetiva humanista de Paterson e Zderad (2000), encontramos um fio condutor congruente com outros autores, apontando-nos referenciais teóricos que permitem um olhar específico sobre o fenómeno em estudo – apresentamo-lo na Figura 1.

No capítulo seguinte estruturamos a análise desenvolvida a partir da interação entre investigador e dados obtidos, estruturada de acordo com o movimento indutivo e interpretativo da investigação.

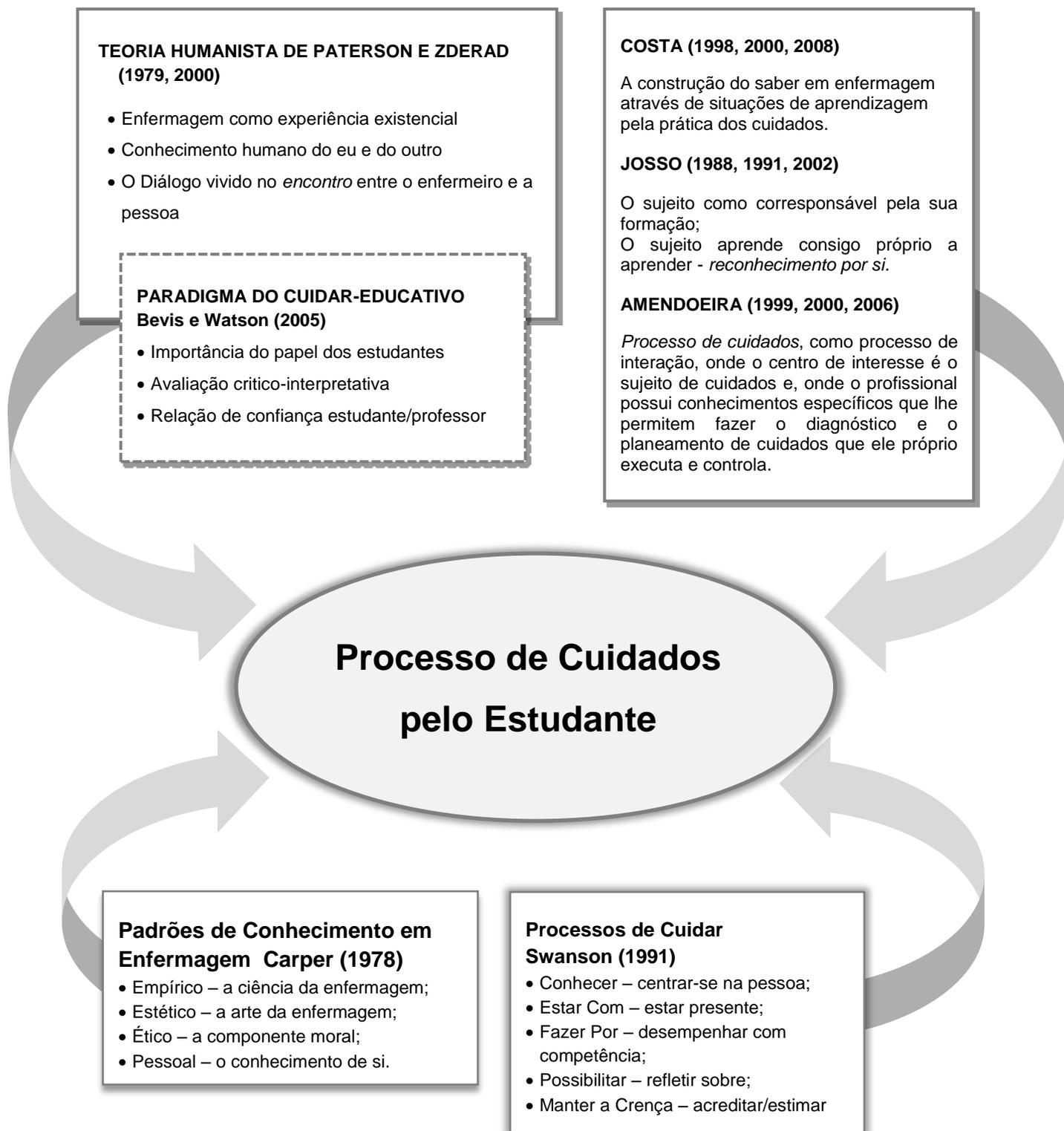


Figura 1. - A Seleção Teórico-Conceptual para Estudo do Processo de Cuidados desenvolvido pelo Estudante

PARTE II

ESTUDO EMPIRICO – PERCURSO ANALÍTICO E INTERPRETATIVO

3 – A DIALÉTICA NA EMERGÊNCIA DOS DADOS

“A página não se escreve sozinha, mas através da descoberta, da análise, da atmosfera certa, do momento certo, através da leitura e releitura dos relatos, através de um pensamento profundo, o nosso entendimento avança e a página está impressa.”

Robert Stake

Na sequência da reflexão teórica que temos vindo a descrever, visando a construção das respostas à problemática formulada, traçamos o percurso desta investigação, considerando a perspectiva indutiva e interpretativa que adotámos (Yin, 2010 e Stake, 2012).

Legitimamos o fenómeno em estudo - *processo de cuidados pelo estudante*. Enquadramo-lo numa realidade dinâmica, como explicitam Denzin e Lincoln (2012), encontrando respostas às questões centradas nas experiências sociais e dando sentido à vida humana. Numa realidade humana como a da enfermagem, o reconhecimento de que a realidade é dinâmica, é a primeira etapa para estabelecer uma perspectiva humanista da investigação (Streubert & Carpenter, 2013). Procuramos compreender os cuidados produzidos pelo estudante em contexto de ensino clínico, através das experiências vividas com os sujeitos.

Numa primeira fase do estudo, tivemos presente as pesquisas e leituras de ordem teórico-conceitual que fomos mobilizando, no sentido de assegurar a construção da problemática como nos explicitam Quivy e Campenhoudt (2008). Recorremos à consulta e análise de documentos - “reflexões críticas”, elaboradas pelos estudantes em momentos de ensino clínico, possibilitando o contato com a realidade por eles vivida.

Identificámos nesta fase algumas pontes conceptuais que foram organizadoras da estrutura cognitiva que pretendíamos nesta primeira fase, estabilizando a questão de investigação – Como é desenvolvido o processo de cuidados pelo estudante em ensino clínico?

Nesta perspectiva, desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa. Procuramos os significados e o processo para a compreensão do fenómeno – processo de cuidados desenvolvido pelo estudante. O fenómeno em estudo, pela sua relação multidimensional com os diferentes atores no processo de cuidar em enfermagem, exige a compreensão da experiência vivida pelos sujeitos no espaço que ocupam e perceber o desenvolvimento do processo dos acontecimentos (Streuber & Carpenter, 2013).

Como investigadora, preocupámo-nos com o modo como íamos observar a realidade, pois temos uma experiência anterior que valorizamos, mas que importa questionar. Neste sentido, mobilizamos o questionamento sugerido por Denzin & Lincoln (2006), a três níveis: ao nível *Ontológico* – quais as minhas crenças enquanto pessoa? qual é a natureza da minha realidade? Ao nível *Epistemológico* – que relação temos com a realidade que conhecemos? Ao nível *Metodológico* – como adquirimos conhecimento acerca da realidade? Considerámos este questionamento como influenciador do modo como observamos a realidade e no qual valorizamos o paradigma interpretativo como orientador para a ação.

Acreditamos que a nossa perspectiva é necessariamente diferente de outras, e que pela investigação, através da co-construção encontramos significados que nos permitem compreender o fenómeno em estudo.

A investigação parte da particularidade e complexidade do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante, que se reveste de um interesse muito especial, ao procurarmos o pormenor da interação nos seus contextos, como nos refere Stake (2012), através das experiências vividas pelo estudante.

Tivemos presente o que nos referem Yin (2010) e Stake (2012), autores de referência neste domínio. Referenciando a nossa perspectiva como estudo de caso nesta investigação, apresentamo-la no Quadro 1.

Quadro. 1 – Perspetiva adotada da metodologia de estudo de caso – “Caso Múltiplo” de Yin (2010) e Stake (2012)

DIMENSÕES	ABORDAGEM ADOTADA
Paradigma	Interpretativo
Método	Metodologia de Pesquisa
Crítérios de seleção do estudo	Partimos de Perguntas de Investigação. Procuramos respostas ao como? se operacionaliza a leitura do fenómeno e com quem? os diferentes atores.
Desenho do estudo	Das perguntas de investigação ao planeamento; da integração da teoria na organização cognitiva; para a recolha e análise dos dados e interpretação; na procura da triangulação. <i>-Critérios de Qualidade-</i>
Tipo de estudo	Caso Múltiplo Vários casos para o mesmo fenómeno
Preparação da colheita dos dados	Estratégia compreensiva de pesquisa; definida através das perguntas de investigação e estrutura conceptual; valorização do papel ativo do investigador, argumentos que sustentem as questões éticas e <i>émicas</i> ”.
Fontes de Evidência	Documentos normativos e legais; planos de estudo; programações de ensinos clínicos; reflexões críticas; entrevistas; características dos contextos.
Triangulação	Processo de triangulação: dos dados empíricos; teórica: autores; metodológica: das técnicas e métodos. <i>-Validade da Metodologia-</i>
Análise e Interpretação	Estratégia de análise: das perguntas de investigação à ação; Processo de universalização: dos resultados às asserções.
Procedimentos na realização do Relatório	Escrever a História numa lógica analítica-linear; Valorização da criatividade do investigador, tendo o leitor em mente. Construção da Teoria Explicativa.

As diferentes visões dos dois autores, ao nível paradigmático, mas também nos aspetos complementares que fomos encontrando no modo como propõem a realização de estudos de caso, foi determinante para a escolha metodológica fundamentada no desenho e realização deste estudo (Anexo IX).

De acordo com a perspetiva adotada, partimos das perguntas de investigação: (1) que dimensões do cuidar se valorizam na interação do estudante com o sujeito de cuidados?; (2) de que forma as práticas de cuidar do estudante favorecem o seu

desenvolvimento de competências?; (3) como é que o processo de autoformação do estudante tem implicações na forma como cuida?.

Procurando respostas a estas perguntas, apresentamos o *desenho do estudo* que caracteriza o movimento qualitativo no qual nos situamos. A metodologia de pesquisa adotada – o estudo de caso, com os contributos dos autores Yin (2010) e Stake (2012) colocada em prática, ilustra o movimento metodológico e estratégico que desenvolvemos, conforme se apresenta na Figura 2.

Numa primeira fase, pretendemos responder às seguintes questões: *para quê?* Conceptualizar o “processo de cuidados desenvolvido pelo estudante”; *como?* Através da consulta-análise documental; *com quem?* Os estudantes. Numa segunda fase, seguindo o mesmo questionamento, *para quê?* Procuramos perceber como se operacionaliza o fenómeno “processo de cuidados pelo estudante”; *como?* Pelas entrevistas semidirigidas, *com quem?* Os professores, estudantes e enfermeiros. As respostas a todas estas questões permitiram definir o caminho para a procura dos dados empíricos.

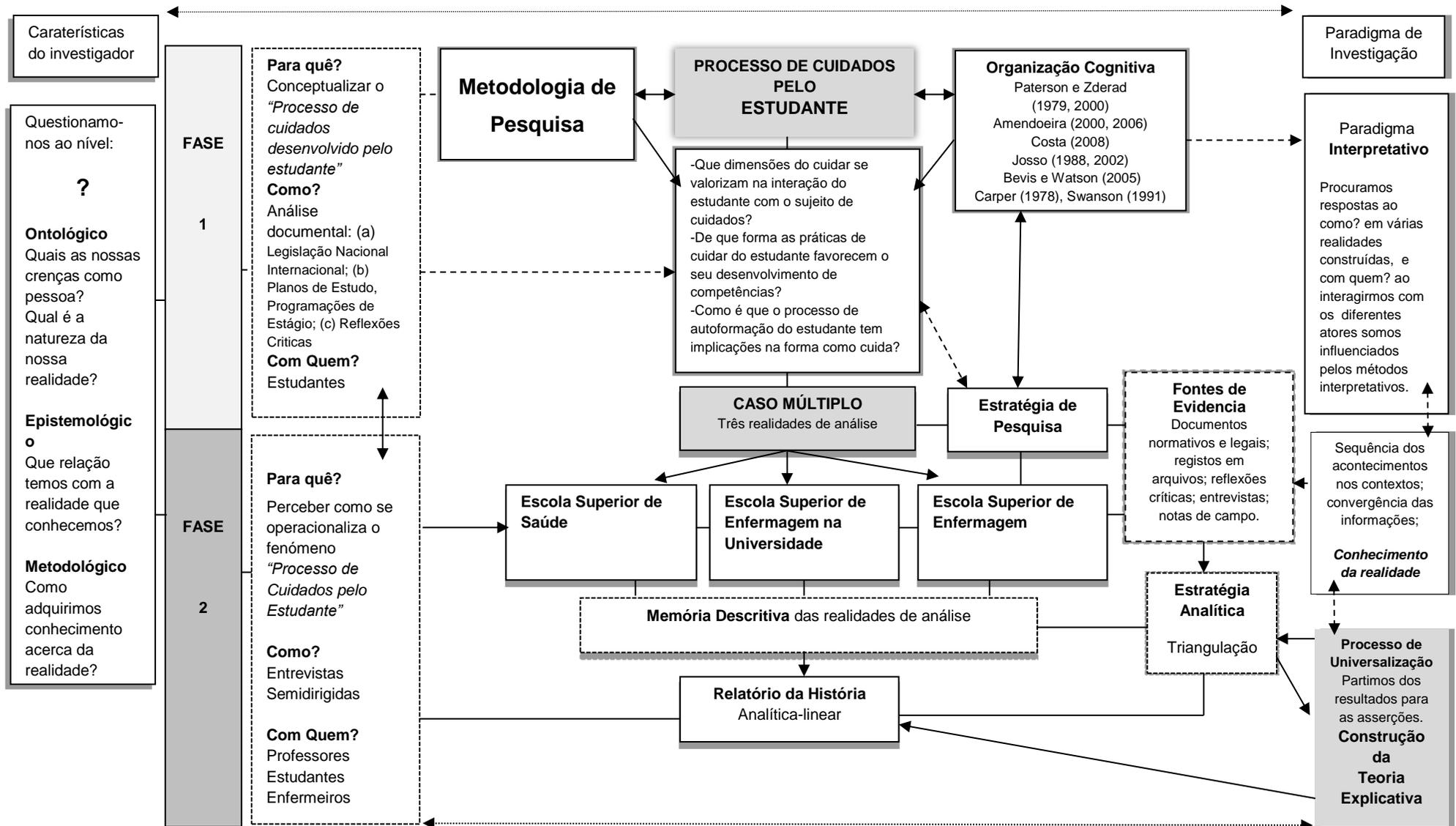


Figura 2. – Do questionamento inicial ao paradigma adotado no estudo

De acordo com a metodologia de pesquisa adotada – estudo de caso – o planeamento desenvolvido teve subjacentes as questões de investigação bem como a organização conceptual. Esta organização foi construída através das estruturas cognitivas que permitem a recolha, análise e interpretação dos dados na procura da triangulação. Apresentamos a nossa perspetiva de desenvolvimento cognitivo subjacente ao desenho do estudo (Figura 2).

Adotamos, de acordo com a estrutura metodológica descrita – estudo de caso – o caso múltiplo (Yin, 2010; Stake, 2012), por ser o método de pesquisa que investiga o fenómeno no seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de dados, permitindo a análise compreensiva do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante. O caso múltiplo, pela possibilidade de analisar o mesmo fenómeno em contextos diferentes, possibilitando pôr em evidência os resultados comuns, divergentes ou complementares.

Valorizamos as ligações em rede com outras escolas e outros atores, concordante com a filosofia de Bolonha na integração do espaço europeu do ensino superior. Enquadramos a estrutura do estudo na lógica de cada escola ser sujeito de um estudo de caso individual mas o estudo como um “todo” integrando as várias escolas e deste modo, assumimos um estudo de caso múltiplo. Optámos por ter subgrupos de casos onde as questões do “como” e do “porque” pudessem ser comparáveis ou contrastantes para a mesma unidade de análise, como sugere Yin (2010), considerando neste estudo a unidade de análise – o *processo de cuidados desenvolvido pelo estudante*.

Nesta perspetiva, valorizámos a possibilidade de obtenção de diferentes ângulos do mesmo fenómeno, através da triangulação dos contextos: Escolas de Enfermagem – seleccionadas da rede de escolas públicas de acordo com critérios normativos e legais, definidos no decreto-lei n.º 353/99²⁰ de 3 de Setembro. Nesta linha de pensamento seleccionamos escolas com a mesma tipologia (Processo de Bolonha) mas com matrizes diferentes de acordo com a transição para o ensino superior. Destacamos assim, Escola integrada no Instituto Politécnico (A), Escola integrada na Universidade (B) e uma Escola não Integrada (C). A triangulação dos

²⁰ Decreto-Lei n.º353/99 de 3 de setembro – aprova um plano integrado de medidas estruturantes para o desenvolvimento dos recursos humanos no domínio da saúde que, no domínio da enfermagem, abrange um conjunto de objetivos: (a) A transição das escolas para a tutela do Ministério da Educação; A reorganização da rede, com integração das escolas em unidades mais amplas (institutos politécnicos ou universidades); A criação da figura da escola superior de saúde; (...).

autores: diferentes abordagens na formação em enfermagem. A triangulação dos participantes: aliança pedagógica contempla os professores, os estudantes e os enfermeiros.

Ao definir no desenho do estudo a estratégia de pesquisa, tivemos presente as fontes de evidência que nos permitissem a caracterização do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante. Destas salientamos: os documentos normativos e legais, reflexões críticas, planos de estudos, programações de estágio, diários de aprendizagem, entrevistas semidirigidas e notas de campo. Desenvolvemos a estratégia analítica – um processo de triangulação: dos dados empíricos, teórico-conceitual, metodológica das técnicas e métodos.

Os participantes do estudo – professores, estudantes e enfermeiros, foram selecionados privilegiando uma amostra intencional (Savoie-Zajc, 2003), possibilitando a escolha dos respondentes por possuírem um conhecimento pertinente relativamente ao fenómeno em estudo e serem capazes de o verbalizar.

Mobilizámos como técnicas de recolha de dados: a análise de documentos pessoais²¹ – “reflexões críticas” escritas pelos estudantes no contexto A; entrevistas semidirigidas a professores, estudantes e enfermeiros. Realizamos o planeamento das entrevistas com os *guiões de entrevista* que colocamos em Anexo I, II, III, de acordo com as particularidades dos sujeitos do estudo.

Na abordagem interpretativa adotada, a utilização das diferentes técnicas e métodos permitiu o desenvolvimento do processo de triangulação dos dados, assegurando a validade da metodologia de pesquisa (Yin, 2010 e Stake, 2012).

O trabalho no terreno ocorreu em períodos alternados entre junho e novembro de 2013. Desenvolvemos o estudo em escolas de enfermagem e de saúde, e em unidades de cuidados na comunidade e hospitais (serviços de cirurgia e medicina). A opção por estes locais enquadra-se nos critérios de qualidade subjacente ao desenvolvimento do desenho do estudo e da melhor acessibilidade pela investigadora.

²¹ A designação de *documentos pessoais* é usada quando pretendemos referir qualquer narrativa feita na primeira pessoa que descreva as ações, experiências e crenças do indivíduo. São documentos que são normalmente descobertos em vez de serem solicitados pelo investigador (Bodgan e Biklen, 2010, p.177).

Das Questões Éticas

Definida a estratégia compreensiva de pesquisa, tivemos presente os argumentos que sustentaram as preocupações éticas como investigadora, que se centraram nos sujeitos e nos contextos envolvidos.

O estudo iniciou-se com a autorização da direção de uma Escola de Saúde (Anexo V), numa primeira fase para consulta e análise documental, posteriormente com a autorização de um Hospital Distrital (Anexo VII), e de um agrupamento de Centros de Saúde da Região Centro (Anexo VI), para realização de entrevistas semidirigidas. Concomitantemente foi submetido o projeto à comissão de ética do ICBAS da Universidade do Porto.

Em junho de 2013, obtivemos o parecer favorável ao desenvolvimento do estudo pela referida Comissão de Ética (Anexo VIII), altura em que iniciámos o acesso ao terreno. Numa segunda fase, foram solicitadas autorizações à direção das duas escolas de enfermagem intervenientes no estudo, sendo que numa das escolas o projeto foi (re)apreciado pela respetiva comissão de ética, obtendo-se de igual modo parecer favorável para o seu desenvolvimento. Tivemos presente o sigilo e a privacidade na recolha de dados em todos os métodos utilizados, bem como o anonimato dos diferentes intervenientes. Fizemo-lo nos momentos iniciais às entrevistas com os sujeitos, recorrendo à clarificação e preenchimento do termo de consentimento informado. Anexamos os documentos, de acordo com a especificidade dos sujeitos – professor, estudante e enfermeiro – (Anexo IV). Saliámos deste modo, toda a confidencialidade de dados e fontes que assegurámos ao longo de todo o processo de análise e tratamento dos dados.

De acordo com os procedimentos éticos e deontológicos, foram entregues a todos os participantes o consentimento informado livre e esclarecido para a participação na investigação, resultando um documento para a investigadora e outro para o participante do estudo (Anexo IV).

Faremos nos subcapítulos seguintes, a descrição das opções que fomos tomando, fundamentando e refletindo todo o processo desenvolvido, tornando visível e compreensível a metodologia que foi sendo mobilizada em cada momento da investigação.

3.1 - CONTEXTOS E PARTICIPANTES

Na investigação qualitativa, várias são as formas de chegar ao conhecimento da realidade, através de estratégias e procedimentos que permitam tomar em consideração as experiências do ponto de vista do informador, como nos referem Bodgan e Biklen (2010), num processo que reflita o diálogo entre o investigador e os respetivos participantes do estudo.

Identificámos os contextos e os participantes do estudo, tendo subjacente a compreensão de como é produzido o processo de cuidados pelo estudante em contexto de ensino clínico, questão principal do nosso estudo.

Os Contextos – foram selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão: As *escolas de enfermagem* com a mesma tipologia de formação, mas com matrizes diferentes face à reorganização da rede pública das escolas de enfermagem²², com integração em unidades mais amplas. Escola Superior de Saúde- integrada em Instituto Politécnico (A), Escola Superior de Enfermagem- integrada em Universidade (B), Escola Superior de Enfermagem-não integrada (C). As *organizações de saúde* que colaboraram com as escolas no que se refere ao desenvolvimento dos ensinos clínicos pelos estudantes. Integrámos Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e um Hospital Distrital.

Os Participantes – constituíram-se como participantes os *professores*, os *estudantes* e os *enfermeiros*. O conjunto de *professores* sobre o qual incidiu o estudo integrou 12 elementos, distribuídos equitativamente pelos três contextos, selecionados de forma intencional tendo em conta os seguintes critérios: serem orientadores de ensinos clínicos com estudantes no 4º ano do curso de enfermagem do 1º ciclo, mostrar disponibilidade e ainda a acessibilidade da investigadora aos participantes. O grupo de *estudantes* integrou 12 elementos, distribuídos equitativamente pelos três contextos, selecionados de forma intencional tendo em conta os seguintes critérios: terem desenvolvido pelo menos um ensino clínico no 4º ano do curso de enfermagem do 1º ciclo, mostrar disponibilidade e ainda a acessibilidade da investigadora aos participantes. O grupo de *enfermeiros* sobre o qual incidiu o estudo integrou 12 elementos, distribuídos equitativamente pelos três contextos, selecionados de forma

²² Decreto-lei nº 353/99, transição das escolas para o Ministério da Educação.

intencional tendo em conta os seguintes critérios: serem orientadores de ensinamentos clínicos de estudantes no 4º ano do curso de enfermagem do 1º ciclo, há pelo menos três anos, mostrarem disponibilidade e ainda a acessibilidade da investigadora aos participantes. Integraram o estudo 36 participantes, selecionados pela experiência nos diferentes contextos de cuidados. A distribuição teve presente a área de intervenção dos professores e enfermeiros no sentido de assegurar a melhor perspectiva dos cuidados produzidos pelos estudantes nos diferentes contextos.

Quadro. 2 - Caracterização dos participantes e contextos do estudo – recolha de dados e períodos temporais

Participantes	Entrevistas semidirigidas realizadas				
	PROFESSORES				Área Intervenção
Contextos	Numero	Sexo	Idade	Categoria Profissional	Área Intervenção
Contexto A Junho 2013	4	3 Feminino 1 Masculino	45-50 anos 50-55 anos	3 Professores Adjuntos 1 Professor Coordenador	Comunitária Hospitalar
Contexto B Outubro 2013	4	3 Feminino 1 Masculino	45-50 anos 50-55 anos	1 Professor Adjunto 3 Professores Coordenadores	Comunitária Hospitalar
Contexto C Novembro 2013	4	4 Feminino	40-45 anos 45-50 anos	3 Professores Adjuntos 1 Professor Coordenador	Comunitária Hospitalar
Entrevistas semidirigidas realizadas					
ESTUDANTES					
Contexto A Junho 2013	4	2 Feminino 2 Masculino	20-25 anos 25-30 anos	Estudantes 4º ano CE –1ºciclo	Comunitária Hospitalar
Contexto B Outubro 2013	4	3 Feminino 1 Masculino	20-25 anos	Estudantes 4º ano CE –1ºciclo	Comunitária Hospitalar
Contexto C Outubro 2013	4	4 Feminino	20-25 anos	Estudantes 4º ano CE –1ºciclo	Comunitária Hospitalar
Entrevistas semidirigidas realizadas					
ENFERMEIROS					
Contexto A Junho 2013	4	4 Feminino	35-40 anos 50-55 anos	4 Enfermeiros - <i>Cuidados Gerais</i>	Comunitária Hospitalar
Contexto B Outubro 2013	4	3 Feminino 1 Masculino	40-45 anos 45-50 anos	1 Enfermeiro - <i>Cuidados Gerais</i> 3 Enfermeiros - <i>Especialistas em Enfermagem Comunitária (2)</i> Enfermagem Médico Cirúrgica (1)	Comunitária Hospitalar
Contexto C Outubro 2013	4	3 Feminino 1 Masculino	40-45 anos 45-50 anos	3 Enfermeiros - <i>Cuidados Gerais</i> 1 Enfermeiro - <i>Especialista em Enfermagem Comunitária</i>	Comunitária Hospitalar

3.2 – AS OPÇÕES PARA A LEITURA DA REALIDADE

Na sequência da estratégia de pesquisa que adotamos, importa agora deslocarmo-nos para o mundo empírico, como sugere Denzin e Lincoln (2006) explicitando as opções tomadas face às técnicas e métodos de colheita e análise dos dados. Assumimos a análise de documentos – na especificidade de documentos pessoais (Bogdan e Biklen, 2010) e a entrevista (Savoie-Zajc, 2003), como técnicas preferenciais de colheita de dados neste estudo.

A análise de documentos, consiste num método de recolha de dados, que em conjunto com outros métodos complementa e possibilita ao investigador recorrer a várias perspetivas sobre o mesmo fenómeno como nos referem Bardin (2011) e Bogdan e Biklen (2010). Identificámos diferentes tipos de informação e várias formas na colheita de dados, que mobilizamos em diferentes tipos de documentos: legislação nacional e internacional, recomendações, diretrizes, comunicados, planos de estudo, programações de estágio e documentos pessoais – reflexões, notas de campo e diários de aprendizagem dos estudantes. Com as diferentes técnicas que fomos desenvolvendo no âmbito da análise documental, constituímos a base de dados, cuja exploração do material nos foi possibilitando respostas à problemática em estudo.

3.2.1 – Dos documentos pessoais às reflexões críticas

Pretendíamos como informação para a compreensão do fenómeno do desenvolvimento do processo de cuidados, a perspetiva dos estudantes sobre as suas experiências em contexto de ensino clínico. As estratégias pedagógicas na formação em enfermagem – no ensino clínico, visam sobretudo a promoção da reflexão na e sobre a prática dos cuidados. Consideramos, o processo reflexivo um meio estruturado, de identificar o conhecimento relevante na prática como nos sugere (Schön, 2000 e Perrenoud, 2002); transforma o pensamento em contexto, numa potencial situação de aprendizagem que pode ajudar a alterar e modificar as práticas desenvolvidas pelo estudante.

Reconhecemos as estratégias que apelam à promoção da autoformação do estudante, como essenciais no processo de cuidados em ensino clínico. Este é um “outro” contexto de aprendizagem, onde a monitorização do processo de

cuidados se deverá centrar na observação da responsabilidade, no trabalho em equipa e no pensamento crítico/reflexivo (Bevis, 2005).

De acordo com esta perspetiva, identificamos nas experiências desenvolvidas pelo estudante em contexto clínico, uma oportunidade de reflexão sobre as práticas, proporcionando-lhe a tomada de consciência da importância da avaliação da pessoa; estas experiências permitem-lhe analisar o seu próprio pensamento crítico e a importância deste para adequados julgamentos clínicos, bem como os momentos de reflexão pessoal e partilha de sentimentos vivenciados. Foi com esta premissa, que optámos pela informação recolhida através de documentos realizados pelos estudantes do 4º ano do 1º ciclo do curso de enfermagem em momentos de ensino clínico.

Considerámos estes *documentos pessoais*, como narrativas feitas na primeira pessoa, como nos refere Bogdan e Biklen (2010) quando descrevem as ações, experiências e crenças do indivíduo. Desta forma, seleccionámos as *reflexões críticas* como documentos pessoais elaborados pelos estudantes, sem modelo previamente definido pela investigadora, como atrás mencionámos. Identificamos estas reflexões como episódios de narração, realizadas no âmbito da reflexão sobre as práticas pelos estudantes.

Procurámos nas “reflexões críticas” uma forma de olharmos a realidade do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante em ensino clínico. Identificamo-las como uma reflexão estruturada que integra uma fase descritiva de situações – num primeiro momento de acordo com a perceção da situação especialmente significativa para o estudante, e em seguida com a descrição da “narração” factual dos acontecimentos, permitindo a análise crítica como sugere Santos (2009). Procurámos nesta análise identificar as dimensões do cuidar valorizadas, assim como a identificação do conhecimento mobilizado pelo estudante na interação com o sujeito de cuidados. Da avaliação da reflexão, no confronto entre a sua experiência e a dos outros, emerge a construção de uma nova perspetiva, onde procurámos as práticas de cuidar que tivessem significado para os estudantes, as estratégias que foram mobilizando, e as competências desenvolvidas. Trata-se de documentos que foram elaborados tendo subjacente uma estrutura de processo reflexivo constituindo-se como uma estratégia pedagógica em ensino clínico, que se revelou de grande utilidade nesta fase do estudo.

Ao assumirmos as reflexões críticas como fontes de evidência na primeira fase desta investigação, pretendíamos que as mesmas se constituíssem também na segunda fase como uma fonte de evidência, complementar às entrevistas realizadas aos participantes *estudantes*.

Clarificamos as diferentes designações encontradas, para o mesmo perfil de *episódio de narração* nos diferentes contextos estudados, pois que designamos de forma distinta – as reflexões críticas os diários de aprendizagem e os jornais de aprendizagem como os documentos a serem analisados neste estudo.

3.2.2 – Do discurso dos participantes

Com base na orientação indutiva de investigação que assumimos, as entrevistas constituíram-se como estratégia dominante de recolha de informação tendo sido ainda utilizadas em conjunto com a análise de documentos e outras técnicas. Na perspetiva de Bodgan e Biklen em todas as situações, a entrevista é “utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspetos do mundo” (2010, p.134). Adotamos esta perspetiva para obter informação do estudante *pela e na* interpretação dos diferentes sujeitos à realidade do processo de cuidados pelo estudante.

A entrevista como instrumento de investigação é uma técnica de colheita de dados, que utilizamos ao pretendermos compreender o sentido do fenómeno em estudo – processo de cuidados desenvolvido pelo estudante em ensino clínico, tal como ele é percebido pelos participantes do estudo. Privilegiamos o sentido dado à experiência neste estudo, constituída da realidade que cada um dos participantes (professores, estudantes e enfermeiros) construiu a partir de interações estabelecidas com as pessoas e os contextos (Savoie-Zajc, 2003).

Assumimos a *entrevista semidirigida* como a que melhor reunia estes requisitos, tal como propõe Savoie-Zajc (2003, p.285), na medida em que “permite tornar explícito o universo do outro” e a sua “compreensão do mundo” possibilitando aos interlocutores “organizar, estruturar o seu pensamento”. Desta relação, advém a produção de um saber em situação, uma co-construção face à interação vivida, pela investigadora e respondente, procurando, uma revelar o seu pensamento e a outra querendo compreendê-lo melhor. A outra dimensão que valorizamos,

integra a função emancipatória como no sugere Savoie-Zajc (2003), ao definirmos as questões a abordar com os participantes que nos permitiam uma exploração aprofundada das diferentes perspetivas quanto às dimensões dos cuidados produzidos pelos estudantes. Pretendíamos obter informação junto dos participantes – professores, estudantes e enfermeiros, mas sempre o *discurso* focalizado ao estudante.

Na preparação da entrevista semidirigida, tivemos presentes três ordens de considerações, como nos sugere Savoie-Zajc (2003), de ordem conceptual, de ordem relacional e de ordem material. Relativamente à *ordem conceptual* – o planeamento da entrevista teve subjacentes as dimensões emergentes da análise dos dados na 1ª Fase do tratamento e análise do material empírico (Figura 3).

Procurávamos uma estrutura de entrevista para todos os participantes, em concordância com Savoie-Zajc (2003), uma vez que considerámos os temas e as dimensões assentes na estrutura teórica que desenvolvemos.

Dos temas emergentes: conceção dos cuidados, intervenção de enfermagem, aprendizagem do processo de cuidados, e das dimensões encontradas, procurámos na perspetiva dos estudantes, levar os respondentes a referir como desenvolvem a organização do planeamento dos cuidados de enfermagem; qual o momento mais adequado para a intervenção à pessoa como centro dos cuidados; como caracterizam a aprendizagem nos momentos de interação dos cuidados; como desenvolvem a capacidade de reflexão sobre a prática de cuidados – nesta base definimos questões e indicadores.

Identificamos toda a estrutura conceptual (temas-dimensões-indicadores) desenvolvida, essencial na construção de indicadores a integrar na planificação do esquema da entrevista (Savoie-Zajc 2003). Todo o questionamento foi acompanhado com indicadores, possibilitando a melhor explicitação pela investigadora e a compreensão dos respondentes. Procurando a compreensão dos diferentes participantes, desenvolvemos com a mesma estrutura de entrevista, um plano dirigido ao professor, ao estudante e ao enfermeiro (Anexo I, II, III).

Relativamente à seleção dos participantes, integramos professores, estudantes e enfermeiros, pelas características que detêm no processo de ensino aprendizagem, e no percurso de formação em enfermagem. Os participantes

foram selecionados pelos seus conhecimentos e por possuírem uma competência pertinente relativamente ao fenómeno em estudo. Constituindo-se uma amostra de tipo intencional, definimos critérios no sentido de reunir características comuns do grupo de participantes (Savoie-Zajc 2003).

No que se refere aos professores, assumimos que seriam quatro professores em cada contexto, que tivessem orientado estudantes do 4^o ano em ensino clínico na comunidade e/ou hospital, há pelo menos três anos. Relativamente ao grupo dos estudantes, considerámos serem quatro estudantes em cada contexto, e que tivessem desenvolvido pelo menos um estágio no 4^o ano. Por último, ao grupo dos enfermeiros também quatro enfermeiros em cada contexto, selecionando aqueles que orientaram estudantes à pelo menos três anos em contextos da comunidade e/ou hospital. Assumimos a realização das trinta e seis entrevistas face aos participantes e aos contextos, tendo presente que seria um número, que como sugere Savoie-Zajc (2003), é mais uma ordem de grandeza habitual e não tanto um número determinado face a uma argumentação bem desenvolvida. Neste sentido, priorizamos o critério da saturação tendo presente o número inicial de respondentes e o grau de saturação atingido no decurso da investigação (Savoie-Zajc 2003).

A realização do esquema da entrevista e a identificação de critérios de amostragem permitiu-nos o guião para a condução da mesma, que aplicámos nos três contextos do estudo.

As considerações de ordem relacional entre investigadora e participantes ocorreram em contatos prévios, modo presencial e via telefone, divulgando o âmbito do estudo, o objetivo da entrevista, bem como nos disponibilizámos para o envio prévio da estrutura da entrevista. Considerámos orientadores os contatos havidos com todos os participantes, pois permitiram-nos decidir o momento, a duração e o local das entrevistas semidirigidas (Savoie-Zajc 2003).

Nas considerações de ordem material, tivemos presente o registo do material colhido quando da entrevista semidirigida, com recurso a gravação em formato áudio e posteriormente transcritas e datilografadas em folhas A4 (como adiante explicitaremos). O local de realização das entrevistas variou, entre as escolas de enfermagem/saúde e os locais de estágio de acordo com as preferências dos entrevistados; a duração das entrevistas foi, em média 50 minutos (variando entre 40 e 60 minutos).

4 – AO ENCONTRO DOS SIGNIFICADOS

“A função da investigação não é necessariamente mapear e conquistar o mundo, mas sim sofisticar a sua contemplação”

Robert Stake

Na sequência dos dados obtidos através das técnicas apresentadas, desenvolvemos uma estratégia de análise geral, numa abordagem sistemática procurando encontrar significado no conjunto dos dados como nos sugerem (Yin, 2010 e Stake, 2012). Não havendo uma estratégia geral previamente estruturada na pesquisa qualitativa, desenhámos um fluxo de fases de análise específicas que incorporamos durante todo o processo, conforme Figura 3.

Apresentamos o diagrama de análise do tratamento do material empírico, integrando as três fases operacionalizadas numa perspetiva evolutiva de complexidade crescente e de redução dos dados em busca do significado na análise.

Seguimos desde a primeira fase a análise compreensiva do fenómeno, assumindo a descrição detalhada da triangulação das técnicas e métodos que realizámos num contexto determinado. De acordo com a estratégia analítica subjacente a esta etapa, foi possível produzir *indicadores de análise* que se constituíram determinantes na construção das entrevistas a realizar nos três contextos selecionados neste estudo de caso múltiplo que desenvolvemos.

Salientamos neste enquadramento metodológico, a realização de uma fase exploratória a este estudo, que valorizamos como fundamental importando agora referi-la. Seguidamente, apresentamos a descrição das três fases operacionalizadas no diagrama da análise do tratamento do material empírico.

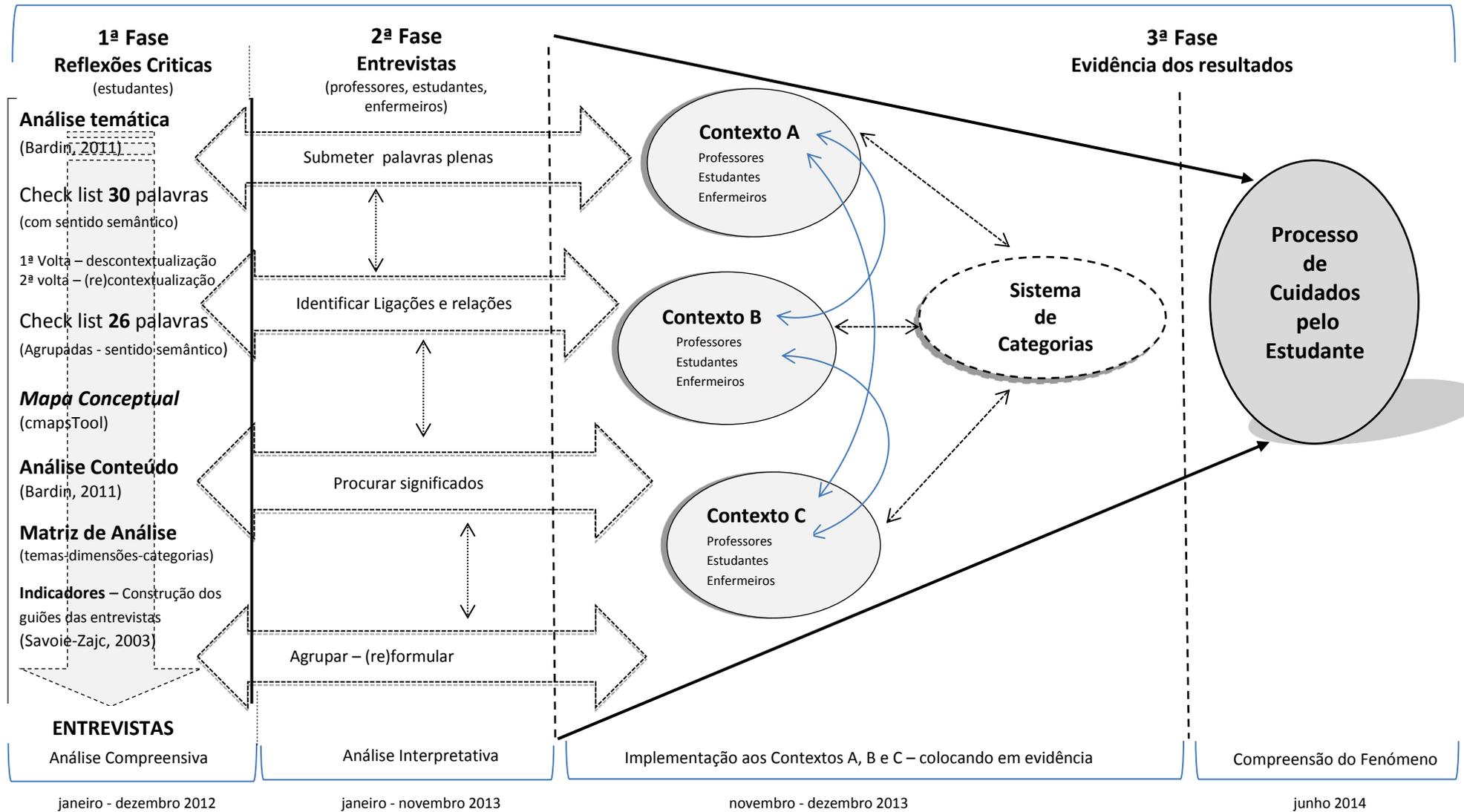


Figura 3. – Diagrama da análise do tratamento do material empírico – fases e períodos temporais

A FASE EXPLORATÓRIA

De acordo com as questões de investigação, procurávamos saber como proceder para obter informação, como explorar o terreno para construir a nossa problemática de investigação. Seguindo a perspetiva de Quivy e Campenhoudt (2008), a exploração integra as operações de leitura e os métodos de exploração complementares nesta fase do estudo. Neste sentido, realizámos diversas leituras de âmbito teórico-conceitual e a documentos normativo-legais, comunicados, declarações, planos de estudos e programações de estágio, visando essencialmente assegurar a clareza da problematização. No que se refere aos métodos complementares destacamos a análise documental e análise temática, realizada às reflexões críticas elaboradas pelos estudantes.

Nesta fase do estudo, foi fundamental o contato com a realidade vivida pelos estudantes como sugere Quivy e Campenhoudt (2008), partindo dos documentos de narração – “reflexões críticas”²³ desenvolvidas em contexto clínico pelos estudantes do 1º ciclo, 4º ano da escola de enfermagem²⁴. Partimos de uma amostra intencional (Savoi-Zajc, 2003) de 12 documentos distribuídos de modo equitativo pela área dos cuidados de saúde primários e hospitalar. Pretendemos uma perspetiva de análise, que nos permitisse identificar quais as dimensões que os estudantes valorizavam no processo de cuidados na prática clínica. Assumimos a análise de conteúdo na perspetiva de Bardin (2011) na procura da realidade vivida pelo estudante através das mensagens, como refere a autora. A organização dos documentos foi submetida às diferentes fases da técnica da análise temática de conteúdo²⁵. Constituído o *corpus* de análise submetemo-lo aos procedimentos analíticos. Com base no tratamento dos dados obtidos através do *corpus* da análise, procedemos à análise e discussão dos mesmos, com vista à sua interpretação. Construimos, assim um “novo” discurso com base nos dados em confrontação com os referenciais teóricos adotados.

As dimensões de análise de conteúdo, sujeitas à validação interna: exaustividade, exclusividade, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade, permitiram-nos elaborar uma matriz de análise, integrando o tema, as categorias e os

²⁴ Escola de Enfermagem que integra o **Contexto A** – no âmbito da metodologia adotada de estudo de caso múltiplo.

²⁵ A técnica da análise de conteúdo será explicitada na **1ª Fase** deste capítulo, cf. p.62

indicadores. *Tema* – O estudante de enfermagem no processo de cuidados em contexto clínico; *Categorias* – (1) Práticas mobilizadas em ensino clínico, (2) Dimensões valorizadas no processo de cuidados, (3) Estratégias para a autoformação; *Indicadores* – (1) centralidade da pessoa, conceptualização teórica, planeamento de atividades; (2) Momentos na metodologia científica, estrutura de organização, princípios éticos; (3) assunção de responsabilidades, observação reflexiva, alianças terapêuticas.

Da discussão e interpretação dos dados, as *dimensões* que os estudantes valorizaram no desenvolvimento do processo de cuidados em contexto de ensino clínico, remetem-nos para os seguintes polos de análise:

- As *práticas* mobilizadas pelo estudante, através das atividades de prestação de cuidados desenvolvidas sugerem-nos a integração de diferentes formas metodológicas, contudo evidenciam-se com maior ou menor consciência a centralidade da pessoa nos cuidados de enfermagem, bem como a visibilidade da mobilização do método científico para o planeamento e execução dos diferentes momentos do processo de cuidados.

- O *processo de cuidados* desenvolvido em contexto de ensino clínico sugere-nos a valorização pelos estudantes de enfermagem, de uma atitude estruturada numa aprendizagem a partir de alguns indicadores, que mobilizam saberes de diferentes tipos (Amendoeira, 2006); considerámo-los visíveis na estrutura da organização mobilizando os princípios éticos da profissão de enfermagem.

- As *estratégias* desenvolvidas na promoção da autoformação sugerem-nos a integração do processo de cuidados em ensino clínico, quando a aprendizagem do estudante se centra no aprender pela análise da sua própria experiência; considerámo-las promotoras do desenvolvimento da sua aprendizagem, em interação com o sujeito de cuidados com recurso ao processo reflexivo, integrando a observação da responsabilidade, na relação interpessoal e multiprofissional estabelecendo uma aliança terapêutica.

Na sequência do conhecimento da realidade vivida pelo estudante, que procurámos através da análise dos dados obtidos, fez-nos sentido o aprofundamento desta temática pelas dimensões valorizadas nesta fase inicial do estudo e assim estabilizar a nossa pergunta de investigação: Como é desenvolvido o processo de cuidados pelo estudante em ensino clínico?

A PRIMEIRA FASE²⁶ – *Análise Compreensiva*

Partimos para esta fase do estudo à procura do *modelo de análise*, que procurávamos construir de acordo com a problemática definida, dando resposta às perguntas de investigação através de uma estratégia geral para a compreensão do fenómeno em estudo. Procurámos na metodologia de pesquisa – estudo de caso – o questionamento *para quê?* Conceptualizar o fenómeno “o processo de cuidados pelo estudante” e ao *como?* Análise documental – dos documentos normativos e legais aos planos de estudo, programações de estágio e às reflexões críticas dos estudantes. Foi possível explorar todo o material, o que nos ajudou a ter um primeiro contacto com a realidade vivida pelos estudantes.

Identificamos esta primeira fase sobreponível à fase primeira do questionamento inicial ao paradigma adotado que apresentamos na Figura 3.

Neste enquadramento, visando a análise compreensiva do – *processo de cuidados desenvolvido pelo estudante em contexto clínico* – organizamos para a recolha, análise e interpretação dos dados, um conjunto de técnicas e métodos que articulámos posteriormente num processo triangulação, constituindo-se na estratégia de análise adotada nesta fase do estudo.

Faremos a descrição dos vários procedimentos metodológicos seguindo a sequência apresentada na Figura 2.

Partindo das Reflexões Críticas

Iniciámos pela análise de documentos de narração, “reflexões críticas”²⁷ elaborada pelos estudantes do 4º ano do 1º ciclo do curso de enfermagem de uma escola de saúde, procedendo à organização do material. Cabe aqui a explicitação da linha de reflexão que adotámos para a seleção do estadió destes participantes: no âmbito das Competências *Tunning* (2000), procurámos identificar no seu processo de aprendizagem e nas suas especificidades ao nível do desenvolvimento das diferentes capacidades: instrumental (cognitivas, metodológicas, tecnológicas e linguísticas; interpessoal (individuais tais como as competências sociais (interação social e cooperação) e sistémico (relacionadas

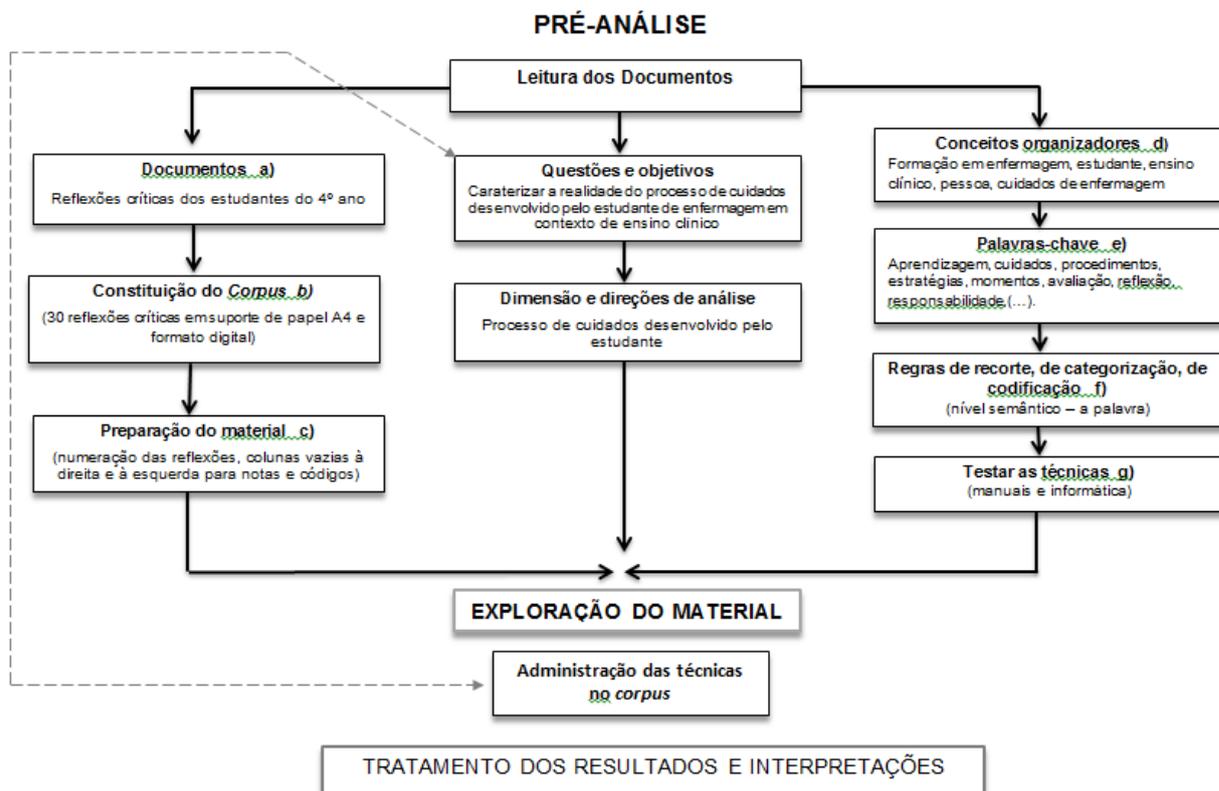
²⁶ A 1ª Fase encontra-se representada no diagrama da análise do tratamento do material empírico, Figura 3
cf. p. 59

²⁷ cf. p. 53

ao sistema na sua totalidade, na combinação da compreensão, sensibilidade e conhecimento do indivíduo e das partes que relacionam e se agrupam).

Por outro lado valorizámos igualmente a perspectiva de Benner (2001), para a compreensão do desenvolvimento de competências dos estudantes em contexto profissional, definidas segundo a autora, nos estádios de: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Remetendo-nos à especificidade dos estudantes mobilizaremos essencialmente o primeiro estadio desenvolvido.

Para esta organização do material e processamento da leitura segundo critérios de análise, tivemos presente o que nos refere Bardin (2011, p.121), sobre as diferentes fases da análise de conteúdo, sendo que o fizemos em torno de três polos desenvolvidos sequencialmente: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (Figura 4). Na fase da pré-análise desenvolvemos a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. A escolha dos documentos (a), teve presente o critério da aleatoriedade (Beaud, 2003), na seleção das “reflexões críticas” realizadas pelos estudantes do 4º ano do curso de enfermagem, num total de trinta documentos, resultantes de atividades pedagógicas em contexto de ensino clínico.



Esquema adaptado de Bardin, 2011

Figura 4. – Desenvolvimento das fases da análise das reflexões críticas

Definida a constituição do *corpus* da análise (b), estabelecemos contacto com os documentos a analisar e realizámos a leitura flutuante, no sentido de retirar impressões e orientações, em função das hipóteses emergentes (Bardin, 2011). Nesta fase, foi fundamental a leitura dos documentos; interrogámo-nos sobre o que era sugerido *a priori* face ao processo de cuidados desenvolvido pelo estudante, e pelo conhecimento que se possuía, tendo subjacentes os conceitos organizadores (d): formação em enfermagem, estudante, ensino clínico, pessoa e cuidados de enfermagem; do quadro teórico que pretendemos constituíram-se em indicadores de análise as seguintes palavras-chave (e): aprendizagem, cuidados, procedimentos, estratégias, avaliação, reflexão, responsabilidade (Anexo X). A preparação do material (c), consistiu na numeração de todos os documentos, dispondo de colunas vazias à direita e esquerda para notas e códigos. Quanto às regras de categorização e codificação (f), tivemos presente na codificação a escolha do *recorte* da unidade de registo, sendo esta considerada a unidade de significação de nível semântico, a palavra. Tivemos em consideração que, todas

as palavras do texto podem ser levadas em consideração ou podemos reter unicamente as palavras-chave ou as palavras-tema, ou ainda efetuarmos a análise de uma categoria de palavras (Bardin, 2011). Nesta perspetiva, valorizámos num primeiro momento todas as palavras com sentido semântico idêntico que pudessem constituir-se em dimensões significativas, quando pensamos na conceção do processo de cuidados desenvolvido pelos estudantes. Quanto à unidade de contexto consideramos ser a frase para a palavra, como unidade de compreensão para codificar a unidade de registo, cujas dimensões, superiores às unidades de registo são ótimas para compreendermos a significação exata da palavra, podendo ser sinónimas ou próximas a nível semântico. As técnicas desenvolvidas (g) foram testadas de forma manual e informática no sentido de assegurar a correta aplicação, segundo as possibilidades de leitura do computador e dos programas informáticos utilizados. As diferentes operações da pré-análise (Figura 4) foram sendo desenvolvidas, ficando a fase de análise propriamente dita, na aplicação sistemática das decisões tomadas. Esta fase “longa” consistiu essencialmente em operações de codificação e decomposição em função das regras previamente formuladas (Bardin, p.127). A “exploração do material” para a identificação das dimensões que os estudantes valorizam na conceção do processo de cuidados desenvolvido em ensino clínico, foi submetida a diversas técnicas sobre o *corpus*. Procedemos à identificação de palavras e/ou expressões significativas, importantes para a definição das unidades de análise. Deste procedimento, surgiram um conjunto de palavras com significado, enquadrado ao conceito de processo de cuidados para as unidades de registo, sendo idênticas, sinónimas ou próximas a nível semântico.

Realizamos a agregação das palavras, por aproximações semânticas ligeiras (cuidar, cuidado, cuidados ou prática, práticas), mas não destituídas de critérios de agrupamento (o cuidar, a prática de cuidados), permitindo deste modo, classificar a informação através de uma lista de palavras²⁸, com sentido semântico, num total de trinta palavras (30) que se denominaram por *palavras plenas*, isto é palavras portadoras de sentido (Bardin, 2011). Valorizámos as unidades de enumeração porque pretendíamos a frequência com que as

²⁸ Lista de palavras apresentadas no anexo X

expressões se repetiam, no sentido de ajudar a perceber a *intensidade* das palavras e o sentido que os estudantes lhe conferiam. Com o recurso ao software do Microsoft Word 2010, submetemos a lista de todas as *palavras plenas*, ao corpus de análise. O procedimento consistiu em submeter palavra a palavra ao documento em formato digital (em Microsoft Word), através da opção “localizar” seguido de “localização avançada” para selecionar “documento principal”, obtivemos a localização da palavra e a frequência de aparição.

Com a **análise temática**, conduzida segundo as dimensões que os estudantes valorizaram “núcleos de sentido” no discurso produzido em atividades desenvolvidas em contexto clínico, verificámos a frequência repetida de palavras que tinham sentido semântico. Qualitativamente, a análise pormenorizada destas palavras, indicam os significados e os sentidos atribuídos, presentes no discurso. Procurámos demonstrar de forma analítica como nos sugere Bardin (2011) o conteúdo e a consistência interna das palavras, através do movimento do corpus, com as palavras que foram submetidas à busca informática automática.

Após localização da palavra, na unidade de contexto, reconhecida como o segmento de texto onde a palavra tem sentido, efetuámos a descontextualização através da regra do recorte. O recorte da unidade de registo foi efetuado de acordo com os referenciais teóricos e sentido atribuído pelos estudantes, ficando ordenadas as várias unidades de contexto numa tabela de dupla entrada em formato digital (em Microsoft Word). Este procedimento foi replicado, para as trinta palavras submetidas, ao qual atribuímos o estatuto de primeira volta – a descontextualização dos dados. Posteriormente realizámos nova decomposição, através do recorte e aglutinação de cada palavra plena numa tabela única, reconstruindo-se, uma tabela individual para cada palavra plena, constituindo-se a segunda volta – a (re)contextualização dos dados. Movimento conseguido pela análise das diferentes unidades de contexto que integram a totalidade das palavras plenas, de sentido semântico igual e com sensibilidade à frequência de aparição.

Neste sentido, dando continuidade à representação da estrutura cognitiva do processo de cuidados desenvolvido pelos estudantes, através das unidades semânticas já constituídas pelas palavras plenas identificadas, recorreremos ao mapa conceptual no âmbito do seu potencial como instrumento epistemológico,

como aponta Novak (2000), uma vez que nos permitiu a compreensão da relação entre o domínio conceptual e o domínio factual do processo científico, que pretendíamos.

O **mapa conceptual** (Novak, 2000) é um instrumento metodológico, sob a forma de grafo, que permite organizar e representar o conhecimento. Permite reduzir de forma analítica, a estrutura cognitiva subjacente a um dado conhecimento, aos seus elementos básicos. Este instrumento é estruturado a partir de conceitos principais e suas relações. Habitualmente, os conceitos são arrumados espacialmente em caixas de textos. A relação entre dois conceitos é representada por uma linha, contendo uma palavra e/ou frase de ligação. Os conceitos ligados, em forma de grafo, por frases de ligação formam proposições, que representam as unidades fundamentais do conhecimento, as unidades semânticas que compõem a estrutura cognitiva (Carvalho, 2009; Jonassen, 2007).

Nesta perspetiva, pretendemos com o recurso ao mapa conceptual representar o conhecimento dos estudantes acerca do processo de cuidados desenvolvido pelos mesmos em contextos de ensino clínico. Fazemo-lo na lógica da associação da teoria à prática, para a clarificação de conceitos-chave, estabelecendo as relações significativas entre os diferentes conceitos através de proposições. Neste sentido, a compreensão destes conceitos far-se-á aliada ao sentido atribuído aos conceitos mais gerais e inclusivos e aos conceitos progressivamente diferenciados em termos de detalhe e especificidade (Fonseca, Extremina e Ferreira, 2010).

Trata-se portanto de um procedimento, que num primeiro momento se constituiu, em agrupar todas as palavras plenas através do referenciamento constante nos encadeamentos: palavra plena – palavra de ligação (Bardin, 2011), permitindo formar várias relações semânticas com significado, que possibilitaram a construção de uma *rede semântica*, e composição do Mapa conceptual, com recurso ao *software Cmap Tools*²⁹.

Na perspetiva compreensiva dos dados, procedemos à análise da rede semântica através dos conceitos, das palavras, frases e/ou proposições significativas, no

²⁹ Software *Cmap Tools* – software para a construção de mapas conceptuais: <http://cmap.ihmc.us>

sentido da organização do conhecimento dos estudantes face a conceção do processo de cuidados. A análise do mapa permitiu assim representar as palavras plenas portadoras de maior sentido, como os conceitos mais gerais: *cuidados*, *pessoa*, *intervenção*, *momentos*, *ajudar*, *aprendizagem*, *reflexão*, *competências*, *avaliação*; no sentido da compreensão do conhecimento dos estudantes, integrando as restantes palavras plenas, como os conceitos menos gerais na representação hierárquica do mapa conceptual.

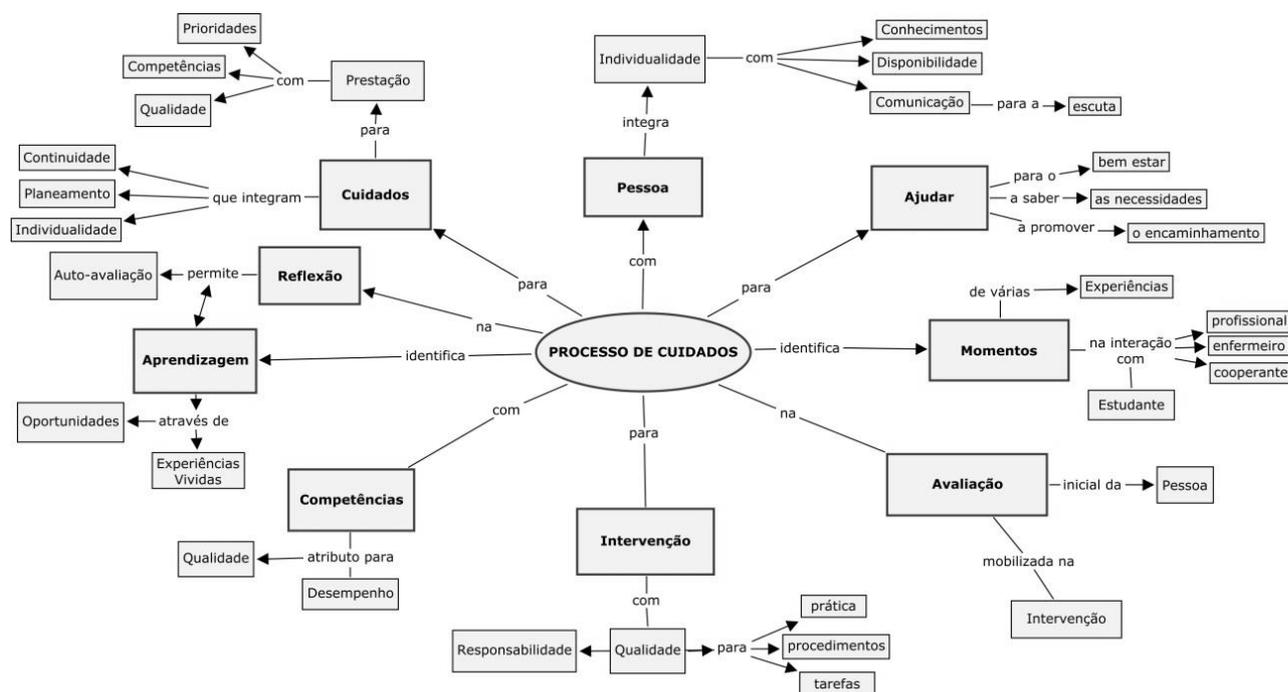


Figura 5. - Mapa conceptual que representa os conceitos com significado para o estudante no processo de cuidados.

Visando a estrutura do “tratamento dos resultados e interpretações” (Figura 4), foi fundamental analisar os dados, através dos quadros de codificações obtidos, do conteúdo do mapa conceptual com o referencial teórico e o objetivo do estudo. Desta forma foi possível, encontrar a linha semântica que os conduzia, relacionar uns com os outros, integrando as qualidades da análise de conteúdo e, o mapa conceptual, permitindo a identificação e representação dos conceitos, com significado atribuído à conceção do processo de cuidados desenvolvido em ensino clínico pelo estudante de enfermagem.

O processo de associação de palavras com recurso ao mapa conceptual, para determinação e indicação de correspondências entre as mensagens dos estudantes e a realidade subjacente, foi fundamental para avaliação das unidades da rede semântica (Jonassen, 2007). Valorizamos aqui a centralidade de cada «nó» desta rede, pelo número de ligações diretas (os nove conceitos mais gerais) e de ligações indiretas (conceitos menos gerais e outros a eles diretamente ligados). Consideramos desta forma a centralidade como um critério para a identificação da importância destes conceitos para o processo de cuidados pelo estudante, estruturando-a a partir dos conceitos centrais e das suas relações. Com as setas colocadas na Figura 4, pretendemos tornar visíveis as relações hierárquicas e estabelecidas. De acordo com Jonassen (2007), a quantidade e a precisão dos pares de palavras ligadas e a quantidade de ligações entre os pares de palavras indicam-nos uma compreensão profunda das mesmas. Valorizamos estes aspetos para a compreensão do conhecimento dos estudantes e para a identificação da sua conceção no âmbito do «processo de cuidados».

Quando definimos a palavra «pessoa» valorizamos uma ligação causal, que «integra» a «individualidade» estendendo-se para nova ligação: os «conhecimentos», «disponibilidade», «comunicação», e para a palavra «escuta». Do mesmo modo na palavra plena «cuidados» verificamos uma relação causal, mas representada de forma hierárquica, sendo uma palavra que apresenta dois «nós» de correspondências um que integra a «continuidade», «planeamento» e a «individualidade» e outro dirigido para a palavra «prestação», que dirige para as «prioridades», «competências» e «qualidade». Na palavra «Intervenção», verificamos uma relação causal, que permitiu a representação de acordo com os estudantes, com «qualidade»; verificamos dois «nós» de correspondência, um com a palavra «responsabilidade» e outro com «prática», através de «procedimentos» e «tarefas». Para a palavra «aprendizagem», identificamos uma relação causal que ocorre através de «experiências vividas» e de «oportunidades», permitindo a «reflexão» e a «autoavaliação».

Tendo em conta estas relações, a identificação dos conceitos mais gerais, da natureza dessas relações com os outros diferentes conceitos (Novak, 2000; Jonassen, 2007; Carvalho 2009), constituíram-se como fundamentais na procura do significado que os estudantes atribuem às dimensões da conceção do processo de cuidados desenvolvido em contexto de ensino clínico.

Damos agora continuidade ao desenvolvimento do sistema de codificação na investigação qualitativa, que temos vindo a descrever, que segundo Bodgan e Biklen (2010, p. 223) tem como objetivo organizar conjuntos de dados que descrevam a forma como os sujeitos definem a situação ou tópicos particulares.

Todo este questionamento, se revela fundamental quando procuramos no movimento indutivo e interpretativo desta investigação, compreender as dimensões que os estudantes valorizam no processo de cuidados, e a relação com sentido único que estabelecem como sugere Chevrier (2003).

Neste sentido e visando o aprofundamento dos dados que pretendíamos, assumimos a **análise de conteúdo**³⁰ como técnica de análise (Bardin, 2011) a integrar o processo de triangulação nesta primeira fase do estudo.

Identificamos as palavras representadas no mapa conceptual, como portadoras de sentidos e de significados que procuramos compreender. Pela análise de conteúdo, Bardin (2011) aponta que na interseção da palavra e de unidades semânticas é fundamental procurar-se fazer o recorte de natureza puramente formal na maioria das práticas. A partir da identificação das expressões significativas, procedemos à codificação dos dados para chegar à categorização, tendo sido a sua construção efetuada pela combinação dos dois processos *a priori* e *a posteriori*, porque pretendíamos a triangulação da análise documental, mapa conceptual, com o referencial teórico e os objetivos desta investigação

No decorrer da análise, foi fundamental o processo de decomposição-reconstrução com o recurso ao mapa conceptual, para determinar a indicação de correspondências entre as mensagens dos estudantes e a realidade subjacente, do processo de cuidados em contexto de ensino clínico. Para o processo de categorização tivemos presente, algumas qualidades para uma “boa categoria”, a *homogeneidade*, porque num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registo e com uma dimensão de análise, ou seja diferentes níveis de análise devem ser separados em outras análises sucessivas. A *pertinência*, porque as categorias têm que estar adaptadas ao material de análise escolhido e integrar o quadro teórico definido. A *objetividade e a fidelidade*, porque as regras que definimos foram aplicadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises. A *produtividade*, porque permite dados novos para outros

³⁰ A análise de conteúdo será descrita na segunda fase do tratamento do material empírico cf.p.72

significados (Bardin 2011). Foram construídos quadros com os termos-chave “categorias”, indicadores e as unidades de registo, aos quais se acrescentaram observações ou comentários sobre possíveis relações com os conceitos organizadores ao processo de cuidados desenvolvido pelo estudante.

Nesta fase, “tratamento dos resultados e interpretações” foi fundamental analisar os dados, através do quadro de codificação do corpus das reflexões escritas e do mapa conceptual, encontrar a linha semântica que os conduzia, relacionar uns com os outros, organizá-los de modo a enquadrar a temática da conceção do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante, em três temas representativos: conceção dos cuidados; intervenção de enfermagem e a aprendizagem do processo de cuidados. Tivemos presentes as qualidades da análise de conteúdo e, sobretudo, identificar as categorias e indicadores (Savoie-Zajc, 2003; Bardin, 2011), que permitiram a construção da matriz de análise, conforme Quadro 3.

Quadro. 3 – *Matriz inicial de análise obtida a partir do discurso escrito dos estudantes*

TEMA	DIMENSÕES	CATEGORIAS
1 – CONCEÇÃO DOS CUIDADOS	1.1 – Planeamento dos cuidados	1.1.1 – Avaliação inicial 1.1.2 – Gestão de prioridades
	1.2 – Orientação dos cuidados	1.2.1 – Individualidade 1.2.2 - Continuidade
2 – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	2.1 – Momentos de interação	2.2.1 – Participantes 2.2.2 - Disponibilidade
	2.2 – Prestação de cuidados	2.3.1 – Experiência 2.3.2 - Avaliação
3 – APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE CUIDADOS	3.1 - Reflexão	3.1.1 – Instrumentos 3.1.2 - Oportunidades
	3.2 - Responsabilidade	3.2.1 – Ação do cuidado 3.2.2 - Supervisão

Na sequência do percurso metodológico desenvolvido na primeira fase do estudo, onde procurámos a identificação das dimensões que os estudantes de enfermagem integram no desenvolvimento do processo de cuidados em ensino clínico, apresentámos da estrutura ao conteúdo, o método e as técnicas utilizadas. Foram identificados indicadores que se constituíram como polos

organizadores para o guião das entrevistas semidirigidas a desenvolver. Tivemos subjacentes as considerações de ordem conceptual para a planificação do guia no qual identificámos os temas, os subtemas e as questões de orientação a fim de recolher dados pertinentes para o estudo (Savoie-Zajc, 2003). Neste sentido, o estabelecimento dos temas e dos subtemas das entrevistas, assentou na estrutura teórica e metodológica desenvolvida, a fim de posteriormente se recolher informação para a caracterização das dimensões que os estudantes valorizam no processo de cuidados em contexto de ensino clínico; fizemo-lo com os participantes na perspetiva da aliança pedagógica já referenciada (entre professores, estudantes e enfermeiros), na fase seguinte do estudo.

Na sequência do movimento metodológico desenvolvido, tivemos presentes os critérios de qualidade que enquadram o estudo de caso múltiplo na perspetiva adotada de Yin (2010) e Stake (2012): *Validade do constructo* (pelo uso de múltiplas fontes de evidência, pela possibilidade da triangulação de fontes, dados e métodos utilizados para a sua recolha); *Validade interna* (pela definição de uma estratégia analítica assumida, pela triangulação teórico-conceptual e pela descrição detalhada das fases do processo de investigação); *Validade externa* (pela reflexividade nas diferentes etapas do processo) e *Confiabilidade* (pelo desenho do estudo adotado e pela base de dados assumida).

De acordo com as opções adotadas, perspetivámos o desenvolvimento da análise interpretativa na procura dos significados referentes ao – processo de cuidados pelo estudante – pelos participantes do estudo, como explicitaremos na fase seguinte.

A SEGUNDA FASE³¹ – Análise Interpretativa

De acordo com o método de pesquisa adotado – caso múltiplo – representado no desenho do estudo³², damos resposta à segunda fase do questionamento com o: *para quê?* – no sentido de compreendermos como se operacionaliza o fenómeno nos diferentes contextos de análise, e com o: *como?* – com as entrevistas semidirigidas desenvolvidas.

³¹ A 2ª Fase encontra-se representada no diagrama da análise do tratamento do material empírico cf.p.53

³² Cf. p. 47

Na lógica indutiva e interpretativa que adotamos valorizamos os significados atribuídos ao discurso dos participantes, pelo recurso à fonte de evidência – as entrevistas dos participantes, dado que assumimos que os dados obtidos a partir da análise das entrevistas se constituíam como fontes de informação privilegiadas (Denzin e Lincoln, 2006).

Valorizamos a construção do plano da entrevista³³ com o recurso às dimensões emergentes na análise dos dados na fase de conceptualização do fenómeno. O estabelecimento dos temas e das dimensões assentaram na estrutura teórica que permitiu a coerência entre o questionamento e o guião da entrevista (Savoie-Zajc, 2003). Quanto à condução da entrevista semidirigida, tivemos presente uma relação humana e social com os participantes, nos momentos de acolhimento, da entrevista propriamente dita e da sua finalização.

Realizamos as trinta e seis entrevistas mencionadas, entre professores, estudantes e enfermeiros, distribuídas pelas três unidades de análise do estudo³⁴. Efetuamos a tomada de notas, permitindo reter as ideias importantes que ocorreram durante as entrevistas, tendo colocado em evidência os elementos novos de compreensão que emergiram.

Fizemos registo em suporte digital e transcrição integral do discurso produzido, com a formatação em folhas A4 datilografadas como já referido anteriormente na preparação dos documentos. Constituído o corpus de análise, optámos pela análise de conteúdo de acordo com a técnica desenvolvida na primeira fase do estudo, sendo semelhante aos anteriores os procedimentos. Partimos da exploração do material como nos sugere Bardin (2011), para a busca sistemática e organizada das trinta palavras seleccionadas com recurso informático pela “localização avançada” do *Microsoft Word*, 2010. Realizamos a submissão das palavras, num primeiro momento com registo da frequência das unidades de enumeração, e assento em tabela de dupla entrada para os dados numéricos obtidos. Este procedimento foi replicado para os três contextos em análise, obtendo-se o registo da frequência de aparição das trinta palavras por contexto. Analisados os documentos de registo da frequência dos dados por contexto não se identificaram alterações significativas. Reconhecemos em todos os contextos as palavras com maior frequência de registos de enumeração (Pessoa, Cuidados,

³³ Cf. sub-ponto 3.2.2 – do discurso dos participantes, cf.p.55

³⁴ Cf. Quadro – Participantes do estudo, cf.p.52

Avaliação, Reflexão, Momentos, Aprendizagem, Intervenção, Ajudar, Competências) como sobreponíveis aos *conceitos* que representaram o conhecimento dos estudantes na 1ª fase deste estudo. A consciência deste movimento permitiu-nos validar a credibilidade do saber produzido nas entrevistas pela construção de sentido plausível considerando a experiência e o conhecimento que temos deste fenómeno (Savoie-Zajc, 2003). Por outro lado, este sentido dos dados que encontrámos permitiu-nos compreender, como nos sugere Stake (2012) “como é que esta parte se relaciona com aquela parte”. Procurámos então os significados nos registos das frequências às palavras sob a forma – “o que é que esta palavra quis dizer com esta frequência?” Partimos para a descontextualização do *corpus* das entrevistas por contextos, pelo recorte da unidade de contexto, segmento do texto com sentido para a palavra (unidade de registo) (Bardin, 2011).

Quadro. 4 – *Excerto do registo dos momentos da exploração do corpus de análise, referente às Entrevistas efetuadas.*

Submissão das Palavras – 1º momento		
Entrevista - E		Palavra-UE
E-C-enf-10	“Eles trazem os modelos teóricos das várias escolas, mas para além disso, eles captam no enfermeiro que o orienta outras coisas que têm os nossos saberes, a nossa realidade, a nossa prática , e eles conseguem conjugar as duas coisas (...)”	D – Enfermeiro 1 S – Prática 1
Descontextualização – 2º momento		
Entrevista - E	Unidade de Contexto – da palavra Pessoa (unidade de registo)	Palavra
E-A-est-05	“Acho que a pessoa deve ser sempre colocada à frente do procedimento, independente do procedimento que for, primeiro temos uma pessoa, uma pessoa a quem vamos prestar cuidados”	A – Pessoa

Reconhecemos neste sentido, a frequência de enumeração da palavra pelo número de vezes, apenas com significado pela intensidade das palavras. Procurámos a reflexividade ao processo desenvolvido, a leitura em relação às primeiras impressões e aos significados aparentemente simples dos dados.

Esta fase de exploração do material, que desenvolvemos com a aplicação das técnicas informáticas no *corpus*, permitiu-nos a orientação para o decurso da análise. Partimos para o processo de codificação deste material discursivo, na perspetiva de identificar ligações e relações com as palavras procurando significados.

Com a localização da palavra, na unidade de contexto, efetuámos a descontextualização através da regra do recorte no *corpus* de análise dos diferentes contextos. O recorte da unidade de registo foi efetuado de acordo com as perguntas de investigação e os referenciais teóricos, procurando a consonância com o sentido atribuído, ficando ordenadas as várias unidades de contexto numa tabela de dupla entrada em suporte digital. Desenvolvemos este procedimento para as trinta palavras submetidas. Realizámos nova decomposição, através do recorte e aglutinação de cada palavra plena numa tabela única. Reconstruímos assim, uma tabela individual para cada “palavra plena”.

Obtivemos deste modo a (re)contextualização através da análise das diferentes unidades de contexto que integram a totalidade das palavras plenas submetidas. Para além da frequência obtida fomos ainda sensíveis ao seu sentido semântico, procurando a sua respetiva contextualização teórica. Desenvolvemos o processo de categorização com um sentido semântico muito forte mas com significados mais diferenciados pelos três contextos de análise que reagrupamos os temas às dimensões e categorias. Tivemos presente o critério de validade no conjunto das categorias, em tudo igual ao já descrito na primeira fase do estudo. Valorizamos a importância da opção pelo recurso a diferentes técnicas de produção de dados, para clarificação do discurso dos participantes.

O sistema de categorias obtido da análise do material discursivo dos professores-estudantes-enfermeiros, foi sobreponível nos grandes temas às reflexões críticas. Quanto às dimensões foram introduzidas mais componentes de dados diferenciados: Conceção dos Cuidados, com a “valorização da avaliação”; Intervenção de Enfermagem, com a “tomada de decisão”; Aprendizagem do Processo de Cuidados, com o “processo reflexivo”, “aquisição de competências” e “processo de autonomização”, nas categorias alguma (re)orientação e integração de elementos como especificado no Quadro 5.

Quadro. 5 – *Sistemas de categorias*³⁵ – das reflexões críticas e entrevistas dos participantes

TEMA	DIMENSÕES	CATEGORIAS
1 – CONCEÇÃO DOS CUIDADOS	1.1 – Planeamento dos cuidados	1.1.1 – Avaliação inicial 1.1.2 – Mobilização Familiar 1.1.3 – Continuidade das intervenções
	1.2 – Orientação dos cuidados	1.2.1 – Quadro de referência 1.2.2 – Gestão das prioridades 1.2.3 – Normatividade contextual
	1.3 – Valorização da Avaliação	1.3.1 – Diagnóstico médico como ponto de partida 1.3.2 – Centrado nas necessidades individuais 1.3.3 – Entre a pessoa e o procedimento
2 – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	2.1 – Momentos de interação	2.1.1 – Estar com a pessoa /família 2.1.2 – Desenvolvimento da relação 2.1.3 – Princípios éticos e deontológicos
	2.2 – Prestação de cuidados	2.2.1 – Experiências anteriores 2.2.2 – Sentimentos associados à intervenção 2.2.3 – Avaliação dos resultados
	2.3 – Tomada de decisão	2.3.1 – Mobilização de saberes 2.3.2 – Segurança para ação 2.3.3 – Papel do estudante
3 – APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE CUIDADOS	3.1 – Processo Reflexivo	3.1.1 – Capacidade de autoavaliação 3.1.2 – Processo de autoformação 3.1.3 – Consciencialização da intervenção
	3.2 – Aquisição de Competências	3.2.1 – Desenvolvimento pessoal 3.2.2 – Apropriação de saberes 3.2.3 – Necessidade de supervisão
	3.3 – Processo de autonomização	3.2.1 – Autonomia sentida 3.2.2 – Autonomia reconhecida 3.2.3 – Autonomia expressa

O material produzido e analisado a partir das entrevistas nos três contextos foi confrontado com a matriz de análise em evolução na primeira fase do estudo no sentido da co construção no “agrupar e reformular”, de dimensões e categorias na lógica interpretativa que pretendíamos neste estudo.

Procurámos desta forma, colocar em evidência os resultados obtidos nesta fase do estudo.

³⁵ Legenda policromática do quadro: cor cinzenta: componentes introduzidos; cor amarela: elementos introduzidos; cor azul: elementos reagrupados; cor verde: elementos com o mesmo sentido.

A TERCEIRA FASE – Compreensão do fenómeno

No percurso que fomos desenvolvendo, da construção de significados, pretendemos chegar a conceitos que caracterizem o *processo de cuidados* desenvolvido pelo estudante. Procurando a relação entre o domínio conceptual e o domínio factual deste processo científico, como nos sugeriu Novak (2002) estes conceitos foram sendo organizados e representados através do instrumento epistemológico: mapa conceptual³⁶, por sua vez construído através de redes semânticas, de palavras com significado para estudante, emergentes nos *discursos escritos*. Procurando compreender os comportamentos e contextos relacionados com o nosso caso particular, tentamos encontrar a significação através da interpretação do *discurso falado* – dos professores, estudantes e enfermeiros, “buscando” as dimensões e categorias que se relacionam na estrutura cognitiva dos estudantes, como nos sugere Strauss e Corbin (2008), relacionamos os conceitos com as ações dos participantes.

Na sequência das fases de triangulação de dados, métodos e das técnicas fomos obtendo representações da realidade pela evidência dos resultados, que importa nesta fase integrar numa estratégia analítica global. Definimo-la procurando a evidência de resultados, com a conjugação do material empírico, analisando os conceitos fundamentais e suas relações com os diferentes discursos e com participantes diferentes³⁷, revelando o modo como se operacionaliza o processo de cuidados pelo estudante.

Partimos dos *conceitos* fundamentais dos estudantes, para a análise e discussão, desenvolvendo a triangulação dos dados recolhidos pelas diferentes técnicas, que apresentaremos de seguida, integrando o movimento analítico na discussão.

Organizamos a estratégia analítica deste estudo de acordo com fluxograma apresentado na Figura 4 com o título “Dos conceitos identificados ao significado do encontro com a pessoa e estudante – explicando o Processo de Cuidados”, procurando o aprofundamento dos dados de acordo com o seguinte movimento: partimos dos dados codificados³⁸ do mapa conceptual, dos conceitos mais gerais

³⁶ Cf. p. 68

³⁷ Referenciamos na discussão dos dados os participantes do estudo integrados na aliança pedagógica pela seguinte ordem: **professor- estudante- enfermeiro**.

³⁸ Apresentamos diferentes códigos na identificação dos dados no texto, mobilizados a partir das várias fontes de evidência. Registo indexado dos conceitos de **A a Z** – (A- Pessoa, Z-Competências); Unidades de

(*das palavras plenas de sentido* – resultantes da identificação no discurso), articulando com o sistema de categorias (*do discurso falado*) dos diferentes participantes, na especificidade das dimensões e categorias relevantes; com os dados codificados nos conceitos menos *gerais* (*discurso escrito*), procuram-se os sentidos com o máximo de aprofundamento possível.

Assumimos neste sentido os conceitos representados na estrutura cognitiva do processo de cuidados, como organizadores na emergência das categorias. Realizámos o procedimento do seguinte modo: relacionamos o conceito com as unidades de registo dos diferentes participantes buscando significado nas categorias de cada dimensão do sistema de categorias. Como estruturante à discussão dos dados definimos as categorias, integrando os outros elementos descritos um estatuto de complementaridade ao movimento indutivo do estudo.

Na sequência do processo compreensivo desenvolvido em resposta às perguntas da investigação³⁹, faremos nesta fase a relação com os títulos atribuídos aos capítulos subsequentes, de acordo com o índice do relatório, que apresentamos:

Ponto 4.1 – A conceção dos cuidados – Pretendemos caracterizar as dimensões de cuidar valorizadas na interação do estudante com o sujeito de cuidados.

Ponto 4.2 – A Intervenção de enfermagem – Procuramos caracterizar as práticas de cuidar nos momentos de interação com a pessoa/família.

Ponto 4.3 – Aprendizagem do processo de cuidados – Pretendemos caracterizar as atividades desenvolvidas pelo estudante, nas dificuldades e facilidades na forma como cuida.

registo de reflexões críticas de estudantes: **RC-est** + conceito submetido = **RC-est-A**; Unidades de registo de entrevistas de professores: **E-prof**; Unidades de registo de entrevistas de estudantes: **E-est**; Unidades de registo de entrevistas a enfermeiros: **E-enf** + conceito submetido = **E-enf-Z**. Utilizaremos ainda o *itálico* para as citações dos participantes; as reticências ... quando existem pausas no discurso; quando considerarmos excertos não relevantes nas citações dos participantes, utilizaremos reticências entre parêntesis (...); colocaremos ainda uma palavra ou pequena frase entre parêntesis nestas citações, quando houver necessidade de esclarecimento no contexto do significado da mensagem transmitida pelo participante e por nós mobilizada na investigação.

³⁹ Os títulos atribuídos aos sub-capítulos correspondem à discussão dos dados com base nas perguntas formuladas (cf. Ponto 1, pág.15), do seguinte modo:

4.1 – Que dimensões do cuidar se valorizam na interação do estudante com o sujeito de cuidados?

4.2 – De que forma as práticas de cuidar do estudante favorecem o seu desenvolvimento de competências?

4.3 – Como é que o processo de autoformação do estudante tem implicações na forma como cuida?

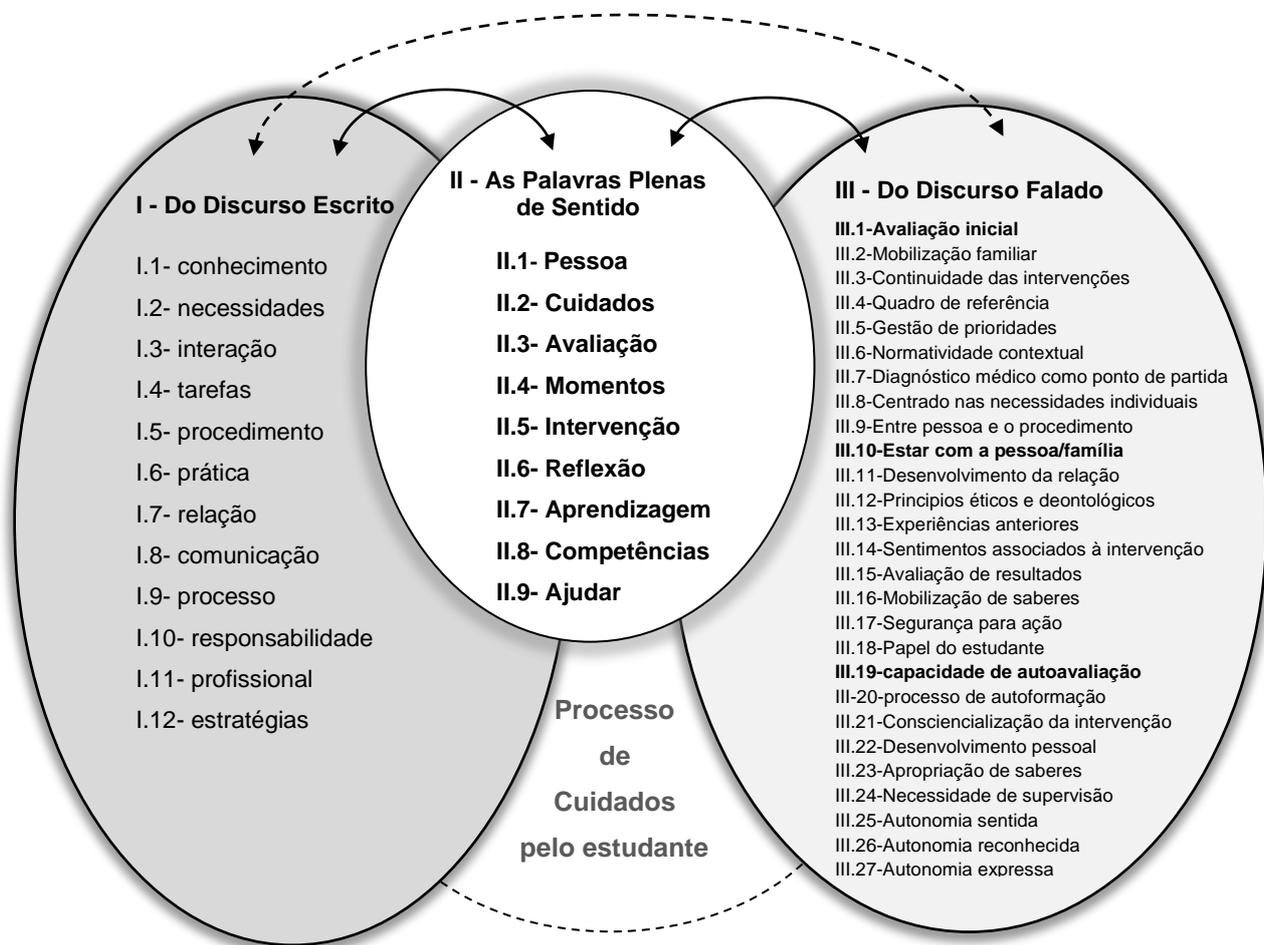


Figura 6. – Fluxograma da triangulação dos dados – Dos conceitos ao significado do encontro entre pessoa e estudante – a explicitação do Processo de Cuidados.

4.1 – A CONCEÇÃO DOS CUIDADOS

A conceção dos cuidados pelos participantes evidencia-se pelos conceitos – “**Pessoa** como foco de atenção” – “**Cuidados** prestados à pessoa” – “**Avaliação** da pessoa”. Contribuem sobretudo na perspetiva do planeamento das atividades de enfermagem, mediada pela orientação dos cuidados num quadro de referência que integra a valorização da avaliação da pessoa e família em contexto clínico. Nesta lógica interpretativa entre as categorias⁴⁰ e conceitos, revisitamos os “outros” conceitos com significado, que ligados entre si contribuem para a conceptualização dos cuidados pelo estudante – “os meus conhecimentos técnicos e teóricos”, ligado às preocupações na avaliação “indo ao encontro das necessidades”, que procuram na interação, onde o centro de interesse é a pessoa, desenvolver cuidados “numa interação enfermeiro/pessoa”; contribuindo para o cuidar “no sentido não limitado de exercer tarefas”.

Na Figura 7 apresentamos os conceitos e as categorias deste tema.

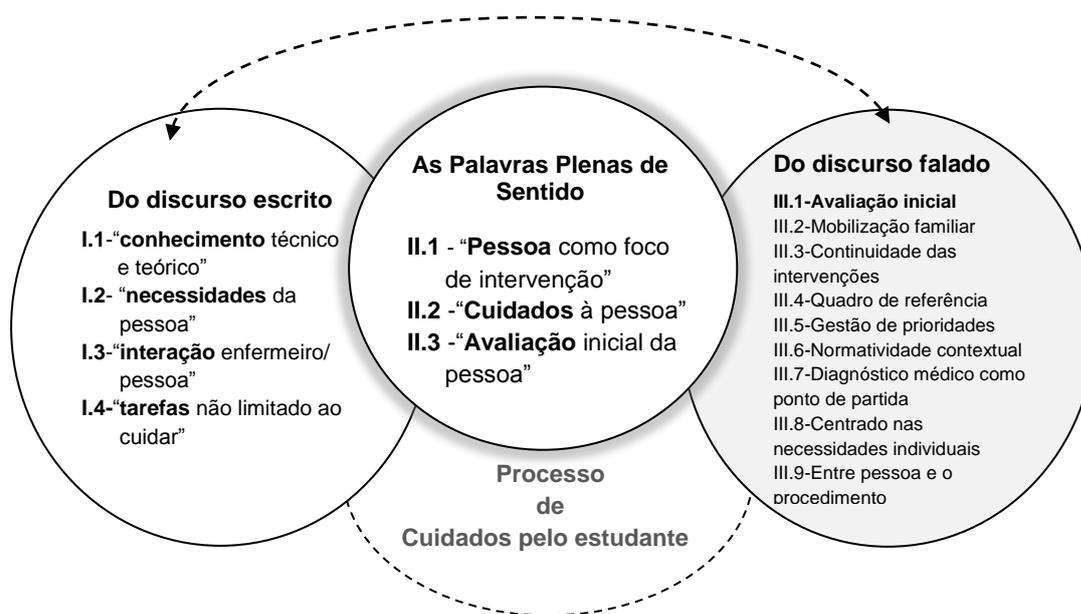


Figura 7. – A Conceção dos Cuidados – conceitos e categorias associadas⁴¹.

⁴⁰ As categorias integram o sistema de categorias das entrevistas dos participantes do estudo.

⁴¹ Na Figura 5, as categorias mobilizadas na discussão dos dados referem-se às dimensões do sistema de categorias das entrevistas dos participantes: 1.1-Planeamento dos cuidados, 1.2-Orientação dos cuidados e 1.3-valorização da avaliação.

Os conceitos associados, referem-se às unidades de registo das reflexões críticas dos participantes: estudantes.

Da análise das entrevistas dos participantes nos diferentes contextos para a compreensão do processo de cuidados pelo estudante, emerge a dimensão – **Planeamento dos Cuidados**, com as categorias: *avaliação inicial, mobilização familiar, continuidade das intervenções*.

A identificação da *avaliação Inicial*, como etapa do processo de enfermagem surge associada à conceção e planeamento, tornando-se fundamental para o processo de cuidados, visível nos discursos dos participantes⁴² como ponto de partida das atividades e eixo estruturante do planeamento e avaliação.

Os professores identificam o planeamento desenvolvido pelos estudantes na valorização da avaliação inicial, apelando às necessidades para o conhecer, evitando ideias pré-concebidas com a pessoa, como refere Swanson (1991), procurando compreender a avaliação inicial com o significado que tem na vida da daquela pessoa:

“(...) eles começam por uma avaliação inicial do utente, das necessidades que ele tem, e a partir daí é que eles fazem o planeamento e o estabelecimento das prioridades para a prestação de cuidados” [E-B-prof-02-C]

“(...) eles tentam nitidamente contextualizar toda a situação do doente para a partir daí prestarem cuidados, e isto acontece quando não é óbvia a necessidade de intervenção sobre um determinado aspeto. (...) Se não há “esse foco óbvio”, eles tentam fazer uma avaliação inicial do utente, perceber todo o contexto de saúde e de doença que traz ali o utente e estruturar a sua atuação a partir desse momento” [E-B-prof-01-C]

A apreciação da avaliação inicial parece traduzir um processo organizado e sistemático de identificação de alterações na satisfação das diferentes necessidades da pessoa como refere Amendoeira (2000). Nos momentos de interação estudante/pessoa que surgem nesta fase inicial do processo de cuidados, parece ser valorizado pelo estudante o conhecer na dimensão “apreciar cuidadosamente”, como refere Swanson (1991), permitindo-lhe compreender a experiência daquela pessoa. Nesta fase, do planeamento à contextualização do encontro com a pessoa cuidada, parece evidenciar-se o conhecimento pessoal, como sugere Carper (1978), possibilitando identificar as necessidades e conhecer

⁴² A apresentação dos participantes ao longo da discussão realiza-se pela seguinte ordem: **professor-estudante-enfermeiro** - justificada pela aliança pedagógica que adotamos neste estudo.

os recursos pessoais do estudante que cuida. Contudo ao passar para a operacionalização desses mesmos recursos, evidenciam-se algumas dificuldades em desenvolverem uma apreciação cuidadosamente:

“(...) eles não conseguem mobilizar os recursos que têm à disposição para de alguma forma anteciparem o contacto com a pessoa e estarem munidos de um conjunto de informações que vai facilitar a avaliação inicial daquele contacto para depois avançarem no planeamento” [E-A-prof-02-A]

“Penso que o estudante se centra muito nos dados objetivos, nas necessidades que o doente tem, e com alguma dificuldade ele consegue fazer uma avaliação inicial adequada tendo em conta, não só dados objetivos, ele precisa muito de ter a escala, a avaliação inicial feita por outro, o diagnóstico bem definido para depois avançar em termos de planeamento de cuidados.” [E-A-prof-04-C]

Os professores preocupados com a aprendizagem numa perspetiva pedagógica, pretendem que o estudante desenvolva o planeamento das atividades no sentido de facilitar e antecipar características da pessoa fundamentais a integrar no processo dos cuidados. Relativamente aos dados objetivos, os estudantes procuram informação pertinente no sentido de identificar um conjunto de dados que lhes permitam caracterizar a pessoa, mobilizando as necessidades e os princípios fisiológicos como referem Paterson e Zderad (2000), no sentido do bem-estar.

Os estudantes, identificam a pessoa como fonte de informação, sendo a passagem de turno valorizada como espaço de informação essencial à organização dos cuidados, como refere Amendoeira (2000); na consulta de registos, enfatiza-se o “que se fez” e o “que se deve fazer” nos seguintes, constituindo-se a passagem de turno o espaço onde se informam os enfermeiros/estudantes do que há para fazer nos períodos de trabalho seguintes.

“(...) tenho a noção da passagem de turno porque há informações, em que a continuidade de cuidados é muito importante, consulto o processo (...), e dirijo-me à pessoa” [E-C-est-07-C]

Os momentos de interação com o sujeito de cuidados parecem organizadores do pensamento do estudante, na perspetiva da avaliação da condição de saúde da pessoa. O processo de cuidados pelos estudantes parece centrar-se na pessoa

como alvo dos cuidados, procurando apreciá-la cuidadosamente e compreender a sua realidade como nos explicitam:

“(...) a princípio costuma ser a avaliação inicial que acaba depois por se ligar às necessidades da pessoa, (...). Depois tento organizar-me”
[E-B-est-05-E]

“(...) perceber que aquele senhor tem esta patologia, e que o tenho que observar enquanto converso com ele. Isso é uma das coisas que foca a minha orientação. Obviamente, depois de perceber essa dinâmica mais técnica, procuro fazer uma avaliação inicial de tudo o que são as suas dimensões pessoais” [E-C-est-05-C]

Estes momentos de interação com a pessoa, surgem valorizados no sentido do conhecimento integral e da vontade de conhecer, na medida em que “o conhecer” enquanto dimensão do cuidar de Swanson (1991), contribuirá para o processo de construção do cuidado por parte do estudante.

A orientação para a colheita de dados, parece assentar na valorização do processo de doença per si, e concretamente no diagnóstico médico, como ponto de partida do estudante na orientação dos cuidados. Phaneuf (2001), clarifica que no diagnóstico médico podemos encontrar elementos “preciosos” que identificam problemas de saúde para que se atue de acordo com as necessidades da pessoa.

Confrontamo-nos com uma perspetiva claramente centrada nas necessidades identificadas na pessoa, como nos sugerem os discursos:

“(...) a nossa preocupação não deve ser a patologia do doente em si, mas sim as necessidades que ele precisa de ter satisfeitas, o que muitas vezes passa por gestos simples como perguntar se tem sede, se tem dor, ou simplesmente parar um pouco junto da cama e procurar ouvir e entender aquilo que a pessoa nos quer dizer.”
[RC-A-est-02-M]

“Na avaliação inicial, e também na necessidade que a própria pessoa traz. É esse conjunto.” [E-B-est-06-E]

Os estudantes referem a avaliação inicial como ponto de partida para a colheita de dados na procura das necessidades da pessoa, à luz de uma perspetiva conceptual adquirida em contexto teórico, que integramos na filosofia comum do processo de enfermagem, mas que não deverá na linha de Simões e Simões (2007), surgir descontextualizada na linha orientadora da prestação de cuidados de enfermagem de uma dada instituição.

A perspetiva dos enfermeiros, face à avaliação inicial, parece evidenciar algumas preocupações ao nível da identificação das necessidades, quando se revelam pouco objetivas e imediatas, como nos explicitam:

(...) os estudantes em ensino clínico focam-se essencialmente numa avaliação inicial, estão numa fase ainda muito centrados na pessoa, no doente. Têm alguma dificuldade em ver de uma forma mais abrangente as necessidades que aquela pessoa terá quando fizer o levantar, quando mudar de sector, quando passar para outro contexto [E-C-enf-12-A]

(...) numa fase inicial estão muito centrados na componente física, por assim dizer, no corpo, e desenvolver o seu processo a partir da pessoa. Não conseguem ainda conceptualizar mais além, mesmo aquela perspetiva que se planeia ou seja que tenha uma dimensão temporal, muitas vezes noto que existe uma dificuldade neles em avaliar essa dimensão temporal, estão muito centrados no aqui, no agora (...) [E-C-enf-12-E]

Nesta fase de formação pré-profissional, projetar a curto prazo os cuidados de enfermagem, surge como dificuldade para o estudante, como refere Benner (2001) uma vez que não existe ainda experiência clínica efetiva.

Preocupados com aprendizagem do estudante os enfermeiros procuram que o estudante tome consciência da necessidade de desenvolver um modo de pensamento lógico e rigoroso, para planificar as suas intervenções, como nos aponta a investigação de Correia (2012).

A avaliação inicial como primeira fase do processo de enfermagem e ponto de partida para a colheita de dados, integra-se na perspetiva dos participantes, na estrutura de orientação para o planeamento dos cuidados pelo estudante, como fase decisiva para a conceção, que reconhecemos no “apreciar cuidadosamente”, de acordo com o “conhecer” do processo de cuidar de Swanson (1991).

Relativamente à *mobilização familiar*, os participantes na sua maioria valorizam a família, como foco de intervenção nos cuidados de enfermagem, como se apresenta no enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem⁴³; consideram-na como recurso importante e presente no

⁴³ Abordamos a **Família** na perspetiva do enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem “O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2001, p.8)

planeamento dos cuidados realizados pelos estudantes. Contudo parecem identificar-se dificuldades ao nível do estabelecimento da comunicação com a família, nomeadamente quando esta é reconhecida como fonte privilegiada de informação para a apreciação da pessoa, como referem:

“Têm toda a abordagem do indivíduo, da pessoa, do ser holístico e de facto eles preocupam-se com isto, com a questão da comunicação, a questão da passagem da informação e se o doente nos entende, a abordagem da família, chamá-la para o processo de cuidados, (...)” [E-B-prof-01-C]

“O estudante tem aquela preocupação da visão holística, tem essa preocupação, quando está frente a frente com a pessoa ou com a família tem algumas dificuldades.” [E-C-prof-01-A]

“Por vezes o estudante tem dificuldade em ver a família enquanto recurso e enquanto contexto, ou até a janela de oportunidade que é para mudar também outros comportamentos na família, partindo daquela pessoa que está doente, e como é que isso também pode ser feito” [E-C-prof-03-A]

A comunicação evidencia-se para a maioria dos participantes, como muito importante para o estabelecimento de uma relação interpessoal, contudo emergem algumas dificuldades em concretizá-la, essencialmente na mobilização das capacidades do estudante nesta fase inicial do planeamento dos cuidados, como nos sugere esta unidade de registo:

“A nível de relacionamento com a família, primeiro de tudo vou identificar o foco principal, fazendo os cuidados, e depois envolvendo também a família, ao mesmo tempo, vou fazendo as educações para a saúde, os cuidados que têm de ter em casa, e vou assim por partes, primeiro a avaliação, depois o tratamento, e depois os ensinamentos. Pelo menos é o que tento fazer para depois também organizar o meu raciocínio” [E-B-est-05-E]

A valorização dos momentos de interação, pelo relacionamento entre os sujeitos, parece integrar o “processo de cuidar” de acordo com Swanson (1991) ao tentar conhecer a pessoa/família e atribuir significado aos acontecimentos no contexto da definição da sua individualidade.

“(...) vamos entender a família como parceiro de cuidados, e o procedimento que vai de acordo com aquilo que é a patologia da pessoa, e o que é a necessidade real (...)”

[E-C-est-08-C]

“Eles têm essa estratégia, o conhecer a família, a entrevista, a colheita de dados, o perceber quais são os problemas que a família e o utente identificam (...)” [E-B-enf-10-B]

Os estudantes valorizam a família como suporte de cuidados e potencialmente orientadora no planeamento dos cuidados; surge como fonte de informação privilegiada nos momentos de interação, com apelo às conversas numa comunicação que se procura mas nem sempre se efetiva, procurando-se conhecer a pessoa que tem necessidade de cuidados, apreciando-se cuidadosamente o processo de cuidar como sugere Swanson (1991).

A família como suporte de cuidados, parece estar aparentemente ligada à filosofia de cuidados de saúde centrada nos programas instituídos em que a família é envolvida apenas como suporte de cuidados, como nos aponta a investigação de Figueiredo (2009); o processo de cuidados pelos estudantes da formação inicial tem surgido caracterizado pelo centramento maioritariamente no primeiro nível da enfermagem de família – família como contexto e suporte de cuidados.

O relacionamento dos estudantes com a família, evidencia na sua maioria dificuldades ao nível da expressão na comunicação e relação, contudo valorizamos as capacidades de alguns estudantes no confronto com a morte, procurando que ocorra com dignidade – dimensão do cuidar que apela de uma forma particular à individualidade e respeito pela pessoa e família.

“Foi ela (estudante) que, com a ajuda do enfermeiro, falou com a família e desmontou a situação da utente morrer na unidade, e que seria o melhor, uma vez que ela não tinha ninguém em casa, e era só esse o motivo” [E-B-enf-09-D]

“(...) não poderei fazer nada para ajudar no processo de cura deste senhor, mas posso cuidar dele aqui e agora, dando-lhe atenção, escutando e atendendo as suas necessidades (...)” [RC-A-est-08-M]

A *continuidade das intervenções*, no planeamento dos cuidados emerge nos discursos dos professores e enfermeiros no reconhecimento da dificuldade de validação da informação e temporalidade em que ocorrem os acontecimentos significativos na vida da pessoa, como sugerem as unidades de registo:

“(...) ele precisa muito de ter a escala, a avaliação inicial feita por outro, o diagnóstico bem definido para depois avançar em termos de planeamento de cuidados [E-A-prof-04-C]”

“(...) numa fase inicial estão muito centrados na componente física, por assim dizer, no corpo, e desenvolver o seu processo a partir da pessoa. Não conseguem ainda conceptualizar mais além, mesmo aquela perspetiva que se planeia ou seja que tenha uma dimensão temporal, muitas vezes noto que existe uma dificuldade neles em avaliar essa dimensão temporal, estão muito centrados no aqui, no agora (...)” [E-C-enf-12-A]

Estas dificuldades parecem ir ao encontro do estudo de Benner (2001), ao referir o início profissional dos enfermeiros, sem qualquer experiência das situações com que são confrontados; tal como para esta autora emerge a necessidade de que os estudantes, para que desenvolvam as suas competências, tenham acesso a descrições de situações, com elementos objetivos, que lhes permitam efetivamente, a continuidade das respetivas intervenções.

A continuidade das intervenções integradas pelo estudante no planeamento dos cuidados evidencia-se através de várias capacidades relacionais, como referem:

“(...) para além de lhe cuidar da ferida e me munir de um conjunto de instrumentos e materiais que preciso para aquela ferida, tento analisar o não-verbal daquela pessoa no sentido de saber se há concordância com aquilo que me foi dito antes, e até que por interação eu estabeleço uma imagem da pessoa que é uma base para mim para os contactos de futuro” [E-C-est-08-A]

“A comunicação não-verbal é aquela que ocorre na interação entre pessoas através de toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais e até pela relação de distância mantida entre as pessoas.” [RC-A-est-02-R]

As capacidades identificadas parecem integrar o padrão do conhecimento estético que de acordo com Carper (1978), permite ainda numa fase pré-profissional do estudante, valorizar a comunicação verbal e não-verbal como uma capacidade criativa na fase de avaliação inicial integrada no processo de cuidados; valorizam neste processo, ao nível do planeamento as manifestação do estudante em proceder à colheita de dados, as capacidades da comunicação, recetividade e escuta, procurando compreender o significado do acontecimento ao conhecer,

envolvendo ambos – estudante e pessoa num processo de cuidar como no refere Swanson (1991).

Quanto à dimensão **Orientação dos cuidados**, ela surge caracterizada pelos participantes nas categorias: *quadro de referências*, *gestão de prioridades*, *normatividade contextual*, como elementos orientadores do pensamento pelo estudante.

A valorização do *quadro de referências* emerge pela mobilização dos elementos conceptuais pela integração de conceitos de referência às teorias de enfermagem como necessárias para a orientação dos cuidados, como nos referem:

“(...) o ambiente onde a pessoa vive, eles valorizam, eles dão importância, e valorizam (...) não tem quem a ajude, não tem quem a apoie, está presente neles e eles lidam bem com a questão pessoa e o ambiente, em termos de conceitos abrangentes que são importantes de facto para nós termos a tal qualidade de cuidados”
[E-B-prof-01-A]

“(...) quando lhes peço para fazerem a avaliação e definirem como é que fizeram a observação e como é que fizeram a avaliação, nós vemos claramente que eles estão a ir buscar ou “beber” a várias teorias” [E-B-prof-03-AA]

O enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001), como quadro de referência evidencia-se como uma forte influência profissional na prática dos cuidados dos estudantes, surgindo estes conceitos como estruturantes na orientação dos cuidados.

Na perspetiva de alguns participantes, a dimensão técnica e cognitiva surge muito valorizada:

“(...) a dimensão mais do conceito de pessoa que lhes vem logo à cabeça, mobilizam mas acabam sempre por dar alguma importância à dimensão das técnicas e à dimensão instrumental,(...)”
[E-C-prof-04-C]

“Tendo em conta os conhecimentos que possuo em relação aos cuidados a ter (...)”
[RC-A-est-09-P]

A dimensão técnica parece estar relacionada com o aumento da destreza manual, na medida em que vão tendo em contexto de ensino clínico, oportunidades de efetuar alguns procedimentos técnicos, contribui para o aumento da sua

confiança, promovendo a sua autonomia, como nos sugere a investigação de Rua (2011). No mesmo sentido salientamos a dimensão cognitiva, ao identificar-se o conhecimento teórico mobilizado para a ação, que parece estar relacionado com a investigação desenvolvida por Carvalho (2004), ao apontar os conhecimentos técnicos e as habilidades como motivo de preocupação para os estudantes, sendo por eles sobrevalorizados os conteúdos relativos aos procedimentos.

Os estudantes referem como organizador dos cuidados, a pessoa, considerando a sua centralidade num primeiro momento de interação para avançar para outras atividades a desenvolver, como sugere Swanson (1991): o centrar-se na pessoa, sem ideias pré-concebidas, procurando compreender o significado dos acontecimentos com vista ao seu conhecimento integral, como nos aponta o enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

“É sempre o que eu tento ver, não a patologia em si, mas sim a pessoa que tenho à minha frente. A partir daí começo a organizar os meus cuidados. Depois de saber quem tenho à minha frente, então sim, leio o processo do doente, vejo as prescrições, o que é que ele tem, e os cuidados que fazem falta” [E-B-est-07-C]

Constatamos ainda que a maioria dos estudantes identificam os conhecimentos teóricos e práticos como determinantes, referindo serem estruturantes na orientação dos cuidados, o que parece ir ao encontro do que refere Costa (2008), considerando as aquisições teóricas que são desenvolvidas e enquadradas nas conceções dos estudantes quando cuidam de pessoas.

Os enfermeiros enfatizam o desenvolvimento do processo de enfermagem como estratégia organizadora. Valorizando o conhecimento estético como refere Carper (1978), pelo reconhecimento das particularidades procuram em torno do acontecimento e dos problemas de saúde compreender o significado atribuído pela pessoa:

“Inicialmente, eu acho que eles se viram muito para a área onde estão a atuar naquele momento, e fazem mesmo o processo de enfermagem, fazem a avaliação, questionam a pessoa e as intervenções e depois agem” [E-A-enf-12-E]

Enfatiza-se a necessidade de clarificação de um quadro de referências na orientação dos cuidados parece ser consonante nos discursos dos participantes: ao valorizarem a pessoa no centro dos cuidados e na mobilização do processo de enfermagem de acordo com referenciais teóricos e conceptuais, ao nível do domínio profissional e educacional com visibilidade nos contextos da prática clínica.

A *gestão das prioridades*, na orientação dos cuidados surge valorizada pela maioria dos participantes, como associada ao método do processo de enfermagem, procurando contribuir para o conhecer, integrando o processo de cuidar de Swanson (1991), evitando ideias pré-concebidas valorizando a realidade pessoal como referem:

“(...) eles começam por uma avaliação inicial do utente, das necessidades que ele tem, e a partir daí é que eles fazem o planeamento e o estabelecimento das prioridades para a prestação de cuidados” [E-B-prof-02-B]

“(...) a reformulação do planeamento e o centrar também, se sente que eles centram todo o processo de cuidados em resultados e não no problema propriamente.” [E-B-prof-03-C]

O lugar das prioridades no processo de enfermagem, pode fazer-se em função das necessidades ou dos diagnósticos de enfermagem, podendo a priorização ser estabelecida em diferentes etapas do processo de enfermagem, como nos aponta Paterson e Zderad (2000), pela meta ou resultado a ser atingido.

Os estudantes e enfermeiros identificam a gestão das prioridades integrada na etapa do planeamento. Evidenciam dificuldades na priorização dos cuidados e no seu replaneamento. Valorizam ainda a relação com a pessoa como condição de promoção do seu bem estar:

“(...) quer ir fazer uma avaliação inicial, se a prioridade dela naquele momento é outra ... primeiro tem-se de estabelecer uma relação de confiança com a pessoa, baseada num diálogo coerente, e indo de encontro às necessidades da pessoa.” [E-A-est-05-E]

“(...) procurei sempre que a pessoa estivesse o mais confortável possível, tendo atingidas necessidades básicas como a hidratação, o conforto pelos posicionamentos e o alívio da dor” [RC-A-est-01-M]

“Em relação ao processo de enfermagem é muito centrado naquela avaliação dos problemas, têm muita dificuldade em escolher um problema prioritário, muitas vezes conseguem enumerar quatro ou cinco problemas de uma situação mas têm dificuldade em priorizar a ação (...)” [E-C-enf-12-F]

Constatamos pelas unidades de registo que as prioridades integradas na etapa do planeamento dos cuidados, possibilitam a orientação dos cuidados, contudo parece ser claramente assumida a dificuldade dos estudantes em priorizar os cuidados, aspeto que parece relacionar-se com o processo de ensino e aprendizagem, como sugere Abreu (2007); o estudante aprende, compreende e organiza o conhecimento através de um trabalho intelectual e da experiência.

Relativamente à *normatividade contextual*, pretendemos essencialmente compreender o significado atribuído pelos participantes, na medida em que, influencia o comportamento do estudante mediado pelas normas que partilham, em parte devido à sua socialização pela organização, como identifica Amendoeira (2000).

Referem os professores numa fase inicial, a valorização da normatividade contextual da aprendizagem dos estudantes pela descrição das rotinas, pela forma como são organizados os cuidados, pela metodologia de distribuição do trabalho, atualmente implementada nas organizações⁴⁴, como explicita a unidade de registo:

“Depois começam então a centrar-se na pessoa, mas no início é aquela fase das rotinas, “porque é que fez isso?... porque fazemos os diários e é quando avaliamos os sinais vitais de manhã e é quando ...” Portanto a resposta é sempre “a seguir a algo”, e a avaliação vem muitas vezes após aquela intervenção que não foi pensada muitas vezes, que foi um bocadinho automatizada pela rotina do serviço.” [E-B-prof-03-A]

A organização do trabalho do estudante parece estar relacionada com a necessidade de normas auxiliadoras da organização dos cuidados, num estadió inicial do seu desenvolvimento como futuro enfermeiro, tal como nos refere Benner (2001). Nesta perspetiva, e de acordo com a necessidade do estudante se focar num primeiro momento mais no domínio técnico, parece valorizar também a

⁴⁴ Método de distribuição de trabalho – organização do trabalho pelo método de enfermeiro responsável.

priorização dos cuidados de acordo com as características contextuais e normativas da unidade de cuidados.

“Como é um serviço mais do fazer [serviço de urgências], propriamente dito, o resolver naquele instante, a pessoa não pensa tanto nisso mas acaba por fazer inconscientemente, e a partir daí comecei a dar valor a essa [dimensão psicológica] vertente na parte da urgência e a direcionar mais esses cuidados de uma forma consciente.” [E-A-est-08-C]

“(...) proporcionar aos utentes cuidados de alto nível de qualidade, indo ao encontro das suas necessidades.” [RC-A-est-15-M]

Estes aspetos parecem integradores do conhecimento de si, como aponta Carper (1978), ao valorizar o significado das experiências para compreender todo o processo numa relação interpessoal com ênfase nas relações subjetivas num espaço contextual:

“Eu acho que eles se pegam muito a tudo o que é rotina, é para fazer porque está rotinizado, todos os enfermeiros fazem, todos dão a medicação, todos fazem a avaliação de sinais vitais (...)” [E-B-enf-11-B]

Desta forma, é essencial referir que os percursos de aprendizagem dos estudantes incluem experiências identificadas como significativas ou não, de cada um ao longo de todo o percurso de formação. As situações de trabalho (referentes ao ensino clínico), como nos explicita Costa (2008), promovem a construção do saber profissional, mediado pela influência do desenvolvimento profissional e do desenvolvimento pessoal, dando coerência e sentido ao início de um desenvolvimento e identidade profissionais.

Em relação à dimensão **valorização da avaliação**, emergem dos discursos três categorias: recurso ao *diagnóstico médico como ponto de partida*, a *avaliação centrada nas necessidades individuais e entre a pessoa e o procedimento*.

O recurso ao *diagnóstico médico como ponto de partida* é uma constante nos discursos dos participantes como ilustra a seguinte unidade de registo:

“(...) o organizador para eles é, (...) o diagnóstico que a pessoa apresenta (...)” [E-B-prof-01-A]

Este aspeto parece ser sobreponível às características evidenciadas na categoria anterior – *normatividade contextual*, quando identificamos no estudo de Benner (2001) o domínio profissional, evidenciando as “normas” como estratégias a serem “ensinadas” independentemente do contexto para guiar os seus atos em função dos diversos elementos, como referem:

“Temos de valorizar o que a pessoa precisa devido à patologia (...) primeiro vou pelas necessidades que a pessoa precisa.”
[E-A-est-07-A]

“Sinto que é importante cumprirmos o nosso papel de cuidar no seu todo, não limitando a exercer tarefas (...)” [RC-A-est-08-BB]

Reconhecemos na valorização da avaliação, alguma preocupação em identificar características que os estudantes que reconhecem como importantes, uma vez contribuindo para a apreciação da pessoa com um propósito definido, através do conhecimento pessoal como refere Carper (1978); esta valorização é identificada ao apontarem ao saber que, adquirido em ensino teórico e aquando da vivência da experiência profissional quando enfrentam situações nas quais este saber é confirmado e modificado. Esta é a perspetiva que clarificamos nesta fase do percurso dos estudantes, procurando a totalidade e integridade no ambiente pessoal. Ainda de acordo com a mesma autora, e dando consistência ao que procuramos no domínio do “saber como” (saber fazer), onde o centro de dificuldades reside na inexperiência dos estudantes, futuros profissionais face às situações, expressam:

“(...) a resposta é muito focada para aquilo que eles conseguem ver agora no momento, no imediato, que conseguem observar. Portanto, um penso que precisa de ser feito, uma medicação que precisa de ser trocada, um soro que precisa de ser trocado, os cuidados de higiene que precisam de ser administrados, estão muito focados naquele momento e naquela pessoa.” [E-C-enf-12-C]

Esta perspetiva, parece integrar o conhecimento pessoal de Carper (1978), pelo saber com, no domínio da habilidade expressando o saber fazer, dependendo do saber que, referido anteriormente que poderemos considerar o conhecimento pessoal, sendo que se encontra em construção pré-profissional, nesta fase de aprendizagem do estudante.

Como refere Swanson (1991) o “conhecer” deve evitar as ideias pré-concebidas sobre o significado da situação, quanto à colheita de dados, na informação que conduz a intervenções autónomas, e na observação da satisfação das necessidades. Contudo sabemos que poder-se-ia fazer o mesmo na ausência de um diagnóstico médico, sendo que como explicita Phaneuf (2001) não é somente o diagnóstico em si que retém a nossa atenção, mas sim o problema de saúde que conduz a ação sobre a satisfação das necessidades da pessoa.

Relativamente à categoria, *centrado nas necessidades individuais*, identificamos no discurso da maioria dos participantes, a perspetiva do nível de dependência/independência da pessoa, para a satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais [NHF].⁴⁵

Na perspetiva dos professores, as NHF são valorizadas como estruturantes na orientação do pensamento e reconhecidas nas experiências anteriores como significativas para a sua avaliação atual, como referem:

“(...) orientam-se muito pela experiência que trazem de anos anteriores baseado nas necessidades da pessoa, e na perspetiva do que estão habituados a fazer nos ensinamentos clínicos anteriores, (...)
[E-C-prof-03-C]

Esta experiência parece associar-se ao que Josso (2002) aponta como sendo a associação da sua componente factual e circunstancial à sua componente compreensiva, permitindo compreender a sua utilização, na lógica do processo de formação e do processo de conhecimento num círculo retroativo; por outro lado permite a integridade na realidade na experiência da prestação dos cuidados, como referem:

“(...) quando estou a prestar cuidados não me estou a centrar numa atividade ou outra, estou a pensar na necessidade efetiva da pessoa e nos cuidados que respondem à necessidade.” [E-A-est-06-C]

“Eu acho que eles fazem isto pela avaliação das necessidades inicialmente, e depois fazem por etapas.” [E-A-enf-12-E]

Esta realidade parece evidenciar a conceptualização das necessidades, na perspetiva de enfermagem como guia de apreciação do sujeito de cuidados pelo *professor-estudante-enfermeiro*, de acordo com o processo de avaliação diagnóstica, que permite planear as intervenções como sugere a investigação de

⁴⁵ Modelo de Cuidados de Virgínia Henderson

Rosa e Basto (2009). Na mesma linha de pensamento, reconhecemos nesta perspectiva a valorização do conhecimento empírico, como nos refere Carper (1978), pelas experiências anteriores, no modo como os estudantes apreendem e respondem às necessidades da pessoa.

Enquadramos a terceira categoria nesta dimensão em análise, *entre a pessoa e o procedimento*, atribuindo-lhe importância às situações, ao contexto e ao processo de planeamento, conforme se ilustra neste excerto:

“(...) o estudante descobre que tinha dado, imagine, a fantástica notícia à pessoa, cliente internado, que ia ser desalgaliado. Bem isso é fantástico, o senhor vai ser desalgaliado, e a pessoa diz-lhe “isso é a pior notícia que me podia dar...” E o estudante reproduz tudo o que aprendeu sobre a algáliação. (...) e o senhor diz-lhe, “mas eu algaliado dormia a noite inteira...” [E-C-prof-02-A]

A experiência refletida pelo estudante, parece evidenciar a complexidade já antes referida e corroborada pela investigação de Benner (2001), quando refere as características identificáveis nos enfermeiros; embora nos estudantes sem experiência clínica, como atrás mencionámos. Reconhecemos esta vivência do estudante, de acordo com o processo de cuidar de Swanson (1991), na perspectiva da dimensão “ideias pré-concebidas”. Identificamo-la nas dificuldades reconhecidas, do conhecimento integral e na capacidade de conhecer a pessoa na sua individualidade, para compreender o acontecimento com significado que na vida da pessoa.

No processo de aprendizagem dos estudantes, as experiências vividas são influenciadoras de aprendizagens significativas para o cuidar em enfermagem como nos refere Costa (2008), subjacente à aquisição de conhecimento como nos explicitam:

Sei que a “caixinha” dos meus conhecimentos técnicos e teóricos está agora mais enriquecida: uns foram aprofundados e outros adquiridos; uns pelos livros, e outros por pessoas. [RC-A-est-01-P]

“(...) primeiro com a pessoa, depois se tenho uma intervenção para fazer, preocupo-me em cumprir com os princípios inerentes à intervenção... como a assepsia e assim (...) e depois reavaliar e saber sempre a resposta final da pessoa” [E-A-est-05-A]

Na perspectiva de Carper (1978), o conhecimento de si, compreende aqui o significado no conhecimento/experiência que o estudante adquiriu em situações semelhantes nos momentos de interação em contexto clínico, permitindo em situações futuras mobilizar o conhecimento.

Parece evidenciar-se um discurso entre a pessoa e o procedimento, quando valorizam a dimensão conceptual da pessoa, reconhecendo a sua centralidade nos cuidados de saúde (O.E, 2001; PNS, 2012-2016). O domínio do procedimento aparece sobrevalorizado no discurso o que identificamos com a linha de investigação de Carvalho (2004), apontando os conteúdos procedimentais os mais valorizados pelos estudantes, seguidos dos atitudinais e por último os verbais; esta perspectiva surge explicitada na seguinte unidade de registo:

“(...) o estudante quando chega ao quarto ano e entra numa unidade de cuidados intensivos está muito preocupado com o quê? Com o ventilador, com o monitor, está muito preocupado com os fármacos de transfusão contínua, com a estabilidade hemodinâmica, no mexer do doente, e depois algo que é um procedimento (...)” [E-C-enf-11-C]

A valorização dos procedimentos técnicos como ponto de partida para os cuidados realizados pelos estudantes, parece estar relacionada por um lado, com a normatividade contextual, relacionada com cuidados decorrentes de normas e protocolos, e por outro lado com o modo de organizar o seu plano diário de trabalho. Referimo-nos à preocupação da rotinização acontecer na intervenção junto da pessoa e não na lógica da execução de procedimentos, como refere a investigação de Amendoeira (2000).

De acordo com estas características, destacamos a necessidade do conhecer evitando as ideias pré-concebidas, como nos sugere Swanson (1991) pelo e sobre o significado da experiência do estudante que valoriza estas apreciações na experiência da pessoa a quem se presta os cuidados, procurando nesta fase (da sua formação) o contributo para o desenvolvimento do “seu” processo de cuidar.

Desta forma, é importante referir que em ensino clínico o objeto de avaliação são os cuidados de enfermagem prestados por pessoas a pessoas, o que determina uma envolvimento muito própria de cada ato (Carvalho, 2004). Este percurso, integra o estudante no processo de aprendizagem, articulando as competências

que Josso (2002) aponta como condição fundamental: a avaliação, a comunicação, a criatividade, e as habilidades que consideramos simultaneamente como dimensões do cuidar. A sua identificação constitui o momento decisivo nas tomadas de consciência do estudante; consideramos ter identificado parcialmente algumas das dimensões do cuidar com os participantes.

Relativamente ao tema – **conceção dos cuidados** – analisado e discutido, de acordo com os dados obtidos pelos participantes no estudo, acreditamos ter clarificado algumas assunções que passaremos a apresentar.

Em síntese

Das experiências de aprendizagem desenvolvidas pelo estudante na prática clínica, e dos contributos dos participantes da aliança pedagógica assumida (professor, estudante e enfermeiro), clarificamos os conhecimentos que integram as dimensões do cuidar pelo estudante através da estrutura dos processos de cuidar de Swanson (1991).

O planeamento dos cuidados, surge valorizado pela avaliação inicial como ponto de partida das atividades de enfermagem por todos os participantes. Esta é reconhecida como a primeira etapa do processo de enfermagem, para o “conhecer “ na dimensão de “evitar ideias pré-concebidas” para avaliação com significado para a pessoa. A valorização do conhecimento pessoal em articulação com as necessidades de conhecer os recursos pessoais integra o “apreciar cuidadosamente” no processo de cuidar “conhecer”, com algumas dificuldades referidas pelos professores, que se identificam pela antecipação das características da pessoa que lhes permitam a adequada apreciação e conseqüente planeamento da intervenção. A valorização da pessoa no processo de cuidar pelo estudante emerge com grande relevo ao longo dos discursos, integrada no processo “conhecer” nos momentos de interação, referidos como organizador do pensamento da avaliação da condição de saúde da pessoa. Os enfermeiros identificam a primeira abordagem realizada pelo estudante à avaliação da pessoa com a doença/patologia como foco para a organização do seu pensamento.

Reconhecemos uma forte perspectiva de procura de necessidades da pessoa, à luz de uma perspectiva conceptual adquirida em contexto teórico e mobilizada em contexto clínico. Revelam-se algumas preocupações pelos professores e enfermeiros face à tomada de consciência do pensamento lógico e rigoroso no planeamento das intervenções pelos estudantes.

A família é reconhecida conceptualmente pela maioria dos participantes, de forma global, como foco de intervenção nos cuidados. Para os estudantes, a família surge enfatizada como suporte de cuidados e com menor ênfase como contexto de intervenção.

Os professores e enfermeiros identificam dificuldades ao nível da mobilização dos recursos como fonte de informação para a colheita de dados, a pessoa, a família, o processo, os registos; estas dificuldades surgem enquadradas em dois níveis: (1) comunicacional, quando identificamos o estudante no processo de formação, vivenciando um período da vida ainda precoce; a valorização destes aspetos pode traduzir-se nalgumas dificuldades, concretamente quando se pretende uma comunicação efetiva com pessoas globalmente diferentes; (2) processual, pela influência da primeira, mas também pelas características diferentes (sistemas informáticos, modelos em papel, normas e procedimentos).

O estudante reconhece os momentos de interação com a pessoa, com conhecimento pessoal e empírico, assumindo o propósito definido da promoção do bem estar, na perspectiva humanística do cuidar em enfermagem.

A valorização da comunicação surge como uma estratégia criativa pelos estudantes, que integra o padrão do conhecimento estético, desenvolvido “envolvendo ambos” para “conhecer” num processo de cuidados.

Os professores e enfermeiros valorizam uma forte dimensão no cuidar do sujeito de cuidados num processo de *conhecer*, a partir da valorização centrada na pessoa, havendo um esforço em compreender o acontecimento com significado pelo estudante; de “manter a crença”, de “acreditar” mantendo uma atitude de esperança e de um otimismo realista na interação do estudante com a pessoa/família “envolvendo ambos” no processo de cuidar.

A orientação dos cuidados é valorizada na maioria dos participantes por um quadro de referências, traduzido pela mobilização de elementos conceptuais através da integração de conceitos e referência a teorias de enfermagem necessárias para orientação dos cuidados.

O ambiente da pessoa, reconhecido como elemento fundamental na orientação dos cuidados pelo estudante, possibilita a qualidade dos cuidados. Os estudantes integram estes elementos conceptuais e reconhecem-nos como estruturantes na sua orientação.

A dimensão instrumental valorizada pelos estudantes na orientação dos procedimentos técnicos como elo de ligação nos momentos de interação com a pessoa e família, é mobilizada pelo conhecimento estético no desenvolvimento criativo das diferentes atividades.

O método do processo de enfermagem como estratégia organizadora, integra a perspectiva de todos os participantes.

Relativamente aos estudantes identificamos a gestão das prioridades integrada na etapa de planificação, evidenciando-se algumas dificuldades na priorização dos cuidados, que parecem relacionadas com o conhecimento pessoal.

A normatividade é reconhecida pelos professores como organizadora do trabalho a desenvolver na fase inicial do processo de aprendizagem dos estudantes. O reconhecimento do “ser pessoa” com potencial humano numa individualidade própria surge assumida nos discursos.

A *valorização da avaliação*, pelo diagnóstico médico é enfatizado como ponto de partida na maioria dos participantes. Os estudantes identificam dificuldades na colheita de dados, concretamente na informação que conduz a intervenções autónomas⁴⁶ de enfermagem, que mobilizam através do “conhecimento pessoal”, ao mobilizar o conhecimento adquirido no ensino teórico e na experiência profissional que enfrentam.

As necessidades individuais assumem grande valorização pela satisfação das Necessidades Humanas Fundamentais⁴⁷ da pessoa em contexto clínico.

Surgem reconhecidas as NHF pela maioria dos participantes, como estruturantes na orientação do pensamento dos estudantes, mobilizando-as para “conhecer” “evitando ideias pré concebidas” no sentido de “apreciar cuidadosamente”, reconhecendo as experiências anteriores como significativas para a sua avaliação.

Para os estudantes, as NHF constituem-se como eixo estruturante no seu processo de aprendizagem, mobilizando o “conhecimento empírico” na medida

⁴⁶ Cf. Capítulo 2 – p. 32

⁴⁷ Modelo de Cuidados de Virgínia Henderson

em que procuram a associação entre os componentes conceptuais e a vertente compreensiva obtida pela experiência.

Os procedimentos técnicos são reconhecidas como momentos de interação importantes pelos estudantes, mobilizando o conhecimento de si, pelo seu significado na experiência adquirida em situações semelhantes. A maioria dos professores evidencia um discurso ambivalente entre a pessoa e o procedimento; referem as experiências como significativas para os estudantes, para a apropriação de conhecimentos só possíveis em contexto real.

Os enfermeiros valorizam os procedimentos técnicos como ponto de partida para o planeamento de cuidados pelos estudantes. Na sua maioria adotam um discurso dirigido à centralidade da pessoa num contexto global, que mobilizam para “conhecer” de forma a “apreciar cuidadosamente” para promover o bem-estar.

4.2 – A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

A intervenção de enfermagem pelos participantes evidencia-se pelos conceitos – **“Momentos de reflexão e aprendizagem”** – **“Intervenção para prestar cuidados”** – **“Reflexão para avaliar os cuidados”**. Contribuem na perspetiva dos momentos de interação que ocorrem com o estudante e o sujeito de cuidados, visando a prestação de cuidados de enfermagem para uma adequada tomada de decisão em contexto clínico. Na mesma lógica interpretativa que temos vindo a realizar entre categorias e conceitos, procuramos os “outros” conceitos com significado, que ligados entre si contribuem para a conceptualização dos cuidados pelo estudante – “procedimento na intervenção”, ligado à preocupação do conhecimento e dos saberes da “prática em enfermagem”, através da relação interpessoal valorizada “como importante na relação com a pessoa”, pela “importância da comunicação”.

Na Figura 8 apresentamos os conceitos e as categorias ao tema.

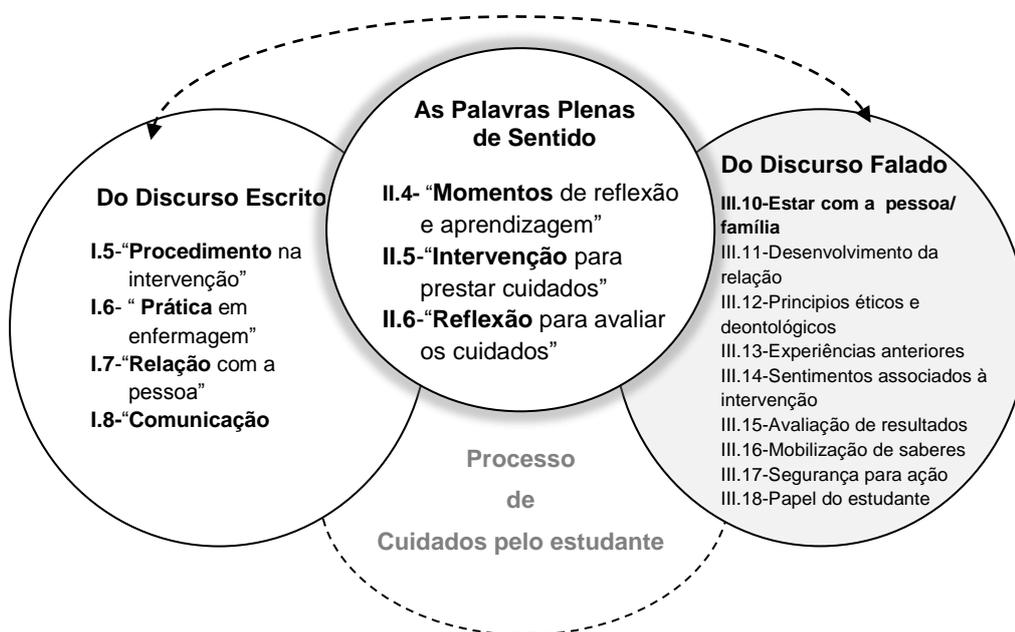


Figura 8. – A Conceção dos Cuidados – conceitos e categorias associadas⁴⁸.

⁴⁸ Na Figura 7, as categorias mobilizadas na discussão dos dados referem-se às dimensões do sistema de categorias das entrevistas dos participantes: 2.1-**Momentos de interação**, 2.2-**Prestação dos cuidados e** 2.3-**Tomada de decisão**.

Os conceitos associados, referem-se às unidades de registo das reflexões críticas dos participantes: estudantes.

Na análise das entrevistas dos participantes nos diferentes contextos para a compreensão do processo de cuidados pelo estudante, emerge a dimensão – **Momentos de Interação**, no *estar com a pessoa/família*, através do *desenvolvimento da relação*, atendendo aos *princípios éticos e deontológicos*.

Relevamos o *estar com pessoa/família*, reconhecido na interação pela valorização do momento, no estar presente com a pessoa, como refere Swanson (1991), comunicando uma disponibilidade e um simplesmente “estar lá” no procedimento na intervenção.

“(...) vão interagir com o utente num procedimento, uma intervenção, e têm alguma dificuldade em utilizar esses momentos para identificar aspetos para o planeamento” [E-A-prof-04-K]

Estes aspetos parecem enquadrar-se na lógica já anteriormente referida, quando identificamos o estudante ainda numa fase precoce do seu desenvolvimento pré-profissional como nos apontam as investigações de Benner (2001) e Carvalho (2004), respondendo apenas às necessidades imediatas da pessoa em contexto clínico. Ao nível do conhecimento empírico, de acordo com Carper (1978), apela-se à mobilização do conhecimento adquirido em ensino teórico-prático no domínio da comunicação, como suporte ao desenvolvimento do cuidado evidencia-se de forma pouco facilitada quando:

“(...) dizer que é uma coisa [comunicação] que eles fazem com a maior das facilidades não é, mas isso também é um caminho, precisam de ajuda, tanto do professor como do enfermeiro que está na prática de cuidados, precisam dessa ajuda (...)” [E-C-prof-04-C]

“Podia ter estabelecido uma melhor relação de ajuda, através de uma comunicação terapêutica mais eficaz” [RC-A-est-03-CC]

“Aprendi que é essencial o enfermeiro possuir competências de comunicação e adaptação” [RC-A-est-03-Y]

Este sentido vai ao encontro do estudo de Abreu (2007), ao referir que os estudantes adquirem em contexto clínico o conhecimento que lhes é transmitido pelo professor e pelo enfermeiro. Por outro lado parece evidenciar-se a comunicação como estratégia promotora para o desenvolvimento da relação de ajuda, como refere Carper (1978), na perspetiva do conhecimento estético que se torna visível na ação de cuidar.

Nesta perspectiva parece evidenciar-se a valorização da comunicação como instrumento básico de enfermagem⁴⁹, como surge na investigação de Amendoeira et al. (2003) de forma transversal na ação do cuidar, emergindo pela atenção centrada em cada pessoa de forma particular.

Reconhecemos assim a comunicação com elevado significado na avaliação das situações contribuindo para o conhecimento real da pessoa em situação, através do processo de cuidar no estar presente como identifica Swanson (1991), pela valorização da relação de ajuda e da família como suporte de cuidados como se evidenciam nos momentos de interação:

“(...) dependendo da pessoa, os primeiros cuidados são diferentes. (...) uma pessoa que está nos cuidados intensivos e está ventilada, se calhar a primeira ideia é ir lá e ver como a pessoa está, se está bem monitorizada, se está bem ventilada, à vista desarmada as coisas não são assim, o ir, o ver, até o momento de a gente ver se existe expressão, se não existe, as mudanças de cúbitos, e são essas as maiores intervenções, dependendo da pessoa que tenho à frente, é os cuidados que lhe vou prestar” [E-B-est-07-C]

“Alguns estudantes têm essa preocupação de serem mais latos e não se confinarem só ao doente e efetivamente verem a família, porque sabemos que cada vez mais as famílias estão mais presentes (...)” [E-C-enf-11-A]

A perspectiva da família, parece revelar-se nesta unidade de registo como foco de intervenção dos cuidados de enfermagem, tal como descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem “O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2001, p.8).

O *desenvolvimento da relação* que ocorre nos momentos de interação, parece traduzir uma componente de dificuldade no estabelecimento de uma relação com a pessoa, que valorizamos de acordo com Carper (1978), pelo conhecimento do estudante como futuro profissional. Para esta autora é fundamental o conhecimento pelo encontro e o entendimento do seu *self* individual, concreto. É o conhecimento de si mesmo que permite o relacionamento autêntico e de reciprocidade com a pessoa. Contudo ao valorizar-se na prática de enfermagem,

⁴⁹ Instrumento Básico de Enfermagem – IBE , (Amendoeira et al, 2003)

o saber como e o saber que, onde o primeiro reflete o domínio de uma habilidade, e o segundo um saber teórico, articulado através da linguagem. Entendemos que a interdependência destes saberes parece tornar-se significativa para o conhecimento pessoal do estudante. Ao identificar-se o saber com, pela habilidade da comunicação como dificuldade para a ação pelo estudante, e a capacidade de identificar no desenvolvimento o saber que, a relação com a pessoa/família se reconhece como foco de intervenção na enfermagem, como emerge dos discursos dos participantes:

“(...) num primeiro momento de abordagem a uma pessoa agarrarmo-nos a coisas que para nós são mais seguras, e a questão da relação e da comunicação, eu também tenho verificado ao longo destes onze anos que os estudantes cada vez têm mais dificuldade na relação e na comunicação com as pessoas.” [E-C-prof-03-B]

“(...) durante a conversa que estou a ter com familiares ou mesmo a pessoa em questão, a quem vou prestar cuidados, e acima de tudo uma escuta muito ativa, como em momentos em que vou estar com eles não vou estar preocupada em preencher papeis (...)” [E-C-est-05-I]

“(...) o estudante, mesmo nessa relação quase a dois, nunca é bem a dois porque há a família neste contexto domiciliário e ela tem um grande peso, os alunos têm muito esta noção de que à família e às pessoas significativas também vão buscar um bocadinho da resposta para os problemas que nós queremos ajudar a resolver.” [E-B-enf-10-B]

Estes aspetos surgem relacionados com o estudo de Cestari (2003), quando refere ser nesta forma de relação com o saber, que os estudantes são capazes de se colocar e nomear a si mesmos, desenvolvendo o conhecimento pessoal. Aspeto que valorizamos da mesma autora, quando identificamos ao nível dos *princípios éticos e deontológicos*, o saber que o estudante integra na ação, na perspetiva do que envolve a apreciação do que é certo ou errado, do que é bom e valioso e desejável. De acordo com Carper (1978) identifica-se com o padrão ético, pela procura nas intervenções dos estudantes, das formas adequadas às pessoas, o que implica realizar escolhas, decidir o que é apropriado a cada situação específica. Nesta perspetiva, parecem os estudantes evidenciar algumas características dos princípios éticos e deontológicos, quando apelam à informação

e comunicação procurando o feedback da pessoa, e ainda invocando ao respeito e dignidade, como explicitam os discursos:

“Professora, acho que fiz asneira porque não devia ter perguntado, mas só pensei bem depois de já ter dito à senhora”. (...) Mas ela percebeu que realmente não deveria ter perguntado, e por aí ela entendeu que não se pode fazer a mesma pergunta a todas as pessoas.” [E-B-prof-02-H]

Como nos referem também os estudantes:

“(...) informar a pessoa acerca dos cuidados que temos de prestar é fundamental tanto para a autorização da pessoa como também é uma forma de tranquilizar a pessoa para o procedimento que vamos fazer” [RC-A-est-4-Q]

“E vou comunicando com essa pessoa, explico o que vou fazer, em que momento é que se vai proceder e peço sempre um feedback à pessoa, como é que se está a sentir. (...) A pessoa, mais do que tudo é protagonista do seu estado, portanto quem melhor do que ela para me transmitir o que é que está a sentir e o que está a acontecer, porque é sempre uma perspetiva diferente daquela que os profissionais têm.” [E-C-est-08-I]

Ao enfermeiros acrescentam:

“(...) deve ser o que ele precisa, mas se vamos prestar cuidados de higiene, momento provavelmente de conforto da pessoa, e respeito pela dignidade (...)” [E-A-enf-09-I]

Consideramos no discurso dos participantes que os momentos de interação são importantes, pois através deles é que o estudante desenvolve o seu processo de aprendizagem em contexto de ensino clínico pela – **prestação de cuidados**. Na valorização das *experiências anteriores* pelos participantes, elas emergem essencialmente associadas às experiências vividas com os enfermeiros orientadores e em diferentes contextos da prática clínica, como ilustram os discursos que apresentamos:

“(...) recorrem às experiências vividas atrás quando estiveram a acompanhar o enfermeiro orientador, a experiência vivida com o orientador e como é que o orientador faz numa situação semelhante.” [E-C-prof-03-C]

“Eu tive uma experiência ótima de trabalho de parceria em contexto de psiquiatria, e achei muito relevante o papel da enfermagem (...) a questão das dimensões, da interação e acho muito interessante o impacto que pode ter, discussões, e trabalhos em discussão, que foi mais o contexto em que eu estive, de várias perspectivas, médico psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional e enfermeiro e a forma útil em que isso se integrava.” [E-C-est-05-D]

Percebe-se no discurso do estudante, que as experiências da prática são importantes, pois valorizam o trabalho em equipa na interação e discussão de situações concretas. Reconhecemos estas experiências na perspectiva da investigação de Josso (2002) quando refere que o estudante ao falar das suas experiências formadoras, atribui valor ao que é vivido na continuidade temporal do seu percurso de vida, retirando informações úteis à sua transação pessoal com reflexo no percurso de aprendizagem. Contudo nem sempre as experiências integram todas as possibilidades de intervenção que efetivamente podem ocorrer, como nos aponta o excerto que apresentamos:

“(...) como é que se aborda um grupo, que tipo de dinâmica se vai usar, (...) como é que se apresenta ao grupo ...(...) como é que se avalia a eficácia dessa intervenção, têm realmente muita dificuldade, e acho que por inexperiência” [E-B-enf-10-K]

Entendemos a experiência como uma das estratégias de aprendizagem, que os estudantes integram como importante, reconhecendo-a como facilitadora do seu processo ensino aprendizagem, como refere Costa (2008) o saber em enfermagem aprende-se em tudo o que possa ter sido formativo nas suas práticas desenvolvidas em contextos clínicos. Consideramos estas serem características que integram o estar com a pessoa através do mostrar competências como sugere Swanson (1991), pela experiência que interesse a ambos, à pessoa cuidada e ao estudante que cuida para aprender.

Relativamente aos *sentimentos associados à intervenção*, encontramos algumas referências de forma generalizada que identificamos: o medo de errar e de causar dano à pessoa, o medo de não corresponder às expectativas das pessoas; e a insegurança interligada com a capacidade de realizar as atividades inerentes ao papel de estudante, sobretudo quando se realizam pela primeira vez. Referem ainda a insegurança expressa pelos primeiros procedimentos técnicos realizados em contexto real, como ilustram os discursos:

“Há algum medo associado a esta situação [terapêutica]. Mas depois eles conseguem perceber e conhecer ... (...) Quando chega ao meio do estágio eles estão autônomos e os próprios tutores referenciam isso.”[E-B-prof-04-D]

“Fazer alguma coisa que prejudique a pessoa enquanto estamos a cuidar (...) sinto assim um medo avassalador.” [E-A-est-06-A]

Os enfermeiros acrescentem:

*“E eles muitas vezes penalizam-se a eles próprios. Não correu bem, está muito pior do que estava quando cá chegámos de manhã e o doente estava bem e neste momento está e vias de ir para os cuidados intensivos, por isso devo ter sido eu que não estive atento não reparei que estava a sangrar, fazem isto muitas vezes.”
E-B-enf-11-C]*

No contexto de aprendizagem, os *sentimentos associados à intervenção* pelos estudantes, parecem estar relacionados com o mostrar competência e o partilhar sentimentos, dimensões que integram o “estar com” no processo de cuidar de Swanson (1991). No estar com ou fazer parte do processo de formação, para o desenvolvimento da aprendizagem do estudante, surgem estratégias reveladoras que possibilitam ao estudante, como sugere Abreu (2007), sentir-se seguro cuidado no âmbito da sua aprendizagem, como no excerto que apresentamos:

*“Todo este procedimento foi muito difícil de realizar. Contudo, nesta situação, senti que a Enfermagem é isto mesmo, não é ter tudo em ordem e tudo a correr bem, é também saber arranjar estratégias e saber escolher as situações para as utilizarmos, são estas situações que nos fazem crescer enquanto pessoas e profissionais”
[RC-A-est-3-Q]*

Relativamente à *avaliação dos resultados*, reconhecemos na maioria dos participantes a valorização desta etapa no processo de enfermagem, pela importância da avaliação ao medir o progresso alcançado, sendo que o estudante ainda numa fase precoce da sua responsabilidade profissional, evidencia algumas dificuldades na apreciação dos resultados obtidos e na qualidade dos seus cuidados, como nos explicitam as seguintes unidades de registo:

“Muitas vezes, na avaliação dos resultados da sua intervenção, é que eu ainda noto alguma necessidade de ir buscar o cooperante (...) por um lado o estudante já se autonomiza e já consegue planear, aquilo que são os resultados esperáveis da sua intervenção (...)”

[E-A-prof-01-K]

“(...) o doente estava em deficit, claro que depois quando a situação estabiliza tem de haver uma reavaliação da situação, onde nós depois teremos determinadas intervenções em que a prioritária deixará de ser a prioritária, depois da utente estar estabilizada, e agora há um outro conjunto de situações como a reavaliação dos cuidados. [E-A-est-08-K]

“(...) Colocam a individualidade em função da intervenção que vão fazer, a necessidade de, se houve uma alteração com o doente, e o que eu tinha planeado seria isto, mas em virtude disto, eu não vou fazer, eu não vou transferir para o cadeirão porque houve esta intercorrência” [E-B-enf-12-K]

Estes aspetos parecem integrar o padrão do conhecimento empírico que de acordo com Carper (1978), permite ainda que numa fase pré-profissional do estudante, explicar a avaliação dos resultados de acordo com o processo de enfermagem dirigido à pessoa, através da sua competência conducente à produção de resultados esperados.

Reconhecemos no discurso dos participantes, que os diferentes saberes são determinantes, pois através deles é que o estudante mobiliza o seu conhecimento com responsabilidade para – **tomada de decisão**, na especificidade da *mobilização de saberes*, na *segurança para a ação* e tendo subjacente o *papel do estudante*.

Na valorização da *mobilização de saberes* pelos participantes, eles emergem essencialmente associados à preocupação dos professores quanto ao conhecimento para intervir de acordo com as necessidades com que os estudantes poderão ser confrontados na sua prática em contexto clínico; no mesmo sentido o próprio estudante aponta a necessidade de estar detentor de grande parte dos saberes para adotar um perfil profissional, como se sugere nas seguintes unidades de registo:

“A grande preocupação, é não ter os conhecimentos, não ter as habilidades que lhe permitam dar resposta às diferentes situações com que é confrontado”[E-A-prof-04-B]

“Eu, enquanto estudante, tenho em conta uma inúmera e vasta rede de conhecimentos que tenho de ter, de conhecimentos e de comportamentos que devo adotar, tudo igual ao profissional, (...)” [E-C-est-05-A]

Estas preocupações dos professores e dos estudantes parecem enquadrar-se na lógica de que, os conhecimentos se devem consubstanciar em saberes de enfermagem, valorizando uma componente interpessoal e relacional, associada ao saber técnico e científico, que sustentados na perspetiva de Carper (1978), identificamos pelo conhecimento pessoal e conhecimento estético. Ao nível do conhecimento pessoal e ainda numa fase precoce do estudante como pré-profissional, estas preocupações do conhecimento parecem estar relacionadas com a apropriação e compreensão do saber da Pessoa nas experiências concretas, podendo dificultar a sua tomada de decisão.

No mesmo sentido, ao identificamos o conhecimento estético, fazemo-lo na perspetiva da apropriação do conhecimento de si pelo estudante, pelo saber que, desenvolvendo iniciativas de enfermagem incluindo um processo criativo, como nos explicita esta unidade de registo:

“Ela dizia “se calhar era boa ideia, o senhor não tem a mínima noção do que é a diabetes, e não tem hábitos alimentares regrados ...” E isto é um pequeno exemplo de que a aluna foi ela à procura do conhecimento, foi ela que no fundo conduziu o processo de cuidados, eu limitei-me a acompanhar, e foi uma experiência muito interessante e que eu valorizei muito essa iniciativa” [E-B-enf-12-C]

Relativamente ao significado da *segurança para a ação*, identificamo-lo no confronto entre as práticas de cuidar dos estudantes e o desafio de ter que tomar decisões; neste confronto é visível a preocupação pelos professores no que se refere à capacidade para tomar decisões na intervenção:

“(...) tenho um utente que me diz “neste momento, não quero fazer a minha higiene ainda” e o estudante tem de decidir se pode ou não deixar de fazer. Portanto, parece coisas muito simples, sem grande importância nos cuidados mas são muito importantes, no que diz respeito, por um lado ao conforto daquela pessoa, por outro lado em termos da capacidade decisória do estudante.” [E-A-prof-04-B]

“E é efetivamente neste último ensino clínico que eles sentem, a maior parte deles, que conseguem passados dois ou três meses ser capazes de entrar no serviço e ser capazes de decidir sobre a vida daquelas pessoas (...)” [E-B-prof-04-D]

Para o estudante o contexto da prática clínica implica o desempenho de diferentes atividades e o estabelecimento de diversas relações, que por serem as primeiras nem sempre são fáceis de gerir. A transferibilidade dos conhecimentos para a prática necessita de tempo e de estabilidade emocional de modo a sentirem-se mais seguros, como nos explicitam os estudantes e asseguram os enfermeiros:

“Porque é que me custa começar a conversa, se é do meu medo, se é porque tenho medo da reação, se é porque ainda não tenho segurança e penso que é porque não tenho segurança exatamente no estar a ajudar a outra pessoa, e portanto é importante eu pensar sobre isto, para não voltar a repetir ou para ir melhorando aos poucos.” [E-C-est-06-A]

“(...) antes de irmos fazer essa visita acabamos por falar naquilo que poderemos encontrar ou não. E eles próprios, (...) já têm algum amadurecimento para conseguirem conciliar o que temos na frente com aquilo que temos que ensinar, e conseguem” [E-C-enf-10-B]

Reconhecemos a necessidade de segurança para a ação no desempenho do *papel de estudante*, sobretudo quando as atividades se realizavam pela primeira vez ou quando diferiam na forma como tinham sido realizadas noutros contextos, obrigando os estudantes a adotarem uma atitude reflexiva antes da tomada de decisão, como nos apontam:

“(...) um daqueles momentos em que as máquinas funcionam todas, e se põe tudo a funcionar, chegam médicos, chegam técnicos, etc., e a aluna, o que fez, ela sabia que não tinha condição nenhuma de fazer algo mais, então tomou conta da mãe” [E-B-prof-04-I]

“(...) a segurança total e dizer “até aqui eu posso avançar, a partir daqui não é o meu papel e remeto para o profissional”. É claro que o estudante sabe muito bem o papel dele.” [E-C-enf-11-A]

É notória a necessidade que os estudantes têm de olhar para a dimensão profissional, projetando-se no ser enfermeiro, parecendo adotar o papel de profissional; contudo neste processo de assunção de papéis, parece abrir-se o incentivo à reflexão, que assumem de forma efetiva:

“(...) sou uma profissional e como profissional eu tenho um objetivo terapêutico naquela função, que é mais uma vez o de responder a um conjunto de questões que me permitam ter esse papel que é esperado do enfermeiro.” [E-C-est-08-A]

“A prática reflexiva sobre as ações de enfermagem constitui-se como um importante meio de capacitação dos estudantes na aquisição de um profundo conhecimento sobre os saberes e as práticas “

[RC-A-est-2-S]

No processo de aprendizagem em contexto clínico, os estudantes de enfermagem necessitam refletir e documentar o processo de tomada de decisão, resultante das suas práticas de cuidados, como nos sugere Petronilho (2011), no decurso do processo de enfermagem. No mesmo sentido, reconhecemos como refere Costa (2008), o desenvolvimento profissional como indissociável do desenvolvimento pessoal, onde a coerência de ambos dá sentido e suporta o desenvolvimento institucional, sendo esta perspectiva de aprendizagem influenciadora dos cuidados desenvolvidos pelo estudante.

Em síntese

Da diversidade das experiências vividas na prática de cuidados pelo estudante, e dos contributos dos participantes na aliança pedagógica (professor-estudante-enfermeiro), clarificamos os processos de cuidar pelo estudante num olhar com significado como nos aponta Swanson (1991).

Os momentos de interação valorizados pelo estudante no processo de cuidar de “estar com”, integram a dimensão do “estar presente”, ao assegurar a disponibilidade na intervenção com o envolvimento da pessoa e família. A mobilização da comunicação enquanto suporte ao desenvolvimento do cuidado identifica-se como importante pelos estudantes no “estar com” a pessoa; contudo professores e enfermeiros evidenciam algumas dificuldades na reflexão da forma como os estudantes a operacionalizam. A valorização do IBE – comunicação, emerge com grande relevo pela atenção centrada em cada pessoa de forma particular. A comunicação como estratégia promotora para o desenvolvimento da relação de ajuda, perspectiva-se na valorização do conhecimento estético, com visibilidade na ação do cuidar.

A importância da relação de ajuda e da família, esclarece o foco de intervenção dos cuidados de enfermagem pelos estudantes; identificaram-se algumas dificuldades nesta relação, maioritariamente associadas ao défice de conhecimento do saber pessoal do estudante, como futuro profissional.

Os princípios éticos e deontológicos, valorizam-se pelo conhecimento ético, quando apelam à informação e comunicação procurando feedback da pessoa, e ainda invocando o respeito e dignidade.

Na valorização da prestação de cuidados, evidenciam as experiências anteriores nas experiências vividas com os participantes nos diferentes contextos da prática clínica, como essenciais no percurso formativo. Destacam o trabalho em equipa na interação e discussão de situações concretas como estratégias de aprendizagem.

Os sentimentos associados à intervenção evidenciados pelos estudantes, referem-se ao medo e insegurança, que se relacionam com o “mostrar competência” e o “partilhar sentimentos”, dimensões que integram o “estar com”, e que possibilitam ao estudante na perspetiva da formação sentir-se seguro e ser cuidado.

A avaliação dos resultados, valorizam-na como uma etapa do processo de enfermagem pela importância de “medir” o progresso alcançado. Apresentam algumas dificuldades, nomeadamente na apreciação dos resultados obtidos e da qualidade dos seus cuidados, que mobilizam através do conhecimento empírico, permitindo ainda numa fase pré-profissional do estudante, explicar a avaliação dos resultados de acordo com o processo de enfermagem dirigido à pessoa, pelos resultados esperados.

A tomada de decisão na prática clínica dos estudantes, assume grande valorização pela mobilização de saberes. Serem detentores de saberes que lhes permitam agir em situação é uma preocupação num perfil profissional desejado. Quanto à segurança na ação, identificam-se algumas preocupações ao nível da transferibilidade dos conhecimentos para a prática, necessitam de tempo e de estabilidade emocional de modo a sentirem-se mais seguros na ação. O desempenho do papel de estudante integra a dimensão profissional, projetando-se no ser enfermeiro, adotando o papel de profissional, parecendo abrir-se o incentivo à reflexão neste processo de assunção de papéis.

4.3 – APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE CUIDADOS

A aprendizagem do processo de cuidados pelos participantes evidencia-se pelos conceitos – “**Aprendizagem** uma experiência preciosa” – “**Competências** para adquirir confiança no desempenho” – “**Ajudar** estar disponível”. Contribuem na perspetiva da aprendizagem do estudante, através de experiências vividas em contexto de ensino clínico, visando o processo reflexivo para o desenvolvimento de competências integrando o processo de autonomização. Dando continuidade à análise interpretativa que temos vindo a realizar entre categorias e conceitos, procuramos os “outros” conceitos com significado, que ligados entre si contribuem para a conceptualização dos cuidados pelo estudante – “processo uma ação”, ligado à componente da “responsabilidade um sentido” valorizando o desempenho “profissional de referência”, utilizando diferentes “estratégias para as situações” desenvolvidas em contexto clínico.

Na Figura 9 apresentamos os conceitos e as categorias ao tema.



Figura 9. – A Aprendizagem do Processo de Cuidados – conceitos e categorias associadas⁵⁰.

⁵⁰ Na Figura 9, as categorias mobilizadas na discussão dos dados referem-se às dimensões do sistema de categorias das entrevistas dos participantes: 3.1-**Processo Reflexivo**, 3.2-**Aquisição de Competências** e 3.3-**Processo de Autonomização**.

Os conceitos associados, referem-se às unidades de registo das reflexões críticas dos participantes: estudantes.

A aprendizagem do processo de cuidados pelos participantes nos diferentes contextos surgiu-nos na compreensão veiculada pela dimensão – **Processo reflexivo**, na *capacidade de autoavaliação*, pelo *processo de autoformação*, através da *consciencialização da intervenção*.

Reconhecemos o processo reflexivo como um meio estruturado, de identificar o conhecimento relevante como nos sugere Schön (2000) transformando o pensamento da prática numa potencial situação de aprendizagem.

Valorizamos a sua estrutura pela reflexão na e sobre a ação como elemento facilitador da aprendizagem do estudante em contextos clínicos, como nos aponta a investigação de Santos (2009); sabendo-se que quando a reflexão é intencionalmente realizada conduz à construção do saber e sendo teórica e metodologicamente enquadrada permite a emancipação profissional, no aprender a aprender e na consciência da tomada de decisão.

A *capacidade de autoavaliação*, mobilizada pelo conhecimento pessoal de apropriação e compreensão como nos sugere Carper (1978), é desenvolvida no sentido da transferência pelo estudante para situações particulares, conhecimentos do saber fazer e do saber teórico. Parece ser reconhecida por ele a importância da sua autoavaliação como componente essencial na reflexão, influenciando o pensamento crítico e o desenvolvimento de habilidades de raciocínio, como nos referem os professores:

“(...) conseguem já olhar para a situação de cuidados, perceber e analisar de que forma é que eles próprios estiveram e como estiveram, o que mobilizaram a nível conceptual, quais foram os fatores externos que estiveram ali a interagir, de que forma é que mobilizaram ou não os aspetos centrais da profissão, quer os padrões de qualidade, (...) as competências do enfermeiro de cuidados gerais (...)” [E-A-prof-02-Z]

Percebe-se do excerto apresentado um pensamento reflexivo acerca da experiência e situações para determinar se o conhecimento usado é o adequado, e quais os objetivos para ultrapassarem dificuldades; esta via de reflexão permite a sua identificação pelos estudantes através do diálogo consigo mesmos, procurando respostas para essas mesmas dificuldades, como referem:

“(...) nós vamos progredindo e evoluindo e vamos consolidando conhecimentos...e competências também (...)”[E-A-est-06-Z]

“(...) a gente contar a experiência, e acho que isso são momentos de reflexão, tanto para nós, como para o preceptor, muito importantes, e que nos ajuda a crescer, e a prestar melhores cuidados numa próxima vez, num próximo doente, numa próxima pessoa.”
[E-B-est-07-X]

“O ato de refletir deve ser um processo diário do enfermeiro, pois assim este analisa e avalia criticamente as suas ações, o que contribui para o seu desenvolvimento profissional.” [RC-A-est-13-F]

Entendemos a reflexão como estratégia de aprendizagem, mobilizada pelos estudantes em ensino clínico, no sentido de ultrapassar dificuldades como nos aponta Santos (2009). Contudo identificamos diversas vezes a referência à reflexão como algo que está inerente ao currículo escolar, sendo, para alguns estudantes realizada de forma espontânea no que concerne às suas práticas; para outros estudantes a reflexão parece integrar apenas o cumprimento desenvolvido do “instrumento de avaliação” subjacente a cada ensino clínico, como nos explicitam as diferentes unidades de registo:

“(...) os momentos de reflexão, aqueles momentos que lhes são sugeridos, de aprendizagem, aproveitam mal, porque acabam por utilizá-los como instrumento de avaliação, qualquer coisa que têm que fazer para poder ter uma nota, (...)” [E-B-enf-10-I]

(...) a abordagem que me fazem é no sentido “vamos sentar-nos e vamos ver o que se passou, enfermeiro”, às vezes é nesse sentido que vemos o que é que fez, nem que seja num procedimento que para mim é básico, (...)” [E-C-enf-11-D]

No percurso de aprendizagem, são estes momentos de reflexão sobre as experiências formadoras que podem ajudar a alterar e modificar as práticas desenvolvidas pelo estudante, mobilizando o conhecimento pessoal, como nos sugere Carper (1978), na procura dos conhecimentos pela experiência adquirida em situações anteriores.

Relativamente ao *processo de autoformação*, evidencia-se na maioria dos participantes pela responsabilidade atribuída ao estudante no desenvolvimento da sua aprendizagem, como nos explicitam:

“Têm mesmo disponibilidade para aprender, estão sempre a querer mais e isso também faz com que elas mantenham uma outra postura e outro ritmo na aprendizagem” [E-B-prof-02-J]

“(...) vai construindo também o seu processo de aprendizagem e aquilo que quer aprender” [E-C-prof-03-J]

“(...) ele é que tem que ser ativo na sua aprendizagem, para não ter receio nem medo de dizer ao orientador e ao enfermeiro orientador “eu acho que não tenho competências suficientes nisto e estou a terminar um curso, e gostaria de desenvolver (...)” [E-C-prof-03-Z]

Identificamos esta perspetiva na linha de pensamento de Josso uma vez que surge valorizado o estudante, enquanto sujeito aprendente e responsável pelo seu processo de aprendizagem (2002).

Na perspetiva dos estudantes, evidencia-se a autoformação como uma estratégia integrada no processo reflexivo gerador de aprendizagens no seu percurso formativo. Há evidência de que o conhecimento empírico é reforçado pela construção de narrativas reflexivas em contexto de aprendizagem clínica, como aponta Santos (2011). Este processo de reflexão permite desenvolver estratégias de desenvolvimento de conhecimentos, que são transformados em “saberes” por sua vez mobilizados em novas situações da prática de cuidados.

“Tem a ver um pouco com o meu investimento pessoal, e dentro deste investimento pessoal há um trabalho, de ouvir o que os outros têm para dizer, (...) [E-C-est-07-A]

“Assim, esta situação experienciada foi uma mais valia tanto para adquirir estratégias para situações idênticas futuras como para refletir nesta interação enfermeiro-pessoa.” [RC-A-est-04-EE]

Os estudantes acrescentam:

“Neste momento, julgo que a maior aprendizagem que puder tirar desta situação, é a de entender que afinal morrer nem sempre é mau, porque aquilo que torna o processo doloroso é o sofrimento das pessoas em fim de vida (...)” [RC-A-est-02-F]

Reconhecemos estas experiências na perspetiva da investigação de Josso (2002) quando nos refere que o estudante ao falar das suas experiências formadoras, atribui sentido ao que é vivido no seu percurso de vida, retirando informações úteis à sua transição pessoal com reflexo no percurso de aprendizagem.

Percebemos no discurso dos enfermeiros, que as experiências de aprendizagem, nem sempre são desenvolvidas da mesma maneira pelos estudantes. Para além disto identificamos que diferentes tipos de aprendizagem exigem diferentes

modalidades de orientação como nos refere Bevis (2005) e como explicitam as unidades de registo:

“São pessoas com uma vontade de um saber e um saber muito bom. E são pessoas que, sem se solicitar jornais de aprendizagem, eles fazem-nos naturalmente (...)” [E-C-enf-10-A]

“Há estudantes em que isto acontece, (...) eu diria que a maioria dos que eu tenho acompanhado, fica na zona de conforto, fica ali, e o que se lhes vai sendo solicitado, eles vão respondendo.”
[E-B-enf-12-B]

“Também temos o aluno que não quer. “Deixe estar, já vi noutra estágio ...” [E-B-enf-11-B]

Estas experiências de aprendizagem, parecem estar relacionadas com a interação entre enfermeiro e estudante, que surge influenciada pelas experiências anteriores de ambos; esta influência surge ainda quanto a nós enfatizada pelo nível de desenvolvimento e maturidade do estudante, autoconfiança, estilo cognitivo, entre outras características, tal como nos aponta Bevis (2005) que também as considera como influenciadoras do processo de aprendizagem pelo estudante.

No contexto de ensino clínico, a *consciencialização da intervenção* parece surgir para a maioria dos participantes, relacionada com a reflexão enquanto estratégia facilitadora da aprendizagem sobre as práticas desenvolvidas.

“Ele refletiu e isso permitiu-lhe uma ação desenvolvida, que não foi nada fácil e lembro-me da enfermeira me dizer que quase não precisou de o ajudar.” [E-B-prof-09-Q]

“(...) eles percebem a pertinência dessa reflexão, até em termos pessoais, porque os ajuda muito no seu desenvolvimento pessoal, que também é importantíssimo para o enfermeiro.” [E-C-prof-01-D]

“(...) eles fazem e muitas vezes comentam que é difícil, mas depois é um prazer conseguir, mas de facto mostra que eles têm competências, têm conhecimentos, sabem agir, sabem o que estão a fazer, são responsáveis por aquilo que fazem e dão um passo no futuro profissional (...)” [E-B-enf-01-V]

A apreciação das atividades desenvolvidas pelo estudante, parece estar relacionada com as aprendizagens significativas, através de situações que lhe permitem responder à multiplicidade e indeterminação contextual numa perspetiva

de elaboração de soluções não *standardizadas*, como nos refere Santos (2009). Parece procurar-se com a adoção da prática reflexiva, uma estratégia impulsionadora do conhecimento e das habilidades na base da promoção de competências ao nível do desenvolvimento pessoal dos estudantes. Referem-se neste sentido às aprendizagens:

“(...) acabam por ser significativas e até que mudam, não a nossa prática porque ainda temos pouca, mas mudam a nossa visão sobre a prática.” [E-C-est-06-S]

“a reflexão e o processo de enfermagem são cruciais para o profissional de saúde, (...) de forma a garantir a satisfação de todas as necessidades, pelo que é fundamental para os profissionais recorrem sistematicamente à reflexão de todas as ações que desenvolvem.” [RC-A-est-07-V]

Enfatiza-se aqui a importância da atenção “consciente” caracterizada por Josso (2002), como condição que articula diferentes dimensões: avaliação, comunicação, criatividade e habilidades. A relevância destas características pelos estudantes, vai ao encontro do padrão do conhecimento pessoal, que de acordo com Carper (1978), implica a sua tomada de consciência, através da reflexão e da atribuição do significado pessoal às diferentes experiências na prática clínica.

Percebendo o processo reflexivo como um contínuo progresso do estudante, valorizamo-lo como um processo que lhe permite através da experiência, uma aprendizagem significativa da prática de cuidar em enfermagem que enfatiza o início do seu desenvolvimento profissional e ao contexto de trabalho como aponta Abreu (2007).

A aprendizagem do processo de cuidados pelo estudante integra – a **aquisição de competências** – desenvolvidas na formação em enfermagem. Este processo é mediado pela história pessoal, resultante de um processo complexo, em que a consolidação tem de ser refletida ao nível do desenvolvimento pessoal do estudante, surgindo na perspetiva dos diferentes participantes envolvidos no processo de cuidados.

Nesta perspetiva, importa referir algumas características do estudante que inicia a formação em enfermagem ao nível do 1º ciclo. Inicialmente, ainda jovens e a caminho de serem reconhecidos como adultos, estes estudantes entendem e

percebem o seu processo de aprendizagem num “domínio restrito da situação na qual se desenrola a ação” (Malglaive, 1995, p.99), entendendo-a de acordo com as suas experiências de vida já adquiridas. Muitas vezes a consciência da realidade que rodeia os estudantes só ocorre quando ingressam no curso de enfermagem, tomando consciência de outras perspetivas que até então lhes são desconhecidas.

A enfermagem implica cuidar, reconhecer a realidade do outro, na experiência do mundo como fundamental para a compreensão da sua natureza e para o significado de se ser enfermeiro, como referem Paterson e Zderad (2000). Neste percurso são diversos os fatores intervenientes na adaptação do estudante como nos sugere a investigação de Araújo (2005). Esclarece que ocorre um processo de transição nos jovens ao contexto do Ensino Superior como um processo complexo e multidimensional, envolvendo fatores de natureza intrapessoal, interpessoal e contextual.

Ao nível do *desenvolvimento pessoal* procuramos os significados no âmbito intrapessoal e interpessoal na perspetiva dos diferentes participantes envolvidos no processo de cuidados pelo estudante:

“(...) existem estudantes que, no seu padrão de desenvolvimento individual, este processo está mais elaborado e mais avançado o que se torna de alguma forma facilitador para depois na prestação de cuidados eles próprios tomarem essa autonomia com responsabilidade.” [E-A-prof-02-L]

“(...) é fantástico perceber o desenvolvimento, a maturidade, o sentido de responsabilidade, a forma como estão na profissão, é muito interessante. Este é o último estágio, (...) e eles conseguem um enorme sucesso.” [E-B-prof-04-L]

Entendemos a valorização do desenvolvimento pessoal a par do desenvolvimento profissional (pré-licenciado) do estudante, perspetivando o exercício autónomo da profissão como aponta a OE (2003).

A aprendizagem pela experiência formadora implica uma articulação conscientemente elaborada entre atividade, sensibilidade, afetividade e ideação que se objetiva numa representação e numa competência, como nos apontam

Josso (2002) e Costa (2008), que reconhecemos no conhecimento pessoal do estudante.

Consideramos este conhecimento como aquele que o estudante expressa acerca de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos e dos seus receios. Possibilita-lhe adquirir confiança e autenticidade que lhe permitirão melhorar a qualidade de cuidados que presta, pelo contacto interpessoal que estabelece com o sujeito de cuidados. O conhecimento pessoal é essencial para as escolhas éticas, pois a ação moral pressupõe maturidade e liberdade, como refere Carper (1978). O desenvolvimento pessoal envolve o conhecimento de si, nas suas capacidades ao nível do processo de cuidados, que na maioria das situações só foram identificadas pelos estudantes em torno de experiências significativas. O reconhecimento das suas dificuldades e das capacidades pessoais promove o conhecimento de si próprio, tomando consciência dos seus mecanismos de defesa e assim melhorar a qualidade dos cuidados prestados. A aprendizagem pessoal pela vivência das situações de cuidados é referida na perspetiva intrapessoal pelos estudantes:

“(...) todos os momentos são de aprendizagem e há uma coisa muito importante que é nos estamos a cuidar de pessoas, e todas as pessoas nos deixam marcas, direta ou indiretamente, há pessoas que se calhar esquecemos mas há outras que ficam e que nos marcam e que se lembram de nós (...)São estes pontos de aprendizagem que nos dão força para nós e para a nossa própria vida pessoal.” [E-B-est-07-J]

“A responsabilidade é talvez das dimensões que eu valorizo mais e dou mais importância não só na minha prática da profissão mas também no dia-a-dia (...)” [E-A-est-08-L]

“(...) tenho o objetivo de promover a qualidade dos cuidados que irei prestar no futuro, bem como, o meu desenvolvimento pessoal e profissional.” [RC-A-est-06-V]

O processo de ensino aprendizagem surge valorizado a partir de diferentes dimensões pelos estudantes de acordo com distintas características pessoais, que parecem influenciá-lo determinando assim o percurso formativo dos mesmos. Tal como refere Bevis (2005, p. 259), as características dos estudantes “a cultura, experiência de vidas prévias, o nível de desenvolvimento, o nível de maturidade, o equilíbrio e a autoconfiança, entre outras características” influenciam a maneira

de cada estudante abordar os problemas determinando a facilidade ou dificuldade com que abordam as situações de aprendizagem.

Em todo o processo desenvolvido os participantes marcam presença de diferentes formas, influenciando pela forma de estar e de ser do estudante que procura responder às expectativas que sobre ele recaem no seu percurso de formação. É exetável que o estudante se sinta envolvido e coresponsabilizado no seu processo de aprendizagem, mas também reconhecido como pessoa com um percurso de vida como refere Josso (1991) com experiências e características próprias que o influenciam, como nos explicitam as unidades de registo:

“Porque eles são pessoas que têm muita vontade de ser enfermeiros, têm orgulho de ser enfermeiros, e por isso querem ter e têm responsabilidade a todos os níveis.” [E-C-enf-10-A]

“(...) um estudante consegue mostrar a sua responsabilidade de forma mais efetiva, quando a relação supervisiva com quem está a planear é uma relação digamos que harmoniosa.” [E-B-enf-12-B]

Entendemos o ensino clínico como período de formação em que o estudante adquire os “saberes em enfermagem”, não sendo exclusivos do ensino teórico, precisando das vivências na prática clinica para serem entendidos e percebidos globalmente; estes saberes articulam-se com os conhecimentos subjacentes ao desempenho profissional, como aponta Costa (2008).

Nesta sequência, procuramos a *apropriação de saberes*, na perspetiva do conhecimento empírico de Carper (1978), pela sua mobilização e integração, numa perspetiva de valorização da multiplicidade pelo saber integrar e combinar saberes múltiplos para agir em cada situação concreta de cuidados, como nos surge apresentado:

“(...) o feedback que tenho é que eles o fazem e muitas vezes comentam que é difícil, mas depois é um prazer conseguir, mas de facto mostra que eles têm competências, têm conhecimentos, sabem agir, sabem o que estão a fazer, são responsáveis por aquilo que fazem (...).” [E-B-prof-01-Z]

“(...) entender o outro como um parceiro de cuidados, de ser ajudado e a tomar a responsabilidade (...) esta necessidade de perceber que tomar decisões é com os dados que temos, e que à

posteriori podemos entender que isso não foi o melhor para o utente, isso é um risco de quem toma decisões.” [E-A-prof-04-L]

Entendemos neste sentido, que há estudantes que expressam conhecimentos teóricos nas suas práticas, pois que reconhecem a sua efetividade, permitindo-lhes agir com responsabilidade em contexto clínico. Apercebem-se da importância da apropriação de saberes na relação de ajuda à pessoa, numa perspetiva relacional atendendo à individualidade de quem é cuidado, valorizando a sua autonomia para a tomada de decisão na prática clínica.

Identificamos assim pelos discursos dos professores, o tipo de valorização dos saberes que consideram que permitem um agir aos estudantes, em consonância com o perfil profissional esperado.

No ensino clínico em enfermagem, a apropriação de saberes pelos estudantes tem expressão pelo desenvolvimento de competências gerais e académicas associadas aos perfis esperados para o enfermeiro licenciado, como identificamos no relatório enquadrador da formação em enfermagem e da declaração de Bolonha, elaborado por Santos, Duarte e Subtil (2004), tal como surge a seguir enfatizado:

“(...) depois tento direcionar o meu discurso no sentido de conseguir persuadir e mostrar a importância que há em ser vacinado, tenta-se persuadir mostrando, através dos conhecimentos que nós em enfermagem temos, a importância desse ato e geralmente as pessoas acabam por aderir.”[E-B-est-06-P]

“(...) devemos desenvolver competências cognitivas, metodológicas e relacionais, estar motivada e empenhada na melhoria do desempenho profissional, a fim de proporcionar aos utentes cuidados de alto nível de qualidade (...)”[RC-A-est-11-V]

Reconhecemos pelos discursos dos participantes, que os domínios das competências atrás mencionadas são transversais, valorizando-se a sua dimensão instrumental para o domínio da prestação de cuidados no indicador “execução”, aspeto que parece estar relacionado aos procedimentos técnicos, com já anteriormente referido. Relativamente às competências interpessoais, surgem valorizadas as dimensões da “responsabilidade” e da “prática segundo a ética” (Santos, Duarte & Subtil, 2004), aspetos que parecem estar relacionados com a valorização do conhecimento teórico para o desenvolvimento da ação, bem

como da preocupação de “estar a agir bem”. Relativamente às competências sistémicas, salientam-se as dimensões da “valorização profissional”, surgindo nas unidades de registo a importância do que é esperável que o profissional de enfermagem desenvolva.

Na perspetiva dos enfermeiros, a apropriação de saberes pelos estudantes surge valorizada pela capacidade de integração de diferentes domínios, que conotam com o desenvolvimento de competências sobreponível ao espetável num enfermeiro iniciado.

“(...) é preciso ser responsável em relação a isso [gerir recursos na visita domiciliária], e também porque eles se preocupam em tentar perceber a implicação que pode ter a intervenção que planeiam, e a execução que depois vão ter, tentam antecipar os problemas, tentam validar connosco as eventuais situações que possam surgir.”

[E-B-enf-10-K]

Quanto aos professores, mostram-se preocupados com a responsabilidade que assumem na relação com os estudantes, confrontando-se para estes atores em situações novas, com um acompanhamento gradual e continuado, ao contrário dos enfermeiros que esperam que o estudante se antecipe às situações imprevistas nos cuidados.

Cabe agora a explicitação da categoria *necessidade de supervisão* pelos estudantes que situamos de acordo com Malglaive, na importância da sua clarificação para estes atores do que são os “saberes e os saberes-fazer necessários para adquirir uma competência profissional” (1995, p.108). Para os estudantes torna-se fundamental a segurança da supervisão na ação, a par do desenvolvimento das suas capacidades e da clarificação dos seus objetivos como futuros enfermeiros. Nesta linha identificamos no discurso dos professores:

“(...) alguns ainda sentem essa necessidade de validar, mas cada vez mais eu sinto que eles sentem essa responsabilidade do agir.”

[E-B-prof-01-L]

“(...) quando eles chegam a esta etapa final, eles têm um papel autónomo para desenvolver, às vezes é preciso pistas, é preciso ir dando algumas coisas senão eles não chegam lá (...)”[E-C-prof-01-F]

Os estudantes reforçam a mesma perspectiva, acrescentando no discurso latente a importância do “tempo” como fator fundamental na aquisição das suas competências esperando aparentemente que produza um efeito inversamente proporcional à sua necessidade de supervisão.

“(...) vamos estando muito mais adaptados ao contexto em si já que estamos com muitos mais conhecimentos e ao longo do tempo ia diminuindo, eu já fazia as coisas sem ter que ir ao enfermeiro dizer se era bem ou se era mal, já era capaz de ter a minha própria responsabilidade.” [E-A-est-07-L]

“Gosto sempre de conferir, faço eu claro, mas se conferir e tiver aquela supervisão, pelo menos enquanto eu ainda estou a aprender penso que isso vai ajudar-me.” [E-B-est-05-X]

“(...) para a minha aprendizagem e desenvolvimento da autonomia e responsabilidade, enquanto estudante e futura profissional de saúde (...)” [RC-A-est-15-V]

Relativamente aos enfermeiros:

“Preciso de ajuda, não sei bem como é que faço esta técnica, ou como é que executo este procedimento”... sim. [E-B-enf-03-Q]

“(...) a responsabilidade demonstra-se quando eles validam algumas intenções de cuidados, parece-me que sim. (...) um estudante consegue mostrar a sua responsabilidade de forma mais efetiva, quando a relação de supervisão com quem está a planear é uma relação digamos que harmoniosa.” [E-B-enf-12-L]

Em suma, parece emergir do discurso dos participantes, a importância das competências adquiridas pelo estudante de enfermagem no seu processo de formação, através da mobilização de: competências gerais e académicas associadas (Santos, Duarte & Subtil, 2004), resultantes do cruzamento entre as competências *tunning* (2000) e as competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2003). As competências instrumentais – associadas ao domínio da prestação de cuidados; competências interpessoais – dirigidas ao domínio da prática profissional e ética e legal; as competências sistémicas – integradas no domínio do desenvolvimento pessoal.

Consideramos no discurso dos participantes que o **processo de autonomização** ocorre numa perspectiva de *autonomia sentida, reconhecida e expressa pelo estudante*. Explicitamo-lo de acordo com a perspectiva de Josso (2002)

considerando a evolução destes atores no seu processo de aprendizagem, de uma consciência de si como aprendente, mais subtil, até uma outra que reconhece e consegue expressar no processo de cuidados que desenvolve em contexto clínico.

Relativamente à *autonomia sentida* emerge essencialmente numa perspetiva do “reconhecimento de si” e dos seus referenciais pessoais, biográficos, em confronto com outro que vai apreendendo em contexto profissional, que conotamos como “referencial novo” e “alargado” na mesma linha de pensamento que Josso (2002) e Malglaive (1995) identificam.

“(...) o estudante vai desenvolvendo essa autorresponsabilização, essa autonomia e cada vez mais essa capacidade de tomar uma decisão, também no percurso do ensino clínico quando ele também já sente que esteve acompanhado pelo enfermeiro (...)”

[E-C-prof-04-A]

“Se por um lado nesta autonomia, eles têm alguma dificuldade em dar o primeiro passo, pelo contrário em relação à responsabilidade tenho-me confrontado cada vez mais com o estudante que sempre que tem dificuldade, ele fala que tem dificuldade e apresenta de forma clara, não tenta escamotear essa dificuldade, e acho que isso advém também da responsabilidade que ele sente perante aquela pessoa alvo dos cuidados, ou seja aquela pessoa tem direito a receber os cuidados de alguém que é portador do saber.”

[E-A-prof-02-B]

Relativamente aos estudantes emerge a importância da reflexão situada ao contexto clínico, na construção do seu universo simbólico, desenvolvido entre a forma como o mundo era previamente “vivido” e como ele passa a ser “conhecido” e “percebido” como sugere Malglaive (1995).

“(...) eu sentia-me um elemento integrante no sentido que, sim tenho muitas coisas ainda para desenvolver, mas já consigo estar aqui, já consigo agir autonomamente, responsabilizar-me por aquilo que faço e defender o que faço.” [E-C-est-05-A]

“O facto de ouvir a opinião de outro profissional de saúde tranquilizou-me, pois a determinado momento pensei que poderia estar a fazer algum tipo de juízo de valor que interferisse com a prestação de cuidados, desvalorizando alguns dados importantes para formular diagnósticos de enfermagem e seguidamente planear as intervenções.” [RC-A-est-05-A]

Os enfermeiros acrescentam:

“A responsabilidade é sempre partilhada, e eles pedem muito ajuda, e verbalizam isto, eles acabam por verbalizar isto no final do estágio, «não me estou a ver sozinho num serviço».” [E-B-enf-09-L]

Relativamente à *autonomia reconhecida* pelos estudantes, remetem-nos para “(re)elaborações dos conhecimentos existentes” Malglaive (1995), que lhes conduzem a mobilização e desenvolvimento cognitivos necessários ao planeamento e ação de forma consciente; acresce a importância dos professores e/ou enfermeiros orientadores para a clareza deste processo de mobilização, tal como é reconhecido:

“Eu penso que nesta fase o próprio estudante, e é esperável que isso aconteça mas que acontece na maioria dos casos, já há um processo de autonomização relativamente àquilo que é o planeamento e o desenvolvimento da sua intervenção.”
[E-A-prof-01-K]

“O mais importante é haver toda a autonomia para a intenção, ou seja, eles [estudante] têm que fazer uma avaliação face à situação e essa avaliação ser validada com o preceptor, e é isso que eu tento sempre ir lá fazer, portanto fazer esta ponte.” [E-B-prof-03-B]

Em relação aos estudantes, a construção do seu processo de autonomização sentido, surge conotado com a “busca da felicidade” (Josso, 2002, p.66), assente numa perspetiva de alegria e prazer que a ele associam.

“(…) em termos de autonomia creio que tenho sempre uma noção muito presente que eu sou uma estudante de enfermagem e tenho que responder perante o meu orientador e perante uma pessoa que está ao meu cuidado e que as palavras podem fazer a diferença entre seguir um bom caminho ou um mau caminho.” [E-C-est-08-A]

“(…) se sabes experimenta”, e acho que isso dá segurança porque pensamos “este profissional está a dizer-nos que nós sabemos e podemos fazer” e isto claro que aumenta a nossa autonomia, a nossa responsabilidade e também ficamos mais seguros e felizes.”
[E-C-est-06-A]

“(…) para a minha aprendizagem e desenvolvimento da autonomia e responsabilidade, enquanto estudante e futura profissional de saúde.” [RC-C-est-15-L]

Relativamente aos enfermeiros surge valorizada autonomização do estudante mais enquadrada à estrutura normativa da unidade de cuidados ao invés da

valorização do desenvolvimento conceptual da aquisição dos seus conhecimentos em enfermagem.

“(...) confere autonomia ao estudante, e autonomia no sentido em que não haja uma supervisão tão rigorosa nomeadamente para aquele estudante que eu já lhe disse que a terapêutica era desta forma, era desta forma que se procedia no meu serviço e no dia seguinte tenho que lhe dizer da mesma forma e no dia seguinte também, e isto leva a que a autonomia que era suposto conferir ao estudante não lhe é dada.” [E-C-enf-11-A]

Relativamente à *autonomia expressa* enquadramo-la a par da mobilização conceptual formalizada na expressão da linguagem como manifestação objetiva dos pensamentos dos estudantes em contexto clínico, como etapa mais “evoluída” no seu processo de autonomização.

“(...) recorrem de outras experiências que já tiveram, e de outras coisas que estão, e às vezes até da partilha com o outro colega, porque eu acho que esta autorresponsabilização e esta autonomia também se vão desenvolvendo muito em partilha com os outros colegas que estão no ensino clínico.” [E-C-prof-03-O]

No que se refere aos estudantes parece evidenciar-se uma perspetiva de “última fase do processo” (Abreu, 2007), que o estudante vivencia no seu desenvolvimento em contexto profissional. Tal como este autor consideramos emergentes no discurso destes participantes a valorização de alterações significativas e identificadas na construção da sua identidade como futuro enfermeiro.

“A nossa responsabilidade é tão grande, nós é que estamos vinte e quatro horas ao pé do doente, e as pessoas não percebem isso. Se acontecer alguma coisa somos nós que ali estamos, ninguém mais está ali, só os enfermeiros (...)” [E-B-est-07-D]

“Foi assumida a responsabilidade do utente, por mim e pelo Sr. Enf. Cooperante, foi monitorizado a TA, SpO2, FC e Dor, colocado FiO2 a 60% e foi realizada uma avaliação do utente mais pormenorizada (...)” [E-B-est-07-D]

Relativamente aos enfermeiros a avaliação da autonomização dos estudantes e da forma como consideram que estes podem expressá-la, surge aparentemente enquadrada aos seus próprios referenciais para a “gestão e utilização da

informação” no processo de cuidados, que é inerente ao “processo de tutoria” Abreu (2007).

“(...) eles já trazem isso implícito neles, que o desenvolvimento técnico é muito importante, que é ali que eles acham que têm autonomia, porque eles acham que a autonomia deles passa muito por aí, pelo fazer, e também depende do processo de maturação deles, e do desenvolvimento pessoal (...)” [E-B-enf-09-F]

Entendemos ser o processo de autonomização, um resultado da compreensão e mobilização dos diferentes tipos de conhecimento de acordo com Carper (1978) e desenvolvido pelo estudante numa dada situação clínica. O conhecimento pessoal é valorizado pelo que expressa acerca de si próprio, das suas crenças, dos seus hábitos, dos seus medos e receios, numa perspetiva evolutiva de desenvolvimento pessoal a par das necessidades de supervisão. Contribuindo gradualmente para o estudante ir mobilizando o conhecimento estético de forma harmoniosa, no seu modo de “estar com” a pessoa, como refere Swanson (2000).

Em Síntese

A aprendizagem do processo de cuidados pelos estudantes nos diferentes contextos de ensino clínico, traduz-se numa perspetiva interpretativa, na procura dos significados na relação com conceitos emergentes.

O Processo reflexivo valorizado pelos professores, enquanto estratégia mobilizada pelos estudantes emerge na autoavaliação; é reconhecida como importante para o pensamento crítico e para o desenvolvimento de habilidades de raciocínio. Para os estudantes a valorização da reflexão surge como modo de identificar as suas dificuldades no diálogo com ele próprio, para assim encontrar as respostas mais adequadas. Contudo esta perspetiva reflexiva não se evidencia em todos os estudantes, de forma espontânea mas antes despoletada em resposta ao “instrumento de avaliação” subjacente ao ensino clínico.

A importância da autoformação surge pelo destaque à dimensão da responsabilidade que a maioria dos participantes atribui aos estudante no decurso da aprendizagem. Na perspetiva dos estudantes, a valorização ao conhecimento empírico parece ser gerador de “saberes”, que mobilizam na prática dos cuidados.

Contudo na perspectiva dos enfermeiros nem sempre as experiências de aprendizagem são desenvolvidas da mesma maneira pelos estudantes, existindo uma forte influência da interação estudante-enfermeiro, surgindo das experiências anteriores de ambos. Da nossa análise, esta influência surge também enfatizada pelo nível de desenvolvimento e maturidade do estudante, que se manifesta pela autoconfiança e domínio cognitivo. É reconhecida pelos participantes com a consciencialização na intervenção, encontrando-se relacionada com a reflexão, enquanto estratégia de desenvolvimento do estudante e facilitadora na aprendizagem sobre as práticas. Enfatizada pelos estudantes a apreciação das atividades para a aprendizagem significativa.

Parece adotar-se a prática reflexiva pelos estudantes como estratégia impulsionadora do conhecimento e das suas habilidades para a promoção de competências ao nível do desenvolvimento pessoal.

A importância da articulação de dimensões como a avaliação, comunicação, criatividade e habilidades, de modo consciente pelo estudante, integram o seu padrão de conhecimento pessoal. A relevância destas características pelos estudantes implica a tomada de consciência, através da reflexão e da atribuição do significado pessoal às diferentes experiências na prática clínica. Valorizamos neste sentido, as aprendizagens significativas da prática de cuidar em enfermagem pelo estudante, como influenciadoras da construção do seu desenvolvimento profissional e promotor da tomada de decisão em contexto de trabalho.

Na perspectiva dos participantes é consensual, a valorização do desenvolvimento de competências do estudante, no início jovem e a caminho de ser adulto, com a sua história pessoal, resultante de um processo complexo, em que a consolidação tem de ser refletida ao nível do seu próprio desenvolvimento pessoal.

Neste percurso de transição, diversos fatores influenciam o processo de desenvolvimento do estudante – intrapessoais, interpessoais e contextuais.

Reconhecemos a valorização do conhecimento pessoal a par do desenvolvimento profissional (pré-licenciado) do estudante, perspetivando o exercício autónomo da profissão. Esta valorização torna-se fundamental no conhecimento de si próprio. As características dos estudantes são determinantes neste processo: a cultura, experiências prévias, nível de conhecimento, nível de maturidade e autoconfiança, determinam a maneira de cada estudante abordar os problemas,

determinando a facilidade ou dificuldade com que abordam as situações de aprendizagem.

A apropriação dos saberes, surge associada ao conhecimento empírico na mobilização e integração de saberes múltiplos, que enquadrados de acordo com o “conhecer” na interação com a pessoa procurando “apreciar cuidadosamente”, para agir em situação. Esta valorização tem expressão ao nível das competências transversais, sendo a dimensão instrumental a mais considerada pelos estudantes, para o domínio da prestação dos cuidados relacionada com os procedimentos técnicos.

As competências interpessoais, integram as dimensões da responsabilidade e a prática segundo a ética, muito valorizadas pelos estudantes, parecendo estar relacionadas com a valorização do conhecimento teórico para o desenvolvimento da ação, e da preocupação de estar a “agir bem”.

As competências sistémicas, salientam-se pelas dimensões “valorização profissional”, enquadrando o que é esperável que o profissional de enfermagem desenvolva. Para os enfermeiros é fundamental a integração dos diferentes domínios do desenvolvimento de competências, espetável ao enfermeiro iniciado. Quanto aos professores, mostram-se preocupados com a responsabilidade que assumem na relação com os estudantes, desejando que os mesmos se antecipem quando possível, às situações imprevistas nos cuidados.

Para os estudantes é essencial a supervisão na ação a par do desenvolvimento das suas capacidades e da clarificação dos seus objetivos como enfermeiros. Releva-se ainda a importância do “tempo” como fator fundamental na aquisição das competências do estudante, esperando aparentemente que produza um efeito inversamente proporcional à sua necessidade de supervisão.

Em suma parece emergir um discurso entre os participantes, relativo às competências adquiridas pelo estudante no seu processo de aprendizagem ao nível das competências: competências instrumentais – associadas ao domínio da prestação de cuidados; competências interpessoais – dirigidas à prática profissional e a ética e legal; competências sistémicas – integradas no domínio do desenvolvimento pessoal.

O processo de autonomização do estudante é por si reconhecido com apelo à reflexão, na construção do seu universo simbólico, desenvolvido entre a forma como é “vivido” e como ele passa a ser “conhecido” e “percebido” que desenvolve

em contexto clínico. Identificamos a autonomia reconhecida pelos estudantes na valorização dos conhecimentos existentes e na sua mobilização para o desenvolvimento cognitivo necessário para o planeamento e ação de forma consciente, acompanhado pelos professores e enfermeiros para a clareza deste processo de mobilização. Valorizamos ainda a perspectiva de alguns estudantes quando referem a construção do seu processo de autonomização sentido surge como “busca da felicidade” assenta numa perspectiva de alegria e prazer que a ele associam.

Para os enfermeiros o processo de autonomização, evidencia-se pela estrutura normativa da unidade de cuidados ao invés da valorização do desenvolvimento conceptual da aquisição dos seus conhecimentos em enfermagem.

Quanto à autonomia expressa, identificamo-la como manifestação objetiva dos pensamentos dos estudantes em contexto clínico, como etapa mais “evoluída”, evidenciada pelos estudantes numa perspectiva de “última fase do processo”, na lógica da construção da sua identidade como futuro enfermeiro.

Os enfermeiros evidenciam a avaliação da autonomização dos estudantes na forma como consideram que eles podem expressá-la, ou seja aparentemente enquadrada aos seus próprios referenciais para a “gestão e utilização da informação” no processo de cuidados, que é inerente ao processo de “tutoria”.

PARTE III
DOS CONCEITOS À TEORIA PRODUZIDA

5 - A APRENDIZAGEM DO PROCESSO DE CUIDADOS DESENVOLVIDO PELO ESTUDANTE EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

“A teoria não pode existir sem a prática da enfermagem, pois ela depende da experiência e do reflexo dessa aprendizagem”

Paterson e Zderad

No percurso investigativo, identificamos as práticas desenvolvidas pelo estudante no processo de cuidados e a respetiva conceptualização sobre as mesmas, procurando compreender que aquisições teóricas são desenvolvidas e como surgem enquadradas as suas conceções quando cuidam de pessoas. Partimos da representação da estrutura cognitiva do processo de cuidados desenvolvido pelos estudantes, na perspetiva epistemológica desenvolvida por Spínola e Amendoeira (2014).

No mesmo sentido, identificamos os conceitos: **conceção dos cuidados – intervenção de enfermagem – aprendizagem do processo de cuidados**, que colocamos na base da interpretação do fenómeno do estudo. Pretendemos agora refletir as relações entre os conceitos e as dimensões estabelecidas, explicitando pressupostos e procurando as proposições que fundamentam o conhecimento adquirido pelo estudante que conduz ao desenvolvimento do processo de cuidados. Explicitamos o percurso desenvolvido no decurso deste capítulo e apresentamo-lo no diagrama da Figura 10 – “Aprendizagem do processo de cuidados desenvolvido pelo estudante – um esquema interpretativo”⁵¹.

A conceção dos cuidados, relaciona-se com as dimensões do seu planeamento pela orientação para a valorização na avaliação. O planeamento dos cuidados pelo estudante assenta na **avaliação inicial** como ponto de partida da interação com a Pessoa sujeito dos cuidados. A avaliação inicial é reconhecida pelos estudantes como a primeira etapa do processo de enfermagem e como uma estrutura organizada que permite através da colheita de informação conhecer as necessidades da pessoa. A procura destas necessidades é assim assumida por

⁵¹ Apresentaremos a **bold** no texto, os conceitos mobilizados no esquema interpretativo.

todos os participantes, como “o” sentido de orientação para o planejamento das atividades a desenvolver.

Os **estudantes** mobilizam o conhecimento teórico em **enfermagem** através do enquadramento conceptual adquirido e estruturado maioritariamente em ensino teórico. Este conhecimento é mobilizado na prática clínica na especificidade das diferentes situações de cada pessoa cuidada, emergindo do discurso dos participantes como necessário e organizador para a intervenção em **ensino clínico**.

Os momentos de interação do estudante com as pessoas cuidadas surgem enfatizados nesta investigação, como promotores do desenvolvimento das suas capacidades cognitivas e de comunicação; esta promoção ocorre na medida em que se vão estabelecendo relações de proximidade com a pessoa como sujeito individual nos cuidados. Também ocorre nas interações com a família, remetendo os estudantes neste caso, para o desenvolvimento de capacidades com um tipo de sujeito que é coletivo. Em qualquer dos casos estes momentos surgem identificados como importantes para os estudantes, conotados com experiências significativas de apropriação de conhecimentos e de mobilização de saberes em contexto clínico.

A relação com a família é identificada no discurso expresso dos participantes como foco de intervenção em enfermagem, essencialmente enfatizada como “suporte de cuidados”, parecendo emergir no discurso latente como garantia da continuidade aos cuidados propostos, “para além” dos momentos de interação estabelecidos nas unidades de saúde.

As dificuldades frequentes dos estudantes participantes do estudo identificam-se na colheita de dados pela mobilização de recursos ao nível da pessoa e família, surgindo relacionadas com a influência no processo de comunicação, quando se deseja que o estudante desenvolva uma comunicação efetiva com pessoas globalmente diferentes, ainda numa fase inicial do seu processo de aprendizagem.

Constatamos com frequência nos estudantes a valorização dos momentos de interação com a pessoa como fundamentais para conhecer e identificar características individuais para a avaliação da pessoa, sendo reconhecidas como oportunidades de aprendizagem para o seu conhecimento pessoal.

Josso, salienta estas situações pela importância da tomada de consciência de si

como aprendente, “pela maior ou menor disponibilidade para com os referenciais novos que se ajustam mais ou menos bem aos nossos antigos referenciais” (2002, p.57), possibilitando ao estudante pensar as experiências no sentido da sua autonomização, pelo alargamento da consciência do processo de conhecimento e de aprendizagem nas suas competências. Nesta perspectiva as habilidades instrumentais, identificadas pela maioria dos participantes, na mobilização dos procedimentos técnicos como ponto de partida para a organização no planeamento dos cuidados pelos estudantes, surgem aparentemente influenciadas como uma técnica “isolada” em prejuízo da apreciação individual e integrada da pessoa. Distinguimos aqui a ambivalência para o estudante na distinção da Pessoa, enquanto sujeito ou alvo dos cuidados que produz. Contudo para os estudantes os procedimentos parecem surgir como oportunidades para conhecerem e apreciarem as necessidades da pessoa no sentido do seu **bem-estar** enquanto finalidade do processo de cuidados.

A valorização da saúde enquanto conceito meta paradigmático em sequência com Paterson e Zderad (2000), torna-se integradora na medida em que para o estudante o sentido do bem-estar está relacionado com a sua perspectiva de tomada de consciência de si, num processo de descoberta do significado da vida, que procura conhecer no processo de viver e de estar envolvido nos momentos de interação com a pessoa, surgindo fundamental a promoção do bem-estar do “outro” que é cuidado.

A intervenção de enfermagem, relaciona-se com as dimensões – momentos de interação na prestação de cuidados e tomada de decisão.

Os estudantes enfatizam os momentos de interação com a pessoa cuidada como muito significativa, na medida em que a relevância atribuída ao domínio da prestação de cuidados sobrepõe-se ao modo como eles promovem as estratégias de relacionamento para “**estar com**” a pessoa.

O relacionamento como um processo de estar com o “outro”, surge pela maioria dos estudantes também pela forma como procuram obter algum conhecimento sobre a pessoa, através da intersubjetividade na interação, procurando o autoconhecimento para também identificar a individualidade única da pessoa.

Paterson e Zderad, apontam a enfermagem, como uma “forte influência das pessoas descobrirem o significado nas suas experiências ao compartilharem e relacionarem-se com as outras” (2000, p.245).

Constatamos no mesmo sentido, que as experiências desenvolvidas pelos estudantes, no âmbito da avaliação, do planeamento e execução dos cuidados, refletem características individuais de cada um, adquiridas no seu percurso de vida. Este tipo de experiências serão tanto mais significativas, quanto mais de acordo estejam com as oportunidades “vivas” pelos estudantes em contexto de ensino clínico.

Relevamos a capacidade dos estudantes em assumirem as experiências anteriores como significativas, quando desenvolvem a autoavaliação sobre as mesmas na perspectiva do pensamento reflexivo sobre as práticas de cuidar. O processo reflexivo partilhado com os participantes desta investigação, emerge como uma estratégia influenciadora da aprendizagem dos estudantes através da discussão de situações concretas da prática.

Os estudantes assumem a tomada de decisão pela valorização do “saber em enfermagem”, ao demonstrarem ser detentores de saberes que lhes permitem agir em situação; este processo de tomada de decisão afigura-se como uma preocupação latente, num perfil profissional que desejam desenvolver. A evolução da segurança como integrador nos cuidados, desenvolvidos pelos estudantes ocorre com a transferibilidade de conhecimentos para a ação, parecendo desenvolver-se a par da identificação da sua necessidade de ultrapassar dificuldades num tempo previamente estabelecido e da manutenção da estabilidade emocional.

Emerge desta investigação a valorização da dimensão profissional pelo estudante, quando ele se confronta em contexto clínico com o “querer *vir a ser* enfermeiro”, sendo que, a assunção deste papel é também espectral para os profissionais. O contexto de ensino clínico, surge assim enquanto espaço onde se prestam cuidados à pessoa, e gerador de aprendizagens através do relacionamento na interação e na consciencialização pelos estudantes dos saberes transferíveis para a aquisição das competências que virão a constituir-se como profissionais no futuro.

A aprendizagem do processo de cuidados, relaciona-se com as dimensões – processo reflexivo para a aquisição de competências no processo de autonomização.

O processo reflexivo valorizado pelos professores enquanto estratégia para a autoavaliação surge reconhecida como importante no pensamento crítico do estudante e identificada no seu desenvolvimento de habilidades de raciocínio.

A reflexão para os estudantes identifica-se, como o modo de identificar dificuldades no diálogo com ele próprio, questionando e refletindo nas experiências anteriores, procurando as respostas mais adequadas às situações novas de cuidados.

A **autoformação** reconhecida por todos os participantes do estudo como importante, surge na dimensão da responsabilidade que atribuem aos estudantes ao longo do percurso de aprendizagem. Este reconhecimento pela autoformação parece permitir aos estudantes a procura do conhecimento teórico, gerador de “saberes” que mobilizará na prática. Contudo nem sempre a procura do conhecimento surge valorizada por todos os estudantes, remetendo-nos para diferentes estadios de desenvolvimento pessoal e níveis de maturidade; estes níveis manifestam-se na maior ou menor autoconfiança e estabilidade emocional, permitindo determinar a maneira de cada estudante abordar os problemas, identificando igualmente a facilidade ou dificuldade como gere as situações problema.

A saúde enquanto conceito meta paradigmático, é reconhecida pelo estudante no sentido da promoção do bem-estar para a pessoa sujeito de cuidados. Emerge neste estudo do discurso dos estudantes que necessitam estar bem para promover o bem-estar no outro.

Para o estudante o “Fazer com” surge como oportunidade de desenvolvimento pessoal, na medida em que o estar presente nas situações através da interação com a pessoa lhe permite partilhar sentimentos, mostrando competências no domínio profissional, fazendo escolhas e tomando opções responsáveis para aprender também a ser enfermeiro no “**Fazer por**”.

Na interação das situações de cuidados a relação desenvolvida com os enfermeiros, surge enfatizada como muito significativa na medida em que permite o apelo à **hetero-formação** para desenvolvimento de competências ao nível da

comunicação com a pessoa e família, ao responder com criatividade às diversas situações de cuidados de saúde, com que são confrontados em contexto clínico.

A valorização do conhecimento teórico e da sua conceptualização na forma como os estudantes cuidam, surge enfatizada na tomada de consciência pela prática reflexiva. Reconhecemos esta prática como estratégia impulsionadora do conhecimento e das habilidades para a aquisição de competências, parecendo permitir aos estudantes um desenvolvimento congruente da sua dimensão instrumental, interpessoal e sistémica para cuidar em ensino clínico.

Para o estudante a capacidade de tomada de decisão, de acordo com pensamento crítico para a construção de um adequado julgamento clínico, surge a par do processo de autonomização que desenvolve em ensino clínico, que identificamos no desenvolvimento do processo de cuidados em contexto.

Constatamos a autonomia sentida pelo estudante pelo “reconhecimento de si” e dos seus referenciais pessoais e biográficos, em confrontos com os outros que vão ocorrendo em contexto profissional, sendo que identificamos aqui um “referencial novo” e “alargado”, consciencializado pelo estudante. Esta autonomia desenvolve-se em diferentes fases, desde a forma como é vivida até uma outra em que passa a ser conhecida e percebida em contexto de ensino clínico: a autonomização decorre na medida em que a relação de confiança se vai estabelecendo na interação com o próprio estudante, surgindo pela sua “busca da felicidade”, associada à alegria e ao prazer, conseguidos nos contextos de cuidados, enquanto ambiente de aprendizagem.

Por outro lado a autonomia expressa, é identificada pelos participantes como a liberdade do estudante na manifestação dos pensamentos associada a uma etapa mais evoluída na construção da sua identidade como futuro enfermeiro.

Neste sentido, o processo de autonomização surge como orientador do estudante para a tomada de decisão ocorrendo numa dialética entre o estudante, enfermeiros e os professores no sentido de permitir o melhor julgamento clínico pelo estudante para o cuidar em ensino clínico da conceção à intervenção em enfermagem.

Identificámos os diferentes elementos constitutivos do conceito de **Aprendizagem do Processo de Cuidados** pelo estudante de enfermagem, desde a vivência das suas experiências em ensino clínico até ao desenvolvimento do processo de auto e hetero-formação em contexto.

Explicitamos nesta base de raciocínio a seguinte asserção do estudo: a aprendizagem do processo de cuidados pelo estudante, ocorre a partir da sua interação com a pessoa individual e/ou família, sendo que desde o momento inicial de avaliação das necessidades até à procura da promoção do bem-estar dos sujeitos, todo o processo assenta na valorização das oportunidades conseguidas; estas estão na base do desenvolvimento das suas competências para saber “estar com” e/ou “fazer por” nos cuidados.

Nesta perspetiva interpretativa apresentamos o esquema que intitulamos – O processo de cuidados desenvolvido pelo estudante, na Figura 10.

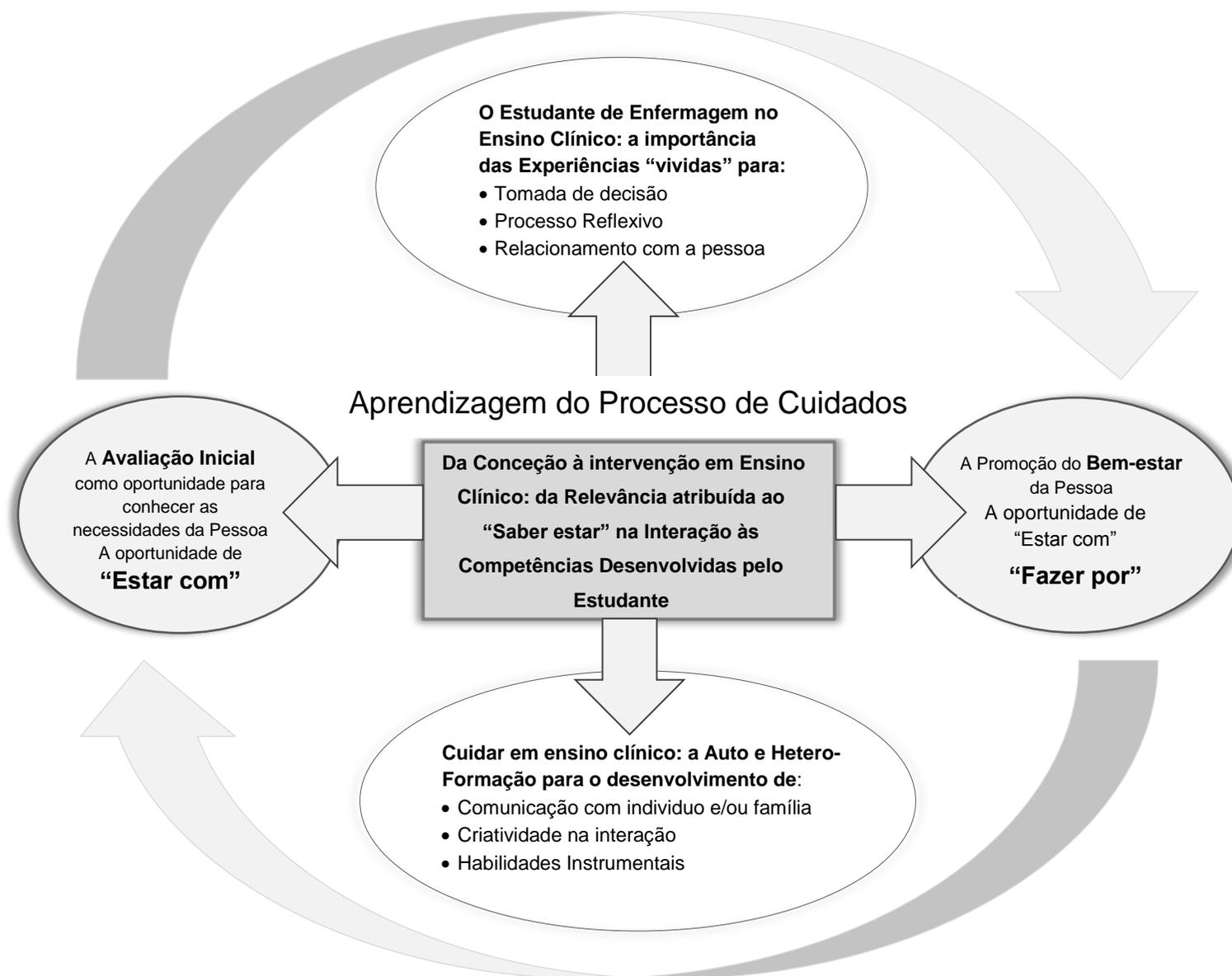


Figura 10. Aprendizagem do processo de cuidados pelo estudante – um esquema interpretativo

CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

No percurso de investigação desenvolvido procurámos o significado do processo de cuidados para o estudante de enfermagem em contexto de ensino clínico. Partimos da identificação de palavras-chave até à clarificação dos sentidos atribuídos pelos participantes, procurando a explicitação do conceito de aprendizagem do processo de cuidados, estabelecendo relações que considerámos pertinentes ao processo de teorização conducente à explicação do fenómeno (Donaldson, 1997).

Nesta fase do estudo, adotamos a organização pelas questões de investigação formuladas para a sua apresentação, de acordo com as dimensões caracterizadoras do desenvolvimento do processo de cuidados pelo estudante que lhes são correspondentes – a conceção dos cuidados, a intervenção de enfermagem e a aprendizagem do processo de cuidados – de acordo com a matriz que sustentou a análise interpretativa e o desenvolvimento do processo de teorização.

Terminamos este capítulo com algumas implicações decorrentes do estudo desenvolvido, ao nível da prática de cuidados e da formação, ao nível da investigação e de âmbito político.

Que dimensões do cuidar se valorizam na interação do estudante com o sujeito de cuidados?

Tema: Conceção dos cuidados

As dimensões da conceção dos cuidados valorizam-se para os estudantes no estudo a par dos momentos de interação, pelo relacionamento entre si próprio e a pessoa sujeito de cuidados. Estes momentos ocorrem em diferentes contextos de ensino clínico no confronto entre os estudantes, a pessoa e os participantes do estudo, na procura das dimensões valorizadas no processo de cuidados. Identificámos as seguintes dimensões:

- **Planeamento dos cuidados:** surge identificado pelo estudante como ponto de partida na avaliação inicial, relevando-se a interação com a pessoa sujeito e/ou alvo dos cuidados como “orientadora” neste planeamento.

A necessidade do conhecimento integral da pessoa para o planeamento dos cuidados surge enfatizada na construção do processo de cuidados pelo estudante, em concomitância com a “vontade de conhecer”, como mencionam diferentes fontes consultadas, concretizando-se no momento da interação.

O processo de comunicação é desenvolvido a par das capacidades do estudante para conhecer a pessoa cuidada, emergindo a sua capacidade criativa como elemento fundamental no planeamento dos cuidados.

A família surge enfatizada no estudo como “suporte de cuidados” e orientadora do seu planeamento, sendo simultaneamente reconhecida como fonte privilegiada nos momentos de interação.

- **Orientação dos cuidados:** caracteriza-se no estudo pela valorização da mobilização dos elementos conceptuais em Enfermagem, que influenciam a prática dos estudantes em contexto clínico. As oportunidades de desenvolvimento de procedimentos técnicos emergem como reforço no desenvolvimento da sua autonomia para além do conhecimento teórico que orienta os cuidados produzidos.

O método do processo de enfermagem é valorizado para a concretização do reconhecimento de particularidades pelos estudantes de enfermagem, e para o estabelecimento de prioridades nas pessoas cuidadas, na perspetiva dos participantes enfermeiros.

- **Valorização da avaliação:** caracteriza-se pela valorização das Necessidades Humanas Fundamentais salientadas como estruturantes do pensamento dos estudantes.

Surge ainda pontualmente conotada para os participantes, com a normatividade contextual registada nas unidades de saúde.

A valorização da avaliação parece surgir como influenciadora do comportamento do estudante nalguns momentos, em linha com o seu processo de socialização e com a construção da sua identidade profissional.

Os participantes professores valorizam a apropriação de conhecimentos em contexto real, potenciada pela interação com a pessoa em simultâneo aos procedimentos desenvolvidos, ao invés dos enfermeiros orientadores que parecem enfatizar o desenvolvimento instrumental dos estudantes para um adequado planeamento dos cuidados.

De que forma as práticas de cuidar do estudante favorecem o seu desenvolvimento de competências?

Tema: Intervenção de enfermagem

As práticas de cuidar em ensino clínico valorizam-se para os estudantes no estudo, pela qualidade da interação pessoa/família. Esta interação ocorre no relacionamento com estes participantes em diversos momentos e em diferentes contextos de ensino clínico, na procura das dimensões valorizadas no processo de cuidados pelo desenvolvimento de competências. Identificámos as seguintes dimensões:

- **Momentos de interação:** surgem no estudo como momentos relevantes para os estudantes, pela oportunidade de estarem presencialmente com as pessoas, permitindo-lhes conhecê-las para uma adequada intervenção, com o envolvimento da pessoa e família.

A comunicação como estratégia é valorizada na interação para o relacionamento com a pessoa e família, sendo fortemente reconhecida como instrumento básico de enfermagem pelos estudantes participantes.

O relacionamento emerge como um processo de estar com a pessoa pela maioria dos estudantes, evidenciando-se também pela forma como procuram obter conhecimento sobre a pessoa, através da intersubjetividade na interação. Procuram ainda o seu autoconhecimento simultaneamente à identificação da individualidade e unicidade da pessoa cuidada.

- **Prestação de cuidados:** caracteriza-se no estudo pelas experiências desenvolvidas pelos estudantes no âmbito da avaliação, e do planeamento e execução dos cuidados, que ocorrem em contextos diversos de cuidados.

As experiências em contexto clínico, surgem valorizadas e reconhecidas como estratégias de aprendizagem pelos estudantes; sendo as mesmas tão ou mais significativas para eles, de acordo com as oportunidades “vivas” em contexto de ensino clínico.

A capacidade de autoavaliação sobre as experiências anteriores é valorizada pelo reconhecimento do pensamento reflexivo sobre as práticas de cuidar, pelos participantes e estudantes.

Os sentimentos associados à intervenção surgem associados ao medo e insegurança, que parecem ser ultrapassados à medida que desenvolvem o percurso de formação, sentindo-se progressivamente mais seguros na ação.

- **Tomada de decisão:** caracteriza-se pela valorização do “saber em enfermagem”, para serem detentores de saberes que lhes permitam agir em situação. Para os estudantes participantes este processo de tomada de decisão afigura-se como uma preocupação latente, associado a um perfil profissional que desejam desenvolver.

A segurança na interação e cuidados desenvolvidos pelos estudantes, ocorre com a transferibilidade de conhecimentos para a ação; parece desenvolver-se a par da identificação da sua necessidade de ultrapassarem dificuldades num tempo previamente estabelecido e com a manutenção da sua estabilidade emocional.

A valorização da dimensão profissional pelo estudante, surge do confronto em contexto clínico com o “querer ser enfermeiro”, sendo que a assunção deste papel é também esperável pelos profissionais.

Como é que o processo de autoformação do estudante tem implicações na forma como cuida?

Tema: aprendizagem do processo de cuidados

O processo de aprendizagem e de autoformação dos estudantes participantes, desenvolve-se na diversidade das experiências vividas na prática de cuidados em diversos contextos de cuidados. Identificámos as seguintes dimensões:

- **Processo reflexivo:** caracteriza-se neste estudo enquanto estratégia para a autoavaliação do estudante, parecendo surgir como importante no

desenvolvimento do seu pensamento crítico e como promotor da respetiva diferenciação de habilidades de raciocínio.

Os estudantes identificam a reflexão sobre as práticas, como modo de identificação de dificuldades no diálogo com eles próprios, questionando e refletindo nas experiências anteriores, procurando as respostas mais adequadas a situações novas nos cuidados.

A autoformação é reconhecida por todos os participantes do estudo como importante, tornando-se visível na responsabilidade manifestada pelos estudantes ao longo do percurso de aprendizagem. Este reconhecimento do processo de autoformação permite aos estudantes a procura ativa de conhecimento teórico, como gerador de “saberes” a mobilizar na prática.

- **Aquisição de competências:** caracteriza-se no estudo pela valorização da hetero-formação a partir da relação entre estudantes e enfermeiros, nos momentos de interação com a pessoa/família.

Este relacionamento nos cuidados parece promover a aquisição de competências ao nível da comunicação e das habilidades técnicas, para produção de respostas adequadas às diversas situações de cuidados de saúde, com que são confrontados em contexto clínico.

A prática reflexiva surge como estratégia impulsionadora do conhecimento e das habilidades para a aquisição de competências, parecendo permitir aos estudantes um desenvolvimento congruente da sua dimensão instrumental, interpessoal e sistémica para cuidar em ensino clínico.

- **Processo de autonomização:** caracteriza-se no estudo pela importância atribuída à tomada de decisão pelo estudante, aparentemente relacionada com a dimensão da responsabilidade atribuída em contexto clínico.

A autonomia sentida pelo estudante parece surgir pelo “reconhecimento de si” e dos seus referenciais pessoais e biográficos em confronto com os dos outros, que vão ocorrendo em contexto profissional.

A autonomização decorre na medida em que a relação de confiança se vai estabelecendo na interação com o próprio estudante, surgindo pela sua “busca da felicidade”, associada à alegria e ao prazer, conseguidos nos contextos de cuidados.

A autonomia expressa surge identificada pelos participantes como a liberdade do estudante na manifestação dos seus pensamentos, associada a uma etapa mais evoluída na construção da sua identidade como futuro enfermeiro.

IMPLICAÇÕES DO ESTUDO

Na sequência da investigação desenvolvida, pretendemos nesta fase descrever algumas implicações que consideramos serem decorrentes deste estudo.

Implicações na formação e para a prática dos cuidados

Situamos as implicações emergentes do estudo, essencialmente ao nível da formação no 1º ciclo de enfermagem. Estruturamo-las a partir de dois polos de interesse:

- No sentido metodológico, sendo que valorizamos a necessidade de aprofundar a natureza das relações semânticas entre as dimensões/conceitos, a informação relativa ao conhecimento orientador dos estudantes para o processo de cuidados que desenvolvem em contexto clínico.
- Ao nível do processo pedagógico, valorizamos o potencial de utilização do mapa conceptual como estratégia para a promoção da aprendizagem dos estudantes. Este potencial emerge também como relevante para a promoção da sua autorreflexão e na aquisição de competências ao nível do pensamento crítico em enfermagem.

Implicações para a Investigação

Ao nível da investigação identificamos como diversas as possibilidades de orientação de estudos face ao fenómeno em análise: processo de cuidados pelo estudante de enfermagem. Reconhecendo as limitações inerentes a esta pesquisa ligadas à opção da utilização de técnicas de análise aprofundada do *corpus* discursivo dos diferentes participantes envolvidos, identificamos para a sua continuidade a possibilidade da observação em contexto clínico, das práticas desenvolvidas pelos estudantes. Uma outra via de aprofundamento do estudo desenvolvido situa-se na caracterização da qualidade dos cuidados produzidos pelos estudantes a partir das pessoas por eles cuidadas, procurando o seu nível

de satisfação face aos mesmos, sendo que abrimos aqui a possibilidade a uma orientação dedutiva-indutiva em investigações futuras.

Implicações Políticas

Urge criarem-se condições nas unidades de saúde que disponibilizem tempo efetivo aos enfermeiros orientadores para o estabelecimento da aliança pedagógica desejada. Nem sempre registámos uma consonância na motivação expressada pelos enfermeiros, para a orientação dos estudantes no processo de cuidados e a sua real disponibilidade para os diferentes momentos necessários para a efetivação dessa orientação na ação.

Acreditamos, ser o “tempo” disponível do enfermeiro e do professor verdadeiramente significativo para a construção de estratégias conjuntas para consolidação da aliança pedagógica mencionada, e para a monitorização da “liberdade” e autonomia do estudante no processo de ensino e aprendizagem.

É necessário perceber se o atual contexto político permite ou possibilita o que é necessário fazer no processo de ensinar/aprender a cuidar, para que se efetive e desenvolva um trabalho conjunto entre professores, estudantes e enfermeiros nos diferentes contextos de aprendizagem.

A autoavaliação como processo de reflexão institucional na procura da melhoria da qualidade da formação, assume-se como campo de mobilização dos resultados deste estudo, muito para além dos pressupostos e orientações inerentes ao processo de acreditação externa. Os resultados deste estudo, permitem enquadrar a mudança de paradigma da centralidade na instituição para a centralidade no estudante, numa perspetiva da sua aprendizagem.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2003) *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde*, Cadernos Sinais Vitais (1). Coimbra: Formasau.

Abreu, W. (2007) *Formação e aprendizagem em contexto clínico – fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.

Almeida, P. G. S. A. (2007). *Questões dos alunos e estilos de aprendizagem: um estudo com um público de ciências no ensino universitário*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.

Amendoeira, J. (1999). *A Formação em Enfermagem: que conhecimentos? Que contextos – Um estudo etno-sociológico*. Dissertação de mestrado em sociologia da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Amendoeira, J. (2000). O Cuidado de enfermagem – Que Sentido(s)?. In Costa, M.A.M.; Mestrinho, M.G. & Sampaio, M. J. (Eds.), *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação – Balanço de um Projeto*, (pp. 66-77). Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da saúde.

Amendoeira, et al (2003). Os Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem. Expressões e Significados. Escola Superior de Enfermagem de Santarém (documento não publicado). Santarém, Portugal.

Amendoeira, J. P. (2004). Enfermagem em Portugal. Contextos, atores e saberes. *Enfermagem*, 35/36 (2),13-22.

Amendoeira, J. P. (2006a). Enfermagem. Disciplina do conhecimento, *Sinais Vitais*, 67, p.17 - 29.

Amendoeira, J. P. (2006b). *Uma Biografia Partilhada da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Amendoeira, J. P. (2009). Ensino de Enfermagem – Perspectivas de Desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*, 13 (1), 2-12.

Araújo, B. (2005). *Vivências, Satisfação e Rendimento Académico em Estudantes de Enfermagem*. (Dissertação de Doutoramento). Universidade do Porto, Lisboa, Portugal.

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*, (L.A. Reto e A. Pinheiro, trads.) (4ª ed). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).

Basto, M.L. (2008). Investigação em enfermagem – Temáticas atuais a nível académico. In Gomes, L.M. (Coord.), *Enfermagem e úlceras de pressão: da reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados*. (pp. 58-80). Islas Canarias: ICE.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito*, (A. A. Queirós e B. Lourenço, Trads.). Coimbra: Quarteto. (Obra original publicada em 2001).

Bevis, O. Ensinar e aprender: a chave para a educação e o profissionalismo. In Bevis, O.; Watson, J. - *Rumo a um Curriculum de Cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*. Trad. Ana Paula Sousa Espada. Loures: Lusociência. 2005. P.173-211.

Bevis, O.; Watson, J. (2005). *Rumo a um Curriculum de Cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem*. Trad. Ana Paula Sousa Espada. Loures: Lusociência.

Bogdan, R. & Biklen, S. (2010). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*, (M.J. Alvarez, S. B. Santos e T.M. Baptista, Trads.). Porto: Porto Editora. (Obra original publicada em 1991).

Burgess, R. (1997). *A pesquisa de terreno*, (E. Freitas e M.I. Mansinho). Oeiras: Celta Editora. (Obra original publicada em 1984).

Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*.
Carvalho, R. (2003). *Parcerias na Formação: Papel dos Orientadores Clínicos*. Loures: Lusociência.

Carvalho, A. L. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Carvalho, J. E. (2009). *Metodologia do trabalho científico: «saber-fazer» da investigação para dissertações e teses*. (2ª ed.). Lisboa: Escolar Editora.

CCISP (2004) Conselho Coordenador dos Institutos Superiores Politécnicos – Relatório: A Declaração de Bolonha e a Formação na Área da Enfermagem, Lisboa.

Cestari, M.E. (2003). Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre. Abril; 24 (1), p. 34-42.

Correia, M.A.M. (2012). *Do Aprender a Ensinar a Cuidar – Construção de um Modelo Explicativo*. (Dissertação de Doutoramento). Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

Correia, M.A.M.; Costa, M.A.M. (2012). Perceção do cuidar de um grupo de estudantes finalistas de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 8, p. 75-83.

Correia, M.C.B. (2004). *A construção do Currículo no Ensino de Enfermagem: um estudo de caso*. Loures: Lusociência.

Costa, A. (2008). Aprender a cuidar: Consonâncias e dissonâncias de um binómio desafiante. In Gomes, L.M. (Coord.), *Enfermagem e úlceras de pressão: da*

reflexão sobre a disciplina às evidências nos cuidados. (pp. 81-102). Islas Canarias: ICE.

Costa, M. A. M. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados.* Lisboa: Fim de Século.

D’Espiney, L. [et al.] – *Implementação o Processo de Bolonha a Nível Nacional.* Grupos por áreas do conhecimento. Lisboa: Enfermagem, 2004.

Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto. Diário da República n.º151/13 – I Série A. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da Educação e Ciência. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de setembro. Diário da República n.º206/99 – I Série A. Plano integrado de medidas estruturantes para o desenvolvimento dos recursos humanos no domínio da saúde e no domínio da enfermagem. Ministério da Educação. Lisboa, Portugal.

Decreto-Lei n.º 42/2005 de 22 de fevereiro. Diário da República n.º37/05 – I Série A. Declaração de Bolonha. Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Donaldson, S. K.; Crowley, Dorothy M. (1997). The discipline of nursing, In Nicoll, Leslie H. (1997). *Perspectives on nursing theory.* Philadelphia, Lippincott. p.235-245.

Fawcett, J. (2005). Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Aquichan.* 5(1), 32-43.

Fernandes, O. (2007). *Entre a Teoria e a Experiência – Desenvolvimento de Competências de enfermagem no ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura.* Loures: Lusociência.

Ferraz, F.; Silva, L. W. S.; Silva, L. A. A.; Reibnitz, K. S.; Backes, V. M. S. (2005). Cuidar-educativo em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. *Revista Brasileira Enfermagem 2005 set/out*, 58 (5): 607-10.

Ferreira, M. P.; Serra, F. R. (2009). *Casos de Estudo*. Lisboa: LIDEL- Edições Técnicas.

Figueiredo, M. (2009). *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. (Dissertação de Doutoramento), Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS. Universidade do Porto.

Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família*. Lisboa: Lusociência. ISBN 978-972-8930-83-7

Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*, (A. M. Parreira, Trad.). Lisboa. Monitor. (Obra original publicada em 2002).

Foddy, W. (1996). *Como Perguntar – Teoria e prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

Fonseca, A. P.; Extremina, C.I.; Ferreira, A.; Leite, C. (2010). *Aplicações dos Mapas Conceptuais no ensino Universitário Pós-Bolonha: Os mapas como ferramentas para o aumento de eficiência do processo de ensino aprendizagem*. Recuperado de <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/35056/2/69655.pdf>

Freitas, P. (2007). *Aprender para viver ou a (sobre)viver em ensino clínico – segundo uma perspetiva avaliativa*. (Dissertação de Mestrado), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Freitas, P. (2013). *3 Mundos, 1 universo de referências: aprendizagem e avaliação em ensino clínico*. (Dissertação de Doutoramento), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.

Freitas, P.; Tarrasêca, M. (2013). Aprendizagem e avaliação em ensino clínico. A teoria dos três mundos. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, Vol. 4 (2), pp. 36 – 47. <http://www.ugr.es/~jett/index.php>

Gauthier, B. (2003). Introdução. In Gauthier, B. (Dir.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N.Salgueiro e R.P.Salgueiro, Trads.) (3ª ed.) (pp. 15-32). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). *O inquérito: teoria e prática*. (2ª ed).Oeiras: Celta.

Gingras, F.P. (2003a). A sociologia do conhecimento. In Gauthier, B. (Dir.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N.Salgueiro e R.P.Salgueiro, Trads.) (3ª ed.) (pp. 33- 62). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Gingras, F.P. (2003b). A teoria e o sentido da investigação. In Gauthier, B. (Dir.). *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, (N.Salgueiro e R.P.Salgueiro, Trads.) (3ª ed.) (pp. 117-140). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 2000).

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures. Lusociência.

Jonassen, D. H. (2007). *Computadores, Ferramentas Cognitivas – Desenvolver o pensamento crítico nas escolas*. Porto. Porto Editora.

Josso, C. (1987). Da formação do sujeito... ao sujeito em formação. In Nóvoa, A. & Finger, M. (1988) (Orgs.). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Josso, C. (1991). *Cheminer vers soi*. Lausanne: L'Age d'Homme.

Josso, C. (2002). *Experiências de vida e formação*. Lisboa: Educa.

Kéroouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Québec: Maloine.

Le Boterf, G. (1995). *De la compétence: essai sur un attracteur étrange*. (2^a ed.). Paris: Les Éditions d'Organisation.

Lessard, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (1994) *Investigação Qualitativa - Fundamentos e Práticas*. Lisboa. Instituto Piaget.

Livta, A. & Jacoby, A. (2004). Os métodos qualitativos e a prática baseada na evidência. In Craig, J.V. & Smyth, R.L. (Eds.). *Prática baseada na evidência*, (M.J. Sampaio, Trans.) (pp.136- 163). Lusociência: Loures. (Obra original publicada em 2002).

Malglaive, G. (1995). *Ensinar adultos*. (M.L.A. Pereira, M.A.O. e M.M.M. Ferreira Trans.). Porto: Porto Editora (Obra original publicada em 1993).

Marta, L. M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso. In: *Pensar Enfermagem*, Vol.13, nº2, 2^o Semestre.

Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre – acquérir un savoir infirmier*. Paris: Loisir et Pedagogie.

Meleis, A.I. e Trangenstein, P.A. (1994) Facilitating transitions: redefinition of a nursing mission. *Nursing Outlook*. 42(6), 255-259.

Mestrinho, M. G. (2012) *Ensino de Enfermagem – Caminhos de mudança na formação de professores*. Loures: Lusociência.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: a source book of new methods*. Thousand Oaks, USA: Sage Publications.

Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior, Decreto –Lei nº42/2005 de 22 de Fevereiro, Diário da República – I série – A nº37, p.1494.

Nascimento, E.R.P.; Trentini, M. (2004). O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): Teoria Humanística de Paterson e Zderad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. mar/abr; 12(2): p. 250-257 *Nursing Science*, 1(1), 247-333.

OCDE (2006) Organisation de Coopération et de Développement Economiques – Revisões das Políticas Nacionais para a Educação – Ensino Terciário em Portugal, Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enfermagem portuguesa implicações na adequação ao processo de Bolonha no atual quadro regulamentar enfermagem*. Lisboa, Portugal: OE

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Plano estratégico para o ensino de enfermagem, 2008-2012*. Lisboa, Portugal: OE

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código deontológico do enfermeiro. Estatuto da OE. Anexo ao Decreto-Lei nº 111/2009 de 16 de setembro*. Lisboa, Portugal: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: OE

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem (2003) *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa, Portugal: OE

Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual-enunciados descritivos*. Lisboa, Portugal: OE

Ordem dos Enfermeiros. Conselho Jurisdicional e Gabinete de Comunicação e Imagem (2012). *Repe e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa, Portugal: OE
Pacheco, J.A. (2001). *Currículo: Teoria e Praxis*. (3ª edição) Porto: Porto Editora.

Paterson, J.E.; Zderad, L.T. (2000). In George, J.B., B. (Dir.). *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. (A.M.V. Thorell Trad.) (4ª ed.) (pp. 241-251). Porto Alegre: Artmed.

Perrenoud, P., (2002). *A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Petronilho, F., Machado, M. (2011). Caracterização da condição de saúde do adulto e do idoso – *Proposta de um instrumento para registo de dados clínicos*. ESE - Universidade do Minho.

Phaneuf, M., (2001). *Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado*, (N. Salgueiro e M.H. Sameiro, trads).Coimbra: Quarteto Editora.

Phaneuf, M., (2004). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*, (N. Salgueiro e R.P. Salgueiro, trads). Loures: Lusociência.

Pineau, G. (1985). A autoformação no decurso da vida: entre a hétero e a ecoformação. In Nóvoa, A. & Finger, M. (1988) (Orgs.). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Direção Geral da Saúde. Retirado de: <http://pns.dgs.pt/>

Portaria n.º 799-D/99 de 18 de setembro. Diário da República n.º 219/99 – I Série B. Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Ministério da Educação. Lisboa.

Preâmbulo ao Decreto-Lei n.º 42/2005 de 22 de fevereiro. Diário da República n.º37/05 – I Série A. Declaração de Bolonha. Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior. Lisboa, Portugal.

Projet Cresi: European reference guide for competencies in nursing (2008). *Pilot Project Leonardo da Vinci*. 2006-2008. B/06/B/F/PP-144.008. [online]. Retirado de http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/0_CRESEI_Farde.pdf

[Projet Tuning: TUNING EDUCATIONAL STRUCTURES IN EUROPE. 2000-
\[online\]. http://www.deustopublicaciones.es/deusto/pdfs/tuning/tuning03.pdf](http://www.deustopublicaciones.es/deusto/pdfs/tuning/tuning03.pdf)

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2008). *Manual de investigação em ciências sociais*, (J.M. Marques e M.A. Mendes, Trads.) (5ª ed). Lisboa: Gradiva. (Obra original publicada em 1992).

Rua, M. S. (2011) *De Aluno a Enfermeiro – Desenvolvimento de Competências em Contexto de Ensino Clínico*. Loures: Lusociência.

Sá-Chaves, I. (2000). Formação, competências e conhecimento profissional. In Costa, M.A.M.; Mestrinho, M.G. & Sampaio, M.J. (Eds.), *Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de Formação – Balanço de um Projeto*, (pp. 39- 48). Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

Santos, E. (2003) - Pensamento crítico: estratégias de desenvolvimento no ensino da enfermagem pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*. Nº 10, p. 17-23.

Santos, E. (2007) - A reflexão estruturada como estratégia de aprendizagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*. Série 2, nº 4, Suplemento: Actas e Comunicações, p.35.

Santos, E. M. M. (2009) - A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico. Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem. Aveiro: Universidade de Aveiro. [Consult. Set. 2011]. Tese de doutoramento. Disponível em WWW: <URL: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2009001173>>.

Santos, T.S.; Duarte, M.E.; Subtil, C.L. (2004). A Declaração de Bolonha e a Formação na área da Enfermagem – Relatório – CCISP.

Serrano, Maria Teresa Pereira; COSTA, Arminda da Silva Mendes Carneiro; COSTA, Nilza Maria Vilhena Nunes (2011) - Cuidar em enfermagem: como

desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*. Série 3, nº 3, p. 15-23.

Silva, K.L.; Sena, R.R. (2006). A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. *Revista Brasileira Enfermagem* 2006 jul/ago; 59 (4): 488-91.

Silva, R.; Pires, R.; Vilela, C. (2011) - Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 3, p. 113-122.

Silva, R.; Pires, R.; Vilela, C. (2011) - Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, nº 3, p. 113-122.

Simões, C.M.A.R.; Simões, J.F.F.L. (2007). Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista de Enfermagem Referência*. II Série, nº 4, p. 09-23.

Spínola, A.C., Amendoeira, J.P. (2012). O estudante de enfermagem no processo de cuidados – uma reflexão: In Lobo, A. et al. (Eds.). *Contextos de Investigação em Saúde* (pp.616-626). Chaves, Portugal. Disponível em www.eschaves.pt/documentos/Contexto_livro.pdf

Spínola, A.C.; Amendoeira, J. (2014). The Care Process: analysis of Nursing students' conceptions. *Revista de Enfermagem Referência*. IV Série, nº 2, p. 163-170. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14006>

Stake, R.E. (1995). *The Art of Case Study Research*. London: Sage Publications.

Stake, R.E. (2012). *A Arte da Investigação com Estudos de Caso*. (3ª ed.). (A. Chaves, Trad.) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. (trabalho original em Inglês publicado em 1995).

Strauss, A. & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*, (L.O. Rocha, Trad.) (2ª ed.).S Paulo: Artmed. (Obra original publicada em 1998).

Streubert, H.J. & Carpenter, D.R. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o imperativo humanista*, (A.P.S.S. Espada, Trad.) (5ª ed). Loures: Lusociência. (Obra original publicada em 1999).

Swanson, K.M. – *Nursing as informed caring for the well-being of others*. Journal of Nursing Scholarship 25(4),1993, p.352-357. Ordem dos Enfermeiros – Conselho de Enfermagem – *Do caminho percorrido e das propostas*, Ordem dos Enfermeiros, 2003.

Swanson, K.M. (1991). Desenvolvimento Empírico de uma Teoria do Cuidar de Médio Alcance (Martires, A. Trads, revisão Basto, M.L.) *Nursing Research*, may/June n.º 3 p.161-166

Tavares, José (2003). *Formação e Inovação no Ensino Superior*. Porto: Porto Editora.

Teixeira, R.C.; Labronici, R.L.M.;Maftum, M.F.. (2009) – Marco de referência humanístico ao cuidado de enfermagem em unidade de saúde: relato de experiência. *Revista Ciência Saúde*. Jul/Set; 8(3), p. 484-490.

Tomey, A. M.; Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra*. (5ª Edição) Loures: Lusociência.

Tuckman, B. W. (2002). *Manual de Investigação em Educação*. (2ª Edição) Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Waldow, V.R. (2009). Momento de cuidar: momento de reflexão na ação. *Revista Brasileira Enfermagem* 2005 jan/fev, 62 (1): 140-5.

Yin, K. R. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. (4ª ed.). (A. Thorell, Trad.) Porto Alegre, Brasil: Bookman.

Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: Planejamento e Métodos* (2ª ed.). (D. Grassi, Trad.). Porto Alegre, Brasil: Bookman. (Obra original publicada em 1984).

ANEXOS

ANEXO I - Plano de Entrevista a Professores

ANEXO II - Plano de Entrevista a Estudantes

ANEXO III - Plano de Entrevista a Enfermeiros

ANEXO IV – Termos de Consentimento Informado

ANEXO V – Autorizações dos Contextos do Estudo

**ANEXO VI – Autorização da Direção Executiva do Agrupamento
de Centros de Saúde**

**ANEXO VII – Autorização do Conselho de Administração do Hospital Distrital
de Santarém EPE**

ANEXO VIII – Parecer da Comissão de Ética do ICBAS

**ANEXO IX – Quadro Síntese da Perspetiva Adotada pela Investigadora
no Estudo de Caso Múltiplo Desenvolvido**

ANEXO X – Lista de palavras submetidas ao *corpus* de análise

– 1ª Fase –

ANEXO XI – Lista de palavras submetidas ao *corpus* de análise
por contextos – 2ª Fase