



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano de 2010

**MARIA ISABEL
DOMINGUES
FERNANDES**

**O PRIMEIRO ENSINO CLÍNICO NO PERCURSO
FORMATIVO DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM**



Universidade de Aveiro Departamento de Educação
Ano 2010

**MARIA ISABEL
DOMINGUES
FERNANDES**

O PRIMEIRO ENSINO CLÍNICO NO PERCURSO FORMATIVO DO ESTUDANTE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Didáctica, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa, Professora Catedrática do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro e Co-orientação do Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, Professor Coordenador com agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Apoio financeiro da FCT, do Programa de apoio à formação avançada de docentes do Ensino Superior Politécnico.

O júri

Presidente

Doutor Jorge Ribeiro Frade
Professor Catedrático do Departamento de Engenharia Cerâmica e do Vidro
da Universidade de Aveiro

Doutora Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa
Professora Catedrática do Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa
da Universidade de Aveiro (Orientadora)

Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu
Professor Coordenador com Agregação da Escola Superior de Enfermagem do
Porto (Co-orientador)

Doutora Maria Manuela Franco Esteves
Professora Auxiliar do Instituto de Educação da Universidade de Lisboa

Doutora Ana Paula Morais de Carvalho Macedo
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Calouste
Gulbenkian da Universidade do Minho

Doutora Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de
Trás-os-Montes e Alto Douro

Agradecimentos

Muitas foram as pessoas que de forma particular contribuíram para o desenvolvimento e conclusão deste projecto, a quem quero deixar expresso o meu reconhecimento.

À Professora Doutora Nilza Maria Vilhena da Costa e ao Professor Doutor Wilson Jorge Correia Abreu, nossos orientadores, pela ajuda que sempre me disponibilizaram fundamentalmente pelo olhar crítico que as suas reflexões e questionamento constituíram para mim. Permitiram-me, deste modo (re)configurar em muitos momentos os meus caminhos e reajustá-los à luz de novas possibilidades e perspectivas.

Uma palavra, muito sentida, de agradecimento aos Professores do curso de Doutoramento da Universidade de Aveiro, especialmente àqueles que em muitas ocasiões se disponibilizaram a colaborar e deste modo me ajudaram a ter mais certeza e confiança.

Seria impensável não deixar aqui um dos testemunhos mais sentidos aos docentes que comigo colaboraram empenhadamente durante o trabalho de campo. Foram incansáveis, um enorme bem-haja.

A todos aqueles a quem quero demonstrar agradecimento, o mais especial e relevante vai para os estudantes que me acolheram e acarinharam “abrindo-se” e tornando, eles sim, esta tese possível. Refiro-me a um conjunto de jovens que, para mim, têm rosto mas aqui apenas posso referenciar os seus nomes. Eles são a Micaela, a Liliana, a Maria João, a Joana, o Hugo, a Carina, a Sara, a Narcisa, a Cíntia, o Jorge, a Catarina, a Ana Sofia, a Diana, a Inês, a Andreia, o Tiago, a Cláudia, a Sofia, o Miguel, o Gonçalo, a Su, a Ana Catarina, a Ana Rita, o André, a Catarina Andreia, a Andreia, a Lúcia, a Ana Maria, a Sofia, o Nelson, a Maria Inês, a Bruna, o Marcos, a Isabel mas também a Patrícia, o Carlos e o Pedro.

Às instituições a quem, pela sua impessoalidade, não é possível agradecer a permissão para a minha presença durante o período de recolha de dados, cumpre-me expressar um reconhecimento sentido aos seus profissionais que, de forma tão aberta e disponível, comigo partilharam os seus saberes e o seu quotidiano naquilo que é a sua forma de estar na vida profissional.

Aos meus colegas que, tantas vezes de forma completamente insuspeita e em momentos muito difíceis deste percurso, foram apoio, alento, desafio, motivação, ajuda,

À Isabel, penso que basta dizer simplesmente obrigado.

Ao João, à Deolinda, à Teresa e à Gracinda, convosco estarei sempre em dívida.

E, muito especialmente ao David, ao Miguel, ao Xiquinho e ao Celestino por tudo o que aprendi convosco.

Palavras-chave

Estudante de enfermagem; aprendizagem; primeiro ensino clínico; processo supervisorio.

Resumo

A formação do estudante de enfermagem em ensino clínico reveste-se de uma importância singular pelo contacto e vivência de situações em contexto, por lhe proporcionar a aquisição, o desenvolvimento e a consolidação de conhecimentos e competências em vários domínios, assim como de socialização com a profissão.

O primeiro ensino clínico pelas actividades em contexto com os profissionais de saúde e os utentes é um período de transição particularmente marcante em termos formativos. Nele frequentemente acontece a ruptura nas suas concepções de formação e de aprendizagem, tornando-se num momento de confronto com uma formação que prepara para a incerteza e imprevisibilidade.

Nesta investigação pretendemos compreender o que acontece neste período de aprendizagem, partindo da seguinte questão central de investigação: *Que significado tem o primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem?*

O estudo desta questão exigiu o recurso a uma metodologia de natureza qualitativa baseada na estratégia estudo de caso na sua vertente multicaseos.

Seleccionámos três casos de estudo respectivamente do 1º, do 2º e 3º anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem de três planos de estudos de Escolas Superiores de Enfermagem. O caso é constituído por um grupo de estudantes no primeiro ensino clínico hospitalar, enfermeiros e docentes que os orientam. Desenvolvemos uma etnometodologia em que privilegiámos a observação no terreno com participação directa do investigador, recolha documental, entrevistas etnográficas e semi-estruturadas aos vários intervenientes. A análise da informação reunida processou-se pela análise de conteúdo dos dados obtidos num percurso recursivo entre as várias fontes com apoio do programa informático *Nvivo 7*.

Concluimos que o primeiro ensino clínico: é um período de formação estruturante, com forte impacto pela transição que se opera na postura do estudante perante a aprendizagem, pelas propriedades (trans)formativas que as vivências em contexto encerram, independentemente do ano do Curso em que este acontece; a preparação prévia dos estudantes modeliza os domínios da aprendizagem e a profundidade em que ocorre; aprendem de um modo fragmentado sem conseguirem integrar os vários domínios do conhecimento na acção; os estudantes do 1º ano dão mais significado à destreza e rapidez na realização de intervenções prescritas e à aplicação dos princípios teóricos aprendidos; a orientação dos enfermeiros, tutores e docentes é fundamental na mobilização, para a acção, dos conhecimentos teóricos ou na sua aquisição; a vivência das situações em contexto e o ambiente relacional estão entre os factores mais influentes; a prática orientada com atenção individualizada, questionamento, análise e reflexão em diáde supervisor-aluno, são fundamentais no desenvolvimento do pensamento crítico; ser supervisor deve ser assumido pelo docente e pelo enfermeiro ou tutor como um trabalho de articulação e proximidade com e no contexto onde o ensino clínico decorre; a resposta adequada às funções específicas de supervisão exige participação activa de equipas de enfermagem mais preparadas e hierarquicamente apoiadas; o docente pelo conhecimento dos estudantes, dos fins e objectivos da formação, pelos desafios e exigência que coloca tem um papel insubstituível.

No percurso da investigação novas questões emergiram nomeadamente no que se prende com: os modelos de articulação entre instituições de saúde e escolares; com a formação dos supervisores e; o papel dos pares no início da aprendizagem dos estudantes em contexto clínico.

keywords

Nursing student; learning; first clinical teaching; supervisory process;

Abstract

The nursing student clinical education has been a central focus of study due to the fact that it implies the contact and experience in real situations, providing the acquisition, development and consolidation of knowledge and skills in several domains, as well as the socialization with the nursing profession. Research shows that the initial clinical experience, in contact with real patients, professionals and health/illness situations, is one of the most anxiety-producing aspects of the student's clinical experience. Furthermore, the studies show also that it's a crucial period in the students' transition to the professional life. During that period, they develop meaningful learning experiences, link theory and practices, understand the focus of nursing and build their own professional identity.

A qualitative and multi case study was conducted to explore the lived experience of nursing students' first clinical experience. The start question of this research is as follows: What does the clinical experience mean for the nursing students, in their process of learning? Three cases were selected, from the 1st, 2nd and 3rd years in the *Curso de Licenciatura em Enfermagem* (Bachelor Degree in Nursing). Participants belong to three schools with different curricular plans. In each case participants were a group of students in the first hospital clinical experience, nurses and teachers who supervise them. In matter of data collection, we used participant observation, documental collection, and semi-structured interviews. The content analysis of data was realized with the support of *Nvivo 7*.

At the end of the study, we concluded that the first clinical teaching, as a period of the student's education, has a strong impact on the learning process. The lived experiences and the meaningful learning shape the students' attitudes towards the educational process during all the course. We conclude also that there was a significant relation between the previous information and the domains chosen as focus during the clinical experience. In all the years, because the weak preparation they have about the clinical world, students showed several difficulties to understand some clinical situations and "make bridges" between theory and practice, knowledge and action and between dimensions in nursing domain. As a consequence of the educational strategies, students in the first year gave priority to dexterity and quickness, as well to prescribed interventions. They felt more comfortable to transfer to practice the theoretical knowledge learned in classroom, even to be transform knowledge and skills in action. This is why the clinical experiences and the support of mentors can be relevant to learning. Through reflection in learning and on learning, the mentors can support students to transform mechanic on meaningful learning. This process can be facilitated by the proximity and individualized relation between the mentor and the student. This way, mentors have an important role in the educational process, even teachers of the school continue to be relevant in the educational process, making bridges between the school and the health organizations or between the theoretical and the clinical worlds. This is way the local teams and also the schools need to cooperate in the mentor's preparation and education. Even the relevance of mentor in the clinical learning, namely as a role model, nurses from the team and mentors recognized that clinical teachers can't be replaced by mentors – they have their own responsibilities, knowledge and experience that are required to the success of the clinical education. At the end of this research new questions arose, namely the partnership between schools and health organizations, the preparation of mentors and the role of peers in the beginning of the students' learning process at the clinical context.

ÍNDICE GERAL

	Pág.
INTRODUÇÃO	3
PARTE I - APRENDIZAGEM, SUPERVISÃO E ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ..	17
1 - FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E CONTEXTOS DE FORMAÇÃO	19
1.1 – NATUREZA DO CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO.....	21
1.2 – ENFERMAGEM: FORMAÇÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO	33
1.3 – A DISCIPLINA E O CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM.....	49
2 - O PROCESSO E AS DINÂMICAS DE SUPERVISÃO	67
2.1 – SUPERVISÃO E SUPERVISÃO CLÍNICA: DOS CONCEITOS ÀS PRÁTICAS....	69
2.2 – O PROCESSO SUPERVISIVO E OS SEUS ACTORES.....	83
2.3 – IMPLICAÇÕES DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM.....	97
3 - APRENDIZAGEM EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO.....	103
3.1 – COMPREENDER A APRENDIZAGEM EM CONTEXTO DE TRABALHO.....	105
3.2 – APRENDER PELA/NA PRÁTICA: CONTRIBUTOS	109
3.3 – APRENDER NO PRIMEIRO ENSINO CLÍNICO	127
PARTE II - A INVESTIGAÇÃO	135
1 - A PERSPECTIVA METODOLÓGICA.....	137
1.1 – A INVESTIGAÇÃO DESENVOLVIDA: OPÇÕES	139
1.2 – DO PLANEAMENTO À COLHEITA DE DADOS	154
1.3 – O TRABALHO DE CAMPO: MÉTODOS E TÉCNICAS.....	160
1.4 – ACESSO ÀS INSTITUIÇÕES E AOS PARTICIPANTES	170
1.5 – TRATAMENTO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO	172
2 - O PRIMEIRO ENSINO CLÍNICO EM CONTEXTO HOSPITALAR.....	185
2.1 – DOS ESTUDANTES DO 2º ANO DO CLE: A ESCOLA, O CURRÍCULUM (CASO A).....	187
2.2 – DOS ESTUDANTES DO 1º ANO DO CLE: A ESCOLA, O CURRÍCULUM (CASO B).....	195
2.3 – DOS ESTUDANTES DO 3º ANO DO CLE: A ESCOLA, O CURRÍCULUM (CASO C)	204

3 – VIVÊNCIAS, PERCEPÇÕES E ANÁLISES DOS ACTORES: UM PRIMEIRO OLHAR	213
3.1 – ... O ENSINO CLÍNICO I.....	215
3.2 – ... O ENSINO CLÍNICO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM.....	259
3.3 – ... O ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR.....	293
4 - SÍNTESE TRANSVERSAL DOS CASOS EM INVESTIGAÇÃO.....	329
4.1 – SÍNTESE TRANSVERSAL DOS CASOS EM INVESTIGAÇÃO: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	331
4.2 - O SIGNIFICADO DO PRIMEIRO ENSINO CLÍNICO NO PERCURSO FORMATIVO DO ESTUDANTE.....	354
CONCLUSÕES.....	395
BIBLIOGRAFIA	411

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Metodologia de Estudo de Caso, adaptado a partir de Yin (2005)	150
Figura 2 - Cronograma do Trabalho de Campo.....	155
Figura 3 - Sequência de Análise dos Planos de Estudo para Seleccção dos Casos.....	157
Figura 4 - Conceitos e Representações do Ensino Clínico: domínios da dimensão de análise	180
Figura 5 - Domínios e Categorias da Dimensão de Análise: Aprendizagem	181
Figura 6 - Domínios e categorias da dimensão de análise: Processo Supervisivo	182
Figura 7 - Categorias e dominios na dimensão de análise: Vivências Emocionais.....	183
Figura 8 - Modelo de orientação dos estudantes em Ensino Clínico - Caso A	190
Figura 9 - Modelo de orientação dos estudantes em ensino clínico – Caso B.....	198
Figura 10 - Modelo de orientação dos estudantes em ensino clínico – Caso C.....	207
Figura 11 – Metodologia de Estudo de Casos Múltiplos adaptado de Yin (2005) e Lessard- Hebert (1994).....	332

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Distribuição dos alunos por sexo e idade – Caso A	193
Gráfico 2 – Distribuição dos alunos por sexo e idade – Caso B	200
Gráfico 3 - Distribuição dos alunos por sexo e idade – Caso C.....	209

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Colheita de dados em cada um dos casos em estudo.....	159
Quadro 2 – Resumo dos documentos reunidos no trabalho de campo	173

ÍNDICE DE ANEXOS¹

- 1 – Orientações para a observação
- 2 – Questionário para caracterização dos estudantes
- 3 – Guião da primeira entrevista aos estudantes
- 4 – Guião da segunda entrevista aos estudantes
- 5 – Guião da terceira entrevista aos estudantes
- 6 – Guião da entrevista aos docentes
- 7 – Transcrição de entrevista a estudantes (1^a)
- 8 – Transcrição de entrevista a estudantes (2^a)
- 9 – Transcrição de entrevista a estudantes (3^a)
- 10 – Transcrição de entrevista a docentes
- 11 – Categorização e codificação da dimensão de análise Conceitos e Representações

¹ Apresentados sequencialmente em CD

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A problemática em estudo: enquadramento

Os avanços científicos e tecnológicos nos diferentes domínios do conhecimento, as realidades económicas e a globalização, colocam desafios importantes nas vidas e no trabalho dos profissionais, nas múltiplas áreas de actividade, para um desempenho competente que responda adequadamente às exigências das populações e que simultaneamente integre o respeito pelos direitos da(s) pessoa(s). O acompanhamento destes fluxos de mudança(s) conduziu a implicações significativas nos quadros de referência das diferentes áreas do conhecimento, entre elas a Enfermagem. Assim, numa procura de compreensão das necessidades das populações em saúde e da oferta de serviços de qualidade, houve evoluções significativas na profissão e na formação em enfermagem, nas últimas décadas, acompanhando a tendência da evolução vertiginosa na saúde operada fundamentalmente no século XX.

O reconhecimento desta evolução e da qualidade da oferta de cuidados de enfermagem configurou-se num enquadramento legislativo em que o Decreto-lei n.º 104/98, que cria a Ordem dos Enfermeiros e o Decreto-Lei nº 353/99, que confere a possibilidade de formar enfermeiros com o grau de licenciados, assumem particular relevo.

A valorização destes factores está espelhada no preâmbulo do primeiro daqueles Decretos-Lei quando refere que *“a própria evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem de mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população, não só em instituições de carácter hospitalar ou centros de saúde, públicos ou privados, mas também no exercício liberal (...)”* deram relevo à necessidade da criação de uma nova regulamentação na área (Decreto-Lei nº 104 de 1998: 1739).

A produção de conhecimento em enfermagem tem sido *“construída a partir de ‘dentro’ que representa o principal pilar em que assenta o claro reforço da profissionalidade dos enfermeiros”* e para o qual as Escolas Superiores de Enfermagem desempenharam um papel fulcral como escreve Canário (2005:10).

Neste panorama as escolas de enfermagem repensaram a natureza da formação de modo a formar enfermeiros competentes para trabalhar em novos contextos de saúde em que a instabilidade, a imprevisibilidade, o carácter único e a incerteza são características das pessoas alvo da sua intervenção. É uma formação de valorização da aprendizagem em detrimento do

ensino, colocando os estudantes no centro de toda a acção pedagógica, responsabilizando-os pelo seu desenvolvimento e aprendizagem.

A emergência de novas teorias e modelos de educação e de formação que levem ao desenvolvimento progressivo da autonomia dos estudantes, a uma construção partilhada dos seus conhecimentos, ou ao desenvolvimento da sua consciência crítica, são fundamentais na formação em enfermagem. Só implicando-os nos processos de construção partilhada de conhecimento é que estes atribuem sentido aos fenómenos que vivenciam, permitindo-lhes que se tornem pessoas mais autónomas, reflexivas e conseqüentemente criativas. Isto é, estarem mais preparados para a tomada de decisão e, assim, responderem aos actuais desafios da actividade profissional contrariando o que se acreditava no passado de *“que a transmissão de conhecimentos e sua suposta aquisição por parte dos formandos, fosse condição não só necessária mas também suficiente para constituir um receituário de soluções a prescrever em toda e qualquer situação-problema”* (Sá-Chaves 2000: 89).

A modalidade formativa acima referida não é compaginável com os contextos de saúde e as exigências de intervenção às pessoas alvo de cuidados, pois cada ser humano, com o dinamismo que lhe é inerente, transforma-se a cada momento, não havendo uma resposta única para uma pessoa, mesmo que em situações e tempos semelhantes. Também os contextos, pela sua multiplicidade de actores, de situações e de interacções, isto é, pelo seu dinamismo exigem uma actualização e adequação constantes pois são irrepetíveis. Para que o enfermeiro possa estabelecer uma acção intencional tem que desenvolver uma capacidade de apreciação crítica sobre si e sobre a situação. Podemos assim dizer que a complexidade da intervenção em enfermagem resulta da imprevisibilidade dos contextos, da individualidade da pessoa e das exigências de cada um de nós.

Apropriando-nos do modelo desenvolvido por Sá-Chaves (2000), sobre a representação do conhecimento profissional do professor, ousamos dizer que o enfermeiro tem que ter um conhecimento de si próprio, alicerçado na capacidade de identificar, conhecer e controlar, consciente e intencionalmente, as múltiplas variáveis inerentes à intervenção de enfermagem, constituindo esta uma das variáveis mais determinantes.

Para que os estudantes desenvolvam competências que dêem respostas a esta tipologia de exigências, têm que ser formados num ambiente em que ocorra uma estreita articulação entre os contextos de formação, escola e serviço de saúde, uma vez que o carácter único da pessoa e da organização são insubstituíveis.

Não há nenhum laboratório ou meio didáctico que substitua o contexto real de uma organização de saúde pois esta reúne características significativas para a formação, na medida em que existe uma relação interactiva entre a organização e tudo o que a envolve. O indivíduo é

simultaneamente um actor que se adapta e que transforma o próprio meio. Paralelamente permite um conjunto de relações, de poderes, de recursos que são promotores do processo de aprendizagem numa perspectiva da formação para a imprevisibilidade (Abreu, 2007).

A articulação estreita das práticas formativas com os contextos de trabalho tem o seu fundamento no reconhecimento do valor formativo do ambiente de trabalho, o que torna estruturante a prática clínica na formação em enfermagem. Foi o questionamento sobre a interface entre a formação em sala de aula e a formação em contexto clínico que abriu caminho à atribuição do real valor do poder da formação em ensino clínico.

O objecto de estudo: escolha e justificação

Ao longo do nosso exercício profissional, a formação em enfermagem tem sido foco da nossa atenção. Com frequência temos pensado sobre a aprendizagem no processo de transição do contexto escolar para o da prática clínica, o que nos tem conduzido ao questionamento sobre quais os conceitos prévios e que idealizações os estudantes constroem sobre a vivência desse processo, quais as suas expectativas, receios e ambições. E, ainda, como é que ocorre o confronto entre o contexto real e todos estes factores com que se cruza a individualidade de cada estudante. As interrogações e as dúvidas que experienciámos emergiram, quer pelos relatos dos estudantes nos contactos formais e informais diariamente estabelecidos, quer pelos processos de avaliação realizados pela Instituição Escolar, quer ainda pelas evidências que o conhecimento científico tem produzido, como são exemplos as investigações realizadas por D' Espiney (1999), Leitão (2000), Abreu (2001), Fernandes (2006), Braga (2007) e Rua (2009).

Esta inquietação foi e tem sido especialmente sentida no contacto com as situações de formação e fruto das circunstâncias ditadas pela actividade profissional em que trabalhamos:

- i) na orientação dos estudantes ao iniciarem a sua formação em contexto de saúde;
- ii) no desenvolvimento do conteúdo programático da unidade curricular do 1º ensino clínico do Curso de Licenciatura em Enfermagem;
- iii) com colegas (professores, supervisores de ensino clínico ou equipas de enfermagem) e na implementação e articulação do programa.

Estas estão entre as maiores motivações para aprofundarmos conhecimento, investigando sobre **o primeiro ensino clínico do estudante de enfermagem**, objecto deste estudo.

É no reconhecimento de que as transições e mudanças podem ter um efeito de potenciação no desenvolvimento e na aprendizagem do estudante, que pensamos que a *passagem* para o ensino clínico possa constituir um momento impulsionador da sua formação pois reconhece-se o valor acrescentado da diferença que Sá-Chaves (2000) denomina de efeito multiplicador do diverso.

Sabendo deste valor e de que cada estudante constrói o seu próprio percurso à luz do que foi o seu património social e cultural, as relações interpessoais que nele estabelece podem ser decisivas para que os momentos de aprendizagem sejam sentidos positiva ou negativamente (Abreu, 2007). O início do ensino clínico é profundamente marcado por sentimentos dolorosos de medo (de errar, da avaliação, associado às expectativas que idealizou sobre a profissão), de angústias (o seu plano para organização de trabalho raramente se concretiza de acordo com o previsto), de confusão, de desorientação e de ansiedade (quando está a ser observado; quando está inseguro porque não tem certezas de como fazer). O medo e a percepção de ignorância e

de impotência para agir (por receio de poder causar mal ou sofrimento aos doentes) são sentimentos referidos em resultado do contacto com uma realidade diferente daquela que idealizara (Fernandes, 2006).

A prática clínica gera frequentemente contradições no(s) estudante(s), pela convicção de que já detêm um conjunto de conhecimentos que lhes permitiria agir mas que não vêem espelhados naquilo que observam e no que é valorizado na acção, levando ao acumular de incertezas face à impossibilidade de poder vir a concretizar, na prática, uma conduta idealizada ao longo do período teórico. É na confluência de todas estas dúvidas e questões, em que o estudante tudo põe em causa (os seus conhecimentos, capacidades ou habilidades para vir a desenvolver a profissão, em estar naquele ambiente, o trabalho dos outros), que este momento se revela decisivo para o envolvimento activo na aprendizagem, pela (des)construção dos pré-conceitos. Talvez por todos estes factores o contexto clínico se tenha afirmado ao longo dos anos como um campo privilegiado de estudo da formação graduada de enfermeiros. No entanto, a transição do ambiente escolar para aquele onde o primeiro ensino clínico ocorre não tem sido alvo de investigação específica, que ajude a clarificar como é que ela acontece e quais as medidas de intervenção mais adequadas para a potenciar enquanto experiência formativa. Só partindo da sua compreensão se podem perspectivar as melhores metodologias para que o estudante aprenda numa filosofia proactiva e crie vínculos identitários com a profissão, valorizando o carácter estruturante que este ensino clínico tem no seu processo de aprendizagem. Este aspecto pode assumir um particular relevo quando o primeiro contacto dos estudantes com a actividade em contexto de prática clínica pode ocorrer em diferentes momentos do percurso curricular, desde o primeiro ao terceiro anos do curso, em função das transformações curriculares e legais operadas que conferiram às Escolas Superiores de Enfermagem autonomia científica.

Neste panorama, o principal valor do 1º ensino clínico pode estar não tanto nas aprendizagens que são realizadas mas naquilo que o estudante estrutura em termos de competências pessoais e sociais, daí que o processo de supervisão se revista, também, de uma importância singular.

Quando o estudante está perante o início desta nova etapa de formação traz consigo um conjunto de ideias pré-concebidas, imagens muitas vezes resultantes das suas experiências de vida sobre o que é ser enfermeiro. As suas expectativas estão, múltiplas vezes, imbuídas de estereótipos. De um olhar superficial ou mesmo desfocado do que é a profissão, de que poderá realizar técnicas e procedimentos que lhe foram ensinados na escola, de que pode adquirir

experiência para se poder sentir enfermeiro ou para validar capacidades de resposta às exigências colocadas no desempenho da actividade profissional (Fernandes, 2006).

Perante este cenário, sabendo que a aprendizagem deve atender ao nível de desenvolvimento do aluno e que, ao realizar-se, lhe possibilita atingir um nível de desenvolvimento mais elevado e complexo, o papel do supervisor no ensino clínico é estruturante. Assim, cabe ao supervisor propor tarefas de aprendizagem adequadas ao estágio do aluno, ajudando-o no seu desenvolvimento. A circunstância de se tratar da primeira vez que os estudantes estão perante uma experiência formativa com estas particularidades e num contexto que desconhecem, confere à função da supervisão a assumpção de características particulares pelas formas de interacção e de relacionamento dos actores.

Questão(ões) de investigação

Tendo como finalidade promover a compreensão de como se pode potenciar a experiência formativa que o 1º ensino clínico encerra, garantindo “flexibilidade e liberdade” para explorarmos a temática em profundidade, formulámos como questão central da investigação: **Que significado tem o primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem?** Esta é uma questão ampla e abrangente que se definiu deliberadamente pois, ao longo do estudo, ela foi-se focalizando à medida que os conceitos e as representações dos estudantes e dos restantes actores foram surgindo, assim como as relações entre eles (Strauss e Corbin, 2008).

Procurando especificar a questão central em estudo e tendo subjacente que a pretendemos compreender, atendendo ao momento do percurso formativo em que os sujeitos em estudo realizam o ensino clínico, embora mantendo em aberto a possibilidade de questionamento, sobre o objecto em investigação, avançámos para a definição de outras **sub-questões**:

- Como vivencia e que representações constrói o estudante de enfermagem no primeiro ensino clínico do Curso de Licenciatura?
- Que recursos mobiliza o estudante na sua aprendizagem durante esta primeira experiência formativa em contexto de prática clínica?
- Que papel(éis) desempenham os diferentes actores, envolvidos no processo supervisivo durante o primeiro ensino clínico?
- Que estratégias formativas são adoptadas pelos diferentes actores no primeiro ensino clínico e que lhe são específicas?

Partindo do pressuposto que os estudantes de enfermagem entendem o mundo da sua formação a partir de significados subjectivos que previamente construíram e que, no decurso das suas experiências de ensino clínico, vão desenvolvendo e reconstruindo, formulámos estas questões no sentido de obtermos as suas visões e interpretações. A análise conjunta destas com as dos seus supervisores permitirá construir ou reafirmar conhecimento sobre o objecto em investigação. Os significados poderão ser múltiplos e variados, decorrentes das interacções estabelecidas com os restantes actores, do seu passado e do ambiente cultural em que se inserem, o que nos permitirá encontrar uma complexidade de visões sobre o problema em estudo.

Assim, pela natureza desta investigação e de forma a obter respostas às questões formuladas, definimos como **objectivos**:

- Compreender que significado tem o primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem;

- Compreender que vivências e representações são construídas pelos estudantes durante o primeiro ensino clínico;
- Analisar as estratégias adoptadas por docentes, enfermeiros e alunos no primeiro ensino clínico para facilitar e potenciar a aprendizagem;
- Analisar a influência dos modelos supervisivos adoptados durante o primeiro ensino clínico no desenvolvimento formativo do estudante;
- Validar e propor linhas orientadoras que potenciem a primeira experiência de ensino clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Ao construirmos este leque de questões e de objectivos, tentámos dirigir-nos para aquele que é o objectivo primordial da investigação em educação, que é compreender para explicar o fenómeno. Isto é, desvendar as leis de funcionamento das situações de que se reveste o primeiro ensino clínico, pondo em evidência regularidades, relações e excepções que permitam compreendê-lo em toda a sua extensão.

Opções metodológicas e tipo de estudo

Ao investigar o que representa o primeiro ensino clínico do Curso de Licenciatura no percurso formativo do estudante de enfermagem e tendo como finalidade promover a compreensão de como se pode potenciar esta experiência formativa, o recurso a uma metodologia qualitativa foi o método escolhido, tanto pelo objecto em estudo como pelas questões e objectivos de investigação que formulámos.

Neste âmbito, e de acordo com os referenciais teóricos que sustentaram a fundamentação sobre o tema, orientamo-nos para a necessidade de um conhecimento aprofundado e que permitisse, pela vivência no terreno e na relação directa com os actores, o contacto e o conhecimento das múltiplas variáveis em equação. Partimos para o conhecimento da situação considerando que o que é relevante para os seus membros na interacção social conhece-se na análise da própria interacção. Focámo-nos na forma como a interacção é organizada e o significado que os actores que interagem no mundo social lhes atribuem, naquele contexto específico, isto é, uma perspectiva interaccionista que se enquadra numa postura característica da etnometodologia (Coulon, 1995; Gauthier, 1998; Flick, 2004).

Ao pretendermos a compreensão de um fenómeno social complexo, mas tendo pouco controlo sobre os acontecimentos em investigação e querendo dar respostas a questões do tipo “*como*” e “*porquê*”, o estudo de caso configurou-se como a estratégia mais adequada a adoptar (Yin, 2005). Esta permitia-nos preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos, naquele período de aprendizagem em contexto clínico e, de forma integrada, equacionar e analisar todas as variáveis.

A pretensão de compreender o significado do primeiro ensino clínico e, com base nos resultados obtidos, equacionar formas de potenciar esta experiência formativa, levou-nos a estudar os vários momentos em que este pode ocorrer. Assim, seleccionámos três casos referindo-se, cada um deles, a um grupo de estudantes e respectivos supervisores, a frequentar um plano de estudos e uma escola diferente. As unidades de análise são três grupos de estudantes (um do 1º ano, outro do 2º ano e outro do 3º ano) e os respectivos supervisores no 1º ensino clínico (hospitalar). A selecção destes foi realizada a partir da análise dos planos de estudo do Curso de Licenciatura das Escolas Superiores de Enfermagem Públicas atendendo: i) à distribuição do ensino clínico nos vários anos e semestres; ii) ao seu período de duração; iii) aos contextos clínicos propostos para a sua implementação; iv) aos objectivos a atingir ou competências a desenvolver.

De acordo com a metodologia adoptada, o trabalho de campo passou pela observação do quotidiano do ensino clínico para compreender as interacções estabelecidas pelos sujeitos em estudo, pelo conhecimento dos processos desenvolvidos nessas interacções mas também pelos contextos em que ocorriam (adoptando os princípios de Spradley, 1980). Os processos de recolha de dados, além da observação participante (Spradley, 1980), passaram por entrevistas etnográficas e semi-estruturadas e por análise documental. A informação reunida foi sujeita a análise de conteúdo e complementada com triangulação dos dados obtidos pelas várias técnicas utilizadas.

A metodologia utilizada pareceu-nos a resposta adequada aos fenómenos em estudo, à proximidade ao contexto e à imprevisibilidade e tempo em que ocorreram, evidenciando dinâmicas e características que pretendíamos apreender.

Organização da tese

O presente relatório de investigação resultou numa sequência de assuntos na qual se relata os processos desenvolvidos ao longo de todo este percurso. Estruturámo-lo em duas partes distintas: a primeira correspondente ao enquadramento teórico que sustenta e permitiu preparar o trabalho empírico e a segunda ao trabalho de campo.

A primeira parte denominada de **Aprendizagem, Supervisão e Estudantes de Enfermagem**, foi subdividida em três capítulos principais.

No primeiro capítulo abordámos os aspectos referentes à **formação em enfermagem** e aos contextos clínicos onde uma parte significativa desta ocorre. Caracterizámos a natureza do contexto clínico, neste caso o hospitalar, salientando as suas particularidades e a complexidade de intervenção, focando-nos sobre a pessoa alvo de cuidados. São analisados os percursos da formação e da profissionalização em enfermagem, passando por uma abordagem dos factores profissionais e políticos a que estão intimamente ligadas na sua evolução. Neste capítulo apresentamos ainda a **evolução do conhecimento em enfermagem** à luz das teorias explicativas do desenvolvimento das ciências (da revolução, da evolução e da integração) e dos quatro padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem (empírico, estético, moral e pessoal) que Carper, em 1978, identificou. Terminámos com a apresentação da estrutura conceptual da disciplina de enfermagem entrecruzando, fundamentalmente, a concepção de Meleis (1997) e a definição dos enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2002).

No segundo capítulo abordámos a problemática do **processo e dinâmicas de supervisão**. Começámos com uma abordagem genérica e evolutiva aos conceitos de supervisão e supervisão clínica, continuando com um enfoque no que tem ocorrido especificamente em enfermagem, explicitando os contributos que múltiplos autores trouxeram com os seus modelos de supervisão clínica em enfermagem.

É ainda apresentado e analisado este processo nas suas especificidades relativas aos períodos de ensinamentos clínicos dos estudantes de enfermagem. Reflecte-se sobre o processo, as suas implicações, os seus actores e as estratégias supervisivas adoptadas, procurando evidenciar o contexto actual da supervisão no ensino clínico a partir das posições apresentadas por Abreu (2001, 2007), Alarcão e Tavares (2003), Sá-Chaves (2000), Canadian Nurses Association (2004), Seldomridge & Walsh (2006), entre outros.

No terceiro capítulo englobámos a fundamentação sobre a **aprendizagem** e, dentro desta, a que ocorre em contexto de ensino clínico. O ensino clínico é apresentado como um espaço e tempo ímpares de desenvolvimento e aprendizagem dos estudantes de enfermagem pela

importante dimensão de socialização com a profissão, pelas experiências vivenciadas em que integram conhecimentos, mas fundamentalmente em que adquirem novos saberes, que só, nestes contextos, se podem configurar.

Apresentámos os contributos de autores que estudaram os processos de aprendizagem pela e na prática, nomeadamente a perspectiva ecológica de Urie Bronfenbrenner (1979, 1993, 1999), uma prática de reflexão como nova epistemologia da prática de Donald Schön (1995, 2000) e a aprendizagem experiencial de David Kolb (1984, 2002). Por último, fazemos alusão à concepção da aprendizagem significativa, contributo de David Ausubel (2003).

A **parte dois** deste relatório, referente ao trabalho empírico, foi organizada numa sequência de quatro capítulos.

O primeiro é alusivo ao enquadramento da **perspectiva metodológica adoptada** para a realização da investigação. Explicitámos e justificámos a opção por uma metodologia qualitativa dadas as características do tema em estudo (campo de investigação). Pelo facto de nos focalizarmos na forma como a interacção é organizada entre os vários actores no primeiro ensino clínico, e o significado que lhes atribuem neste contexto específico, realizámos uma etnometodologia (Coulon, 1995; Flick, 2004). De acordo com os pressupostos apresentados por Yin (2003, 2005), a estratégia de pesquisa foi o estudo de caso na variante multicaseos.

Dentro deste capítulo apresentámos todo o **planeamento** até aos momentos de trabalho no terreno para colheita de dados. Expusemos o desenho do estudo onde se especificam os procedimentos de selecção dos casos em estudo bem como a fundamentação dos aspectos processuais seguidos e os métodos e técnicas de recolha de dados.

Ainda neste capítulo explicitámos os **procedimentos adoptados** para aceder às instituições escolares e hospitalares, para a realização do trabalho de campo e aos sujeitos em estudo, para obtenção de consentimento no momento de recolha de dados. Por último, descrevemos todo o processo seguido no tratamento e análise da informação com um especial enfoque na metodologia adoptada para análise de conteúdo (apoiada pela utilização de *software* informático - NVivo 7) e apresentação da categorização realizada.

A caracterização dos três casos em estudo é detalhada no segundo capítulo. Em cada um destes, apresentámos as principais linhas caracterizadoras da Escola Superior de Enfermagem a que pertencem estudantes e docentes, o seu plano de estudos do Curso de Licenciatura com uma ênfase especial na unidade curricular de ensino clínico objecto desta investigação, nomeadamente objectivos, propostas metodológicas e processo de supervisão. Em cada um dos casos apresentámos a caracterização do grupo de estudantes em ensino clínico e dos contextos onde ele ocorreu.

O terceiro capítulo é correspondente à **apresentação, análise e discussão da informação** reunida. Num primeiro sub-capítulo procedemos à apresentação dos resultados caso a caso, de acordo com as principais dimensões que emergiram na análise de conteúdo (conceitos e representações sobre o primeiro ensino clínico, aprendizagens, processo supervisivo e vivências emocionais). No segundo sub-capítulo apresentamos uma síntese transversal e comparativa entre os três casos estudados enfatizando pontos de convergência e divergência. Neste tivemos como referências o momento formativo dos três grupos de estudantes e as características contextuais onde realizaram a prática.

Por último, o capítulo – **significado do primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante** – referente à discussão dos resultados, estruturado à volta das respostas às questões de investigação. Os resultados dos três casos em estudo são apresentados e analisados comparativamente mas, em simultâneo, confrontados com resultados de outras investigações submetidas à mesma temática ou a temáticas afins, assim como com outras perspectivas apresentadas no enquadramento teórico que serviu de referência ao desenvolvimento da investigação.

Na apresentação da **conclusão**, foi nossa opção a sua sub-divisão em conclusões emergentes, um conjunto de implicações que os resultados desta investigação podem ter e ainda as limitações que identificámos num processo de auto-supervisão realizado no decurso do processo de investigação.

PARTE I - APRENDIZAGEM, SUPERVISÃO E ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

1 - FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E CONTEXTOS DE FORMAÇÃO

1.1 – NATUREZA DO CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

Uma parte significativa do período de formação do enfermeiro responsável por cuidados gerais acontece em contexto de trabalho durante os períodos de ensino clínico que, de acordo com a legislação, têm de representar pelo menos metade da duração de formação, isto é de 4600 horas. Entende-se por ensino clínico “(...) a vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende no seio de uma equipa e em contacto directo com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma colectividade (...)” (Directiva 2005/35/CE: 41).

Todos os aspectos regulamentares para o curso de licenciatura em enfermagem, em Portugal, estão definidos desde a publicação da Portaria 799-D/99 de 18 de Setembro, tendo a Directiva anteriormente referida apenas confirmado o que já estava a ser implementado nas várias Escolas Superiores de Enfermagem do país. Esta legislação reforça também a importância que na enfermagem sempre tem sido atribuída à formação em contexto de trabalho, nomeadamente em ambiente hospitalar. Em Portugal, a ligação aconteceu de forma próxima que as Escolas de Enfermagem durante muitas décadas nasceram e/ou existiram dentro dos próprios hospitais (Amendoeira, 2006).

As mudanças determinadas pela evolução da profissão, mas também das próprias políticas de saúde e necessidades de intervenção por parte dos enfermeiros fizeram com que os contextos de formação se alargassem e o ensino clínico actualmente seja realizado “(...) em hospitais e outras instituições de saúde e na colectividade, sob a responsabilidade de enfermeiros docentes e com a cooperação e a assistência de outros enfermeiros qualificados.” Os estudantes durante o período formativo participam, integrados na equipa do serviço em causa, nas actividades de prestação de cuidados ou outras de particular interesse para a sua formação de modo que “(...) lhes permitam aprender a assumir as responsabilidades que os cuidados de enfermagem implicam” (Directiva 2005/35/CE: 41). Articulando os conhecimentos já adquiridos na preparação prévia numa modalidade formativa mais centrada no ensino teórico, o estudante em ensino clínico desenvolve as competências necessárias para planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos pelo indivíduo, grupo, e/ou comunidade.

Para que os estudantes de enfermagem realizem os diferentes ensinamentos clínicos em instituições de saúde levanta-se, em primeiro lugar, a questão das relações entre o meio clínico e os estabelecimentos de ensino. A este nível pode mesmo surgir alguma confusão entre a missão de uns e de outros pois enquanto o meio clínico se centra na pessoa em situação de doença (pelo menos a nível hospitalar) a instituição de ensino está centrada no estudante (Hesbeen, 2000). Não se trata de duas lógicas opostas, apenas missões diferentes, que se unem e

encontram pontos de convergência e finalidades comuns quando participam conjuntamente na formação de estudantes. De acordo com esta visão Serra (2007: 128) considera que o acesso ao hospital para a formação de estudantes pode mesmo ser vedada pois a *“assistência à doença é tida como uma função prioritária do hospital”* pelo que a actividade de *“ensinar é frequentemente levada a adoptar configurações compatíveis (por vezes de recurso) com a missão primordial do hospital”*. A possibilidade de surgirem conflitos, de génese multifactorial (pois são duas instituições diferentes a trabalharem conjuntamente e para o mesmo fim), faz com que tenha de haver de ambas as partes uma atenção e motivação constantes para a negociação e o diálogo.

O ensino clínico é a ocasião para o estudante descobrir a realidade das situações de vida, surge como o complemento ao ensino em contexto de sala de aula que, independentemente de utilizar as estratégias pedagógicas mais eficazes, não consegue substituir-se ao contacto directo com a realidade que as instituições de saúde permitem pois as competências que ali desenvolve nunca poderão ser aprendidas *“(...) em sala de aula ou laboratório, dado constituírem uma vivência de situações concretas que são integradas por cada um dos estudantes de forma diferente e única”*. É, por esta particularidade que a actividade dos prestadores de cuidados, enquanto formadores, e conseqüentemente o ensino clínico, têm uma importância tão singular (Abreu, 2007; Serra, 2007: 133).

Exige-se assim, que se prevejam momentos de exploração destes períodos de aprendizagem clínica com os formadores com a finalidade dos estudantes expressarem as suas interrogações, as suas satisfações, bem como as suas indignações e/ou as suas emoções, isto é, tudo aquilo que abre campo de intervenção ao docente e lhe permite situar-se no papel de quem faz despertar para a complexidade e para a riqueza do ser humano ao mesmo tempo que revela os cuidados de enfermagem e tudo o que lhes está subjacente.

Estamos perante uma etapa em que o estudante para além das vivências inerentes ao seu papel de estudante terá de se confrontar com um ambiente de uma instituição prestadora de cuidados de saúde, integrando-se no seu seio para ali aprender. Esta é uma situação que terá componentes tanto de desafio, motivação, interesse, curiosidade e expectativa como de medo e receio. O contexto clínico é com frequência o hospital, de maiores ou menores dimensões, geral ou especializado mas sempre um contexto social onde se verificam combinações complexas. (Abreu, 2001)

O contexto hospitalar: local de formação de novos profissionais

O hospital é um estabelecimento de saúde, uma organização prestadora de serviços de grande utilidade e importância para a comunidade em geral segundo Senhoras (2007), de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde 24 horas por dia.

A Direcção Geral da Saúde (1998: 39), refere os hospitais como “(...) *organizações extremamente complexas, desenvolvendo a sua actividade num sistema composto por muitos agentes, de natureza, nível e diferenciação diferentes, inter-actuando com praticamente todas as expressões do tecido social e da sociedade civil.*”

As instituições são formadas por pessoas que, inseridas na organização e através das suas capacidades técnicas, aptidões e motivações, orientam a sua actividade de modo a alcançar determinados objectivos pessoais e institucionais. Representam o recurso mais valioso para a instituição hospitalar como sistema socio-técnico que é pois, esta é uma instituição de capital humano intensivo dotado de qualificações técnicas elevadas e muito diversificadas (Direcção Geral de Saúde, 1998; Abreu, 2001)

Assim, o factor de desenvolvimento por excelência dos hospitais é, os seus recursos humanos pois a estes compete o desempenho da sua principal missão, a prestação de cuidados de saúde à população servida. Os meios técnicos e materiais constituem apenas instrumentos auxiliares para o cumprimento da sua missão. A importância que os meios humanos assumem faz com que qualquer dificuldade ou constrangimento no que se prende com a sua dotação ou optimização possa ter reflexos imediatos na prestação de cuidados globalmente, na qualidade da prestação, na satisfação dos utilizadores ou no ambiente relacional vivido entre profissionais individualmente ou grupos profissionais. A dotação de pessoal e os constrangimentos que lhes estão associadas são em muito decorrentes daquilo que é o principal objectivo de uma instituição de saúde hospitalar pois a composição, quantidade, disponibilidade e qualidade da produção de cada serviço ou globalmente da instituição, não é fácil de planear e, conseqüentemente, não é fácil prescrever usando critérios de pura racionalidade. A inserção do ensino na dinâmica de trabalho hospitalar não se pode alhear das questões relativas aos seus recursos humanos pois exige adaptações que directamente os afectam (Serra, 2007).

Em 1998, a Direcção Geral de Saúde, identificava problemas de maior relevância que afectavam a organização e funcionamento dos hospitais. Entre eles destacava os seus quadros, carreiras e sistemas de compensação, ambiente e organização do trabalho, e ainda a formação e desenvolvimento. No ambiente de trabalho identificava a desmotivação como uma

consequência, por um lado de factores intrínsecos aos próprios profissionais mas também por factores ligados à falta de informação e comunicação interna, às dificuldades de relacionamento interpessoal e inter-serviços, à falta de desafios tanto no que se prende com a qualidade como com a organização. Todas estas situações são apresentadas como tendo implicação directa na qualidade da prestação de cuidados (Direcção Geral de Saúde, 1998).

Em consequência da evolução dos hospitais, da forma como a medicina (profissão sempre considerada dominante no poder, nestas instituições) científica se constituiu, dos elementos próprios da estrutura da medicina actual, pela sua natureza, não é feita, não está estruturada tendo como foco de atenção o indivíduo. Pese embora, o facto dos profissionais de saúde serem animados por uma intenção humana esta é, muitas vezes, prisioneira do contexto pelo qual se deveria exprimir. Frequentemente expressões usadas como *“O caso, o número da cama de que nos servimos para identificar os doentes no hospital, ou ainda o nome dos órgãos de que nos servimos para falar dos operados previstos para a sala de operações (...)”* são aspectos que não se podem ligar a uma insuficiente consideração pelas pessoas doentes ou à falta de tempo, são em tudo o resultado, de acordo com Hesbeen (2000: 20) e Senhoras (2007), de uma cultura que se criou e que evidencia que a medicina científica pela sua natureza não foi feita para a pessoa.

Assiste-se a um certo desfasamento entre, por um lado, conhecimentos adquiridos e proezas tecnológicas e, por outro, a realidade das dificuldades, do sofrimento vividas por quem ocorre ao sistema de saúde. Há um afastamento entre aquilo que se poderia designar de cuidados centrados no doente e de cuidados centrados na doença o que tem consequências (em vários domínios para o próprio indivíduo e para a sociedade) pois a resposta dada é fundamental e sistematicamente técnico-científica deixando-se pouco espaço para uma abordagem individual e centrada na pessoa a cuidar (Hesbeen, 2000). A este nível a ideologia hospitalar da humanização e da reintegração é atribuída ao pessoal de enfermagem sendo mesmo este o papel psicossocial reconhecido como o papel dominante da profissão e concesso de autonomia (Carapinheiro, 1993). Contudo esta autora também refere que estes são contextos sociais onde se verificam combinações complexas entre objectivos institucionais e objectivos próprios de cada grupo profissional o que nos faz questionar que atmosfera ou ambiente se vive nestas instituições.

A este respeito a Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que os cuidados de saúde de qualidade têm de obedecer a componentes como a excelência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes, satisfação dos utilizadores e obtenção de resultados em saúde. Nesta evolução os cuidados de saúde encontram-se numa fase de profunda mudança e transição, fruto dos desenvolvimentos científicos, laborais, políticos e

sociais, assiste-se a uma melhoria dos cuidados envolvendo o cidadão como parceiro, uma cultura de cuidados partilhados e de promoção dos complexos processos de produção e prestação dos cuidados de saúde e do desenvolvimento de educação profissional contínua (Abreu, 2007).

Autores como Carapinheiro (1993) e Abreu (2007) salientam que se tem vindo a evidenciar uma dinâmica de mudança nas instituições de saúde em muito baseada, nas exigências sociais, em formas alternativas de organização do trabalho, nas novas tecnologias, nas alterações dos padrões de saúde-doença ou em alterações na formação dos profissionais de saúde.

Destas instituições, os hospitais continuam a ser considerados como lugares insubstituíveis de ensino prático de médicos, enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica pois a sua actividade é fulcral na continuidade da formação destes mas também na de novos profissionais. Isto é, a formação contínua mantém-se como uma das suas grandes missões a par com a formação e o ensino pré-graduado. Tendo subjacente esta ideia surgiu o modelo do hospital escolar, instituição adequada e com especificidades próprias de um hospital de ensino (Direcção Geral de Saúde, 1998).

No ensino de enfermagem, à semelhança de outros na área da saúde, o hospital tem desempenhado um papel nuclear em termos formativos num processo integrador entre os saberes e as práticas quotidianas que os enfermeiros têm de aprender e desenvolver na construção do seu perfil de competências. Independentemente destes aspectos as escolas de enfermagem, responsáveis pela formação destes novos profissionais, há algumas décadas que alargaram significativamente os contextos de saúde onde integram os estudantes para realizarem aprendizagens em períodos de ensino clínico. Esta resposta é decorrente das sucessivas reformas na formação em enfermagem mas também dos sistemas de saúde que têm afirmado e valorizado um investimento na prevenção dando visibilidade e promovendo outro tipo de instituições de saúde (Abreu, 2001).

Contudo, o hospital pela sua tripla vertente de produção de cuidados, formação e investigação continua a constituir-se como um contexto fundamental na formação dos profissionais de saúde. Na perspectiva defendida por Serra (2007), e referindo-se à visão de quem aprende, é no hospital que se encontram, de facto, as situações de aprendizagem que exigem mobilização de saberes prévios ou a construção de novos saberes.

Esta foi uma mudança e evolução significativas pois a produção de conhecimento em enfermagem foi iniciada nos hospitais, sendo este o único local de ensino durante várias décadas, em que a intervenção do enfermeiro tinha uma natureza colaborativa no âmbito dos cuidados de saúde. A produção do conhecimento em enfermagem veio mostrar como a

actividade de enfermagem é determinante no sucesso terapêutico e na melhoria de cuidados e serviços de saúde pela quota significativa de intervenções dos enfermeiros nesses mesmos cuidados e serviços. É durante os períodos de formação pré-graduada que os estudantes desenvolvem competências privilegiando-se, na sua formação, os processos de boas práticas e dinâmicas de promoção da saúde (entre outras), o que só por si traz desafios importantes para os profissionais que colaboram nestas dinâmicas formativas e que conseqüentemente serão também promotores da qualidade global da prestação de cuidados nestas instituições (Ooijen, 2000; Canadian Nurses Association, 2003; Castledine, 2001, 2003).

A faceta formativa do hospital faz com que ali existam profissionais preparados, condições de trabalho, financiamento e um conjunto de estímulos que levam a que os seus profissionais adotem uma postura de aprendizagem ao longo de toda a sua vida na promoção de hábitos de rigor e de exigência fazendo com que o hospital seja vocacional e reconhecidamente um local de ensino (Carapinheiro, 1993). Conceito corroborado pela Direcção Geral de Saúde (1998: 94) ao dizer que numa instituição hospitalar todos os profissionais são docentes potenciais e a própria instituição tem de ser vocacionalmente um local de ensino sendo reconhecida como tal. Isto implica “uma reforma cultural importante” que passa por: i) reconhecimento no trajecto profissional; ii) concessão de facilidades de investigação; iii) orientações claras e correctas em normas e guias de boas práticas; iv) avaliação permanente das instituições e dos profissionais. Tudo isto terá como consequência “(...) *uma cultura de qualidade, ou seja, o imbuir de um espírito académico a todos os elementos que nele trabalhem.*”

Ser-se formador num contexto tão complexo como o do ambiente hospitalar é uma tarefa que nada tem de simples pois trata-se de ajudar o estudante a despertar para a complexidade do ser humano (a riqueza do outro), para as “coisas da vida” contextualizando-as numa perspectiva de enfermagem. O docente, seja o professor da escola ou o enfermeiro do contexto da prática, desperta e revela para e nas situações encontradas, o que exige que desde o início aborde, com o estudante, assuntos tão sensíveis quanto complexos como a morte, o sofrimento, a angústia, o isolamento, o que revela quanto esta actividade pode ter uma exigência extra e ser uma sobrecarga para o enfermeiro que assume esta função (Levett-Jones, 2009).

Embora a Direcção Geral de Saúde (1998) apresente a perspectiva de todos os profissionais de um hospital como docentes potenciais, considera-se que o formador deve distinguir-se pelo olhar que tem sobre as situações de vida, incitando à reflexão sobre os fundamentos das práticas em causa, abrindo os estudantes à vida de modo que o processo de formação consiga dar um sentido a múltiplas matérias e experiências. Não pode limitar-se a transmitir o que sabe numa lógica de formação pelo consumo do saber, mas tem de permitir e de fomentar que os

estudantes estruturem as suas próprias referências, elaborem as suas próprias palavras, isto é, encontrem sentido para as suas experiências de prestação de cuidados.

O estudante dá ao seu formador créditos de competência e de saber mas tem expectativas de encontrar formadores apaixonados pelo que fazem, ensinando e evidenciando a sua paixão. Esperam deles capacidades para o escutarem e para o acolherem, para o fazerem sentir parte da equipa, sentido de humor, acompanhamento pessoal e a humildade de reconhecerem algumas áreas de *não saber* ou mesmo de dúvidas e incertezas (Chan, 2001; Sá-Chaves, 2000). Nestes âmbitos esperam encontrar, nos formadores, abertura e disponibilidade para a análise e discussão construindo-se conjuntamente neste espaço de partilha. Assim, estão perante uma formação que acontece na produção do saber, organizada numa tensão permanente entre a reflexão e a intervenção (Canário, 2000 citando Nóvoa).

A complexidade da intervenção

Cuidar na perspectiva de uma atenção dada ao outro, para o ajudar, inscreve-se no domínio da complexidade se considerarmos que complexo designa “o que é tecido em conjunto”. Assim, cada um dos elementos de um conjunto ou situação estão ligados entre si, interagem entre si, fazendo com que qualquer modificação num dos seus elementos tem repercussão num ou em vários outros elementos, isto é, constituintes heterogéneos inseparavelmente associados. Contudo, pensar nas situações deste modo não é o habitual, a tendência é o pensamento cartesiano, isto é, tornar as coisas claras, nítidas e precisas (Morin, 2003: 20).

A abordagem, que se faz ao ser humano e às suas doenças (numa abordagem científica), reduziu consideravelmente o campo de visão e a capacidade para interpretar o que se passa na complexa situação de vida de uma pessoa ou de um grupo. As interacções que se produzem durante uma situação de cuidados, em que todos os seus constituintes estão inseparavelmente associados, são interacções únicas, o que faz com que cada situação de vida com que o profissional se depara seja uma situação definitivamente singular e que nunca se repetirá. Inscrevendo-se assim no conceito de complexidade entendido como “(...) *a propriedade de um sistema modelizável, susceptível de manifestar comportamentos que não sejam todos predeterminados (necessários) ainda que potencialmente antecipáveis (possíveis) por um observador deliberado desse sistema*” (LeMoigne, 1999: 191). O complexo é sempre único, não repetível, não dominável nem duplicável, ambíguo, pouco claro (Morin, 2003).

O complexo necessita de meios que precisam de ser reflectidos pois não são racionais nem grandiosos, a abordagem é simples, enquadra-se numa forma de sujeição da situação e que

não tem a ambição de um conhecimento total. Esta forma de pensamento tem de ser capaz de conviver com o real, de dialogar e negociar com ele, pois a complexidade envolve a ideia de ser impossível unificar ou concluir, mas também a incerteza, a ambiguidade, a contradição, o facto de nem sempre ser demonstrável mas também a capacidade de reconhecer que no final algo se pode manter como não explicável. Daí que o conhecimento pertinente reconhece esta multidimensionalidade na análise destes dados relativos à abordagem do ser humano, questionando os princípios de disjunção, de redução e de abstracção caracterizadores da simplificação (Morin, 2002; 2003).

A propósito da complexidade Collière (1999: 256) refere que só assim os cuidados de enfermagem podem “(...) *contribuir para fazer descobrir, para elucidar e mobilizar, sem pretender agarrar ‘a verdade’, mas ousando apreender a rede de verdades múltiplas, através da qual a vida se insinua.*”

A prática dos cuidados de enfermagem inscreve-se, no grupo das actividades complexas pois trata-se de uma situação em que há um encontro entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam. É necessário recorrer a um processo para situar esta acção, o profissional intencionalmente dirige-se ao outro, disponibiliza-se para ir ao encontro da pessoa doente no seu próprio espaço ou percurso de vida. Para iniciar e ajustar este movimento para a intervenção, o profissional tem de se socorrer de múltiplas estratégias como o diálogo, a análise, a identificação, a reflexão, sobre os elementos que constituem aquela situação de vida em que se pretende intervir. Esta acção profissional tem lugar em contextos sociais e condições marcados pela incerteza, imprevisibilidade e singularidade onde se cruzam “*as prescrições hierárquicas, a procura social e os interesses próprios dos profissionais*” (Canário, 1997: 138).

Deste modo, este processo permite elaborar com a pessoa alvo de cuidados e/ou com os seus familiares o que se pretende, exigindo-se, para tal, que a enfermagem como área do conhecimento se organize também a partir de princípios caracterizadores de uma visão complexa pois só assim se consegue desenvolver uma perspectiva holística no acto de cuidar, característica fundamental da profissão e da disciplina de enfermagem (Lopes M. J, 2006). Este é um tema que iremos continuar a aprofundar ao longo deste e de próximos capítulos.

Processos Humanos: a pessoa na instituição hospitalar

A relação entre profissionais de saúde e a pessoa doente é uma relação humana por excelência marcada pela eticidade como padrão e clima no seu relacionamento. As profissões de saúde reconhecem o carácter ético do seu exercício profissional pois o que está em causa é a prestação de cuidados a pessoas com direitos e deveres mas fundamentalmente com a possibilidade de autodeterminação.

Na instituição hospitalar a pessoa doente vai ter de estabelecer relações com um conjunto muito vasto de outras pessoas com profissões diversas que poderão intervir de diferentes formas, directamente ou não sobre o seu corpo. Este facto exige que exista uma ética institucional que norteie essas formas de intervenção, e profissionais que incorporem esta cultura do próprio hospital o que tem de estar suportado numa adequada preparação por parte de todos os seus profissionais ou mesmo da instituição em si.

A cultura ética de um hospital abrange aspectos tão vastos quanto a ponderação de gastos, o desperdício de recursos ou o respeito pela pessoa doente. Perante um âmbito tão disperso de preocupações fazer com que os direitos da pessoa doente sejam respeitados aos vários níveis da estrutura hospitalar, não permitindo que alguns comportamentos por parte dos profissionais e dos doentes sejam aceites sem questionamento, apenas porque são considerados rotina, é por si só de difícil gestão. Autores como Carapinheiro (1993), Vielva (2002) ou Morrison (2001) referindo-se ao hospital e/ou às pessoas hospitalizadas salientam, neste domínio, aspectos como:

- a doença por si só acarreta insegurança, preocupação, sofrimento e dependência;
- o hospital como nova “residência”, frequentemente desconhecida, traz incomodidades e rotura com os hábitos das pessoas;
- no hospital os circuitos estão estabelecidos e altamente regulamentados, sobre eles a pessoa não tem qualquer controlo;
- a pessoa é *explorada*, exposta, submetida a exames, pode perder as credenciais que definem a sua identidade na sociedade civil (profissão, conhecimentos, gostos e preferências, afectos, ...);
- a pessoa tem o dever de informar mas não o poder de controlar o modo como as informações são recebidas ou as informações que recebe;
- regra geral a rotina hospitalar interfere significativamente com as suas necessidades de intimidade, comodidade e descanso;
- a ocorrência de uma ruptura temporal, provisional, de relações sociais e laborais, dos contactos humanos e afazeres, da capacidade para se dedicar à família, às amizades, ao trabalho ou hobbies.

A tudo isto acresce que as respostas à situação de doença ou hospitalização são diferentes entre indivíduos o que lhe confere um maior carácter de incerteza. Assim, questiona-se como se conjuga esta necessidade de respeitar a pessoa, as exigências da intervenção a realizar, os múltiplos elementos contextuais em que se está inserido?

Os profissionais de enfermagem de acordo com Vielva (2002) detêm na equipa de saúde uma situação privilegiada para intervir neste domínio, detectando as necessidades e procurando que sejam satisfeitas, nomeadamente as necessidades emocionais pois, independentemente de outros factores, a humanização joga-se na esfera mais próxima do tracto pessoal e onde a pessoa doente tem o protagonismo principal. Esta é uma situação em tudo dependente da filosofia de trabalho, nomeadamente na equipa de enfermagem, ou do seu objecto de atenção específico, pois tal como a Ordem dos Enfermeiros (2003: 6) refere “(...) *os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com estas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes*”.

Quando um enfermeiro presta cuidados oferece um serviço, envolve-se directamente numa negociação com a pessoa a cuidar relativamente à natureza e âmbito da ajuda requerida estabelecendo-se ao longo do processo um contracto, formal ou informalmente. A pessoa aceita a responsabilidade de cooperar com o enfermeiro enquanto este aceita o dever de respeitar a confiança demonstrada prestando um serviço competente, com conhecimento, protegendo a dignidade da pessoa, respeitando os requisitos da confidencialidade e os seus direitos e interesses (Thompson, Melia & Boyd, 2003).

A pessoa que recebe cuidados é agente da sua própria saúde, representando um elemento determinante ou mesmo o mais significativo para a qualidade da prática de cuidados, pois esta acontece sempre a partir da identificação da sua necessidade em cuidados de enfermagem. A identificação e a subsequente tomada de decisão acontecem no encontro e acompanhamento que o enfermeiro estabelece com a pessoa a cuidar. Atendendo a que a relação terapêutica que é promovida no “(...) *âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades*” o que exige segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003: 4 e 6) uma “*abordagem sistémica e sistemática*”.

A adesão ao processo terapêutico, isto é, a motivação e a vontade face ao mesmo estão dependentes da natureza do projecto de vida da pessoa, da percepção que tem da sua doença e do seu futuro e da sua vontade de ultrapassar a situação de doença. As pessoas não podem ser motivadas mecanicamente contudo, podem ser-lhe dadas ou evidenciadas razões fortes, portadoras de sentido, para que consigam mobilizar os seus próprios recursos promovendo estratégias de auto-motivação. Este é um domínio em que a família pode ter uma função

estruturante, e uma participação activa pelo que o seu conhecimento da situação deve ser equacionado a par com o seu provável sofrimento. Integrar e envolver as pessoas significativas da pessoa alvo de cuidados, isto é, a família ou convivente significativo, de acordo com a terminologia adoptada pela Ordem dos Enfermeiros, é actualmente considerado como estruturante numa actividade de prestação de cuidados de qualidade e na optimização do exercício profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

O mesma organização considera que este aspecto torna a prestação de cuidados ainda mais complexa pois o sujeito de cuidados passa a ser um ser colectivo, casal, família ou grupo.

No seu livro "Humanización de la asistencia al enfermo", Brusco (1999: 70) identifica, como mais significativas e importantes para a reflexão no processo de interacção, cinco dimensões da pessoa: i) o corporal, pois a corporalidade é um elemento essencial da pessoa; ii) o intelectual, o homem com um saber acumulado mas que procura o conhecimento e a compreensão numa busca constante de significado e sentido para a sua actividade de vida; iii) o emocional, pois é pelas emoções e sentimentos que se vivenciam que o que ocorre a outros níveis se influencia ou determina; iv) o social, a pessoa vive e desenvolve-se numa relação com os outros e com o mundo, com valores que a transcendem nos vários domínios da vida humana; v) o espiritual, como unificador de múltiplos interesse e objectivos, do significado da vida, isto é, a necessidade de resposta sobre o sentido da vida que cada ser humano individualmente detém.

A abordagem conjunta destas cinco dimensões é objectivo integrante do acto de cuidar ajudando na compreensão e dando sentido ao atendimento global e holístico à pessoa doente. Não se trata apenas de uma consciencialização das diferentes dimensões da pessoa mas de saber relacioná-las entre si, partindo da convicção que muito dificilmente se poderão tipificar padrões de respostas humanas, designadamente em situação de doença ou deficit (Abreu, 2008). Trata-se de compreender uma dupla ruptura, aquela que é produzida pela doença, é intrínseca à pessoa acontece entre o corpo e o espírito, e aquela que lhe é exterior acontece entre a pessoa doente e o mundo que a rodeia. Assim, o profissional na sua intervenção e tal como Morrisom (2001) e Brusco (1999) defendem, ajuda a superar a barreira da "solidão" da pessoa doente, a viver aquela transição, unindo a doença física à "biografia" dos sentimentos.

As pessoas reagem à hospitalização de diferentes formas o que, segundo Morrison (2001), pode ser compreendido, entre outras razões, pela esmagadora vulnerabilidade sentida pelos doentes, a que nos parece correcto acrescentar a multiplicidade de formas individuais de resposta aos processos de saúde e doença. A pessoa tem de evidenciar aos outros que necessita de ajuda e de cuidados pois está fragilizada mas, simultaneamente, tem de manter a auto-estima. Tem de se adaptar à doença e à hospitalização adoptando perante o pessoal

hospitalar “*estratégias de auto-apresentação*” diversas. Durante a hospitalização, Morrison (2001) encontrou comportamentos de: i) timidez e obediência; ii) conformismo perante as práticas da enfermagem; iii) alegria e amabilidade em situações que eram particularmente ansiogénicas e aterradoras; iv) honestidade e franqueza na descrição da informação transmitida; v) aproximação e solidariedade com outras pessoas internadas; vi) relutância em questionar; vii) deferência e gratidão junto dos prestadores de cuidados; ... entre outros. Estes comportamentos são entendidos como resultantes da situação de grande vulnerabilidade em que se encontravam as pessoas internadas tendo de mobilizar múltiplos recursos ao seu alcance numa tentativa de adaptação à situação de hospitalização (Morrison, 2001: 92).

É num contexto com características como as descritas ao longo deste capítulo, que ao estudante é proposto iniciar o seu processo de aprendizagem em ensino clínico, onde vai ter de lidar: i) com um contexto com uma cultura própria e de algum modo influenciada pela da instituição onde se insere; ii) com múltiplos actores entre eles as pessoas ali internadas e os profissionais que ali trabalham; iii) consigo próprio, conhecendo e analisando as suas vivências emocionais e formas de reagir às situações e circunstâncias em que vai interagir; iv) com o processo de cuidar, isto é, começa a socializar-se com uma actividade que tem como eixos estruturantes, identificar e compreender as respostas humanas para sobre elas fazer juízos diagnósticos, propor intervenções a partir de um processo de negociação com a pessoa alvo dessa intervenção, implementando-as e em simultâneo realizar a sua avaliação num processo sempre recursivo. Trata-se de uma socialização com uma actividade complexa pois as várias etapas do processo na prática acontecem simultaneamente e de acordo com Basto (2009: 13) numa espiral, sendo esta “*formada pelo processo de intervenção terapêutica de enfermagem e pelo processo de avaliação diagnóstica, dois processos inseparáveis*”. É um processo não linear pois não segue só “*um raciocínio lógico de resolução de problemas mas exige avaliação e intervenção praticamente simultâneas*” nas respostas às situações de saúde e doença que a pessoa ou o grupo está a viver (Basto, 2009). O foco de atenção, do estudante durante o ensino clínico, na aprendizagem específica sobre o processo de cuidar, será alvo de maior detalhe e aprofundamento noutra capítulo deste relatório.

1.2 – ENFERMAGEM: FORMAÇÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO

No âmbito de um estudo em que se pretende conhecer o processo formativo vivenciado durante o primeiro ensino clínico pelos estudantes de enfermagem, assim como, o impacto que este tem no seu percurso académico importa, em primeiro lugar, perceber e clarificar como tem evoluído o ensino de Enfermagem fazendo uma retrospectiva histórica dos seus principais marcos a par com os avanços e recuos da enfermagem como profissão. Importa, também, cruzá-lo com os principais avanços, nomeadamente de complexificação técnica e científica dos cuidados de saúde (que muito se confundem com os avanços na medicina) e os principais marcos no domínio das políticas da saúde.

Não é possível dissociar os aspectos do ensino e da prática de enfermagem pois entre eles há uma grande interligação e influência mútuas, estruturada pela sua evolução conjunta. A recomposição da natureza do trabalho de enfermagem e as condições em que ocorreu o seu processo de configuração sócio-profissional, passaram também pelas estratégias de formalização da sua formação profissional.

A expansão do sistema hospitalar (ocorrido principalmente a partir do século XIX) e conseqüentemente o conjunto de transformações técnicas e sociais que a originaram estão intimamente ligados à génese da enfermagem (Lopes, 2001).

Assim, a formação em enfermagem surge-nos ligada, por um lado, à evolução da própria enfermagem como profissão e por outro ao desenvolvimento da saúde em geral, nomeadamente às suas políticas. Em Portugal, à semelhança do que aconteceu noutros países, o ensino da Enfermagem tem tido um percurso complicado, segundo Soares (1997: 13) “(...) por vezes até conflituoso, não sendo fácil separá-lo da sua prática, porque se interligam e se influenciam mutuamente”.

Para a compreensão da génese da problemática em estudo terão de ser respondidas algumas ou preferencialmente todas as questões que emergem das ideias expressas: i) como tem evoluído e donde vem a formação em enfermagem; ii) que influencia tem havido entre as políticas de saúde e as políticas de formação dos profissionais de saúde, especificamente de enfermeiros; iii) como é que se caracteriza a enfermagem como disciplina e/ou profissão, qual é a natureza da enfermagem. Neste capítulo, é dentro destas temáticas que iremos navegar, introduzindo, eventualmente, outros temas e questões que se mostrem emergentes e adequados à sua compreensão.

Políticas de saúde e de formação em enfermagem

A enfermagem como um grupo sócio-profissional tem a sua génese a partir do grande desenvolvimento e transformações técnicas e científicas que se verificaram a partir do século XIX e ao conseqüente desenvolvimento dos hospitais. O desenvolvimento científico surge da possibilidade de se poder questionar livremente os valores do passado e a ciência passar a basear-se na observação e experimentação, situação que foi largamente determinada pelas ideias revolucionárias centradas em valores como os da liberdade, igualdade e fraternidade, ideias revolucionárias trazidas pela Revolução Francesa. Nas suas múltiplas implicações a ideia de políticas sociais emerge e com ela a necessidade de hospitais, que progressivamente se vão transformando “(...) em instituições estritamente médicas, baseadas na observação e no conhecimento científico. Era a Medicina Hospitalar que eclodia em toda a sua pujança.” (Direcção Geral de Saúde; 1998: 15)

Por outro lado, a grande pressão sobre os hospitais decorrente da industrialização e das suas conseqüências demográficas a par com as modificações trazidas no combate às doenças infecciosas fazem com que se assista à institucionalização da moderna Medicina científica. Tudo isto traz complexidade ao sistema hospitalar tanto pela complexificação técnica dos cuidados como pela parte administrativa e burocrática da organização. (Lopes, 2001)

Este desenvolvimento fez com que emergisse a necessidade de pessoal melhor preparado, capaz de assumir responsabilidades e habilidades que as religiosas ou o pessoal indiferenciado que assegurava os serviços não médicos, conseguia realizar.

Um contexto hospitalar com as exigências técnicas e organizacionais como as que se verificaram, desencadeou um conjunto de mudanças naquilo que era o trabalho de enfermagem dissociando-o progressivamente dos seus laços ao trabalho doméstico e à actividade religiosa. A emergência de uma melhor e diferente preparação surge dos desafios colocados. Assistiu-se a uma reforma, considerada histórica (para a enfermagem), iniciada por Florence Nightingale com a criação (em 1860) da primeira escola para enfermeiras.

Assim, ocorreram algumas mudanças paradigmáticas tanto no que se refere à prática profissional como ao processo de formação dos enfermeiros numa tentativa de acompanhar a evolução da sociedade e de dar uma adequada resposta às necessidades e exigências das pessoas.

A enfermagem como ocupação existiu desde tempos pré-históricos e ao longo de milhares de anos mas, só no século XIX se iniciaram estes movimentos que levaram à criação de escolas destinadas à preparação de enfermeiras e conseqüentemente à sua progressiva evolução para uma profissão. O início desta formação escolar é um marco na separação das fases evolutivas

da enfermagem em termos profissionais delimitando a fase pré-profissional da profissional, ou a “enfermagem tradicional” da “enfermagem moderna” como entre outros autores, Bento (1997), refere.

Pensando na enfermagem apenas como ocupação, na sua fase pré-profissional, ela está completamente ligada, por um lado às práticas de cuidados vividas e transmitidas pelas mulheres, por outro à actividade religiosa tanto de homens como mulheres no cuidado aos mais pobres, aos doentes e indigentes. (Collière, 1999; Graça, 2000).

A pormenorização desta etapa do desenvolvimento da enfermagem parece-nos, de momento, pouco significativa basta-nos salientar que ela ocorreu suportada nos valores cristãos como o amor ao próximo, a benevolência, a moral, a vocação exigindo atitudes marcadamente de obediência, submissão, caridade, renúncia de bens materiais e terrenos mas também desprendimento “(...) *de saber, pobreza de desenvolvimento pessoal, pois tratar exige primeiramente fazer, abstracção de si, não ser nada em si própria*” (Collière, 1999:68; Fernandes, 2006). Assim, a preparação, o saber de quem presta os cuidados não tem que existir pois “(...) *o que ocupa o lugar do conhecimento é essencialmente a Graça de Deus e a aprendizagem de tarefas repetitivas, porque as [mulheres] consagradas são subordinadas aos que detêm o saber que lhes dizem o que devem fazer*” (Collière, 1999:69).

Sem acesso ao conhecimento a actuação de quem cuidava era orientada por Deus, em que o bem-estar espiritual e a salvação da alma do doente eram a grande finalidade dos cuidados prestados. Todo o saber inscrito nas práticas se reduzia a procedimentos muito simples como a higiene, a preparação de alimentos ou chás ou o tratamento de feridas, em geral “(...) *constituindo o fundamental dos cuidados em práticas que visam ajudar a suportar a dor (conforto moral) e não evitá-la*” (Bento, 1997: 30).

Estas actividades ocorriam tanto a nível institucional (hospitais, asilos, albergues) como no domicílio e constituíam uma prática independente da prática médica. De acordo com Bento (1997:30), terá sido o “(...) *encontro das práticas médicas e de enfermagem no mesmo espaço geográfico – o hospital - e no mesmo espaço social – o doente*” que introduzirá um novo período no desenvolvimento e na prática de enfermagem surgindo assim a “*fase profissional*” ou de “*enfermagem moderna*”.

Em Portugal, estes cuidados também estiveram sempre nas mãos de religiosos (pelo menos até à extinção das respectivas ordens). As práticas resumiam-se à aplicação de medicamentos ou alguns tratamentos contudo sempre sob estrita orientação do médico ou cirurgião, sem qualquer autonomia nas tarefas que exerciam. A preparação destes “enfermeiros” (também denominados de *noviços*) não existia, não conheciam o funcionamento do organismo humano e

dos seus sistemas mas esta não era uma necessidade sentida por quem desenvolvia a actividade. A formação teórica e prática resumia-se à aprendizagem dos “(...) meios, então em voga de ‘arrancar líquidos ao organismo’ através nomeadamente de suadoiros, clisteres, (...) purgantes e sangrias numa tentativa de restabelecer o equilíbrio do Humor” (Graça, 2000: 67; Fernandes, 2006: 30).

Toda a evolução que se verificou nos saberes sobre os cuidados de saúde, no progresso social e intelectual renascentista, a reforma religiosa ou a evolução nas universidades não tiveram qualquer impacto na enfermagem tanto nas pessoas que a praticavam mantendo-se ligada directa ou indirectamente às ordens religiosas, como no seu nível de preparação e conhecimento (Graça, 2000).

Foram, como anteriormente referido, os desenvolvimentos que ocorreram após a revolução francesa e industrial a par com os avanços nos domínios da química, da biologia ou da física que trazem primeiro a Medicina Hospitalar e depois a Científica evidenciando um grande desenvolvimento conjunto da medicina e dos hospitais, tornando-os locais de investigação e de tratamento de doenças (Bento, 1997; Direcção Geral da Saúde, 1998).

Pelas exigências colocadas ao trabalho médico (tanto quantitativa como qualitativamente) surge a necessidade de a enfermeira passar a realizar novas “funções” para além das que já realizava. Com isto é necessário adoptar políticas de formação adequadas a suprir esta lacuna situação que só vem a ocorrer, entre nós, no final do século XIX e por iniciativa dos próprios hospitais (Soares, 1997).

A primeira metade do século XX marcada por grande agitação política, social e económica a nível mundial e em Portugal por algum isolacionismo e retrocesso não foi propício a desenvolvimentos significativos para a enfermagem. Em compensação a medicina ganhou um poder e prestígio enormes tanto pela sua capacidade de intervir no percurso da doença como pelo progresso tecnológico, dominando os serviços de saúde. Surgem as primeiras evidências de preocupações políticas com a formação de enfermeiras apenas na década de 40 com alguma legislação voltada para a regulamentação e controlo do ensino e da actividade das escolas. Existiam até esta década três escolas de enfermagem, contudo a formação existente estava dependente da instituição hospitalar, à qual a escola estava ligada e, do ensino médico. É a partir desta década que se verificam algumas mudanças nas políticas de saúde, com a legislação de um Sistema Hospitalar regionalizado, os Estatutos e a Organização da Assistência Social ou a Federação das Caixas de Previdência. O Estado apresenta-se com um carácter supletivo intervindo particularmente nas doenças de expressão social. Estas mudanças fazem, também, aumentar as necessidades de formação de enfermeiros situação que começa a verificar-se um pouco mais tarde quando surgem medidas legislativas que a promovem,

fazendo aumentar gradualmente o número de enfermeiros por habitante, situação que teve reflexos já na década de oitenta do século XX, de acordo com o expresso pela Direcção Geral do Ministério da Saúde em 1998.

A partir da década de 70, com as profundas alterações políticas ocorridas em Portugal, há evolução social e técnico-científica que conduzem ao desenvolvimento e afirmação da enfermagem na prestação de serviços de saúde. As condições criadas para a transição dos auxiliares de enfermagem para enfermeiros, pela formação, e o conseqüente nível único de formação de profissionais de enfermagem, o aumento exponencial do “corpo” profissional e a aparente homogeneização dos valores da classe profissional em torno do novo operador simbólico, o cuidado em enfermagem centrado no utente numa perspectiva de promoção da saúde e prevenção da doença, constituem a possibilidade que une os enfermeiros no reforço da afirmação da profissão de enfermagem enquanto profissão de cuidar na área da saúde (D’Espiney; 2008: 10).

No entanto ao nível das políticas de saúde nem tudo é propício e favorecedor desta evolução na enfermagem como profissão autónoma, os discursos oficiais centram-se na saúde e na sua promoção, contudo as evidências demonstram que as actividades preventivas são habitualmente descuradas e relegadas para segundo plano sendo as actividades terapêuticas que acabam por absorver a maior parte dos recursos dos sistemas de saúde (D’Espiney, 2008). O investimento político e económico nos anos 80 é feito nos cuidados de saúde secundários, nas instituições hospitalares ao nível das Unidades de Cuidados Intensivos que crescem exponencialmente nesta altura. O saber médico e o poder de curar, de acordo com Carapinheiro (2006), ganham uma visibilidade e uma valorização social ímpar que reforça a imagem do enfermeiro como auxiliar do médico.

Assim, quando nos anos noventa surge a questão da qualidade dos serviços de saúde e as preocupações crescentes com a humanização dos serviços hospitalares, a enfermagem integra-as de imediato como uma opção estratégica para a intervenção dos enfermeiros. Surge, uma área que faz apelo à dimensão mais relacional e mais autónoma da profissão e aquela que é a mais inscrita na identidade da profissão de enfermagem. A este propósito D’Espiney (2008: 10) refere, “*São actividades autónomas associadas a uma perspectiva humanista que se procuram afirmar.*” Neste período as orientações ministeriais foram no sentido de investir no aumento da admissão de estudantes ao curso de enfermagem pois a carência de enfermeiros a nível nacional era uma situação preocupante. Assiste-se nos anos 80-90, também ao crescimento da oferta de formação pós-graduada, na área de enfermagem, para estes

profissionais no sentido de dar resposta às exigências que a prestação de cuidados e a gestão dos serviços lhes colocava.

Ao nível das instituições de saúde assiste-se, mais uma vez, ao reforço no plano legislativo, dos cuidados de saúde primários e ao lançamento do programa de cuidados continuados. A entrada no século XXI acontece num quadro de expectativas positivas contudo, começam a sentir-se os efeitos de uma política que visa introduzir alterações profundas na gestão dos serviços de saúde.

Continuam a ser os cuidados de saúde diferenciados que constituem o cerne da acção no hospital e são estes que, socialmente, parecem ser mais valorizados. Os Centros de Saúde, por seu lado, têm vindo a assumir responsabilidades crescentes ao nível da prevenção secundária muito mais do que pelo reforço da sua missão original de promoção de saúde e de prevenção da doença.

Os discursos sobre a saúde têm continuado a evoluir muito à frente do real investimento político e social no sistema de saúde, o que é reconhecido por muitos autores. São estes autores que referem começar a desenhar-se, na actualidade, uma clara tendência para a prestação de cuidados globais aos indivíduos e famílias centrados na comunidade e nas famílias. Assim, como Marques (2005) refere, estas transformações na área da saúde a par com a evolução nos paradigmas educacionais designadamente na educação profissionalizante exigem uma (re)orientação na educação em enfermagem.

A Profissionalização e Construção Identitária

Neste sub-capítulo e na sequência do que vimos a reflectir abordaremos as questões ligadas à identidade da profissão numa tentativa de a compreender e conseguir explicar. Neste sentido levantamos um conjunto de questões que possam ser orientadoras da exposição. Qual o percurso e como se constitui a enfermagem como profissão? Sobre que pilares se construiu(iram) a(s) sua(s) identidade(s)? Que conceitos ou representações o estudante tem quando inicia o seu percurso formativo? Como poderá o estudante iniciar a sua própria construção identitária com a profissão? Um conjunto de autores tem ao longo da última década, pelos trabalhos de investigação desenvolvidos, apresentado contributos importantes neste domínio.

Assim, para a compreensão do tema importa referir alguns detalhes sobre o conceito de identidade. Deste modo podemos definir identidade como sendo aquilo que qualquer indivíduo tem de mais precioso, também é algo que se constrói e reconstrói ao longo da vida em função

daquilo que os outros e o próprio realizam, “*a identidade é um produto de sucessivas socializações*” nas palavras de Dubar (1997: 13). O trabalho, a formação e os seus contextos serão dois dos factores de maior influência na construção identitária dos indivíduos, segundo este autor.

Na perspectiva sociológica do autor a construção da identidade acontece pela articulação entre o processo de atribuição da identidade pelas instituições e pelos agentes que directamente interagem com o indivíduo, a identidade social que é virtual, e a incorporação da identidade pelo próprio. Este último processo envolve as trajetórias sociais onde os indivíduos constroem ou reconstróem os acontecimentos da sua biografia e formam uma identidade para si, que tem de ser legitimada (subjectivamente) pelo grupo de referência a partir do qual a definiu.

Os processos de construção identitária podem ser discordantes surgindo estratégias identitárias que não são mais do que transacções, para a sua minimização pois tem de haver convergência entre os dois processos para que ocorra a sua construção. Na produção das identidades se “*(...) o processo biográfico (identidade para si) e o processo relacional sistemático, comunicacional (identidade para outro) – são heterogéneos, a verdade é que eles utilizam um mecanismo comum: o recurso a esquemas de tipificação que implicam a existência de tipos identitários*” (Dubar, 1997: 110).

O indivíduo constrói-se ao nível identitário biográfico a partir de vivências com que se vai confrontando inicialmente na família, posteriormente na escola ou no trabalho. É portanto uma construção no tempo de uma identidade social e profissional construindo deste modo a sua identidade. Já o processo identitário relacional acontece com o reconhecimento “*num dado momento e no seio de um espaço determinado de legitimação, das identidades associadas aos saberes, competências e imagens de si propostas e expressas pelos indivíduos nos sistemas de acção*” (Dubar, 1997: 118). Assim, a articulação entre estes processos designa segundo o autor a projecção espaço-tempo identitário de uma geração.

De acordo com esta abordagem somos remetidos para o conceito de que uma identidade nunca é atribuída é sempre construída, tendo por base categorias e posições herdadas da geração anterior e, simultaneamente, estratégias identitárias que acontecem na própria instituição a que os indivíduos pertencem e ajudam a transformar (Dubar, 1997).

Relativamente à enfermagem Abreu, em 2001, ao debater a problemática das identidades profissionais equacionava dois pontos, que existe uma tendência para a imagem social de uma profissão estar largamente dependente “*da imagem, das representações, e das lógicas internas das profissões*” e que a dimensão social das práticas profissionais (cuidados de enfermagem) está “*dependente da estruturação e organização profissionais da profissão nos contextos*

empíricos em que se enquadra” (Abreu, 2001: 33). Na enfermagem à semelhança do que acontece noutras profissões, há uma estreita relação entre o estatuto social dos cuidados que presta e a evolução da sua configuração identitária, situação em muito marcada pelo processo histórico da profissão, com reflexos ainda visíveis no presente.

A génese na construção da sua identidade enquanto grupo sócio-profissional, é associada por um lado à separação do trabalho doméstico a que estava ligada e, por outro, a uma dimensão mais técnica que lhe advém das exigências assistenciais sentidas nos hospitais. A este propósito Bento (1997: 33) salienta que com as mudanças e evolução da sociedade surge uma dupla necessidade “(...) *enfermeiras disciplinadas com ‘treino’ para porem em prática os cuidados com o meio ambiente e enfermeiras com conhecimentos das ciências médicas para poderem auxiliar o médico que vai surgir a formação em enfermagem, se institucionalizam a enfermagem*”.

O médico necessitava de assistentes para trabalhar disciplinadamente e que o pudessem assistir cientificamente, sob a sua orientação, diferente dos cuidados prestados por mulheres laicas com pouca instrução, pois apesar de muita experiência nos cuidados aos doentes não detinham conhecimentos científicos que fundamentassem a sua intervenção nem conceitos de responsabilidade social.

Neste sentido, da actividade a desenvolver e das exigências e/ou competências que passaram a estar implicadas às enfermeiras emergiu a necessidade de formalizar a sua formação, a fim de assegurar um trabalho com um carácter qualificado (Graça, 2000; Fernandes, 2006).

Denota-se algum consenso e uniformidade, entre os autores ao referirem um conjunto de instrumentos ideológicos e técnicos que terão confluído para a origem sócio-profissional da enfermagem tais como: i) uma necessidade de formação para responder aos novos desafios do trabalho, que ao mesmo tempo permitiu uma demarcação do restante pessoal hospitalar, onde as “enfermeiras” estavam englobadas (Lopes, 2001); ii) a grande influência histórica de ordens religiosas de base caridosa, advogando qualidades morais como a vocação, a devoção que têm como valores centrais a dedicação e o ideal de servir em que a honestidade e a bondade de carácter serão atributos fundamentais para cuidar de quem sofre (Collière, 1999; Lopes, 2001; Serra, 2008); iii) a não dissociação da vida privada e profissional (influência da ligação religiosa), a que se associa a exigência de uma irrepreensível conduta moral em todas as esferas da vida. Tudo isto se consubstanciava no celibato como situação ideal para o exercício (Bento; 1997; Collière, 1999).

Assim, na sua génese os cuidados de enfermagem têm ideologicamente uma orientação para o doente. Salienta-se, ainda nesta origem, a ligação institucional ao hospital, sendo marcadamente uma profissão de filiação hospitalar pois nasceu no hospital e para dar resposta

a necessidades dos doentes internados, o seu desenvolvimento e a sua actividade aconteceram de modo preferencial ligados a este tipo de instituições (D' Espiney, 2008). Esta dependência vai contribuir significativamente para a sua imagem social pois é pelo trabalho ali realizado que vai obter autoridade profissional contudo, por via desta filiação, o compromisso com os fins institucionais e as suas regras são-lhe impostos, criando-se “ (...) *um equilíbrio ambíguo entre a orientação para o doente, que ideologicamente constitui o seu referencial, e a orientação para a instituição, que lhe é requerida pelas funções de controlo e manutenção da ordem social dos serviços*” (Lopes; 2001: 28). Compreende-se que Canário (2005: 11) considere que este grupo sócio-profissional se estruturou com base em referências de orientação diversa e se refira a “*uma difícil construção da profissão de enfermagem*”.

Quando, neste contexto, se refere profissão não se tem como pressuposto que nela se identifiquem todos os critérios que actualmente os autores ligados à sociologia das profissões propõem para classificar uma actividade como ocupação ou profissão.

Uma profissão emerge quando um número de pessoas começa a praticar uma técnica fundada sobre uma formação especializada respondendo a necessidades sociais. A sua constituição decorre de uma especialização de serviços que irão dar satisfação à pretensão de um conjunto de clientes, simultaneamente, tem subjacente uma formação específica fundada num conjunto de teorias que lhe vão permitir adquirir uma cultura profissional e por outro lado permitindo a demarcação entre pessoas qualificadas e não qualificadas, fixando códigos de conduta e de ética para os qualificados (Rodrigues, 2002).

Uma das suas etapas fundamentais num processo de profissionalização é, segundo Lopes (2006: 108) o fechamento social. Este encerra “(...) *o conjunto de estratégias desenvolvidas pelos grupos ocupacionais visando alcançar e manter o monopólio da prática e, conseqüentemente, visando as prerrogativas sociais de auto-regulação que tal pressupõe.*” É esta etapa, que constitui o processo “*fundador de uma actividade em profissão*” baseando-se na produção de um corpo de saberes de natureza técnica e científica não acessível aos que não realizam uma formação mas que também exigem exercício mental de interpretação na sua aplicação. Assim, o fechamento social consiste na capacidade do grupo profissional garantir: i) o direito exclusivo sobre a realização de um determinado tipo de trabalho; ii) legitimidade para definir o seu campo de exercício e autoridade; iii) exclusividade no controlo sobre o acesso e formação dos seus membros. Rodrigues, em 2002, numa abordagem sobre o fenómeno das profissões e analisando o contributo de Friedson no domínio das fontes de poder profissional refere a autonomia técnica ou o controlo sobre o trabalho, o monopólio do conhecimento e o credencialismo como os três conceitos constituintes do espaço analítico que permite identificar

e definir o poder das profissões. Dentro desta forma de pensamento, uma profissão acontece quando assegura a sua exclusividade cognitiva e portanto a sua autonomia funcional mas também autoridade para controlar e dirigir o trabalho de outras profissões que com ela se articulam no mesmo campo de actividade, conseguindo assim o domínio exclusivo desse campo de trabalho. É à luz da análise destes conceitos, segundo Lopes (2001: 30) que podemos perceber o que se tem passado no campo da saúde em que se assistiu tanto à “(...) *construção social do carácter de profissão dominante da medicina, como a dependência técnica e social que tem assinalado o lugar da enfermagem na produção de cuidados de saúde.*”

De acordo com a mesma autora a medicina para assegurar a concretização e visibilidade social da sua dominância profissional tem usado, como estratégia, a imposição do conceito de acto médico como critério estruturador da divisão e organização do trabalho, colocando a enfermagem numa posição de subordinação estrutural relativamente à sua que surge como profissão dominante. Este conceito, de profissão dominante, aplica-se às ocupações que assumiram estratégias de profissionalização que levaram ao assegurar da autonomia funcional (Lopes, 2006; Freidson, 1984).

A dimensão social da profissão tem outra vertente que condiciona todo o processo de profissionalização da enfermagem que se caracteriza pelo domínio feminino da profissão, construído à volta do “papel da enfermeira”, assumindo características de afectividade, sensibilidade, fundamentalmente um papel moral que, por sua vez deve orientar o papel técnico (Collière, 1999; Abreu, 2001). Segundo este último autor, valorizando a actividade observável sem atribuir qualquer significado à dimensão intelectual da prática profissional.

Esta faceta é visível até nas instituições de formação que recebem denominações que se referem à pessoa alvo da formação e não à formação em si ou à função profissional. As escolas surgem, como espaços onde se entra para aprender e onde se aprende a ser enfermeira. Mesmo muito mais tarde, estas raízes ideológicas continuam a marcar como é exemplo a denominação atribuída pelo Ministério da Educação, em 1940, de *Escola Técnica de Enfermeiras* à escola então criada e integrada no Instituto Português de Oncologia (Graça e Henriques, 2000).

Por outro lado a escola e o hospital são lugares indissociáveis da aprendizagem do papel que se espera da enfermeira, pois é no hospital que vão aprender a situar-se perante os outros elementos, como ajustar o papel moral e técnico à prática de cuidados ou apenas a descodificar o seu papel. Ao circunstanciar esta ligação Collière (1999: 108) salienta que a vida hospitalar “(...) *ensina a atitude que a enfermeira deve ter perante o médico (...) aprende a não criticar nenhuma ordem, nem tratamento (...) a autoridade do chefe é transmitida pelos graus hierárquicos (...) face aos doentes (...) deve ter uma presença e uma atitude irrepreensível,*

necessária à sua autoridade e à confiança que deve inspirar (...), deste modo evidencia que o trabalho atribuído aos enfermeiros, se pautava pelo carácter de obediência e submissão a outros profissionais de saúde enquanto perante o doente deveria ser de firmeza e autoridade. No entanto não salienta qualquer valorização das funções autónomas de enfermeira relegando a sua actividade para uma posição de subordinação estrutural à profissão médica, conotando o trabalho de enfermagem para a categoria de trabalho delegado. Segundo Lopes (2001), formalmente, tem sido nesta categoria que a enfermagem participa na produção de cuidados de saúde mas também tem sido através desse trabalho que “técnica e socialmente” se evidencia a sua subordinação estrutural à medicina. Deste modo a forma como a enfermagem se foi organizando e desenvolvendo a sua actividade nos ambientes de prestação de cuidados de saúde influencia a imagem que a sociedade foi construindo, daí aparecer sempre muito ligada ao conhecimento e à profissão médica e aos princípios e regras da instituição hospitalar. Foi também, nesta dupla vertente, que as enfermeiras puderam “(...) *inferir a sua acção e encontrar um sentido para a intervenção, (...)*” em áreas de intervenção em que as actividades não se circunscreviam a trabalho delegado, assumiram-se como “(...) *guardiães da instituição escapando parcialmente, por esta via, ao domínio médico e firmando a sua autonomia na gestão dos serviços*” (D’ Espiney; 2008: 8).

Percebe-se que a enfermagem, apenas com esta via alternativa de intervenção continuou a ter dificuldades em obter e afirmar a sua autonomia funcional, independentemente dos vários esforços e progressos ocorridos na sua formação, manteve dificuldades em realizar o seu trabalho com independência do controlo, tanto de outras profissões como da organização em que o exerce, e simultaneamente na criação directa de clientes, pois para tal foi necessitando da mediação das organizações ou de outras profissões.

Terá sido a passagem e integração das Escolas no Ensino Superior, de acordo com as palavras de Canário (2005: 10) o “(...) *facto relevante no reforço positivo do estatuto social do enfermeiro e numa afirmação crescente da sua autonomia profissional*”. As qualificações académicas e profissionais crescentes e a produção de conhecimento em enfermagem associada à obtenção de diplomas ou graus académicos terão sido determinantes em todo este processo de evolução do conhecimento em enfermagem. Fundamental ao processo de afirmação profissional desenvolvido “(...) *a partir de ‘dentro’ do próprio campo profissional e validada de modo crescente por ‘pares’, representa o principal pilar em que assenta o claro reforço da profissionalidade dos enfermeiros.*” A este propósito é feita uma reflexão apresentada num artigo “Ser enfermeiro hoje” onde se evidencia a construção do processo identitário considerando-a uma questão central da enfermagem, e onde o autor se apresenta como um

observador interessado que adopta como matriz teórica de referência a visão sociológica (Canário, 2005).

Em Portugal a formação em enfermagem iniciou-se a partir das necessidades de cuidados de saúde dos hospitais de Lisboa, Coimbra e Porto acontecendo os primeiros cursos de formação prática em Enfermagem que segundo Graça e Henriques (2004: 64) “(...) *iriam constituir o embrião das primeiras escolas de enfermagem, fundadas no séc. XX, por iniciativa dos médicos e das administrações hospitalares.*”

Em 1881, foi criada a Escola dos Hospitais da Universidade de Coimbra e na mesma década, em 1886, é proposta a criação de um curso de enfermeiros no Hospital Real de S. José. Contudo, a preparação de pessoal de enfermagem mantém-se durante algumas décadas sem evolução significativa e sempre ligada à iniciativa e necessidade dos hospitais, sem conseguir autonomizar e afirmar o trabalho das escolas, então criadas tendo mesmo havido interrupção na formação dadas as múltiplas dificuldades de recursos humanos e materiais (Soares, 1997).

Até 1940 a formação de enfermeiros mantém-se restrita a três Escolas e evidenciando dificuldades e limitações pela distância que mantinha da vida cívica e social, sempre dependente e controlada pela realidade da organização hospitalar. A finalidade dos cursos não ia além da preparação de enfermeiros para auxiliarem os médicos ou, na sua ausência, executarem tarefas ou terem iniciativas terapêuticas dentro de determinado quadro de prescrições, isto é, voltada para a participação na “(...) *estrutura de cura, através da execução que lhe é delegada das decisões terapêuticas dos médicos.*” O seu campo profissional mantém-se condicionado não conseguindo obter áreas de autonomia funcional (Lopes; 2001: 28).

Na década de 40 o estado envolve-se regulamentando e controlando o ensino, a actividade das escolas, a duração dos cursos, a constituição dos júris de exames finais, as condições de admissão dos candidatos e os locais de estágio. Surgem escolas que vão ter cursos com três anos e uma cultura e finalidade diferente inaugurando “*um novo modelo na formação de enfermeiros*”, a Escola de Enfermagem S. Vicente de Paulo (escola particular) e a Escola Técnica de Enfermeiras (ETE) com autonomia pedagógica e administrativa (integrada no Instituto de Oncologia) (Soares, 1997: 45).

Institui-se um programa único integrando novas disciplinas que reforçam o papel moral e a actividade técnica, como papel funcional, esperado destes enfermeiros: i) a enfermagem passa a ter a denominação de técnica de enfermagem e técnica de enfermagem especial médica e cirúrgica, onde as referências a cuidados de enfermagem são escassas; ii) os deveres do enfermeiro integram a ética profissional; iii) o ensino do português e francês e ainda; iv) a religião e moral. Pela primeira vez o ensino prático é alvo de indicação, contudo neste, e segundo Soares (1997: 72), “(...) *os alunos eram entregues aos hospitais, sem qualquer*

preocupação pela supervisão desses estágios”, mantendo-se a influência da autoridade médica no ensino de enfermagem atribuída à não existência de pessoal devidamente qualificado no ensino para formar os seus pares (Soares, 1997; Fernandes, 2006). Exceptuando-se a ETE que desde a sua criação era dirigida por uma enfermeira.

Em 1965, o curso passa a designar-se por Curso Geral de Enfermagem, adquire a duração de três anos e a exigência do 2º ciclo do liceu como habilitação mínima de ingresso. Abre-se às orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) mas sofre também influências das mudanças que se faziam sentir no sistema de saúde. Foi uma tentativa de uniformização da formação em enfermagem e uma renovação/actualização dos seus programas (Amendoeira, 2006). São valorizados neste diploma e no plano de estudos outras dimensões de formação, tornando-o mais equilibrado, polivalente e aberto a outras dimensões dos cuidados para além da hospitalar, de modo “(...) *que tornem os profissionais aptos para o trabalho de base em qualquer campo de saúde: preventivo, curativo e de reabilitação*” (Decreto-Lei nº 46448). Há um menor enfoque em disciplinas como a Patologia e a introdução da componente de saúde pública e cuidados em ambulatório (Fernandes, 2006). Por outro lado, também passam a ser valorizadas uma pedagogia activa e participativa na aprendizagem “(...) *onde possam ensaiar-se novos métodos e observar os correspondentes resultados*” (Decreto-Lei nº 46448).

Foi esta reforma que permitiu criar “*novas relações entre as escolas e os hospitais*” pela promoção da autonomia das escolas e, segundo Amendoeira (2006: 135), emergindo daí o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e a possibilidade do estudante deixar de ser visto como força de trabalho.

As transformações políticas que 1974 trouxe e a reflexão conjunta entre escolas de enfermagem, sindicatos e associações profissionais (nomeadamente a Associação Portuguesa de Enfermeiros) conduzem a uma nova concepção e implementação de inovações curriculares no ensino de enfermagem. A prática de cuidados vai ser influenciada por novas ideologias, surgem as primeiras discussões sobre metodologia científica de trabalho, isto é, planeamento de cuidados, começando a esboçar-se a sua aplicação durante os estágios dos estudantes em termos de ensino. As sucessivas reformas no ensino de enfermagem foram transferindo a centralidade na orientação técnica, para a pessoa alvo de cuidados, na organização da disciplina de enfermagem (como evidenciam as reformas de 1965 e 1976), (Amendoeira, 2006). Começam a surgir evidências de desconforto entre os enfermeiros quanto à natureza da sua identidade profissional. Por um lado sentem-se os avanços na formação destes profissionais, sendo este um elemento fundamental em termos de autonomia funcional, contudo as suas

práticas continuam estritamente ligadas e dependentes às actividades prescritas. Evidenciando esta inquietação surgem documentos escritos, nomeadamente trabalhos, onde os enfermeiros questionam o que a instituição esperava deles, que papel, isto é, a clarificação “ (...) *foi procurada fora do grupo e da sua actividade concreta de cuidar em ordem aos utentes*”. Havia a expectativa que fosse a instituição a definir um papel claro que desse significado e unidade ao seu trabalho não o procurando encontrar na “*experiência concreta de cuidar do outro*” isto é, naquilo que identificava o seu trabalho (D’ Espiney, 2008: 9).

Por estas vias, e de acordo com o que a sociologia das profissões considera estruturante na transição de uma ocupação para profissão e nas suas estratégias de consolidação, na enfermagem desenvolveram-se um conjunto de condições e estratégias que o permitiram atingir. Este movimento de afirmação em Portugal só a partir dos anos 70 teve visibilidade.

As mudanças conceptuais introduzidas pela OMS, no conceito de saúde, que tiveram consequências nos planos curriculares, também tiveram repercussões no seio da enfermagem permitindo reformular a noção de cuidar em enfermagem. O conceito passa a incorporar a promoção da saúde e a prevenção da doença deixando de estar apenas associado à função técnica de auxiliar do médico, de apoio moral e conforto, isto é, de apoio no processo de cura ou de uma enfermagem guardiã dos valores da instituição (D’ Espiney; 2008).

A par desta mudança conceptual surgem também argumentos relativos à própria actividade e àquilo que a diferenciava de outras profissões na área da saúde; e à noção de cuidar com base numa visão global dos seus problemas, holística do indivíduo é defendida pelo enfermeiro como centro da sua actividade. Este período contribuiu para que a enfermagem reflectisse sobre si própria, encontrando novos significados e trazendo a pessoa para o centro da sua acção profissional numa dimensão mais abrangente de, promoção da saúde e prevenção da doença. Há incorporação na noção de cuidar destas referências e conteúdos abandonando a sua sustentação, quase exclusiva, no modelo curativo (Canário, 2005).

Outras mudanças se associam e vão ser importantes neste processo de assunção como profissão. A competência profissional apreciada com base na valorização de atributos pessoais passou a ser percebida e valorizada a partir das competências adquiridas por aprendizagem e confirmadas pela obtenção de diploma escolar. Também a deslocação verificada na “(...) *referência central do trabalho de enfermagem, sobrepondo-se a relação com o doente à centralidade até então conferida à relação com o médico*” adquire evidência suficiente para instalar algumas novas *descontinuidades ideológicas*, sendo outro factor de mudança, segundo Lopes (2001: 59). Também a abertura e incorporação de contributos das ciências sociais na enfermagem, deu-lhe possibilidades para melhor lidar com os problemas profissionais, sociais e éticos conferindo-lhe prestígio e capacidade de afirmação (Canário, 2005).

A promoção das auxiliares de enfermagem pela obtenção do diploma de enfermeiras, após um período de formação escolar, passando a existir apenas um nível de profissionais de enfermagem foi outra importante transformação. Esta estratégia de “fechamento social”, a conquista da exclusividade de intervenção centrando-se no cuidar o utente numa perspectiva de prevenção da doença e promoção da saúde a par com o aumento significativo do número de profissionais em actividade permitem conquistar capacidade reivindicativa e poder (Lopes, 2001; D’ Espiney, 2008).

Todo um conjunto de pequenos desenvolvimentos, com evidências na valorização dos cuidados centrados na pessoa e na sua continuidade irão culminar com mudanças importantes no final da década de oitenta e fazendo com que os anos noventa possam ser considerados como Lopes (2001) refere, o “*período áureo da enfermagem portuguesa*”.

Com o Decreto-Lei nº 480/88 dá-se início à integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional e com o Decreto-Lei nº 490/88 no Ensino Superior Politécnico. Esta reforma permite a obtenção do grau académico de bacharel e do título profissional de enfermeiro, deste modo estão também criadas condições para a progressão académica na formação em Enfermagem. Por esta via as escolas passam a ter também autonomia científica e pedagógica podendo assim desenhar, dentro de alguns critérios, em Diário da República os planos de estudo dos cursos que irão leccionar, com base na filosofia de formação pré-determinada que passa a ser da responsabilidade de cada Escola.

Pelo referido decreto-lei são também criados os CSE que devem obedecer às linhas gerais dos planos de estudo emanados em 1989 pelo Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (DRHS), e à Directiva Europeia mantendo assim o curso inicial com três anos lectivos e uma carga horária total entre 3300 e 3600 horas, condicionando o tempo de formação em contexto escolar e em contexto de prática clínica. É solicitado, às Escolas de Enfermagem que fundamentem o seu plano de formação num quadro de referência que inclua “*uma concepção de homem na nossa sociedade, um conceito de saúde, de cuidados de enfermagem à população portuguesa, um conceito de enfermagem, um conceito de formação e uma concepção pedagógica*” (Bento, 1997: 70). Este quadro de referência permitiria evidenciar aquilo que é a prática profissional e simultaneamente seleccionar os conteúdos teóricos e as experiências de aprendizagem mais adequadas ao perfil das necessidades de cuidados de saúde da população portuguesa e do profissional que cada escola deseja formar, com o plano proposto.

Já em 1999 com a publicação do Decreto-Lei nº 353/99 o curso inicial passa a ter o grau de licenciatura, ciclo único, com a duração de quatro anos abrindo-se novas possibilidades na

formação inicial em enfermagem, nomeadamente pela possibilidade de investigação e da preparação do estudante para um trabalho mais reflexivo, aprofundado no domínio conceptual e na tomada de decisão. Neste sentido o desafio dos novos profissionais não está na obtenção do título mas na exigência de provar em cada acção a sua competência para intervir adequadamente, junto de cada indivíduo/família, assiste-se assim a uma crescente responsabilização e autonomia na tomada de decisão, sendo esta percebida como um processo fundamentalmente individual.

A referida credenciação académica de acordo com Lopes (2006), encerrou um capítulo de alguma indefinição na afirmação da enfermagem como profissão autónoma pois funcionou como mecanismo de interdição do exercício ocupacional a quem não é seu detentor.

A integração no ensino superior e o desenvolvimento gradual foram entendidos como uma forma de reconhecimento profissional, uma possibilidade de reforço da profissão, uma possibilidade de promoção da qualidade dos cuidados, abrindo as portas à investigação e à produção de conhecimento específico dentro da disciplina permitindo o investimento na especialização de saberes e competências específicas dentro da enfermagem (Serra, 2008).

A par com estas mudanças na formação, há orientações para um investimento significativo na formação de mais enfermeiros para suprir as graves carências destes profissionais.

A publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, pelo Decreto-Lei n.º 161/96 alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, em conjunto com a criação da Ordem dos Enfermeiros criada pelo mesmo, conferiram o reconhecimento estatal do poder do grupo profissional para se auto-regular e confirmar a sua autonomia. Estes mecanismos permitiram dar cumprimento às prerrogativas sociais de auto-regulação que o efectivo monopólio da prática exige. Assim, por intermédio da credenciação académica e desta possibilidade de auto-regulação da prática a enfermagem assume uma efectiva autonomia no exercício profissional. Estas terão constituído as *“estratégias de afirmação da enfermagem como profissão”* mais significativas e decisivas neste processo (Lopes M, 2001 e 2006; D' Espiney, 2008), assim como alguns dos grandes marcos na formação de novos enfermeiros.

1.3 – A DISCIPLINA E O CONHECIMENTO EM ENFERMAGEM

O desenvolvimento de enfermagem como disciplina científica tem sido e continua a ser uma questão sobre a qual se têm debruçado muitos autores entre eles enfermeiros. A evolução que a disciplina de enfermagem sofreu até ao seu estado actual terá ocorrido à semelhança de padrões em tudo semelhantes ao de outras ciências. Neste âmbito, Meleis em 1997, baseando-se em Thomas Kuhn que apresentou as teorias da revolução, da evolução e da integração como explicativas do desenvolvimento das ciências, apresenta o desenvolvimento da enfermagem à luz destas teorias (Meleis, 1997).

Segundo a teoria da revolução que genericamente defende que a ciência se desenvolve por “(...) *leaps and bounds only through periods of crisis in which theories compete, anomalies are identified, and inadequacies are highlighted – leading to predominance of one theory over all others*”. A um destes períodos de crise segue-se um de tranquilidade a que o autor que desenvolveu a teoria denominou de *normal science* (Meleis, 1997: 71). Este período é caracterizado pelo trabalho da comunidade científica de acordo com um determinado conjunto global de crenças, valores, leis, princípios, metodologias teóricas ou modos de aplicação, isto é partilhar um paradigma. O processo é revolucionário porque se caracteriza por mudanças repentinas tendo como “pedra de toque” a competição, sem a qual se considera não existir desenvolvimento pois há o domínio de um paradigma sobre todos os outros.

Partindo da identificação de quatro princípios fundamentais da teoria de Darwin surgiu a teoria da evolução de uma ciência desenvolvida por Toulmin (Meleis, 1997). Assim nesta perspectiva: i) cada disciplina tem o seu próprio corpo de conceitos, metodologias e objectivos que vão sofrendo um processo de mudança de forma progressiva com coerência e continuidade em que cada novo pensamento conceptual baseia-se nas ideias anteriores; ii) todos os conceitos, ideias e metodologias podem competir, ser discutidas ou rejeitadas resultando na retenção de alguns pensamentos conceptuais, rejeitando outros sempre por um processo de selecção, do mais baixo para o mais alto, do simples para o complexo e de continuidade; iii) há mudanças quando há alterações substantivas numa determinada área de conhecimento apoiadas por pessoas qualificadas; iv) a escolha dos conceitos, ideias e teorias mais úteis acontece em função daqueles que melhor ajudam a responder aos problemas no ambiente intelectual local dentro da disciplina num determinado momento (Meleis 1997).

Ainda a referida autora considera possível que a disciplina de enfermagem não tenha seguido estritamente um padrão de desenvolvimento revolucionário ou evolutivo, pois “*The revolutionary*

one would deny nursing's scientific status and the evolutionary one presumes systematic development with research based on theory and theory evolving out of research" (ibidem: 77).

De acordo com o explicitado defende que a teoria que melhor ajuda na compreensão da evolução da disciplina de enfermagem é a da integração que admite preferencialmente orientações pendulares sendo explicada como um padrão de progresso que descreve os feitos da enfermagem e as suas bases teóricas por processos de acomodação, refinamento e colaboração entre pensamentos, ideias e indivíduos. Deste modo sustenta a sua posição pela análise das principais características da enfermagem, entre as apresentadas destacamos: i) a disciplina incorpora de forma evidente investigação, prática profissional, formação e ensino e há contributos de todas estas áreas para o desenvolvimento do conhecimento; ii) uma teoria não é desenvolvida exclusivamente a partir de investigação nem esta conduz obrigatoriamente a uma teoria; iii) por lidar com o ser humano não pode explicar, predizer ou descrever todos os fenómenos à luz apenas de uma teoria; iv) a profissão existe num sistema aberto sendo influenciada pelas necessidades da sociedade e reagindo a elas ao longo do tempo pelo que não pode seguir um paradigma. Neste sentido, refere que a enfermagem encontrou um estágio disciplinar dizendo que *"A careful assessment of patterns of growth and development in nursing, milestones, stages, and phenomena identified demonstrate the quality and significance of questions asked and answers provided"*. Pela tentativa de compreender a complexidade do seu objecto de estudo foi desenvolvendo teorias que podem ser integradas em paradigmas diferentes detendo uma perspectiva multiparadigmática (Meleis, 1997: 80).

Esta perspectiva teórica que assenta na co-existência de múltiplos paradigmas coloca-nos perante uma ciência forte, com potencial de desenvolvimento sedimentado por uma comunidade científica criativa, aberta ao debate e partilha de ideias, que estimula a produção científica e a investigação. Assim, independentemente desta perspectiva já largamente aceite pela enfermagem, falta-nos ainda, aprofundar e apresentar o conhecimento e a investigação que identifique a disciplina de enfermagem. Ou seja, que tipo de conhecimento o estudante aprende durante o seu percurso formativo? É a esta pergunta que pretendemos dar resposta nos próximos parágrafos.

No quotidiano da prestação de cuidados de saúde a participação da enfermagem é legitimada pelos saberes e competências que acciona na concretização do seu trabalho. Contudo, quando se pretende definir estes saberes e estas competências, colocam-se-nos algumas questões não sendo um processo fácil pois as fontes documentais são vastas e nem sempre consensuais. A disciplina continua a necessitar de ser desenvolvida e estruturada, pese embora todo o desenvolvimento que teve nas últimas décadas (Collière, 1999).

Segundo a documentação consultada terá sido Florence Nightingale que começou a colocar a questão da natureza dos cuidados de enfermagem ao evidenciar que a sobrevivência dos doentes não estava apenas dependente do tratamento das feridas e da distribuição de medicamentos era necessário “*desencadear tudo o que mobiliza a sua energia, o seu potencial de vida*”. Também evidenciou que com a evolução sofrida na sociedade da era industrial, deixaram de ser evidentes os cuidados quotidianos e habituais prestados pelas mulheres era então necessário explicá-los, verbalizá-los, revelar no que consistiam (Collière, 1999: 285).

Apesar dos desafios apresentados e da tentativa de definição de competências até meados do século XX, a expressão do saber organizado e sistematizado em enfermagem de uma forma organizada e sistematizada resumiu-se a procedimentos técnicos de enfermagem.

Neste contexto a realização das técnicas eram consideradas a *arte de enfermagem*. O seu desenvolvimento tem como finalidade o desempenho de tarefas e estas centram-se mais em princípios de organização e destreza não valorizando o conhecimento e por consequência o desenvolvimento cognitivo do enfermeiro. Assim, o ensino de enfermagem baseava-se na aprendizagem técnica, sendo este o seu principal objectivo, não dando relevância aos princípios científicos e, justificação de cada procedimento (Bento, 1997).

Uma nova expressão do saber em enfermagem construído a partir de outras áreas do saber, como as ciências naturais e sociais, surge nos anos 50, nos Estados Unidos, com a organização de princípios científicos que fundamentam a realização das técnicas de enfermagem.

Também na década de 50 do século XX foi iniciada a “construção” de um corpo específico de conhecimentos em enfermagem com o desenvolvimento das concepções específicas de enfermagem ou modelos conceptuais. O questionamento sobre o fundamento dos cuidados, por parte das frequentemente denominadas “enfermeiras teóricas”, aconteceu no sentido de construir a base do conhecimento de enfermagem necessário para a prática de enfermagem profissional, com o objectivo de “*(...) se tornar uma profissão reconhecida e, depois, com o objectivo de dedicar cuidados aos doentes, como profissionais*” (Alligood & Tomey, 2003: 3; Collière, 2003).

Nos anos 70, a transição que se operou (nos EUA) do conceito de que enfermagem se tratava de uma profissão e não vocação, foi de grande importância começando a ser defendida a ideia de uma prática baseada na ciência própria de enfermagem. Nesta sequência com o desenvolvimento de múltiplos estudos que descrevem a base teórica da prática de enfermagem, há desenvolvimento do conhecimento e estabelece-se uma base sólida para os currículos, a gestão, a prática e a investigação. As teóricas referidas, a partir da observação da

realidade de prestação de cuidados de enfermagem, dos trabalhos de investigação, da formação, das publicações ou em outros contributos teóricos, tiram ilações sobre quais as que definem a natureza da enfermagem. Ainda analisaram e debateram um conjunto de questões metateóricas sobre o desenvolvimento da teoria e da filosofia da ciência, questionando aspectos estruturantes no e para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem. De acordo com Bishop (2003: 42) foi um período caracterizado “(...) *pela aceitação, por parte dos teóricos, da necessidade de elaborar as teorias de enfermagem e centrar o interesse no desenvolvimento de indicações para a área, a fim de continuar o progresso no desenvolvimento da teoria.*”

Ainda em 1978, Carper tentando compreender a natureza de enfermagem, através de uma análise da literatura, concluiu que esta tem como característica fundamental os seus padrões de conhecimento. Subdivide-os de acordo com aquilo que os enfermeiros valorizam e usam na prática de modo continuado idealizando “(...) *quatro padrões fundamentais do conhecimento de enfermagem: (1) conhecimento empírico (ciência de enfermagem), (2) conhecimento estético (arte de enfermagem), (3) conhecimento moral (ética de enfermagem) e (4) conhecimento pessoal (uso terapêutico de si próprio)*” (Bishop; 2004: 42; Carper, 2006). Estes padrões não excluem outras conceptualizações, mas de acordo com Chinn & Kramer (1999), estes permanecem válidos na medida em que constroem um amplo espectro de conhecimento que permite compreender uma prática holística de enfermagem.

A categorização apresentada, segundo os padrões de conhecimento em enfermagem, tem subjacente os conceitos de complexidade e integração. A prática é complexa pois exige em cada momento a utilização dos vários saberes como um todo integrado, todos os padrões se exprimem na prática não como entidades autónomas mas como partes de um todo complexo que é o exercício da prestação de cuidados de saúde. Simultaneamente é a própria prática de cuidados que alimenta, com novos dados os novos saberes em que assentam estes padrões de conhecimento (Lopes M, 2006).

O **saber empírico** baseia-se na assumpção que o que é conhecido está acessível através dos sentidos, é um padrão de conhecimento desenhado nas ideias tradicionais de ciência em que a realidade é vista como qualquer coisa que pode ser conhecida pela observação e verificada por outros observadores. Manifesta-se pela competência científica dos enfermeiros na prática, pode ser conhecido pela observação e verificado por outros observadores. Assim, o saber empírico permite uma acção competente e fundamentada numa teoria cientificamente comprovada (Chinn & Kramer, 1999).

O domínio deste saber exige competências cognitivas que envolvem o uso do raciocínio lógico e a capacidade de resolução de problemas. Na acção há resolução dos problemas concretos

usando os conhecimentos científicos tendo subjacente que se segue uma forma de pensamento lógico em que as premissas justificam as conclusões.

O conhecimento **estético**, também denominado de arte, envolve uma profunda apreciação do significado de uma situação fazendo apelo a recursos criativos não visíveis transformando a experiência naquilo que ainda não é real mas possível. Manifesta-se pela criação com um elevado valor estético, porque as situações com que os enfermeiros se deparam são experiências humanas extremas, como a doença, o sofrimento, a recuperação, a morte ou o nascimento e, conseqüentemente, de grande significado para todos os que nelas participam. Por outro lado a criatividade que tem de estar sempre subjacente ao cuidado de enfermagem confere-lhe a característica de arte, pois cada situação é diferente da anterior o que é próprio do ser humano. Exige capacidade para dar uma resposta adequada a cada situação. Torna possível saber o que *fazer com*, e *como estar em*, no momento, instantaneamente sem deliberação consciente, envolve uma percepção directa do significado no momento. Perante as situações sempre diferentes, porque humanas, não basta aplicar uma teoria é necessário articular reflexão e acção na busca da resposta mais adequada que é criativa porque também é sistematicamente diferente (Carper, 2006; Chinn & Kramer, 1999).

O ambiente de interacção em que os cuidados de enfermagem acontecem faz com que a ética possa ser considerada como a dimensão mais significativa da enfermagem. O **saber ético** pode ser considerado como “*um pré-requisito para a prestação de cuidados de enfermagem*” pois momento a momento o enfermeiro tem de usar princípios de justiça nas decisões que toma e fazer julgamentos morais daí que a componente moral do conhecimento de enfermagem vai além de conhecer as normas ou códigos éticos de enfermagem, de disciplinas afins ou da sociedade. O saber ético é visível em comportamentos expressos na prática em que tanto, as pessoas alvo de cuidados, como outros profissionais de saúde o podem constatar. É um tipo de conhecimento que sofre desenvolvimento com a própria acção se esta for acompanhada de um processo de análise à luz dos princípios e códigos de conduta, isto é, à reflexão. Ainda orienta e dirige a condução da prática do enfermeiro, o que selecciona como importante, as prioridades a defender mas exige conhecimento experiencial assim como princípios formais, códigos de ética e teorias da disciplina e da sociedade (Carper, 2006).

O **uso terapêutico de si** ou conhecimento pessoal, parte ou fundamenta-se na capacidade que cada profissional tem de se conhecer. Exige-se um auto-conhecimento elevado se a pretensão for uma prestação de cuidados usando o “eu” como instrumento terapêutico. A interacção entre o enfermeiro e o utente, vista como uma das características mais importantes dos cuidados de enfermagem, reforça a importância deste saber pois esta será tanto mais terapêutica e eficaz

quanto mais houver demonstração de comprometimento, de expressão do “eu” genuíno, de experiências vividas e da forma de estar dos enfermeiros em situação de cuidados. Este saber, embora adquirido, também se constrói e promove nas interações e na reflexão (Lopes M, 2006). Também se salienta que a sensibilidade estética, a percepção ética e as convicções morais são por natureza e de modo semelhante altamente pessoais (Chinn e Kramer, 1999).

Estes padrões de saber têm expressão e são valorizados na prática como um todo complexo e integrado, ao mesmo tempo que por ela também são enriquecidos, numa recursividade criativa e dinâmica de reconstrução.

Collière (2003: 101) considera que a enfermagem tem por base o saber das suas práticas atribuindo-lhe centralidade e, simultaneamente, considerando que tem uma função primordial na construção e desenvolvimento do corpo de conhecimentos específicos da disciplina. É a partir da prática dos cuidados de enfermagem que questiona “(...) *o que as enfermeiras reivindicam como ‘ciência de enfermagem’ mas que eu considero ‘ciência dos cuidados’*”

A identificação desta gênese, segundo a mesma autora, foi a base de grande parte do trabalho desenvolvido por Nightingale² ou mais tarde por Virgínia Henderson³ que, a partir do que descobriram na sua prática de cuidar questionaram a natureza dos cuidados de enfermagem permitindo-lhes construir um campo dinâmico de saber.

Com o termo prática e segundo MacIntyre citada por Lopes, em 2006, pretende-se referir “(...) *qualquer actividade humana cooperativa, coerente e complexa e socialmente estabelecida*” (p.76). A enfermagem é uma actividade que tem por objecto o ser humano mas que simultaneamente é praticada por seres humanos, actividade esta que também é cooperativa pois envolve a pessoa que necessita de cuidados e a que os presta numa dinâmica de partilha e co-responsabilidade, mas que acontece num determinado contexto com uma determinada inserção social, não como acto isolado. Assim, o exercício desta actividade exige uma atitude dos que a praticam, de capacidade de resposta às múltiplas solicitações que lhes são colocadas e que, em cada momento, serão diferentes pois são humanas. A particularidade da situação de prática de cuidados ser sempre diferente, pois é dinâmica por natureza, exige que da parte do profissional haja uma capacidade de resposta competente, capaz de equacionar o objecto da sua acção integrando todas as suas características, os dados contextuais, mas também não esquecer a dimensão pessoal e profissional de quem os pratica.

² Enfermeira que viveu no século XIX, comumente considerada como a “*matriarca da enfermagem moderna*” o seu trabalho esteve na origem de um modelo de enfermagem com implicações tanto na formação como no processo de prestação de cuidados (Graça, 2000; Pfetscher, 2003: 73).

³ Enfermeira e investigadora do século XX que publicou várias obras científicas, sendo referida por Tomey (2004: 122) que foi esta autora que “*descreve o seu conceito de função única e primária da enfermagem*” sendo “*a sua definição de enfermagem conhecida em todo o mundo e a sua obra continua a influenciar internacionalmente a prática de enfermagem, a educação das enfermeiras e a investigação em enfermagem*”

Assim, a prática exigindo respostas sempre inovadoras vai além daquilo que os saberes teóricos podem conferir, contudo estes são estruturantes como se de uma matriz de compreensão para a prática se tratasse. A maior complexidade que a prática de prestação de cuidados encerra, pois como refere Newman, em 2003, a realidade já não é um complexo de “coisas” distintas, mas sim de aspectos entrelaçados de múltiplos fenómenos, o que lhe confere uma especial riqueza para que se possa constituir como uma fonte de novos saberes. A referida autora é da opinião que tal como os pesquisadores de enfermagem demonstraram a hermenêutica, a abordagem dialética, está no coração da prática de enfermagem transformativa e contribui significativamente para a evolução do conhecimento de enfermagem. (Newman, 2003)

A disciplina de Enfermagem: estrutura conceptual

O desenvolvimento de investigação ao longo das últimas décadas, as publicações de enfermagem em periódicos, livros ou revistas, e as múltiplas conferências e comunicações feitas já não levantam, de acordo com Gunther & Alligood (2002), a questão da existência ou não de uma disciplina de enfermagem. Esta preocupação tem-se centrado, de um modo mais específico, na análise do significado da disciplina e nas componentes que a definem, na identificação de fontes e recursos para a enfermagem teórica e, ainda, no seu percurso de desenvolvimento.

Meleis (1997) e Im & Meleis (1999) identificam tensões, inconsistências e paradoxos neste desenvolvimento mas considera-os como partes integrantes do desenvolvimento teórico da enfermagem, em que a disciplina e a sua base científica poderão ser entendidas mais como um processo do que um resultado final. Num artigo de 2003, Newman mostra como algumas destas tensões e fronteiras, na expansão do conhecimento e da prática de enfermagem, poderão ser congruentes com a enfermagem e a sua missão apontando algumas pistas do que elas podem ter de unificador.

A compreensão da estrutura da disciplina e a definição dos seus limites, entendendo-os como flexíveis e abertos, é vital para a concentração no trabalho, individual e em grupo, dos teóricos e para o contínuo crescimento e desenvolvimento da disciplina.

Uma disciplina é definida⁴ como “matéria de ensino”, “domínio de estudos cujas fronteiras estão estritamente definidas” ou “conjunto de conhecimentos especiais que se professam em cada

⁴ Conceitos apresentados pela Nova Enciclopédia Larousse nº 8, p. 2369 e pelo Dicionário da Língua Portuguesa, 6ª ed. Porto Editora, respectivamente.

cadeira de um estabelecimento escolar”, que inclui o “conjunto das normas, das obrigações que regem certos corpos ou colectividades” isto é, “um regulamento”.

A disciplina de enfermagem inclui os conteúdos e os processos relativos a todas as funções que o enfermeiro desempenha, incluindo as clínicas, de ensino, de gestão de cuidados ou consultadoria e mesmo as políticas (Meleis, 1997). Uma disciplina também inclui as teorias desenvolvidas para descrever, explicar e prescrever bem como os resultados de pesquisa para o fenómeno central da disciplina e outros afins que são essenciais para o funcionamento dos seus membros ou para o desenvolvimento contínuo da disciplina (Meleis, 1995). Contudo, a essência da disciplina é o domínio do seu próprio conhecimento obtido por processos indutivos, de abstracção teórica, de exploração e análise conceptual a partir da prática profissional de enfermagem (Basto, 2009).

Neste âmbito, adoptámos como componentes que definem a disciplina de enfermagem: i) a perspectiva que se desenvolve a partir da natureza das suas características definidoras; ii) o domínio (inclui os conceitos e suas componentes, a sua estrutura e recursos usados para o seu desenvolvimento); iii) conceitos de enfermagem existentes e aceites; iv) padrões de conhecimento da disciplina, apresentadas por Meleis (1997) que passaremos a descrever.

A perspectiva de enfermagem

As perspectivas que expressam o modo como os membros de uma disciplina tendem a ver os fenómenos dentro da própria disciplina, isto é, a forma como os seus membros vêem e caracterizam a situação dando-lhe uma visão panorâmica, é uma das características da disciplina. Ela é baseada num conjunto de valores que ajudam a caracterizar a sua natureza para os elementos do grupo e que contem as visões e os caminhos preferenciais para observar ou reagir às situações. Na enfermagem, Meleis (1997), considera que é definida por aspectos únicos como, a história da profissão, o contexto social e político onde os cuidados de enfermagem são prestados e a natureza da orientação dos membros da profissão e da disciplina de enfermagem. Neste contexto especifica quatro características importantes, na enfermagem, que determinam a sua perspectiva:

- A natureza da ciência de enfermagem como uma ciência humana – pois centra-se no bem-estar humano integral, desenvolve uma compreensão das experiências de acordo com o modo como são vividas pelos seus membros e pelos significados que lhes percebem e atribuem, para tal valoriza a interacção;

- Aspectos da prática de enfermagem – a sua primeira missão está relacionada com a prática. Sendo uma disciplina orientada para a prática tem no conhecimento básico e aplicado a sua *pedra de toque* (Basto, 2009). Necessita do conhecimento base para compreender os fenómenos básicos, do seu quotidiano de prática, relacionando-os com os objectivos e a sua missão. A compreensão é essencial para desenvolvimento posterior do conhecimento aplicado. Integra aspectos práticos com aspectos teóricos, incorpora-os e usa-os como trampolim para desenvolver a disciplina (Giuliano, 2003);
- A relação de cuidar que enfermeiro e pessoa/cliente desenvolvem – um relacionamento que é marcadamente humano pelo que tem de ser considerado numa perspectiva pessoal, psicológica e cultural (Watson, 2002), tem um imperativo moral, de afecto com manifestação de sentimentos de empatia e dedicação, a relação enfermeiro-doente é a essência do cuidar mas este é também uma intervenção terapêutica;
- A perspectiva de saúde e bem-estar – independentemente da situação da pessoa alvo de cuidados toda a intervenção do enfermeiro é orientada para a saúde (e o bem-estar) pois é esta a perspectiva que define o que se considera na avaliação, no planeamento das intervenções ou quando se reformula esse plano de intervenção (Meleis, 1997).

O domínio de enfermagem

É visto como uma entidade dinâmica, sistematicamente desenvolvido e revisto pelo saber e pela perícia dos membros da disciplina, da investigação, das teorias acumuladas e dos conhecimentos oriundos de outras disciplinas. Independentemente de ter um carácter dinâmico é dotado de alguns elementos de estabilidade, que segundo Meleis (1997:105) são:

- Principais conceitos e problemas do campo;
- Processos de avaliação, diagnóstico e intervenção;
- Meios para avaliar, diagnosticar e intervir (conjuntamente com os dois elementos anteriores definem os limites teóricos do domínio da enfermagem);
- Desenhos e metodologias de investigação mais congruentes com o conhecimento em enfermagem e ajudem a "*identify and develop components of the domain*".

Desenvolve-se a partir de princípios filosóficos da enfermagem que complementam o desenvolvimento de conhecimento relativo aos conceitos centrais, problemas e objectivos da disciplina, isto é, ajudam a identificar e a desenvolver componentes do domínio (Lopes, 2006).

Os principais conceitos, os *major*, têm sido enunciados ao longo das últimas décadas de forma comum aos diferentes modelos conceptuais: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Kérrouac, 1994).

Pontualmente verificaram-se algumas oscilações nos conceitos apresentados pelos teóricos, com a exclusão de um conceito (por ex. Benner substitui ambiente por situação), a expansão do seu significado (ex. pessoa foi expandido por Schultz) mas em termos globais são estes quatro conceitos que mais frequentemente são apresentados (Tomey & Alligood, 2004; Meleis, 1997).

A partir da análise de muitos contributos de teóricas de enfermagem e de estudos desenvolvidos, Meleis (1997: 106) considera que o enfermeiro interage (**interacção**) com o ser humano em situações de saúde ou de doença (**clientes de enfermagem**) que é parte integrante de um contexto socio-cultural (**ambiente**) que está a viver uma transição ou a antecipar uma transição (**transição**); as interacções enfermeiro-doente são organizadas à volta de uma finalidade (**processo de enfermagem**, resolução de problemas, abordagem holística, acções de cuidar), para a qual o enfermeiro utiliza algumas acções (**intervenções terapêuticas**) para promover, recuperar ou facilitar a saúde (**saúde**).

O **cliente de enfermagem** - é o conceito mais central do domínio da enfermagem, no entanto também é central para outras ciências, a perspectiva pelo qual é considerado é invariavelmente diferente e desenvolve-se a partir do domínio da disciplina. É um ser humano cujas necessidades estão em constante interacção com o ambiente mas que devido à doença, ao risco ou potencial vulnerabilidade à doença, está em desequilíbrio ou em risco de a experienciar. O desequilíbrio é manifestado por necessidades não satisfeitas, incapacidade de cuidar de si próprio e respostas inadaptadas (Meleis, 1997).

Foi amplamente definido (sob o conceito de pessoa, cliente, utente ou outros), de acordo com Kérrouac *et al* (1994), por diversas autoras, teóricas de enfermagem e, reúne também amplo consenso, apenas com pequenas dissonâncias em função das escolas de pensamento em que cada uma das teorias desenvolvidas se insere.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), em 2001, no enquadramento conceptual da enfermagem e nos seus enunciados descritos num documento intitulado Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, adopta o conceito de **pessoa**. Entende-a como “*um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se*”. Também a pessoa é vista como “centro de processos não intencionais” em que as suas funções fisiológicas são factor importante no processo de procura incessante de melhor equilíbrio e por sua vez influenciadas pela condição psicológica. É esta inter-relação que confere o carácter de unicidade e indivisibilidade a cada indivíduo (OE, 2001: 6).

Transição – mostra a mudança no estado de saúde, no desempenho de papéis, nas expectativas, nas capacidades, isto é, mudanças nas necessidades de todos os sistemas humanos. Exige da pessoa incorporação de novo conhecimento, alteração de comportamento e por vezes mudança do conceito de si no contexto social (Meleis, 1997). As transições centrais à prática de enfermagem identificadas são categorizadas em: de desenvolvimento, situacionais e acontecimentos de saúde/doença. Cada transição é caracterizada pela sua singularidade, complexidade e múltiplas dimensões, isto é, são complexas e multidimensionais. O enfermeiro tem de considerar os padrões de todas as transições significativas num indivíduo ou na vida de uma família não se focando apenas num tipo específico, pois frequentemente estes vivem mais do que um tipo de transição simultaneamente (Meleis *et al*, 2000). Por outro lado, o enfermeiro não lida com um indivíduo (família ou comunidade) num processo de transição isolado do ambiente em que está inserido mas também não pode ignorar as várias condições que afectam os processos de transição: significados, expectativas, nível de conhecimento e competência, ambiente, níveis de planeamento e bem-estar físico e emocional (Meleis, 1997).

Interacção – um dos conceitos mais importantes, e referenciado como tal, por muitos autores em enfermagem, nomeadamente para aqueles que desenvolveram investigação centrada na interacção recíproca entre enfermeiro, pessoa e meio e que vieram a integrar o que ficou conhecido como “escola da interacção” (Kérouac *et al*, 1994). A pessoa, alvo de cuidados, está em constante interacção com o ambiente, os enfermeiros centram a sua actividade na pessoa mas também na monitorização, regulação, manutenção e mudanças ambientais. Estes profissionais usam a interacção tanto na avaliação das necessidades e recursos das pessoas como nas intervenções terapêuticas que lhes dirigem, esta é mesmo referida, por Meleis (1997), como o principal instrumento nestas áreas.

Dentro das teorias de enfermagem, nos anos 50, Hildegard Peplau desenvolveu trabalhos que vieram a dar um grande contributo para a ciência de enfermagem especialmente da enfermagem psiquiátrica com o desenvolvimento da teoria das relações interpessoais. Esta teoria, de médio alcance, centrava-se na descrição dos processos interpessoais, na relação enfermeiro-doente. De acordo com Howk (2004), a referida autora descreveu quatro fases sequenciais que compõem a relação interpessoal terapêutica: a orientação, o reconhecimento, o aprofundamento e a resolução, que serviram de base ao trabalho desenvolvido por outras teóricas e ao aparecimento da escola da Interacção.

O centro de interesse da prática de cuidar é o processo de interacção, o cuidado é um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra capaz de lhe oferecer esta ajuda. A doença é considerada como uma experiência humana que pode permitir o

crescimento se a pessoa compreende o seu significado, pelo que a intuição e a subjectividade tem de ser introduzida neste processo.

Este conceito passou a ser reconhecido como importante entrando na terminologia dos vários modelos e teorizações desenvolvidos, tornando-se transversal tanto aplicado a situações de saúde como noutros contextos. Com o modelo de competência cultural, Campinha-Bacote (2002) refere que os processos de interacção exigem encontros culturais onde se quebram barreiras e preconceitos no sentido da promoção da saúde e limitação da doença.

O processo de enfermagem – frequentemente é apresentado como um instrumento para a prática de enfermagem ou considerado como um quadro de referência para a prática e a educação em enfermagem (Meleis, 1997). É apresentado por esta autora como um conceito central no domínio de enfermagem, contudo apresenta uma sequência de argumentos onde de algum modo se evidenciam algumas inconsistências, entre a utilização do processo de enfermagem, referindo-a como “*uma abordagem reducionista*”, e os princípios da enfermagem holística. Refere que têm emergido processos de avaliação, diagnóstico e intervenção, essenciais para a enfermagem na sua missão e propõe que seja desenvolvida mais investigação relativa ao processo de enfermagem, “*(...) theories to describe the actual processes that nurses use in assessing, diagnosing, and providing nursing therapeutics to different types and categories of clients; (...) to describe nursing diagnoses and those that can “give order to the nomenclature” (...) to explain diagnostic categories within the different contexts (...) explain nurse-patient contacts within the contexts of client variables and diagnostic categories*” (Meleis, 1997: 114).

Ambiente – é considerado um conceito central para a enfermagem especialmente se relacionado com os seres humanos e as suas respostas aos processos de saúde e doença. É entendido como tudo o que rodeia a pessoa, a família, sistemas sociais, cultura, sociedade, a enfermaria ou o quarto do doente. Foi Florence Nightingale que primeiro salientou a importância do conceito ambiente para a enfermagem relacionando-o com uma atenção na optimização do ambiente para promover a cura e uma saúde óptima. Apenas no período de tempo em que dominaram os sistemas biológicos e, a enfermagem se centrou na doença, no tratamento médico e na assistência ao médico, este conceito não terá tido a centralidade que os modelos teóricos de enfermagem lhe conferiram (Kèrouac *et al*, 1994; Meleis, 1997).

No desenvolvimento do seu modelo conceptual Martha Rogers assume a pessoa e o ambiente em constante interacção e reconhece que mudanças num ocasionam mudanças no outro em simultâneo. Identifica que a principal intervenção de enfermagem é promover, manter, regular ou mudar o ambiente e/ou os processos de vida da população para ter influência nas mudanças de cada um ou nos dois. Sendo este um conceito presente em quase todas as teorias, há

algumas investigadoras, como é o caso de Patricia Benner, que o substitui por *situação* pois esta transmite um ambiente social com definição social e significação. Complementa esta definição com o uso de expressões fenomenológicas como: i) estar situado, isto é, a pessoa tem passado, presente e futuro e que todos estes aspectos influenciam a situação actual; ii) significado situado, entendido como a pessoa entrar na situação com o seu conjunto de significados, hábitos e perspectivas o que vai influenciar a interpretação pessoal desta, contudo esta pode ser limitada pela forma como o indivíduo está nela.

Também a Ordem dos Enfermeiros Portugueses conceitua **ambiente** como o local onde a pessoa vive e se desenvolve, constituído “(...) *por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais*” que influenciam os comportamentos da pessoa influenciando e condicionando os seus estilos de vida, modificando-o e sofrendo as suas influências “*durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia*”. Pela importância deste conceito *major* os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na “complexa interdependência pessoa/ambiente”, na sua prática de cuidados (OE, 2001: 7).

Intervenções terapêuticas – definidas como todas as intervenções e acções deliberadamente designadas para cuidar as pessoas alvo de cuidados. Enquanto o processo de enfermagem desenvolve padrões de avaliação, diagnóstico e intervenção, as intervenções terapêuticas focam-se apenas no seu conteúdo e objectivos. O conceito de intervenção não tem sido consensual, na literatura, tendo surgido múltiplos exemplos de tais como : protecção, conforto, o toque, cuidar, suplementação de papéis, manipulação focal ou uso do *self* com fim terapêutico. Meleis (1997), refere que qualquer um dos conceitos associado com os procedimentos de enfermagem pode tornar-se o núcleo do desenvolvimento de uma teoria (de médio alcance ou de situação específica).

A Ordem dos Enfermeiros usa o conceito Cuidados de Enfermagem para designar todos aqueles que tomam por “(...) *foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue*”, centrando o exercício profissional na relação interpessoal e terapêutica com a pessoa ou o grupo (OE, 2001: 7). Esta organização distingue no exercício profissional dos enfermeiros as intervenções iniciadas por outros técnicos da equipa (interdependentes) em que o enfermeiro “*assume a responsabilidade pela sua implementação*” e as intervenções iniciadas por prescrição dos próprios (autónomas) assumindo assim a responsabilidade por todo o processo (OE, 2001: 9).

O conceito de intervenção terapêutica é um conceito que Kérouac *et al* (1994) referem ser comum a todos os modelos teóricos desenvolvidos, embora com incidências diferentes de acordo com a escola de pensamento em que se insere.

Saúde – é mais um dos conceitos que desde Nightingale surge entre os teóricos com diferentes níveis de especificidade, reducionismo e/ou centralidade. Contudo, é um conceito com uma ênfase diferente entre modelos teóricos. Assim, a saúde surge-nos definida por Meleis (1997) como: ausência de doença; adaptação; realização de papéis e funções; visão existencial que se focaliza no simbolismo e lugar do próprio; expansão do conhecimento; controlo pessoal; *empowerment* e mestria sobre o corpo.

Também é um dos conceitos centrais para outras disciplinas na área da saúde, a especificidade para cada uma delas residirá no modo como é definida, sendo para o conjunto dos modelos teóricos de enfermagem percebido e definido como algo que dá valor à importância do conforto e do bem-estar mais do que a ausência de doença. A saúde é descrita como um estado e uma “(...) *representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual*”. Fugindo à perspectiva de conhecimento linear entre a saúde e a doença admite aquela como um estado subjectivo, uma condição individual que é variável no tempo, isto é, a saúde é o reflexo de um processo dinâmico e contínuo em que se busca o estado de equilíbrio (OE, 2001: 6).

Depois de abordados os conceitos (sem relação entre a ordem de apresentação e o grau de importância) que estruturam a disciplina de enfermagem, que Meleis (1997) considerou significativos, uma tentativa de definição da própria disciplina segundo alguns autores surge como oportuna.

As conceptualizações vão sofrendo evoluções sucessivas decorrentes do progresso da própria disciplina, da investigação que ocorre no seu seio. Contudo o processo e os objectivos do desenvolvimento do conhecimento são conduzidos a partir de definições já existentes que também irão contribuir para a posterior estrutura da disciplina. Isto é, a partir dos conceitos estrutura-se a disciplina e orienta-se a investigação mas esta, por seu lado, permitirá a reformulação dos próprios conceitos e das teorias que os integram. Em Portugal, de acordo com Basto (2009: 14) os conceitos estruturantes da disciplina estão “*em fases diferentes de desenvolvimento*” pelo que têm de continuar a ser investigados de acordo com a fase de desenvolvimento conceptual em que se encontra.

Ao considerar que a enfermagem, tem como responsabilidade a saúde da pessoa intervindo para e com o doente e controlando o ambiente para apressar a sua recuperação, Pfettscher (2004) afirma que Nightingale formulou um dos primeiros conceitos de enfermagem.

Virgínia Henderson introduz a noção que os doentes têm um papel no seu próprio cuidar e define enfermagem em termos funcionais afirmando que a sua única função “(...) *é assistir o indivíduo doente ou saudável, no desempenho das actividades que contribuem para a saúde ou a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a*

vontade e os conhecimentos necessários” (Tomey, 2004: 114). Esta função deve acontecer de modo que o indivíduo seja ajudado a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível, pois logo que capaz o indivíduo retoma o seu auto-cuidado. Este é um conceito vasto e que se mantém na actualidade, contudo mais recentemente, pela investigação realizada nas três últimas décadas do século XX surgem muitos outros conceitos dos quais vamos destacar apenas três.

Passamos a enunciar Benner que baseia o seu conceito de enfermagem fundamentalmente na relação, com base nos estudos que realizou sobre a temática das competências, dando ênfase ao conceito mais de prática de enfermagem considerando que todas as situações “(...) são muito mais complexas do que podem ser descritas pelos modelos, teorias e descrições textuais formais.” Assim, a enfermagem é uma relação de cuidar que vai possibilitar a ligação e preocupação, fornecer e receber auxílio. “(...) uma prática de cuidados cuja ciência é conduzida pela arte e pela ética moral do cuidar e da responsabilidade.” Esta prática é, o cuidar, o estudo da vivência da experiência de saúde e de doença e as relações entre estes três elementos (Benner 2001).

A perspectiva de Margaret Newman sobre a enfermagem é voltada para a saúde que se baseia no modelo de Rogers de 1970, “(...) é o estudo do cuidar na experiência da saúde humana”. Neste âmbito o papel do enfermeiro é ajudar os clientes a reconhecer os seus próprios padrões de interacção com o ambiente, facilitar o reconhecimento destes padrões através da formação de relações autênticas e *rítmicas*, com aqueles em alturas críticas da sua vida. Tem momentos de maior aproximação e afastamento à medida que as pessoas passam da sua condição organizada e previsível e se deslocam através da desorganização e imprevisibilidade para uma condição organizada e mais elevada. O enfermeiro actua no processo de expansão da consciência, ligando-se à pessoa quando procura um entendimento das circunstâncias em mudança, não sendo necessário manipular ou controlar, pois deste modo há maior capacidade de entrar numa parceria (Witucki, 2004:657). Toda a sua teoria é influenciada pela noção de ritmo e flutuação em que a enfermagem abre a possibilidade para que ocorra a transformação (Newman, 2003).

Numa tentativa de ilustração da relação dialética entre o progresso e desenvolvimento da disciplina de enfermagem e as suas definições mais dominantes, Meleis (1997) seleccionou: i) um conceito decorrente de um trabalho realizado por Newman, Sime & Corcoran-Perry (baseado nas definições iniciais de enfermagem, identificação de conceitos centrais, pesquisas teóricas das próprias autoras e explorações curriculares) que definiram o foco da disciplina como, o estudo de cuidar nas experiências humanas de saúde; ii) outro apresentado por Meleis

e Trangenstein que considera que a enfermagem consiste na facilitação dos processos de transição para promover ou alcançar uma maior sensação de bem-estar. A enfermagem está relacionada com o processo e a experiência do ser humano numa transição.

Nesta definição assume especial centralidade o conceito de transição evidenciando o desenvolvimento de investigação focada na natureza das transições, nas respostas e consequências das transições e diferentes estratégias de promoção de transição em saúde. Por outro lado a primeira definição apresentada orienta-nos para uma investigação centrada nos actos de cuidar e experiências vividas na saúde e doença (Meleis, 1997).

À semelhança dos conceitos seleccionados e apresentados por esta autora, todos os outros que têm sido desenvolvidos pelas teóricas de enfermagem, ao longo das últimas décadas, expressam-nos a evolução e o progresso que se tem feito sentir com a vasta investigação realizada, fundamental para a definição dos domínios de enfermagem.

Teoria e pesquisa são os processos pelos quais os problemas e conceitos dominantes são desenvolvidos validados e comunicados. Assim, prática, educação e administração são os meios pelos quais os objectivos de domínio são implementados. Também os domínios são definidos por processos de investigação e teóricos existindo uma relação dialéctica entre domínios, definições e tradições de teoria e investigação. Todos estes factores fazem parte da estrutura da disciplina de enfermagem (Meleis, 1997: 118).

O conceito de cuidados de enfermagem é comum a todos os modelos teóricos desenvolvidos, como já se referiu, embora com incidências diferentes de acordo com a escola de pensamento em que se insere. Toma por *“foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”*, centrando o exercício profissional na relação interpessoal e terapêutica com a pessoa ou o grupo (OE, 2001: 7).

São múltiplos os autores que se referem à enfermagem fundamentalmente como um processo de interacção. Embora em muitos modelos teóricos a dimensão relacional esteja presente ela é particularmente relevante nos que se enquadram na “escola da interacção” onde se inserem teóricas como Peplau, Orlando, King ou Paterson (Kérrouac *et al*, 1994).

Assim, a relação terapêutica desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico que tem por finalidade ajudar a pessoa a concretizar o seu projecto de saúde de modo que esta seja proactiva nessa procura.

Depois de abordada a problemática relativa à formação em enfermagem, tanto no que se prende com a sua evolução e enquadramento legal como a referente aos contextos em que a sua componente clínica se processa, apresentámos o desenvolvimento que a própria disciplina

de enfermagem tem evidenciado. É neste contexto e domínio de conhecimento que o estudante de enfermagem ao longo da sua formação inicial vai ser ajudado a aprender e a desenvolver-se. Assim, no capítulo seguinte, propomo-nos aprofundar e compreender à luz dos contributos de vários autores, aquele processo de desenvolvimento e aprendizagem em contexto de prática.

2 - O PROCESSO E AS DINÂMICAS DE SUPERVISÃO

2.1 – SUPERVISÃO E SUPERVISÃO CLÍNICA: DOS CONCEITOS ÀS PRÁTICAS

À supervisão são rapidamente associados significados como o de orientação, aconselhamento, inspecção, direcção, todos conceitos com um enfoque diferente e que por si só podem conduzir para formas de abordagem diferentes. À volta da supervisão e das práticas supervisivas tem-se verificado alguma controvérsia que se reflecte numa multiplicidade de conceitos em que alguns deles são o reflexo de uma “velha” ênfase inspectorial no controlo, gestão e avaliação (Harris, 1998). Este autor defende que nem a revisão histórica das tendências de definição nem mesmo o pensamento corrente tendem, ainda para um consenso. Sá-Chaves, (2000: 125) ao abordar esta temática e referindo-se também à dispersão semântica considera que estamos perante “(...) *perspectivas de supervisão que vão desde as intenções mais rígidas de inspecção e de direcção até às mais flexíveis e facilitadoras de orientação e de aconselhamento*”.

Assim, e de acordo com perspectivas e concepções tão díspares sobre esta função podemos encontrar objectivos e métodos norteadores das suas práticas também marcadamente diferentes uns mais dirigistas, impositivos de verificação/fiscalização e prescrição, outros mais orientados para o aconselhamento, a colaboração, a compreensão, isto é, voltados para práticas “democráticas” (Harris, 1998; Sá-Chaves, 2000).

O conceito utilizado com uma conotação inspectiva e de poder tem sofrido evolução no âmbito da formação em Portugal, contudo a situação é bem diferenciada nos países onde reina a corrente de pensamento anglo-saxónica, onde a visão sobre supervisão de acordo com Alarcão e Tavares (2003) já sofreu um longo desenvolvimento e com ele se “(...) *pretende rasgar e aprofundar o quadro teórico, organizacional e operacional da orientação da prática pedagógica*” ou designar como refere Sá-Chaves (2002: 164) “*a metafunção de ensino na formação de professores*”.

Como os parágrafos anteriores elucidam a supervisão tem evoluído significativamente ligada ao âmbito da formação sendo esta evolução ligada aos valores de respeito pela pessoa e pelas suas capacidades auto-formativas contudo é sempre entendida como um processo desenvolvido por duas pessoas em que uma está numa posição hierarquicamente diferente (superior) em termos de saberes e/ou poderes (Sá-Chaves, 2000; Alarcão e Tavares, 2003).

Explorando e desenvolvendo esta ideia aquela autora transfere e transforma, a carga negativa associada à noção de hierarquia, de poder e de saberes por parte de quem faz supervisão, para um conceito de alguém que está distanciado para poder analisar melhor pois tem um campo de visão mais contextualizado. O distanciamento “(...) *poderá ser considerado, quer do ponto de vista espacial, quer temporal quer conceptual pode ainda ter um efeito facilitador da*

compreensão dos fenómenos em estudo pela maior amplitude e abrangência das interpretações e, também, pela eliminação das hipóteses de contaminação da análise que a proximidade sempre comporta” (Sá-Chaves, 2000: 125).

É este distanciamento que regulado de acordo com o que está em observação e os seus objectivos exigirá momentos de focalização e proximidade que o próprio processo irá ditando (Sá-Chaves, 2000).

Assim, a supervisão estará presente como uma dimensão importante, aos vários níveis de intervenção em múltiplas actividades profissionais, como Pajak (2002) refere, mas especialmente como uma dimensão fundamental reguladora dos processos de gestão da qual é indissociável uma atitude (*clima relacional*) que garanta o desenvolvimento apoiado dos sistemas e dos seus actores.

Alarcão e Tavares (2003), referindo-se à área de formação de professores, que largamente têm investigado, definem supervisão como um processo, em que um professor experiente e informado ajuda e colabora na formação e desenvolvimento humano e profissional de outro professor ou candidato a tal. A actividade supervisiva é assim, entendida com uma forte componente psicossocial e relacional na ajuda ao indivíduo a tornar-se pessoa “(...) *é uma actividade de natureza psico-social, de construção intra e interpessoal, fortemente enraizada no conhecimento do eu, do outro e dos contextos em que os actores interagem, nomeadamente nos contextos formativos*” (Alarcão e Tavares, 2003: 65).

No conceito apresentado estes autores identificam três elementos: i) o tempo em que tem lugar dando-lhe uma dimensão de continuidade e não de acto isolado, por isso é designado por processo; ii) uma finalidade de desenvolvimento profissional e pessoal do indivíduo em formação; iii) o âmbito da acção profissional, da prática (Alarcão e Tavares, 2003; Sá-Chaves, 2002).

Em investigação desenvolvida anteriormente por Sá-Chaves (2000) sobre supervisão pedagógica de professores, a autora concluiu que é uma estratégia que envolve a formação, que integra a aprendizagem com a complexa natureza dos seus mecanismos funcionais. Entende-a numa visão dialéctica entre duas vertentes de formação. Acontece de um modo crítico e construtivo pelo questionamento dos fundamentos teóricos, fundamentos esses que integram (também) os pressupostos relacionais presentes nas transacções que se estabelecem entre os interlocutores e fortemente influenciadas pelo seu conjunto de conhecimentos, crenças e concepções prévias. Tudo isto, na complexidade que a experiência prática acarreta, faz com que este tipo de formação seja considerado uma *meta-tarefa*, na concepção da autora anteriormente citada. Pelas suas palavras, a supervisão tem de ter subjacente “(...) *uma orientação sustentada por alguém (singular ou plural) que, conhecendo bem os meandros dos*

diferentes registos conceptuais que no seu entrosamento definem essa complexidade, pode desconstruí-la de modo a que se torne compreensível ao aprendente, a partir dos instrumentos conceptuais de que dispõe” (Sá-Chaves, 2002: 163).

A evolução do pensamento destes e de outros autores na forma de explicitação do conceito de supervisão faz com que nela se incluam um conjunto de dimensões interligadas evidenciando desenvolvimento do seu percurso e “*um alargamento da área da sua influência*” além da formação inicial. Nesta evolução está implícito que se considere uma “*orientação mais colaborativa e menos hierárquica*”, isto é, baseada na colaboração entre profissionais, na participação na tomada de decisão, numa prática reflexiva e sustentada por uma liderança com visão tendo em vista a formação de profissionais autónomos mas também a melhoria do ensino e da aprendizagem (Alarcão, 2009: 120).

De acordo com estas visões, mas também com as de Glickman (1985), Pajak (2002) ou Clarke & Collins (2005), o líder do processo ou supervisor surge como um elemento estruturante assumindo funções e tendo características como: i) estar apto a encontrar formas e estratégias de tornar o saber acessível ao formando, baseando-se no conhecimento que detém por um lado sobre as expectativas, conhecimentos e estadio do seu desenvolvimento e, por outro, nas condicionantes que o contexto e natureza do conhecimento dos conteúdos podem colocar à situação (Sá-Chaves; 2002); ii) conhecer (o conteúdo) os aspectos que se prendem com o currículo para assim os poder tornar compreensíveis ao formando, (Glickman, 1985; Alarcão; 1996); iii) conhecer e ter uma clara consciência crítica baseada nos fundamentos éticos e morais de modo a assim poder ajudar o formando nos conflitos que as situações da prática lhe ocasionam confrontando-o com outras alternativas levando-o a encontrar as saídas para o conflito (Alarcão; 1996; Alarcão e Tavares; 2003); iv) conhecer a sua disciplina em concreto e de modo aprofundado; v) dominar as competências de relacionamento interpessoal fundamentalmente a comunicação pois esta revela-se estruturante no sucesso, pela facilitação e promoção, no atingir os objectivos pretendidos (Pajak, 2002; Sá-Chaves (2002); Alarcão e Tavares (2003); vi) saber promover os valores da democraticidade e desenvolver programas supervisivos com impacto (Alarcão, 2009).

Perante a multiplicidade e complexidade de funções que a actividade supervisiva exige, tendo de integrar numa lógica coerente e simultaneamente, conciliando desenvolvimento profissional e pessoal e desenvolvimento de estratégias de supervisão, terá de os integrar num todo conceptual que dê coerência ao acto supervisivo e permita esse acto. Isto é, a actividade supervisiva deve assentar num modelo.

Vários autores, nessa tentativa de perceber como se estrutura e tem coerência o acto supervisoivo ou ainda o modo como este se orienta conceptualmente descreveram modelos de supervisão. Entre estes Sá-Chaves, (2002) ou Alarcão e Tavares (2003: 17) agruparam as facetas mais significativas “(...) *da praxis da supervisão em conjuntos susceptíveis de serem analisados em elementos mais ou menos comuns*” em dez cenários,⁵ maioritariamente a partir dos conceitos e trabalhos apresentados por outros autores a que associaram um desenvolvido por si. Consideram que estes coexistem frequentemente e interpenetram-se sendo, a sua separação apenas facilitadora da sua exposição. Contudo, cada um deles tem uma visão diferente, que a cultura e o passado do contexto onde foram desenvolvidos influenciaram, sobre o fenómeno da supervisão nomeadamente determinados aspectos do seu processo. Consideram que estes têm subjacentes diferentes concepções no que se prende com a “(...) *relação entre teoria e prática, formação e investigação, noção de conhecimento como saber constituído e transmissível ou construção pessoal de saberes, papéis do supervisor e do professor, noções de educação e de formação de professores, assunção da escola como centro de formação ou como mera estação telecomandada de serviço à formação*” (Alarcão e Tavares, 2003: 17).

Independentemente de os autores considerarem que estes modelos ou cenários em separado dificilmente respondem à complexidade da tarefa que a supervisão pressupõe, considera-se que muitos dos modelos desenvolvidos na supervisão em enfermagem têm com eles algumas concepções comuns.

Supervisão Clínica em Enfermagem

Na área da saúde o termo supervisão não tem tido a mesma expressão e importância que já adquiriu na área da educação, nem sempre é usado de modo muito específico, como já foi largamente referido, podendo reportar-se a situações tão díspares como a supervisão da gestão, a clínica ou apenas designar diferentes modelos e estratégias (Abreu, 2007).

Por seu lado o termo “clínica” tem sido largamente associado a funções desempenhadas pelo médico, contudo a evolução histórica tem-se encarregado de rever esta posição e hoje é, mais frequente, aceitar-se que clínica é a prática de assistência às pessoas, em matéria de saúde. De forma não muito díspar Alarcão e Tavares (2003: 25) referem-se ao cenário de supervisão

⁵ Alarcão e Tavares em 2003, no seu livro *Supervisão da Prática Pedagógica* apresentam práticas de supervisão que agruparam em: o cenário de imitação artesanal; o cenário da aprendizagem pela descoberta guiada; o cenário behaviorista; o cenário clínico; o cenário psicopedagógico; o cenário pessoalista; o cenário reflexivo; o cenário ecológico e o cenário dialógico. A estes acrescentaram um outro que denominaram *um outro cenário possível*, que representava a sua visão da supervisão no âmbito da formação de professores.

(relativamente à prática pedagógica de professores) considerando que o conceito espelha apenas “(...)a influência do modelo clínico da formação dos médicos” em que “o supervisor adota uma atitude de atenção e apoio às necessidades dos formando”. Naquele caso a clínica é o espaço da sala de aula.

Actualmente o acompanhamento clínico é visto como uma forma sistematizada de ajuda para a evolução e desenvolvimento do sujeito em formação com vista à profissionalidade que, pelo contexto em que se inscreve (o de um serviço de saúde) é dotado de imprevisibilidade.

A supervisão clínica em enfermagem é considerada como tendo suscitado uma atenção crescente por parte das instituições de saúde segundo Abreu (2007: 177), que actualmente a considera uma das dimensões relevantes dos “processos de promoção da qualidade e da acreditação dado os ganhos que proporciona a nível da assistência”. É para algumas instituições uma estratégia incontornável de orientação no desenvolvimento dos seus profissionais ou a forma de garantir que os novos profissionais ou aqueles que estão a iniciar funções num novo local se integrem rapidamente e trabalhem segundo os padrões considerados fundamentais pelos serviços de saúde.

Os estudos indicam que poderão ser encontradas as primeiras estratégias de supervisão clínica em enfermagem, de acordo com Abreu (2003), num passado tão distante quanto o período áureo da cultura islâmica ou num passado mais recente com Florence Nightingale e, posteriormente, de um modo consistente e sustentado com Hildegard Peplau (na área da saúde mental). Mas enquanto prática na área da saúde o início e desenvolvimento da supervisão, terá acontecido nas primeiras décadas do século XX, com Freud e pela via da psicanálise. Teve neste período, com as escolas psicanalíticas, uma aceitação quase generalizada para supervisão de doentes em terapia e supervisão dos próprios terapeutas, com vista a diminuir as situações de exaustão e stress resultantes do envolvimento no processo terapêutico. De uma forma algo semelhante, também em enfermagem, a supervisão clínica surge com a enfermagem psiquiátrica por decorrência do próprio fenómeno das escolas psicanalíticas (Abreu, 2003).

Foi com Hildegard Peplau que na década de cinquenta do século XX, surge uma definição de enfermagem relacionada com a relação humana, entre doente e profissional, em que este responde às necessidades de cuidados através da orientação. A orientação é a etapa fundamental para o desenvolvimento das práticas de cuidados ao doente e compete ao enfermeiro ser o conselheiro do doente (Ooijen, 2000; Abreu, 2003).

A emergência do processo supervisivo na enfermagem aconteceu na sequência de um conjunto de acontecimentos dramáticos no Reino Unido que muito chocaram a sociedade pois levaram à

morte ou atentaram a integridade de muitos doentes. Foi o conhecimento desta situação que precipitou a definição de um conjunto de políticas de apoio e acompanhamento sistemático aos profissionais de saúde no Reino Unido. Por outro lado alertou e sensibilizou os organismos internacionais de enfermagem para a atenção e apoio que estes profissionais necessitavam no seu dia-a-dia de trabalho (Bond e Holland, 1998). A discussão à volta desses acontecimentos e consequentemente da supervisão clínica em enfermagem, fez com que esta passasse a ser vista como uma forma de promover práticas de qualidade, de dar apoio aos profissionais e de garantir a segurança e o bem-estar dos utentes (Abreu, 2003).

O breve referencial histórico dos últimos parágrafos orienta-nos para uma supervisão clínica em enfermagem traduzida num mecanismo de protecção quer do doente quer do profissional, por orientação ou inspecção das suas práticas.

Em países como o Reino Unido, a Suécia, a Finlândia, a Noruega e a Austrália, países com políticas definidas no campo da saúde, a supervisão clínica em enfermagem, inicia-se na área da saúde mental (como já referimos) com o apoio ao doente e ao enfermeiro envolvido em relação de ajuda, como medida preventiva do aparecimento de alterações psicológicas. Surge numa vertente não inspectiva, mais directiva e sem seguir normas rígidas, muitas vezes com uma forma contratual, partindo da necessidade expressa ou sentida pelo profissional de enfermagem, isto é, com a interiorização e o assumir da necessidade de apoio e/ou de formação (Cutcliffe, *et al*, 2001; Abreu, 2002). Fundamenta-se na convicção que as pessoas alvo de supervisão são indivíduos com recursos e energia dispostos a aprender e a serem responsáveis pelo seu próprio desenvolvimento (Lingren *et al*, 2005).

Em Portugal, especificamente em enfermagem, obtemos as primeiras associações à supervisão com a figura do enfermeiro supervisor dada pelo conteúdo funcional da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro) e que se baseia no essencial, em acções relacionadas com a gestão dos serviços de enfermagem. Outra referência surgiu com o Decreto Regulamentar nº 3/88 de 22 de Janeiro que explicita competir ao enfermeiro chefe da unidade ou serviço, supervisionar os cuidados de enfermagem como garantia de uma máxima eficiência.

Contudo não se encontra formalmente definido um conceito teórico sobre supervisão clínica em enfermagem nem mesmo alguma definição que reúna consenso o que condiciona uma utilização do conceito pouco uniforme. No entanto, têm surgido alguns contributos e estudos neste campo, embora esta seja uma área apenas no início do seu desenvolvimento comparativamente com outros países (Abreu, 2007). Este autor considera que este processo foi marcado por alguns factores como o movimento da educação permanente da década de setenta, pelos estudos da qualidade e dos cuidados de enfermagem e pelos processos de

certificação da qualidade, factos estes que também marcaram o desenvolvimento da profissão (Abreu; 2003, 2007).

É a partir de princípios de supervisão, baseados na reflexão sobre as práticas, que actualmente a enfermagem se situa e quer alicerçar-se como forma de continuar o desenvolvimento das suas competências profissionais (Winstanley & White, 2003).

No âmbito de diferentes problemáticas para a definição de supervisão, identifica-se uma ideia central que é relativamente consensual entre os investigadores pois consideram que a supervisão clínica em enfermagem dá suporte às práticas no decorrer da prestação de cuidados de enfermagem, melhora a qualidade das mesmas, apoia a formação clínica, faz uma gestão personalizada dos sentimentos e eleva a satisfação profissional dos enfermeiros (Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Cutcliffe *et al*, 2001; Abreu, 2007).

Na sequência dos acontecimentos no Reino Unido, já referidos, surge em 1993 por parte do *United Kingdom Central Council for Nursing* (UKCC), o documento “*Vision of the future*”, largamente referenciado na bibliografia, entre eles por Cutcliffe (2001: 20), com uma abordagem inicial da definição de supervisão clínica em enfermagem como “(...) *a formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in a complex clinical situations. It is central to the process of learning and to the scope of the expansion of practice and should be seen as a mean of encouraging self-assessment and analytical and reflective skills*”.

Bernard e Goodyear (1998) referem que a situação e os contextos, que levaram a esta definição, estão de acordo com a posição inglesa, pelo que a revisão da definição numa abordagem ideológica e contextual diferente, exige o seu enquadramento nas respectivas políticas, práticas e filosofias e obviamente no sistema de saúde onde se desenvolverão, mantendo inalteradas as ideias chave deste processo. Cutcliffe, em 2001, expressa a sua discórdia relativamente àquele conceito pois considera que em todas as situações de prestação de cuidados, não apenas nas complexas, poderá ser necessária intervenção com base num processo de supervisão clínica sustentada. Em enfermagem esta terá de existir em cada realidade individual, em cada contexto, com cada participante e em cada momento. Admite, no entanto que, pelos elevados e dispendiosos encargos poderá e deverá, ser selectivo.

Por seu lado, Ooijen (2000), numa análise de outros autores e baseando-se na sua experiência salienta o potencial de promoção da aprendizagem: “(...) *supervision can be an important part of taking oneself, staying open to new learning and an indispensable part of the helpers on-going self-development, self-awareness and commitment to learning*”.

A supervisão clínica em enfermagem surge, assim, como um instrumento para garantir e estabelecer padrões de qualidade de cuidados, outra forma de (re)organizar e abordar os métodos de trabalho mas também uma nova forma de pensar e realizar a formação perspectivando o desenvolvimento pessoal e profissional através de um projecto pessoal, em contexto de trabalho.

Ao longo das últimas duas décadas surgem na literatura um conjunto muito vasto de autores que conceituam, em nome pessoal ou referenciando outros, supervisão clínica em enfermagem ou desenvolvem quadros conceptuais sobre o processo. Entre eles, e a título exemplificativo, podemos destacar: Faugier (1992) com o modelo "*Growth and support*"; Proctor (1993) definindo o "*three-function interactive model*"; Cutcliffe *et al*, 2001; Wright e Giddens, 1994; Cottrell, 2000; Bond e Holland, 1998; Bernard e Goodyear, 1998; o modelo "*Integrative approach*" de Hawkins and Shohet (1989); Ooijen (2000) criando o "*Double helix model of supervisory development*" (Winstanley & White, 2003: 12).

Identificam-se entre eles aspectos de convergência que se prendem com: i) o apoio emocional; ii) a orientação na formação; iii) o desenvolvimento de conhecimentos e competências; iv) a responsabilidade nas e pelas práticas; v) as capacidades reflexivas dos intervenientes envolvidos no desenvolvimento do processo. Emergem como objectos de atenção da supervisão em contexto clínico mais relevantes: i) os actores implicados (jovens profissionais, estudantes, ...); ii) todos os enfermeiros; iii) a natureza dos cuidados e das práticas nos diferentes serviços e unidades hospitalares; iv) os processos de formação, quer sejam formais ou informais; v) o processo de implicação pessoal nas suas múltiplas interacções (Hawkins & Shohet, 1989; Bond & Holland, 1998).

Da análise daqueles modelos surge também um conjunto de evidências mais ou menos comuns e transversais em que a supervisão:

- É um processo em que a relação supervisiva assume uma importância fundamental;
- Envolve duas ou mais pessoas e o seu objecto de atenção é o profissional ou futuro profissional;
- Tem como objectivos principais garantir a segurança das práticas, desenvolver competências, colaborar e promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos actores implicados no processo;
- Requer estrutura e uma metodologia específica de acção em todo o seu processo;
- É um processo activo e como tal necessita dos contributos e envolvimento activo tanto do supervisor como do supervisando (Cottrell e Smith, 2002).

Em síntese pode afirmar-se que os diversos conceitos de supervisão clínica parecem estar associados às orientações específicas das práticas, em que uns autores salientam as

perspectivas psiquiátricas, de saúde mental, outros dão ênfase à relação e ainda outros a aspectos relacionados com os percursos de formação (Cottrell, 2002). Mas, também, que apesar do conhecimento da enfermagem sobre supervisão clínica ter crescido de uma forma muito rápida nos últimos anos, parece manter-se alguma confusão sobre a sua natureza, entre os profissionais. Esta mantém-se muito associada às áreas da administração e gestão, a ser um processo com uma natureza hierárquica, a só restritamente ser visto como um processo de apoio e o supervisor continua a ser percebido, pelos enfermeiros, como uma figura autoritária. Assim, e de acordo com a ênfase colocada em cada uma das suas componentes surgiram ou foram desenvolvidos nos múltiplos estudos realizados alguns modelos que adequados a contextos específicos de trabalho de enfermagem tiveram influência significativa e aplicação na supervisão dos estudantes de enfermagem. Destes faremos, de seguida, uma breve abordagem.

Quadros Conceptuais de Referência

A supervisão clínica em enfermagem é um processo relacionado com o exercício, apresentando diferenciações de acordo com os contextos de saúde em que se inscreve, daí que este processo terá no seu desenvolvimento de integrar múltiplos e complexos aspectos, pelo que deve ser orientado no seu planeamento e implementação, por modelos. Entende-se por modelo um mapa, guia de orientação *macro* ou, matriz explicativa de um corpo previamente estruturado, ou ainda, a construção conceptual que orienta o pensamento e que por sua vez se revela em acção (Sá-Chaves, 1994).

Por seu lado Smith & Cottrell (2000) consideram um modelo, como sendo um mapa e uma estrutura de caminhos a percorrer, dirige-se a finalidades e alvos de supervisão, ao tipo de aproximação que é realizada e a ser adoptada na relação interpessoal, ao *feedback* e à continuação da sua sustentação. Assim, de acordo com estes autores os modelos inscrevem-se como elementos estruturais dos métodos de avaliação de processos e de resultados.

De forma semelhante e relacionando com a supervisão clínica em enfermagem, Bond e Holland (1998) consideram que o modelo tem de atingir e fazer atingir os objectivos a que se propõe, isto é, uma aproximação ao adoptado, a satisfazer as necessidades decorrentes da relação interpessoal, a promover o *feedback* e o apoio contínuo assim como a desenvolver técnicas de avaliação desse mesmo processo com vista às reformulações periódicas decorrentes dos contextos sistémicos.

Assim, poder-se-á resumir que um modelo supervisivo é um quadro conceptual de referência que pode ajudar na realização da supervisão clínica. Este quadro de referência pode orientar momentos significativos do processo, funções importantes da supervisão, papéis do supervisor e supervisando e sugestões para a focalização da atenção (Sloan, 2002).

Pela diversidade de contextos de trabalho em enfermagem os modelos de supervisão identificam necessidades particulares de grupos específicos de enfermeiros. Há modelos diferentes referenciados em diversos estudos e contextos de enfermagem, também diferentes, de acordo com a ênfase que colocam em cada uma das suas componentes (Abreu, 2007). Contudo, a maior parte parece ser aplicável em maior ou menor grau entre áreas pois, no essencial fornecem a estrutura enquanto o conteúdo, a eficácia e a relevância do contexto serão os factores decisivos no processo.

A maior parte das teorias e modelos de supervisão tiveram origem na psico-dinâmica nas áreas de psicoterapia, aconselhamento e trabalho social quando a supervisão era muito estruturada e orientada por uma forte relação terapeuta-supervisor. Exceptua-se o Ciclo Reflexivo de Johns, especificamente desenvolvido para o uso em contextos de enfermagem.

A origem dos modelos faz com que muitos autores considerem imprudente a sua aplicação e/ou alteração acrítica para a enfermagem sem previamente ser testada a sua eficácia e adequação (Ooijen, 2000; Winstanley & White, 2003). Uma situação exemplificativa é apresentada por Sloan, em 2002, quando refere que os modelos desenvolvidos nos EUA são múltiplos e muito centrados no conceptual e intelectual enquanto no Reino Unido a sua maior ênfase está na prática clínica o que por si só não permite que os seus resultados e conclusões sejam extensivos e directamente aplicáveis, entre estes contextos de saúde (Sloan, 2002; Shanley & Stevenson, 2006).

A já referida diversidade de abordagens à supervisão clínica em enfermagem, resultou numa proliferação de modelos de supervisão que alguns autores tentaram sistematizar de acordo com algumas das suas premissas base ou a dimensão supervisiva que emerge como mais relevante. Bernard e Goodyear em 1998, propuseram critérios para se proceder à sua análise considerando que um modelo deve ter: precisão e clareza; simplicidade e sobriedade; compreensão; operacionalidade; carácter prático e fiabilidade.

Em 2000, Ooijen, analisa um vasto conjunto de modelos organizando-os em três grandes grupos de acordo com a ênfase que colocavam no desenvolvimento, na estrutura ou no processo supervisivo. Destes apresenta-se uma breve abordagem.

Os modelos desenvolvimentistas são provenientes da psicologia do desenvolvimento e dão primazia à função educacional da supervisão. Ooijen (2000) considera que esta forma de supervisão se pode tornar num aspecto importante na formação pré-graduada em enfermagem.

Salienta e enquadra neste grupo: o modelo de **desenvolvimento e apoio** de Faugier (Winstanley e White, 2003); o modelo proposto por **Hawkins e Shohet**, com quatro etapas de desenvolvimento superviso fazendo um paralelismo entre o desenvolvimento de competências do enfermeiro, definido por Patricia Benner, a evolução do processo de supervisão e as etapas de desenvolvimento de um ser humano (Ooijen, 2000); e o **Double Helix Model of Supervisory Development**, modelo desenvolvido por Ooijen (2000: 101) que defende o desenvolvimento superviso passando por “(...) *the stages: novice, learner or advanced beginner, competent worker and expert*” em que supervisor e supervisando evoluem conjuntamente pela reflexão na prática numa tripla dimensão que envolve estrutura, processo e resultados, em que estes estão intimamente ligados numa espiral evolutiva.

A crítica apresentada a estes modelos de acordo com o mesmo autor (Ooijen 2000) prende-se com limitações na sua implementação pelo facto de a sua utilidade decrescer à medida que o supervisado se torna mais experiente deixando mesmo de ser apropriado para enfermeiros com experiência profissional (excepto quando muda o seu contexto de trabalho). Apresentam as mudanças que ocorrem no supervisando mas sem as explicar assim como não referem as mudanças que têm de ocorrer no supervisor.

Os **modelos estruturais** são outro conjunto de quadros conceptuais que colocam a sua principal ênfase na definição da estrutura do processo superviso (na tipologia apresentada por Ooijen em 2000). Entre estes salienta-se como principal característica a definição de orientações precisas para todo o processo compreendendo esquematicamente todos os aspectos, aquilo que o autor denomina, um guia passo-a-passo.

O **modelo cíclico**, o **ciclo reflexivo de John's** e o **modelo matricial** são os mais representativos deste grupo. Os dois primeiros definem conjuntamente estrutura e processo, com o “porquê” e o “como” da supervisão (Page e Wosket, 1994), explicando como fazer desde um primeiro encontro (fase de contrato) entre potencial supervisor e supervisando, passando pela fase de focagem, de espaço, de ligação, até à revisão. O ciclo reflexivo de John's foi especificamente desenvolvido para uso em enfermagem e pode-se considerar sobreponível ao modelo cíclico em três das suas cinco fases. O processo superviso pode ser estabelecido em qualquer uma delas dependendo das necessidades dos intervenientes. Parte da questão “Qual é o problema?”, centraliza-se nos factos e na reflexão complementar destes factos, seguindo-se centralização no que ocorreu, uma reflexão complementar com definição de alternativas de acção, conseqüências e resultados esperados (Ooijen, 2000).

O modelo matricial que pode ser resumido pela equação “*tarefas + funções = processo*”, é um dos mais significativos dentro daqueles que dão ênfase claramente à estrutura de supervisão contudo, a sua abordagem é desenvolvimentista (Holloway, 1995; Ooijen, 2000).

As tarefas supervisivas cruzam-se matricialmente com as funções (actividades empreendidas pelo supervisor) e estas conjuntamente definem o processo supervisivo, isto é, o modo pelo qual supervisor e supervisando trabalham juntos e mutuamente se influenciam.

A relação supervisiva é vista como central e promotora de dinamismo no modelo, tendo à sua volta mais seis dimensões, o cliente, a instituição, o supervisor, o supervisando, as tarefas e as funções na relação sendo estes dois últimos os factores contextuais. A natureza do modelo é evidente na função aconselhamento e instrução o que, segundo Holloway (1995), permitirá a sua apropriação para a supervisão de estudantes de enfermagem durante os seus períodos de aprendizagem em contexto clínico.

Os factores contextuais assumem relevo pois no trabalho em enfermagem a instituição detém uma importância muito significativa pelas condições específicas de trabalho tais como a carga de trabalho ou o isolamento (Holloway, 1995).

Os modelos processuais como a denominação indica colocam ênfase no processo, definindo-o com base nas suas funções mais significativas.

O **modelo dupla matriz** desenvolvido por Hawkins & Shohet (em 1989), também denominado de *abordagem integrativa*, vê o processo de relação supervisiva de um modo mais fechado e não aborda factores contextuais e organizacionais em profundidade. Divide a supervisão em quatro componentes principais: supervisor, supervisando, cliente e contexto de trabalho. O processo divide-se em dois sistemas interligados, o terapêutico que conecta o cliente e o supervisando e, a supervisão que envolve supervisando e supervisor. Os sistemas partem de um trabalho de negociação de tarefas e objectivos, que serão acordados e/ou contratados entre os elementos de cada um dos sistemas a partir de um tempo de trabalho conjunto (Winstanley e White, 2003).

Esquemáticamente o modelo corresponde a dois círculos que se sobrepõem parcialmente, um deles, a matriz terapêutica, representa a relação enfermeiro cliente e o outro a matriz supervisão, representa a relação supervisando-supervisor. Cada uma destas está sub-dividida em três categorias (Ooijen, 2000; Shanley & Stevenson, 2006).

O modelo **interactivo das três funções de Proctor** é provavelmente o mais citado modelo de supervisão clínica em enfermagem. Tem-se verificado que é aplicável a uma grande diversidade de contextos como documentam trabalhos de alguns autores em saúde mental, saúde ocupacional e enfermagem médico-cirúrgica que o utilizaram como estrutura conceptual subjacente nas suas investigações (Winstanley e White, 2003).

Consiste em três componentes, em cada uma delas supervisor e supervisando assumem responsabilidades repartidas. Os seus elementos podem ser considerados parte integrante de um sistema de avaliação do processo de supervisão clínica (Sloan e Watson, 2002). É um modelo que deriva do aconselhamento podendo centrar-se, em qualquer momento, em todas ou cada uma das três áreas:

- **Normativa**, directiva ou de gestão - centra-se em aspectos relativos à gestão e na manutenção dos padrões profissionais promovendo e agindo de acordo com os procedimentos e as políticas da instituição. As tarefas normativas incluem “*promoting a compliance with procedures, developing standards and contributing to clinical audit*”. Ambos os actores (supervisor e supervisando) têm algum grau de responsabilidade, conduzindo a monitorização e avaliação do estudante ou do trabalhador. Contudo “*the supervisor always has some responsibility to ensure the welfare of the client*” (Shanley & Stevenson, 2006: 589).
- **Formativa**, educativa – esta categoria está relacionada com o desenvolvimento de competências e de conhecimentos dos supervisandos, a enfermagem desenvolve-se tendo por base as evidências da prática. Tanto supervisor como supervisando, seja este estudante ou enfermeiro, têm pelas tarefas formativas algum grau de responsabilidade no desenvolvimento daquele que está num processo de orientação (formando), usando como meio o reforço do supervisando à reflexão na prática clínica para melhorar a compreensão e promover competências.
- **Restaurativa**, de apoio emocional – pelo apoio atempado do supervisor, habilita e ajuda os praticantes a perceberem e gerirem o stress emocional da enfermagem prática, aquele que é ocasionado no desempenho da profissão. Supervisor e supervisando assumem a responsabilidade, assegurando que este é adequadamente, apoiado, recriado e reforçado, é uma função reconstituente (Sloan & Watson, 2002; Winstanley & White, 2003; Shanley & Stevenson, 2006).

Nas múltiplas abordagens que lhe são feitas globalmente considera-se que uma supervisão efectiva que use este modelo exige que o apoio seja a pedra-chave fundamental no qual os aspectos formativos e normativos se irão então desenvolver ou construir. As principais limitações ou constrangimentos identificados prendem-se com a especificação das mudanças adicionais que podem ser desenvolvidas no seguimento de cada uma das funções. A este propósito, Sloan & Watson, (2002) exemplificam questionando que intervenções o supervisor pode considerar adequadas quando trabalha no domínio formativo, pois o modelo não apresenta respostas.

Como já se descreveu, o papel principal de um modelo passa pela identificação das suas funções centrais, filosofia e princípios, actuando como quadro de referência para orientar a prática didáctica, não sendo por natureza excessivamente prescritivo. Contudo, sem se pretenderem modelos rígidos e prescritivos neste, alguns autores expressam a necessidade de clarificação dos seus quadros de referência, pois no desenvolvimento em cada um destes domínios não se sabe o que pode ser desenvolvido ou oferecido para ajudar os supervisores, não há intervenções delineadas para cada uma das três funções (Cottrell, 2002). Crítica similar é apresentada por Sloan e Watson (2002: 42) quando se referem ao modelo explicitando que “(...) *lacks specific guidance on possible helpful exchanges when working in each of its central functions*”

Independentemente das críticas e constrangimentos identificados o modelo foi largamente utilizado em investigações realizadas em contextos clínicos diversos onde foram aprofundadas as intervenções do supervisor e supervisando. Nestes estudos começaram a documentar-se as transacções interpessoais quando trabalhavam cada uma das funções, a treinar em workshop localmente organizados, a realizar entrevistas aos grupos em supervisão o que fez desenvolver significativamente este conhecimento (Sloan e Watson, 2002; Abreu, 2007).

Os modelos referenciados surgiram ou foram desenvolvidos em contexto de trabalho de enfermagem e centrados na supervisão de profissionais contudo tiveram uma influência significativa nalgumas formas de orientação dos estudantes durante os períodos de prática clínica, tendo-se desenvolvido também a partir deles a supervisão do estudante. As formas como a orientação dos estudantes em ensino clínico se processa será o objectivo do próximo sub-capítulo.

2.2 – O PROCESSO SUPERVISIVO E OS SEUS ACTORES

O processo de supervisão, como temos vindo a destacar e de acordo com a visão apresentada por Alarcão e Tavares (2003) e com a qual concordamos não se desliga do desenvolvimento e da aprendizagem do supervisor e do formando, embora estes se encontrem em níveis diferentes do processo. Assim, e pelas palavras dos autores referindo-se à prática pedagógica “(...) o acto de supervisionar ou orientar a docência, o ensino, a aprendizagem e o desenvolvimento do formando ou do professor-estagiário inscreve-se fundamentalmente na mesma estrutura subjacente a qualquer processo de ensino/aprendizagem” em que estes elementos surgem inseparáveis (Alarcão e Tavares, 2003: 47).

Constitui objectivo deste capítulo uma focalização nos modos pelos quais a orientação dos estudantes de enfermagem em contexto clínico se processa, dado tratar-se explicitamente de um período de ensino (unidade curricular ensino clínico) com um contributo estruturante em termos formativos, que terá de se socorrer de metodologias supervisivas adequadas à prossecução desta finalidade pois como refere Abreu (2007: 167), “a relação supervisiva constitui um suporte e um factor mediador para as aprendizagens em contexto clínico”. Assim, importa, entre outros aspectos, saber como desenvolver aquela relação para que seja promotora das aprendizagens do estudante e do desenvolvimento de ambos os actores.

Têm emergido duas abordagens sobre o modo como a supervisão acontece: i) supervisão individualizada e; ii) supervisão em grupo (Saarikoski *et al*, 2006). Dentro dos modelos centrados na aprendizagem e desenvolvimento dentro do trabalho ou no local da prática a preceptoria e a mentoria são dois dos enquadráveis na supervisão individualizada e dos mais frequentemente referenciados. Contudo também há referência a modelos de grupo em que os estudantes são colocados num determinado serviço de saúde com um professor ou um “*clinical facilitator*” que assumirá a sua supervisão directa, sendo este um modelo frequentemente adoptado entre nós (Croxon & Maginnis, 2008: 237; Abreu, 2007).

A **preceptoria** e a **mentoria** são, segundo a Canadian Nurses Association (2004), dois modos de utilização do papel de modelo na aprendizagem e desenvolvimento profissional dos enfermeiros e conseqüentemente da promoção da qualidade global do ambiente da prática. Têm alguns aspectos muito similares, tais como: i) a função de modelação efectiva no relacionamento um a um; ii) o ensino auto-dirigido; iii) proporcionar um ambiente seguro para a prática e reflexão crítica; iv) situações de informação, aconselhamento, orientação e defesa; v) identificação de potencialidades e *feedback* construtivo.

A **preceptoría** é considerada como um ensino individualizado e método de aprendizagem frequentemente utilizado pelas enfermeiras com a função de modelo clínico, sendo este um relacionamento formal, de eficácia predeterminada, entre um principiante e uma enfermeira experiente designada para o apoiar na integração e desenvolvimento numa nova função ou serviço com sucesso. Envolve a aquisição de um nível de conhecimentos de base, competências e atributos pessoais e a socialização na profissão ou no âmbito da prática a partir de um trabalho organizado numa base de disponibilidade um para um (Canadian Nurses Association, 2004; Gleeson, 2008).

O uso de preceptores é uma prática amplamente aceite na educação sub-graduada em enfermagem para Seldomridge & Walsh (2006), contudo é uma relação de curto prazo que só ocorre durante a colocação do estudante naquele contexto.

Autores como Manchur & Myrick (2003) vão mais longe, ao considerarem que a preceptoría é um modelo de eleição para o ensino clínico na formação sub-graduada em enfermagem no Reino Unido e nos EUA, considerando-a como uma abordagem de ensino-aprendizagem na qual os estudantes são atribuídos, durante os períodos de aprendizagem em contexto de prática clínica, a um enfermeiro que proporciona uma formação individualizada num ambiente propício à aprendizagem, onde o conhecimento teórico se articula no desenvolvimento de competências práticas (Canadian Nurses Association, 2004).

A preceptoría é reconhecida, por vários investigadores referenciados pela Canadian Nurses Association, em 2004, como benéfica para:

- os preceptorados, por se tratar de um processo facilitador, de sucesso na entrada na profissão pelo desenvolvimento de capacidade crítica e competências de intervenção;
- os preceptores, pela menor susceptibilidade ao *burnout*, promoção da auto-estima, maior percepção de serem um modelo e pela satisfação que sentem ao verem os principiantes a tornarem-se mais confiantes;
- a instituição de cuidados de saúde, pela melhoria da qualidade do ambiente da prática profissional com menos abandono da actividade, aumento da satisfação do *staff*, promoção do conhecimento, melhoria global dos cuidados ao doente e também menos dispêndio económico que uma orientação tradicional;
- a profissão de enfermagem, pela retenção de profissionais (pela motivação que ajuda a criar) com melhores capacidades de pensamento crítico.

No desenvolvimento da preceptoría podem, surgir ou fazerem-se sentir alguns problemas para os vários intervenientes pelo que de acordo com a Canadian Nurses Association (2004), Seldomridge & Walsh (2006) e Gleeson (2008) deve ser acompanhado por um trabalho

conjunto de planeamento, análise e avaliação ao longo de todo o programa, envolvendo os vários actores do processo.

Saliente-se que, entre nós, estes não são conceitos amplamente utilizados sendo mais frequente a designação de **tutor** quando se quer referir o “(...) *profissional experiente, geralmente mais velho que se responsabiliza pela aprendizagem do formando*” no contexto da formação clínica (Abreu, 2007: 214). É um conceito utilizado com uma significação similar à de mentor embora nem todas as fontes documentais revelem unanimidade e uniformidade entre eles (Abreu, 2007).

Ainda integrado na abordagem individualizada da supervisão e nos programas de cooperação e centrado na aprendizagem e desenvolvimento a **mentoria** é entendida como um “*relacionamento mútuo, de longo prazo, voluntário e benéfico*” em que um guia experiente e conhecedor (mentor) apoia a maturação de um enfermeiro menos experiente (mentorando) com potencial função de chefia. A mentoria para a Canadian Nurses Association (2004: 18), proporciona um ambiente de apoio e influencia positivamente os resultados profissionais, pode conduzir a melhorias no relacionamento e pode acontecer em todos os domínios (administração, educação, investigação e prestação de cuidados) da prática de enfermagem.

Assim, mentoria e preceptoria diferem sendo a primeira referida como menos instrucional, centrando-se menos na orientação e avaliação do desempenho e mais na influência positiva através da orientação e modelação para a função. Pode ser feita em pequenos grupos, de forma não formal e não estruturada (embora possa assumir um carácter formal), com uma duração de meses a anos sempre determinada pela relação de tempo total exigido em relação aos objectivos. Mentor e mentorando podem pertencer ou não ao mesmo local de trabalho, os participantes não são principiantes numa profissão. Esta é uma situação supervisiva em que a enfermeira é socializada e desenvolve competências num novo serviço onde é posta à prova, estimulada e apoiada por um colega mais experiente (Canadian Nurses Association, 2004).

Indo ao encontro desta perspectiva, Carlson, Wann-Hansson & Pilhammar (2009), considera que em ambiente hospitalar os enfermeiros *seniores* podem ser mentores de enfermeiros preceptores, avaliando-os nesta função e ajudando-os sempre que estes necessitam de apoio.

Em oposição a este conceito Andrews & Wallis (1999), Abreu (2007) e Gleeson (2008) referem este modelo de educação clínica como tendo uma responsabilidade fundamental a nível da formação básica, orientação, monitorização e avaliação de estudantes em contexto clínico. É um relacionamento que pretende o bem-estar individual do mentorando e “*progression in training and career prospects*” (Gleeson, 2008: 377), contudo o tipo de relacionamento potencialmente conduz à conformidade e dependência o que não se adequa a uma educação

de adultos. O mentor necessita de ser um perito na área profissional em que faz a orientação do estudante para o desenvolvimento das suas ideias, atitudes e práticas no decorrer da sua aprendizagem (Abreu, 2007).

Será importante salientar que no âmbito deste trabalho e pela baixa familiaridade de alguns destes conceitos optámos por falar em supervisão quando nos referirmos ao processo, e em supervisor quando nos reportamos à pessoa que orienta esse processo. Tal como já referimos o conceito mais frequente entre nós é o de tutor, pessoa a quem se solicita que possua “*um adequado desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal, como pré-requisito*” para ajudar a formar a estrutura cognitiva dos alunos na exigência que o acompanhamento em contexto clínico encerra (Abreu, 2007: 217). Tem para tal de estabelecer um equilíbrio entre o apoio que dá ao estudante e as exigências e desafios que coloca. Este autor defende que o trabalho do tutor deve ser concretizado num “*contexto de complementaridade, co-responsabilidade e proximidade e nunca de substituição*” do docente, pois um trabalho assim desenvolvido permitirá assegurar a qualidade da formação e ser catalizador da mudança (Abreu, 2007: 219).

Em Portugal foi na área da educação e da formação de professores que a supervisão teve os seus primeiros desenvolvimentos contudo estes foram sendo adoptados e adaptados para os domínios da formação de profissionais de saúde, nomeadamente de enfermeiros. A investigação desenvolvida directa ou indirectamente sobre o tema fez com que o conceito sobre o processo se reajustasse às especificidades das áreas da prática, aos contextos de saúde. Foi o que se verificou num estudo desenvolvido no âmbito do ensino clínico por Rua (2009: 102), que define supervisão em ensino clínico como um “*(...) processo interactivo, dinâmico e ecológico, entre supervisor e o supervisando, cujos papéis se entrecruzam na lógica das acções de cada um*”.

Sendo um processo ele vai decorrer de um modo mais ou menos continuado no tempo, pelo que as relações supervisivas que se estabelecem entre o estudante e os actores são de ímpar importância no prosseguir da sua principal finalidade. Este é um aspecto que surge de forma transversal nos vários documentos escritos que têm o ensino clínico como tema central.

Nas modalidades de supervisão de estudantes em ensino clínico regista-se também a **supervisão de grupo**, um modelo no qual um grupo de estudantes é colocado num serviço ou unidade de saúde com um enfermeiro que é um profissional daquele local da prática que está familiarizado com aquele ambiente do serviço, conhece as políticas e os procedimentos daquela área de intervenção. Os estudantes trabalham sob a sua orientação directa, pela situação de supranumerário na equipa todo o seu tempo é dedicado ao ensino e supervisão na prática de cuidados. É um modelo pedagógico que se baseia e considera que há um desenvolvimento

conjunto dos elementos cognitivos do processo de aprendizagem com os elementos afectivos (Lindgren *et al*, 2005; Craver, Ashmore & Clibbens, 2007).

A adopção de supervisão de grupo apresenta segundo Clibbens, Ashmore & Craver (2007: 594), um conjunto de benefícios que incluem a criação de uma “*supportive atmosphere; the opportunity to share anxieties among peers and appreciate that others face similar issues; and the gaining of input from other supervisees*”.

É uma abordagem sistemática fundamentada nos papéis do supervisor, que é percebido como um elemento facilitador da aprendizagem, e do supervisando que é visto como um indivíduo que tem capacidades e acredita em si para promover o seu conhecimento e assim desenvolver-se pessoal e profissionalmente. A relação entre eles é estabelecida por um contrato que inclui por um lado elementos estruturais como o envolvimento voluntário, a confidencialidade, a continuidade, a responsabilidade, e a vontade para o desenvolvimento pessoal e, por outro, elementos contextuais como a sinceridade ou autenticidade, a aceitação, empatia e apoio (Arvidsson *et al*, 2008).

Os actores

No âmbito da supervisão do ensino clínico em enfermagem o estudante e o supervisor são os principais actores, entre um conjunto mais vasto (docente, enfermeiros, outros profissionais da equipa e as pessoas internadas) que na sua interacção podem constituir-se como promotores da aprendizagem dos estudantes. A função de supervisor pode ser assumida pelo docente ou por um enfermeiro com as funções de preceptor, mentor, tutor ou como enfermeiro da unidade de cuidados a que associa a orientação do estudante (Carvalho, 2006).

Baseando-nos na abordagem⁶ que Alarcão e Tavares (2003) fazem sobre a supervisão de professores e fazendo uma analogia com a situação de ensino clínico em enfermagem, tanto o supervisor como o estudante são adultos que continuam a desenvolver-se e a aprender, embora a diferentes níveis. O processo de aprendizagem e desenvolvimento do formando tem de ser percebido numa perspectiva de implicação pessoal, de desenvolvimento feito por si em que o papel do supervisor passa essencialmente por ser um facilitador da aprendizagem. Embora em alguns momentos o supervisor tenha de ensinar a sua função recai muito mais na

⁶ A abordagem apresentada pelos autores assenta numa “*convergência no sentido de uma visão mais integrada, abrangente e pessoalista do desenvolvimento humano e das novas competências básicas e específicas que ele possibilita*”, em que supervisor e supervisando já não necessitam de construir novas estruturas para resolverem os problemas que lhe são colocados no desempenho das suas funções mas apenas de desenvolverem estruturas já adquiridas num *processo de informação-reflexão-acção-reflexão*, de forma que se dê a plena integração nas estruturas de personalidade (Alarcão e Tavares, 2003: 52).

ajuda e facilitação⁷ na resolução dos problemas que a prática coloca. É um desenvolvimento “no sentido de uma maior integração, de um equilíbrio mais elevado e consistente que, na resolução dos problemas que lhe são colocados, lhes permite recorrer mais facilmente a uma determinada maneira de ser, de conhecer e de estar na vida, de conviver, de estar consigo e com os outros, bem como a todo um saber e um saber-fazer e actuar que passa através de uma experiência mais ou menos rica e vivenciada” (Alarcão e Tavares, 2003: 52).

Assim, o supervisor é uma pessoa mais experiente, um profissional, com conhecimentos consolidados sobre as situações da prática, que adopta uma relação adulta de acolhimento pelo conhecimento que detêm do contexto da prática, de ajuda e de formação pela disponibilização dos seus saberes facilitando o desenvolvimento. Esta relação caracteriza-se por ser “(...) dialogante, aberta, espontânea, autêntica, cordial, empática, solidária, responsável” (Alarcão e Tavares, 2003: 58; Abreu, 2003).

Em enfermagem, e como Abreu (2007) expõe, durante a formação clínica os estudantes apresentam frequentemente vulnerabilidades de natureza emocional o que pressupõe uma relação supervisiva baseada em princípios de compreensão, disponibilidade e empatia. Daí a necessidade dos estudantes estabelecerem uma relação de confiança com os seus tutores. Pois só desse modo têm oportunidade de ganharem auto-confiança e segurança, aumentar o seu sentido de responsabilidade, mobilizarem e compreenderem a articulação entre conteúdos de natureza cognitiva e de natureza motora ao desenvolverem ou analisarem actividades de prestação de cuidados.

Sobre a relação supervisiva, em 2007, Abreu salienta, analisando os contributos de alguns autores, a perspectiva de Bronfenbrenner (1996: 49) considerando o desenvolvimento facilitado porque o estudante se envolve “(...) em padrões progressivamente mais complexos de actividade recíproca com alguém a quem a pessoa desenvolveu um apego emocional sólido e duradouro”. Esta pessoa é o tutor.

Em referência às finalidades do processo supervisivo em contexto clínico Abreu (2007) conclui sobre o carácter fundamental que a relação supervisiva assume, devendo para isso e de acordo com o defendido por Severinsson (1995 e 2001) basear-se no diálogo que, por si, pode: i) confirmar saberes, apoiar e dar pistas de desenvolvimento; ii) ajudar o estudante a relacionar saberes actuais com situações que já foram alvo de aprendizagem, isto é, atribuir significados; iii) proporcionar “uma ideia mais informada e consistente de si, dos outros e do contexto”

⁷ Esta perspectiva foi também trabalhada por Glickman (1985) quando investigou num *continuum* os comportamentos do supervisor (de professores) tendo identificado três estilos de supervisão e consequentemente de supervisores: não directivo, de colaboração e directivo.

compreendendo assim a sua posição, isto é, favorecer o processo de consciencialização (Abreu, 2007: 168).

O mesmo autor, salienta a importância do supervisor entender que a aprendizagem do estudante é muito condicionada pelos processos psicológicos que ocorrem a nível social. Neste entendimento lista um conjunto de actividades que deve assumir, entre elas referenciam-se apenas as que podem ter impacto no domínio da relação, isto é: *“facilitar a interacção com os pares; promover uma identidade positiva (...) facilitando o processo de afirmação; assumir-se como “modelo” para o aluno, através do qual se possa facilitar a adesão psicológica da profissão; ajudar o formando a gerir emoções, principalmente em contacto com utentes em situação crítica; detectar situações de isolamento ou sofrimento psicológico com potencial negativo para a personalidade ou para a aprendizagem; demonstrar empatia, paciência, compreensão e disponibilidade para dialogar e analisar problemas nas esferas, pessoal e profissional”* (Abreu, 2007: 169).

Pela construção de uma relação baseada nestas atitudes que será obrigatoriamente de diálogo e reflexiva o supervisando terá uma representação positiva do formador permitindo a transformação das experiências de trabalho, em contexto clínico, em aprendizagens significativas, perduráveis, pois retiram de cada situação a informação mais emergente.

O supervisor é um enfermeiro experiente que actua como meio e modelo, numa relação um a um com o estudante, de aprendizagem em que o comportamento deste profissional assume um papel fundamental no desenvolvimento das suas capacidades de pensamento crítico e de resolução de problemas (Carlson, Wann-Hansson & Pilhammar, 2009).

As exigências para assumir a função tem subjacente um requisito fundamental que é a demonstração de entusiasmo para o papel a desempenhar e ter desenvolvido competências para: i) identificar as necessidades de aprendizagem do estudante; ii) planear as experiências de aprendizagem do estudante; iii) ter um bom nível de desempenho nas suas funções como enfermeiro, sendo perito, e partilhando estas capacidades com o seu preceptorado; iv) actuar como modelo; v) ajudar o estudante a desenvolver o pensamento crítico e competências de resolução de problemas e; vii) avaliar formativa e sumativamente o processo de aprendizagem (An Bord Altranais, 2003; *Canadian Nurses Association*, 2004; Seldomridge & Walsh, 2006; Carlson, Wann-Hansson & Pilhammar, 2009).

O conceito de **mentor**⁸, remete para uma pessoa mais idosa, experiente e sábia e que toma à sua responsabilidade a aprendizagem e o desenvolvimento, de outra pessoa mais jovem, como

⁸ É uma palavra com origem na mitologia grega que se refere a alguém (um homem) que é mais velho. A maioria dos autores considera esta figura para a supervisão de profissionais. Para Abreu (2007: 214) “Mentor, na Odisseia de

se de um guardião se tratasse. É uma pessoa dotada de características de gosto pelo ensino aos principiantes num papel profissional similar ao seu (Andrews & Wallis, 1999:202).

Em 2006 (p. 275), Saarikoski *et al*, tendo por base o conceito do English National Board consideram que se refere ao papel do enfermeiro da equipa “(...) *who facilitates learning and supervises the learning and teaching of students during their clinical placements*”.

De forma similar, Hand (2006) define a figura do mentor como promotora da aprendizagem do estudante durante a prática em contexto clínico. O processo está facilitado sempre que o estudante é ajudado por um mentor na análise crítica ou interpretação do seu trabalho, exigindo frequentemente um comportamento deliberado por parte do mentor de levar o estudante a explorar as questões mas, exigindo também, um período de tempo continuado. A Canadian Nurses Association em 2004, (citando Federwisch, 1997) defende uma posição semelhante pois considera que um mentor tem de ter características de perito e de líder, contudo considera que um perito dá uma solução definitiva a um problema enquanto um mentor conduz a pessoa no processo que a vai levar a essa solução.

Em síntese, é um praticante qualificado e experiente que pelas suas atitudes, experiência e conhecimento influencia o estudante durante o seu processo de aprendizagem, facilitando-a. Como tal, no desempenho das suas funções, tem como uma das suas principais áreas de intervenção trabalhar com o estudante: i) aconselhando-o; ii) planeando a sua actividade; iii) ajudando-o a usar o seu conhecimento teórico na prática; iv) proporcionando-lhe oportunidades de aprendizagem; v) ajudando-o a fazer o melhor; vi) defendendo-o; vii) avaliando o seu desempenho e; viii) usando estratégias formativas facilitadoras da aprendizagem (McBrien, 2006; Kilcullen, 2007; Elcigil & Sari, 2008; Carlson, Wann-Hansson, Pilhammar, 2009).

Numa resenha de trabalhos desenvolvidos, em 2003 por Manchur & Myrick, sobre a importância da supervisão na preparação dos estudantes para a prática clínica salientam alguns resultados encontrados, como: i) consolidação dos conhecimentos base e competências clínicas do estudante; ii) promoção da capacidade de pensamento crítico na prática; iii) aumento da auto-confiança do estudante; iv) melhoria da comunicação interpessoal; v) promoção da socialização e redução de conflito nas expectativas de função.

Excluindo o docente, Carvalho (2006:14) considera que independentemente da designação que assuma é consensual que o **supervisor** é “*um enfermeiro que demonstra determinadas características pessoais e profissionais, que frequentou uma formação apropriada para a função de preceptor/mentor de estudantes de enfermagem, durante um delimitado período de tempo*”.

Estas características passam por: i) integrar o papel de facilitador da aprendizagem e

Homero, era o amigo de Odisseus que apoiava o filho deste nas ausências do pai. No contexto da formação clínica o tutor é um profissional experiente, geralmente mais velho, que se responsabiliza pela aprendizagem do formando”

desenvolvimento do estudante (Schön, 1992); ii) estabelecer e manter um bom clima afectivo e relacional que seja estimulante e exigente (Alarcão e Tavares, 2003); iii) identificar a etapa de desenvolvimento de competências clínicas do formando e promover situações de aprendizagem e condições de trabalho adequadas a esse desenvolvimento (Abreu, 2007); iv) proporcionar *feedback* adequado e apoiar o desenvolvimento de um espírito crítico facilitando a consciencialização do aluno sobre as suas características e capacidades; v) ajudar a criar um espírito profissional, a saber assumir a tomada de decisão e responsabilizar-se por ela (Abreu, 2007); vi) valorizar o aluno enquanto pessoa e a sua iniciativa estimulando a reflexão (Paul Gill, 2008); vii) assumir-se como “modelo” perante o estudante facilitando e promovendo a adesão psicológica à profissão (Abreu, 2007); viii) demonstrar empatia, disponibilidade e capacidade de compreensão para que o aluno partilhe os seus problemas pessoais ou profissionais (Abreu, 2007; Kilcullen, 2007).

Nos trabalhos desenvolvidos em Portugal um dos conceitos mais frequentemente usados para designar a pessoa que assume a supervisão das práticas dos estudantes durante o ensino clínico é o tutor. Este é “(...) *um profissional que se responsabiliza por acompanhar, guiar e aconselhar os estudantes em formação*”, e que se articula com a escola responsável pela formação dos estudantes por intermédio de um professor (Abreu, 2007: 215). Em continuidade com o defendido por este autor, o trabalho conjunto na formação de alunos entre docente e tutor deve ser concretizado num contexto “*de complementaridade, co-responsabilidade e proximidade e nunca de substituição*”, pois este trabalho conjunto permitirá valorizar a qualidade da formação e o docente com a sua presença e intervenção no local da prática pode ter uma acção catalizadora de mudança.

Estratégias Supervisivas

A supervisão tal como tem sido apresentada é um processo em que um profissional mais experiente e mais informado, orienta outro profissional ou estudante no seu desenvolvimento humano e profissional. Para que ocorra desenvolvimento há envolvimento activo dos indivíduos em formação sendo para isso ajudados, por intermédio de estratégias psico-pedagógicas e técnico-didácticas adequadas à tarefa ou problema em resolução, ao nível de desenvolvimento em que o formando se encontra e ainda ao contexto onde ocorre a aprendizagem (Alarcão e Tavares, 2003).

O formador para tal põe em acção meios apropriados com vista a transformar e a fazer evoluir o estado de conhecimentos que o formando detém pela aplicação sobre as suas representações

do real um conjunto de instrumentos teóricos e de conceitos apresentados pelo formador, para segundo Lesne (1977: 179) deste modo “(...) *produzir sistemas de conhecimentos ou de representações do real mais elaborados*”.

Neste caso estas estratégias pedagógicas ocorrem em contexto de um serviço de saúde hospitalar, na primeira experiência de aprendizagem dos estudantes em ensino clínico pelo que as dinâmicas supervisivas implementadas têm de ser contextualmente equacionadas.

Concorda-se com a abordagem expressa por Amaral, Moreira e Ribeiro (1996: 100) sobre o significado da palavra estratégia quando a afastam de uma carga semântica de conflito substituindo-a por “*uma carga de significação positiva, de processo, meio para alcançar determinado fim, envolvendo um plano prévio onde se equacionam as dificuldades e se preparam os estratagemas de superação dessas dificuldades.*”

Na literatura são apresentadas estratégias como a **observação** (em geral subdivida em três etapas: a de planeamento da actividade em que a observação vai ocorrer; a da observação da actividade e a de avaliação sobre a actividade e a observação realizadas), a **análise de casos**, as **narrativas**, os **portfolios reflexivos**, as **perguntas pedagógicas**, a **investigação-acção**, o **trabalho de projecto** como algumas das estratégias de formação que mais se enquadram no processo supervisivo assente num paradigma sócio-constructivista (Amaral, Moreira e Ribeiro, 1996; Alarcão e Tavares, 2003). Numa reflexão crítica sobre o pensamento de Donald Schön, Alarcão (1996) apresentou as três estratégias formativas (experimentação em conjunto, demonstração acompanhada de reflexão e experimentação multifacetada) mais adequadas ao paradigma reflexivo que o autor tinha desenvolvido.

Investigando especificamente as estratégias formativas de estudantes em ensino clínico Carlson, Wann-Hansson & Pilhammar (2009) e Hossein *et al* (2009) encontram que é fundamental criar uma percepção global dos estudantes e conhecer as expectativas que estes construíram para que haja sucesso nas técnicas e métodos utilizados que passam por: ensinar (fazendo, apoiando, sendo modelo, criando um contexto de aprendizagem, monitorizando), criar um sentimento de segurança, dar *feedback* situacional, reflectir na acção e avaliar.

De todo este conjunto apresenta-se uma breve caracterização daquelas que se evidenciam como mais importantes e adequadas à promoção e desenvolvimento do estudante de enfermagem durante a sua aprendizagem inicial em ensino clínico. Saliente-se que algumas são apresentadas porque integram múltiplos meios formativos importantes nestes períodos de prática clínica.

A **experimentação em conjunto** (*joint experimentation*), é uma estratégia identificada por Donald Schön que pressupõe o envolvimento do supervisor e aluno numa resolução conjunta do problema. Pode envolver a experimentação de novas formas de desenvolver a actividade,

partindo da análise e descrição de uma primeira execução pelo formando, até atingir um nível que eventualmente melhor corresponda às expectativas que tinha criado. Num esforço comum tentam responder à situação que ambos assumiram como sua, o aluno é convidado a tentar, eventualmente o supervisor demonstra. Alarcão, (1996: 20) diz que nesta estratégia “é fundamental partir do que o formando gostaria de realizar”. Nesta resolução conjunta de um problema que a prática coloca há recurso a uma prática reflexiva pois, o formando dialoga com um profissional experiente que já construiu uma teoria da prática, isto é que desenvolveu conhecimento na acção (*knowing-in-action*), faz um diálogo interno no decorrer da própria acção, reflecte na acção (*reflection-in-action*), e em diálogo posterior com o supervisor reflecte sobre a acção (*reflection-on-action*) (Oliveira-Formosinho, 2002).

A estratégia de **demonstração acompanhada de reflexão** (*follow me*) surge sempre que o formando não sabe o que quer realizar e o supervisor tem de assumir um papel mais activo perante o aluno usando a demonstração. O supervisor vai executando e em simultâneo comentando a actividade, reflecte sobre o que está a realizar e a descrever e assim o aluno é conduzido a questionar-se sobre o sentido da acção “observada e descrita”. É uma estratégia que não passa por uma lógica de demonstração seguida de imitação, mas de “*demonstrações acompanhadas de comentários elucidativos dos processos seguidos, ou seja, a verbalização do pensamento como expressão da reflexão na acção, diálogo com a situação e envolvimento do estagiário nesse diálogo*” (Alarcão e Tavares, 2003: 36). É uma estratégia em que o supervisor dá “(...) voz ao silent game dos seus processos cognitivos nesse exercício dialogante com a realidade, o aprendente poderá por sua vez, acompanhá-lo nessa compreensão, sendo, simultaneamente, co-autor dessa aventura discursiva de construção do seu saber pessoal e pragmática de intervenção no real” (Sá-Chaves, 2000: 167).

São momentos e, é uma forma, em que o supervisor se abre pela comunicação ao formando durante a sua experiência de prática curricular, deixando-o observar o que faz, a dialogar sobre o seu saber-fazer, a ser questionado, a partilhar a atenção que dá à situação ou como aprendeu com a experiência, dando atenção e respondendo. Há uma partilha de conhecimento que se constrói na acção (Oliveira-Formosinho, 2002).

É, como refere a autora, uma situação em que o supervisor se abre ao formando pela observação, pelo diálogo ou pelo questionamento mas também, mesmo sem ser questionado, partilha o conhecimento (mesmo o proveniente da experiência) que está subjacente à sua acção. Assim, e segundo Ghaye & Lillyman (2000) o estudante percebe que o conhecimento profissional dos cuidados de saúde é descritível, pode ser observado em acção, pode ser compreendido por outros e deste modo está aberto a ser questionado.

A **experiência multifacetada** que Donald Schön designa elucidativamente como, *play in a hall of mirrors*, é uma estratégia que parte da análise de situações em que o supervisor e o estudante se movem em registos homólogos. Consiste em colocar o formando perante uma situação que lhe vai permitir analisar a sua actuação sob outras perspectivas e a confrontar o que se passa consigo próprio, com as suas próprias dificuldades. A transacção entre ambos funciona como espelho que pela imagem que transmite torna compreensível o que ocorreu permitindo que exista crítica, reapreciação, reformulação, consciência de se ter cometido erros ou de necessitar de ajuda de outros. Assim “*através do olhares de proximidade e distanciamento, tal qual acontece na sala de espelhos, alternando entre a reflexão sobre o vivido e a reflexão sobre o observado*” o aluno vai compreender a partir do exterior o que se passa consigo e o que deve fazer (Alarcão, 1996: 21; Alarcão e Tavares, 2003). Na concepção de desenvolvimento de uma prática reflexiva há recurso à reflexão sobre a reflexão na acção (**reflection-on reflection in-action**) (Schön, 1983).

Saliente-se que estas estratégias têm de ocorrer num ambiente em que o formando se sinta compreendido nas dificuldades (reais ou percebidas), e que são mais adequadas aos primeiros momentos de iniciação aos ambientes de prática profissional. Exigem uma atitude colaborativa, por parte do formador, em situações em que o formando ao praticar sob a sua orientação sente que está a ser ajudado na compreensão da realidade encontrando, por esta via, ordem no meio do caos (na sua auto-percepção) (Abreu, 2003). O caos é o modo como a realidade se apresenta numa etapa inicial ao formando (Alarcão 1996). É um processo de promoção pela conversação especialmente importante quando as situações “*are uncertain, unstable, unique and value-laden come to know, better understood, handled and managed*” (Ghaye & Lillyman, 2000: 56).

A **análise de casos** é uma estratégia em que a partir de uma situação concreta, da sua descrição contextualizada, se evidenciam conhecimentos (do conteúdo da disciplina em causa e pedagógicos) sobre algo que “*é complexo e sujeito a interpretações*” (Alarcão e Tavares, 2003: 102). O valor formativo está no seu carácter analítico pois inicia-se sempre com uma narrativa à qual se associa um contributo teórico que trabalhados conjuntamente poderão dar visibilidade ao conhecimento que do caso pode emergir. Como referem aqueles autores permite “*desocultar situações complexas e construir conhecimento revisitando e reconsciencializando o que afinal já se sabia*” mas apenas num baixo nível de consciência.

A construção de casos e a análise de casos de outros são tarefas difíceis de realizar assumindo o supervisor “*um papel fundamental no lançamento dos alicerces dessa estrutura de reflexão*”, podendo recorrer a perguntas pedagógicas como orientadoras da análise e reflexão (Amaral, Moreira e Ribeiro em 1996: 109).

Na análise de casos embora o ponto de partida seja a **narrativa** esta nem sempre se reporta à actividade. Pode realizar-se para dar resposta a outros objectivos centrando-se, por exemplo, nos seus autores, nas pessoas alvo de cuidados, na unidade de cuidados ou em qualquer outro factor que permita compreender a situação formativa em que o aluno se encontra. O seu grande valor formativo está no nível de reflexão⁹ que ela implica durante o acto da escrita e assim, é tanto mais rica e importante quanto mais compreensível e pormenorizada for, no registo de elementos significativos.

A estratégia que passa pelo questionamento, tendo esta uma intencionalidade formativa, é designada por **perguntas pedagógicas**, na denominação de Alarcão e Tavares (2003). É promotora de desenvolvimento pessoal e profissional tanto quando o supervisor que assume o papel de questionador como quando o formando se interroga ou interroga os outros de forma pertinente. O questionamento permite que, mesmo aquilo que parece óbvio e indiscutível fique melhor compreendido, pois “*num processo heurístico tudo é susceptível de, pela questionação, vir a ser mais bem compreendido*” (Alarcão e Tavares, 2003: 106).

Em estudos desenvolvidos sobre estratégias de supervisão em ensino clínico o questionamento surge como uma técnica cognitiva usada pelo supervisor, sempre que pretende estimular a capacidade de pensamento crítico no aluno, desenvolver competências de resolução de problemas ou dar pistas sobre os seus focos de atenção. O questionamento reflexivo é fundamental para estes desenvolvimentos (Carlson, Wann-Hansson & Pilhammar, 2009).

A realização de actividades de prestação de cuidados, os aspectos relativos à fundamentação da actividade que o estudante está a realizar e a avaliação são utilizações adequadas para o questionamento por parte do supervisor (Hossein *et al*, 2009). Já o questionamento factual por parte dos alunos, segundo Carlson, Wann-Hansson & Pilhammar (2009), é pouco frequente o que estará relacionado com a necessidade dos alunos necessitarem de relembrar conhecimentos e para tal terem de ser ajudados.

⁹ Amaral, Moreira e Ribeiro em 1996, referindo-se à narrativa dos acontecimentos da própria prática pedagógica alertam para a atenção que tem de se dar “*ao momento e lugar em que se passa a escrito esse relato para evitar que a pressa ou a falta de tranquilidade nos levem a simplificar demasiado aquilo que é complexo, impedindo que a reflexão se faça durante o próprio acto de escrever, e evitando que ela se possa aprofundar mais tarde quando se releem os registos*” (p. 105).

Estes autores referindo-se a Holly em 1991, apresentam a sua classificação de narrativas em três tipos: o *diário de bordo* que tem um carácter objectivo e factual; o *diário íntimo* que permite ao redactor que se distancie do quotidiano reflectindo sobre ele no momento ou mais tarde e que estabeleça um diálogo consigo próprio e com as suas próprias acções; e o *registo quotidiano* que tem componentes dos dois anteriores contudo é mais abrangente no seu conteúdo, é a reconstrução da experiência vivida.

As perguntas pedagógicas podem assumir várias designações de acordo com o grau de elaboração e reflexão que exigem, podendo ir da simples descrição até à transformação ou reconstrução¹⁰.

Todas as estratégias apresentadas são importantes para a utilização em contexto de ensino clínico, pois são promotoras do desenvolvimento do aluno tendo por base a análise e reflexão sobre a(s) sua(s) prática(s). Os estudantes a partir do questionamento, estratégia que está na base e implícita em todas as outras, é levado a dialogar com cada situação vivenciada no seu período de prática em contexto clínico, a compreender a importância dos diferentes saberes integrando-os, isto é, mobilizando-os para a resolução da situação ou problema e retirando da situação os conhecimentos que lhe irão permitir, em situações similares no futuro, agir de forma mais adequada, porque mais informada. A partir do questionamento o estudante também identifica lacunas nos seus conhecimentos sendo a partir deste levado e estimulado a realizar trabalho de pesquisa e aprofundamento.

¹⁰ Amaral, Moreira e Ribeiro (1996: 103) referem a classificação proposta por Smyth, em 1989, que considerou que as perguntas terão, de acordo com o nível de reflexão que assumem, diferentes papéis a desempenhar. Considerou quatro tarefas apropriadas à formação integradas num processo de:

- *“Descrição: O que faço? O que penso? O primeiro passo a ser dado para (...) iniciar uma tarefa de reflexão passa pela resposta a esta pergunta.*

- *Interpretação: O que significa isto? O objectivo desta fase é descobrir os princípios que informam as práticas, as teorias subjacentes, através do diálogo consigo próprio e com os outros.”*

- *“Confronto: Como me tornei assim?”* Nesta fase o supervisor procura que o formando considere concepções e práticas alternativas e através delas possa questionar a legitimação das teorias subjacentes àquilo que realiza.

- *“Reconstrução: Como me poderei modificar?”* Pela reconstrução das suas crenças o formando vai alterar as suas práticas pois apercebe-se que a actividade não é uma realidade imutável e definitiva, pelo contrário ela é “contestável na sua essência”.

2.3 – IMPLICAÇÕES DA SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A supervisão clínica em enfermagem foi introduzida na sequência de uma necessidade evidente de apoio emocional e acompanhamento sistemático aos profissionais de saúde mas também pela necessidade de protecção das pessoas por ele cuidadas. Estas são áreas difíceis de abordar separadamente contudo, a pretensão é analisar as evidências que a literatura mostra esquematizando-a em: benefícios e constrangimentos para enfermeiros supervisores e seus supervisandos, e benefícios para as pessoas alvo dos seus cuidados.

Em enfermagem os benefícios da supervisão clínica têm sido frequentemente estudados à volta das três componentes sugeridas por Proctor, surgindo evidência que é benéfica para quem a recebe especialmente pela redução da exaustão emocional e sentimentos de despersonalização mas também mostra que pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Cutcliffe, 2000; Hyrkäs & Paunonen-Ilmonen, 2001; Lindgren, 2005).

Também Ghaye & Lillyman (2000) referindo pesquisas de vários autores dizem que o propósito fundamental da supervisão clínica é a melhoria da qualidade dos cuidados aos clientes o que, em última análise, é também o seu principal benefício. Também consideram a supervisão importante para supervisores e supervisandos, porque lhes dá: i) promoção dos sentimentos de apoio e de bem-estar pessoal; ii) aumento de conhecimentos e de possíveis soluções para os problemas clínicos; iii) maior confiança e decréscimo das situações de tensão emocional e *burnout*; iv) satisfação e moral do *staff* elevados com redução no absentismo por doença ou insatisfação; v) maior participação e trabalho na prática reflexiva; vi) maior auto-conhecimento pois para ser supervisor é necessário antes de se envolver realmente com o supervisando numa interacção de apoio e produtiva estar muito consciente das próprias competências, capacidades e prática. Assim, verificamos que com a supervisão apreciada globalmente ou em algumas das formas que esta assume, as potencialidades e os constrangimentos poderão ser sobreponíveis entre si.

Para se fazer supervisão clínica são necessárias competências específicas. As de relação interpessoal, fundamentais em supervisão pela sua centralidade na compreensão dos processos de aprendizagem (Oliveira-Formosinho, 2002). Estas podem ser obtidas na própria formação em enfermagem ou serem aprendidas por treino de aconselhamento, contudo, para se ser supervisor é questionável se estas serão suficientes, se não há necessidade de preparação específica (Rodrigues, 2007). Como pré-requisitos para os formadores que orientam as experiências clínicas dos estudantes de enfermagem em formação inicial Abreu (2007), advoga a preparação em didáctica, um perfil de competências que constitua um referencial para

os estudantes e um adequado desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal. Sobre isto Cutcliffe (2000: 96) sugere “...that it is not unreasonable or inappropriate training in clinical supervision, then the quality of clinical supervision they provide is unlikely to be capable of producing measured change implying either improvement in the supervisees’ mental well-being, or improvements in the care they provide.”

Por outro lado, uma grande parte dos enfermeiros mais experientes e potencialmente supervisores nunca foram supervisandos, pelo que é questionável como poderão clinicamente supervisionar outros (independentemente de se tratar de outros enfermeiros ou estudantes), sem que lhes seja proporcionada preparação para tal. Uma preparação e treino de qualidade para os supervisores pode ser muito demorada e ter custos elevados o que pode ser constrangedor da opção por esta metodologia e optar-se, em alternativa, por um processo de preparação em serviço. Esta situação poderá ser menos eficaz ou mesmo inadequada se houver problemas de dotação da equipa. A este conjunto de considerações os autores acrescentam o facto de haver alguma escassez de informação empírica que apoie de um modo convincente a ideia que a supervisão é benéfica para clientes e equipa (Cutcliffe *et al*, 2001; Falvey, 2002).

Em Portugal, país onde a problemática da supervisão de estudantes de enfermagem surgiu apenas mais recentemente os supervisores identificam condicionantes ao seu desempenho muito centrados na falta de preparação para a função supervisiva e nas condições para a sua realização. Nestas pode destacar-se o relacionamento/diálogo entre as instituições (escola e serviço de saúde) no planeamento e discussão sobre os objectivos e competências a desenvolver no estudante, o tempo disponibilizado, a colaboração da equipa ou a adequação dos recursos materiais (Abreu, 2007)

Uma situação com alguns pontos de convergência com este, é apresentada por Oliveira-Formosinho (2002: 95) relativamente aos problemas sentidos por supervisores de educadores estagiários na actividade supervisiva. A falta de tempo para a supervisão, os papéis do estagiário, do professor cooperante e do docente pouco claros e definidos, a falta de intencionalidade nas práticas educativas e de supervisão por parte dos supervisores, a falta de preparação específica ou as dificuldades e conflitos entre supervisores, nomeadamente no que se prende com a classificação, são os problemas mais referenciados neste âmbito.

Pese embora os muitos trabalhos desenvolvidos sobre supervisão clínica, como já anteriormente se evidenciou, que confirmam a sua importância a vários níveis continuam a verificar-se muitos focos de resistência à sua ampla e sistemática implementação. Entre as muitas razões encontradas para este facto incluem-se: i) a tradição e a cultura desencorajam a expressão da emoção, publicamente; ii) a visão que persiste de que este é um instrumento de monitorização da gestão; iii) o facto de se tratar uma opção economicamente pesada; iv) a falta

de clareza no objectivo da supervisão, pois para uns é uma oportunidade para um enfermeiro mais experiente monitorizar, educar e apoiar um menos experiente nas suas competências práticas, enquanto para outros é uma oportunidade para ajudar e apoiar enfermeiros a reflectirem nos seus dilemas, dificuldades e êxitos explorando as suas formas de reacção ou resolução; v) o facto de todos os processos de mudança integrarem uma componente significativa de resistência (Ghaye & Lillyman, 2000).

Relativamente aos estudantes de enfermagem os mesmos autores baseados em estudos realizados por outros, apresentam um conjunto de aspectos que consideram como significativos quando estes são preparados para que os seus períodos de aprendizagem, em contexto clínico, aconteçam sob supervisão clínica e deste modo seja potenciador do desenvolvimento.

Se os estudantes forem preparados para serem supervisandos, eles sabem que as responsabilidades são repartidas e iguais entre supervisor e supervisando, têm de ser activos e ter intencionalidade na procura da forma correcta de supervisão não a deixando afastar das funções de apoio, desenvolvimento, crescimento e formação (Ghaye & Lillyman, 2000).

Se o treino supervisivo for uma componente integral da educação em enfermagem, Cutcliffe *et al* (2001), consideram que, os estudantes rapidamente ficam a conhecer e a compreender quanto a supervisão é benéfica para eles, consideram ainda que o trabalho do supervisor deve acontecer sequencialmente e por etapas. A fase inicial é de ajuda na construção do conhecimento, dirigindo o estudante na sua aprendizagem, pois ele ainda não tem um bom nível de compreensão da estrutura e do processo da supervisão. Numa fase posterior, o supervisor favorece uma aprendizagem auto-dirigida em que cada estudante e de acordo com as suas características é ajudado a identificar e articular as experiências em proveito próprio. O supervisor, segundo estes autores, é “um guia supervisivo”.

A permuta e concordância de valores, regras, termos e objectivos entre supervisor e supervisando são apresentadas por McAllister (2007), como positivo na supervisão clínica em estudantes de enfermagem. É uma situação tanto mais favorecida quanto os estudantes previamente forem preparados para o treino supervisivo, ficando deste modo mais despertos e conhecedores do processo de negociação e de “contratação” que irá ocorrer durante a experiência clínica e assim esta poderá ser uma experiência verdadeiramente cooperativa.

A aprendizagem num ambiente supervisivo pode ser o primeiro passo para se iniciar uma mudança cultural na enfermagem onde é frequente ver-se reprimida a expressão de emoções ocasionada por situações traumáticas. Se o estudante for socializado num ambiente em que há uma atitude positiva, uma cultura de segurança e um clima de honestidade, a possibilidade de reconhecer e expressar emoções e obter apoio ocorrerá de forma mais rápida e espontânea.

Estes são factores que terão reflexo no ambiente geral das equipas. Cutcliffe, (2000: 104) reforça dizendo “(...) *by participating in supervision enables trainees and nurses to realise when they need to Express emotion and obtain support and, very importantly, that such process are healthy (...) also encourages them to realise that ‘mistakes’ are usually opportunities rather than marks of failure. The appreciation of a shared experience; of participating in a common, widespread phenomenon, creates a collective sense of cohesion*”. Esta posição é reforçada por Ghaye & Lillyman (2000) ao referirem “(...) *who foster similar therapeutic exchanges between other nurses and patients*” relativamente ao treino supervisivo de estudantes, num ambiente de prática reflexiva em que estes são encorajados a identificar as suas necessidades de aprendizagem. Por seu lado os enfermeiros que animam estas mudanças tornam-se mais qualificados e competentes.

A este nível Sá-Chaves (2000: 103), dá um contributo quando aborda a formação de profissionais para intervir no campo da saúde. Concorda com a ideia quando advoga que quem trabalha na formação tem de “*reflectir (des)constructivamente a complexidade dos saberes científicos, em função dos aprendentes e das situações que, nos contextos reais da praxis profissional se lhe apresentam.*” Isto é, o **conhecimento do conteúdo** em que o formador ajuda o formando na compreensão do conhecimento profissional subjacente às práticas que desenvolve. Neste processo, o formador tem de saber agir praxicamente, ser um profissional reflexivo (para em cada momento e situação saber usar o conhecimento mais adequado), conhecer as características (físicas, psicológicas e sociais) da pessoa que cuida e, do formando actuar dentro de um quadro de valores que legitimam a prática profissional. São estes elementos que permitem ou são condição indispensável para o desenvolvimento e para a transformação qualitativa de si próprio e das situações que experiencia (Sá-Chaves, 2000).

Sendo o conhecimento do conteúdo profissional em saúde uma dimensão com uma matriz complexa que é segundo Sá-Chaves (2000: 104) “(...) *sempre necessário (des)construir nos seus sub-sistemas e nas lógicas que os articulam, para que os outros, futuros profissionais, vão construindo em si os contornos de complexidade das suas práticas, mas também o fascínio de as tornar simples em cada acto profissional dedicado, reflectido e competente*”

No processo supervisivo de estudantes de enfermagem também podem surgir alguns **constrangimentos**:

- A supervisão clínica poder ser pouco relevante e eficaz até que os estudantes tenham alguma prática clínica Cutcliffe *et al* (2001);
- A responsabilidade de um enfermeiro em se tornar supervisor pode ser intimidatória pelo desconhecimento do tipo de supervisandos e o potencial confronto com áreas menos conhecidas. Este último aspecto também é salientado por Abreu (2007);

- O surgimento de sentimentos de ansiedade por falta de *feedback* sobre o processo, e de perda de poder pelo receio de ser exposto a situações em que a sua competência pode ser posta em causa.

Outros trabalhos desenvolvidos neste âmbito identificam fundamentalmente constrangimentos que se prendem com a instabilidade ou a falta de recursos humanos, o que coloca em causa o sistema de *mentorship* pois a qualidade da orientação e a exigência são afectadas pelo facto de não ser possível um trabalho contínuo e sistemático. Também a percepção do aluno que o seu tutor não está empenhado na sua formação ou não se sentir aceite por parte da equipa de enfermagem são aspectos relevantes e potencialmente constrangedores (Abreu, 2007).

A supervisão é como já foi largamente referida uma área que tem sofrido uma diversidade de abordagens, reflexo do estado de desenvolvimento da actividade dentro do complexo e variado campo da prática de enfermagem, situação que resultou numa proliferação de modelos e abordagens pelo que são fundamentais mais pesquisas, para que áreas clínicas individual e contextualmente identifiquem modelos a serem seguidos Cotrell (2000).

Pela análise bibliográfica somos levados a pensar que as dificuldades e potencialidades da supervisão clínica em enfermagem não são significativamente diferentes se os supervisandos forem estudantes ou enfermeiros pelo que também a este nível é fundamental continuar a realizar pesquisas. Contudo, Vallant & Neville (2006) consideram que a investigação é especialmente importante na formação de base pois o conhecimento profundo sobre as metodologias nas quais os alunos foram formados, e o seu impacto formativo são fundamentais para a compreensão das estratégias a implementar na formação contínua dos enfermeiros. Este é o campo que consideram fundamental trabalhar profundamente para construir mais conhecimento.

3 - APRENDIZAGEM EM CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO

3.1 – COMPREENDER A APRENDIZAGEM EM CONTEXTO DE TRABALHO

Os cursos de licenciatura em enfermagem objecto de estudo nesta investigação, apresentavam no seu plano curricular uma carga horária total de cerca de 4600 horas sendo que 50% era destinada ao ensino em contexto de prática, genericamente denominado ensino clínico de acordo com a Resolução nº 140/98 de 4 de Dezembro. Este dado ilustra a dimensão que a unidade curricular ensino clínico tem na formação inicial dos enfermeiros, revelando a sua importância e/ou valorização no processo formativo destes futuros profissionais de saúde.

Neste sentido, muitos autores defendem e fundamentam que o ensino clínico em enfermagem é “(...) *um momento privilegiado para aquisição de aprendizagens*” (Carvalho, 2003: 25), ou de “(...) *construção de conhecimento de uma forma activa*” (Serra, 2007: 133), salientando, assim, a sua importância formativa.

O reconhecimento dessa importância formativa ocorreu quando se fez evoluir o conceito de estágio considerado como “ (...) *uma actividade profissional que se exerce no local de trabalho e que tem por base uma formação teórica que foi adquirida num estabelecimento de formação ou em qualquer outro estabelecimento*” para um outro que considera “(...) *todo o ensino que é realizado junto do utente ou de um grupo de utentes e que é essencial para a formação do estudante de enfermagem*” isto é, ensino clínico, de acordo com Carvalho (2003: 25) referindo-se a Pospel (1989).

Assume-se formalmente que os conhecimentos adquiridos no ambiente escolar (de sala de aula) não são suficientes para desenvolver uma aprendizagem da prestação de cuidados de saúde segura e competente, pelo que se exige o desenvolvimento de um saber contextualizado. Esta evolução acontece após um período de análise e reflexão sobre as características, reais, da profissão com as quais o estudante se confrontava durante o período de ensino em contexto de prática, tendo tido um enorme poder transformador na filosofia de formação. Assim, é na aprendizagem clínica que os estudantes têm oportunidade de adquirir e consolidar conhecimentos, aprendendo como mobilizar e transferir conceitos abstractos para situações específicas e concretas e, em simultâneo, desenvolver um processo de socialização com a profissão adquirindo os seus valores e construindo o seu saber profissional.

Deste modo, a construção do saber profissional desenvolve-se na interacção com os profissionais de saúde, fundamentalmente, os enfermeiros em exercício nos estabelecimentos de saúde, e ainda com os docentes, que têm (também) a responsabilidade de orientar o aluno na análise as suas práticas quotidianas, à luz dos conhecimentos teóricos. Nesta óptica a

didáctica dos cuidados de enfermagem, conforme (Abreu, 2007) defende, tem um papel fundamental no processo de formação do aluno.

A aprendizagem pela experiência, e simultaneamente o aluno enquanto actor da sua aprendizagem são trabalhadas de um modo crescente pelos investigadores das Ciências da Educação nas últimas décadas. Similarmente Biggs (2005), sem se referir à aprendizagem nesta dimensão experiencial mas apenas ao conceito geral, refere que ela tem sido objecto de investigação por parte dos psicólogos durante todo o século XX, no entanto, com pouca visibilidade do ensino uma vez que não se estudavam os contextos de aprendizagem. Verificou-se nas últimas duas a três décadas uma mudança de enfoque nas investigações realizadas passando o campo de estudo, segundo o referido autor, a ter como domínio a “aprendizagem do estudante”.

Neste sentido emergem as teorias de ensino e de aprendizagem cujo foco se centra na actividade do estudante que segundo Bevis e Watson (2005:7) se baseiam em duas teorias principais, a fenomenografia e o constructivismo. Estas autoras consideram ainda, não existir uma teoria que só por si consiga explicar esta “*coisa complexa e multifacetada*” chamada aprendizagem pois, não existe um tipo de aprendizagem mas seis, agrupados em duas categorias diferentes a do treino e a da educação

As teorias de aprendizagem desenvolvidas entretanto defendem que os “significados” não se impõem nem se transmitem mediante o ensino directo mas criam-se mediante as “actividades de aprendizagem”, isto é, se há um enfoque superficial e um baixo nível de compromisso cognitivo os resultados não transmitem o significado pretendido, no entanto, um enfoque mais profundo ajudará o estudante na construção desse significado. De acordo com Alarcão e Tavares (2003: 46) será obrigatório simultaneamente uma “*visão abrangente e profunda*” que faz com que o professor esteja “*(...) em condições de orientar o processo de ensino/aprendizagem e o próprio desenvolvimento do formando para que este se desenvolva nas melhores condições e a sua intervenção se verifique de um modo adequado e eficaz*”.

Este conceito de construção da aprendizagem remete para uma grande dependência daquilo que as pessoas são, para os seus motivos e intenções de aprendizagem e ainda, como utilizam os seus conhecimentos anteriores. Assim, o resultado é pessoal pois, segundo Biggs (2005), o exercício da aprendizagem é uma forma individual de interagir com o mundo.

As mudanças conceptuais sobre os fenómenos acontecem à medida que se aprende, e se estrutura a informação adquirida, pensando com e sobre ela e não apenas com o mero exercício de aquisição dessa informação.

Para Biggs (2005), aquelas mudanças tem lugar quando: i) para os estudantes é claro o caminho a seguir, conhecem quais são os objectivos; ii) há uma necessidade sentida de atingir

esses objectivos, por parte dos estudantes sendo a motivação um produto do processo e não um pré-requisito; iii) há liberdade do estudante se comprometer profundamente, centrando-se na tarefa e; iv) há trabalho em colaboração e em diálogo com os outros, colegas e professores. Esta abordagem traz consigo algumas das novas formas de pensar e de fazer a educação e a formação profissional.

As transformações e evoluções ocorridas levam a que, por um lado, as actuais perspectivas pedagógicas coloquem o formando no centro da acção pedagógica numa tentativa de o responsabilizar pela sua aprendizagem e, por outro, haja uma alteração nos paradigmas formativos. Assim, conforme alguns autores, a educação sustentada numa racionalidade crítica como ponto fulcral de uma nova epistemologia da prática tem ganho terreno ao paradigma da educação profissionalizante baseado na racionalidade técnica derivado de uma filosofia positivista (Schön, 2000; Sá-Chaves, 2000). Estes pressupostos encerram um conjunto de consequências e reflexões sobre o que deve ser feito para que os processos de aprendizagem sejam eficazes.

Nesta sequência, sobre a importância da experiência nos processos de aprendizagem Canário (2000:109), refere que em geral está afastada dos processos de formação inicial mas numa perspectiva de formação permanente, a aprendizagem surge *“sobretudo, como a estruturação articulada de diferentes momentos experienciais do sujeito que permitem formalizar saberes implícitos e não sistematizados”*. O reconhecimento dessa importância tem como pressuposto que a aprendizagem é um processo interno ao sujeito e corresponde, ao *“processo da sua auto-construção como pessoa”* ao longo da vida, o que pressupõe uma concepção inacabada de ser humano e simultaneamente a centralidade da pessoa que aprende.

O ensino de enfermagem, para acompanhar toda a evolução social e preparar profissionais de saúde cada vez mais competentes para responderem às expectativas e necessidades das pessoas alvo dos seus cuidados, tem acompanhado estas novas abordagens pedagógicas (contrariamente à maior parte das formações iniciais tem uma componente experiencial muito significativa como parte integrante da sua formação curricular). Neste sentido têm-se verificado reestruturações tanto nos cursos de formação inicial como de pós-graduação ou especialização em Enfermagem. Assim, a complexidade e exigência crescentes dos contextos de prestação de cuidados e dos próprios cuidados, fazem com que os planos de formação sejam construídos numa perspectiva dinâmica de integração e de saber transferir conhecimento para cada contexto e para cada momento e situação específicos, o que faz do ensino clínico um tempo de excelência *“onde trabalho e formação se constituem como vertentes indissociáveis da acção individual e colectiva”* (Abreu, 2001; 2007).

A relevância de um modelo profissionalizante assente na prática e à qual se associa uma forte componente de reflexão, a partir de situações reais, é fundamental pois, de acordo com Alarcão (1993), este deve ser visto como uma relação dialógica em que teoria e prática se informam uma à outra.

Ao pensar na importância e valorização atribuídas ao processo formativo do aluno em ensino clínico surgem algumas questões, entre elas: como se aprende em contexto de prática clínica? Que significado tem o contexto da prática para o processo de aprendizagem? Os períodos de prática clínica estarão a equacionar nos seus planeamentos os mais recentes conhecimentos sobre a aprendizagem prática? Como se articulam com as estratégias de implementação curriculares, na formação em enfermagem, actuais? Quais os contributos dos autores sobre o tema?

São estas as questões que vão orientar a análise e fundamentação que se apresenta no próximo sub-capítulo, embora tendo presente que o leque de investigadores que se têm debruçado sobre a formação de profissionais em estreita ligação com a prática é vasto salientam-se, alguns dos que pelas estratégias formativas ou modelos de desenvolvimento e aprendizagem propostos parecem contribuir para a compreensão do que ocorre com os estudantes em aprendizagem clínica inicial, tal como no estudo que propomos realizar.

3.2 – APRENDER PELA/NA PRÁTICA: CONTRIBUTOS

Para compreender esta problemática procede-se à revisão de algumas abordagens teóricas como as desenvolvidas por Urie Bronfenbrenner, David Kolb, David Ausubel e Donad Schön como significativas para conjuntamente darem corpo ao quadro de referências que, de modo mais pertinente, sustentam o processo de aprendizagem desenvolvido pelos estudantes em contexto clínico.

A reflexão na aprendizagem pela experiência

Donald **Schön**, investigador que desenvolveu alguns estudos sobre a preparação dos profissionais e identificou a necessidade de uma mudança paradigmática no modo como se encara a aprendizagem por ser evidente uma crise de confiança no conhecimento profissional e ainda, porque a preparação desses profissionais não se mostra adequada às exigências da prática. Segundo o autor esta situação acontece porque os *curricula* são normativos, há uma hierarquia de conhecimentos em que o “*básico, teórico, proposicional, declarativo*” tem um lugar de privilégio e a “*capacidade de resolver os problemas profissionais assenta na selecção das técnicas que melhor se adaptam a uma determinada situação*” (Schön, 1992; Alarcão, 1996: 22). Os pressupostos de formação segundo aqueles *curricula* “*(...) assentavam nas supostas certeza, estabilidade e homogeneidade das situações, características que as definiam como bem determinadas, simples e semelhantes e, como tal, com um alto nível de previsibilidade*” (Sá-Chaves, 2000: 165).

Ainda Schön (1992) parte de algumas premissas sobre a actividade profissional referindo-a como a competência pela qual os práticos são capazes de manejar as zonas indeterminadas da prática independentemente de outra competência que se pode relacionar com a racionalidade técnica. Neste sentido Alarcão (1996: 13) refere que esta é uma “*(...) actuação inteligente e flexível, situada e reactiva, produto de uma mistura integrada da ciência, técnica e arte, caracterizada por uma sensibilidade de artista aos índices manifestos ou implícitos ... é um saber-fazer sólido, teórico e prático, inteligente e criativo que permite ao profissional agir em contextos instáveis, indeterminados e complexos ...*”

Partindo destes conceitos questiona-se o modo como um profissional dotado desta competência se forma, Schön (1992, 2000), investiga a partir da observação da actividade num atelier de arquitectura que analisa em vários elementos: i) o desenho como forma de arte; ii) tarefas fundamentais e características específicas de um atelier de desenho; iii) diálogo entre

estudante e tutor; iv) as formas desse diálogo; v) o tutor e os estudantes como práticos; vi) a arte da tutoria e; vii) obstáculos na aprendizagem. Conclui que o ensino da ciência aplicada só é válido quando combinado com uma prática realizada em ambientes de formação profissional prática que integrem reflexão na acção que se realiza. Deste modo tornam-se fonte de conhecimentos, que se geram na própria acção (Schön, 2000; Alarcão, 1996).

No modelo de aprendizagem que Schön (1992: 35) desenvolve, surgem conceitos como o **conhecimento na acção** (*knowing-in-action*), isto é, “os tipos de conhecimento que revelamos nas nossas acções inteligentes quer sejam observáveis do exterior ou se trate de operações privadas (...) revelamo-lo através da nossa execução espontânea e hábil e paradoxalmente não somos capazes de o explicitar verbalmente (...)”¹¹, é demonstrável na acção, implica a mobilização de conhecimentos de forma espontânea e no momento em que a acção decorre, manifesta-se no saber fazer e vai-se transformando em conhecimento tácito.

Desta forma a possibilidade de descrição desse conhecimento surge, quando o estudante se coloca como auto-observador e reflecte sobre a sua acção, e a descrição surge sob a forma de conjecturas, de construções pessoais. Estas têm um carácter estático pois só acontecem posteriormente à acção, são diferidas. A actividade de conhecer tem implícita uma qualidade dinâmica de conhecer na acção, pois sempre que se passa a ter capacidade de a descrever converte-se em conhecimento na acção, segundo Alarcão (1996).

Outro dos conceitos que o autor desenvolve (como fundamento da sua teoria) é a **reflexão na e sobre a acção**. A reflexão sobre a acção (*reflection-on-action*) acontece quando se retoma o pensamento sobre o que se tem feito para descobrir como o conhecimento na acção pode ter contribuído para um resultado inesperado, o que implica parar para pensar sobre aquela acção. É uma visão sobre o desenvolvido em que o formando é levado a focar-se na acção realizada, distanciando-se depois para ter uma maior abrangência do contexto em que ocorreu enriquecendo assim a própria reflexão. No entanto, a reflexão também pode ocorrer ao longo da acção, no presente. Assim, ocorre em simultâneo, sem interrupções, a acção de pensar serve para reorganizar o que se está a fazer ou a dizer, isto é, reflexão na acção (*reflection-in-action*) como descrito (Schön, 1992; Alarcão, 1996).

A distinção entre conhecimento e reflexão na acção pode ser subtil especialmente em certos processos que ao serem desenvolvidos por “bons práticos” integram a reflexão na acção tranquilamente sem percepção ou evidência exterior que ela está a ocorrer.

A sua importância e destreza é tanto mais significativa, como o autor refere, se sobre ela se exercer a **reflexão sobre a reflexão na acção passada** (*reflection-on reflection-in-action*) que

¹¹ Tradução nossa

pode modelar indirectamente a acção futura, levando ao progresso no desenvolvimento pessoal e à construção de uma forma pessoal de conhecer.

Conforme refere Alarcão (1996: 17), “(...) ajuda a determinar as nossas acções futuras, a compreender futuros problemas ou a descobrir novas soluções”. Ainda, de acordo com Sá-Chaves (2000), é uma meta-reflexão, uma análise em que se utilizam estratégias e instrumentos conceptuais que permitem um aprofundamento conducente à compreensão, reconstrução das próprias práticas e construção da (já referida) “*forma pessoal de conhecer*”.

Todos estes elementos do processo formativo, da aprendizagem que se gera na prática serão valorizados na formação de novos profissionais quando em simultâneo há iniciação por intermédio de um estágio orientado por um formador que, segundo Alarcão (1996: 18), “(...) organiza situações em que o aluno possa praticar e confrontar-se com problemas reais cuja resolução implique reflexão, levantamento e verificação de hipóteses, experiência de ter cometido erros, consciência da necessidade e do valor da ajuda dos outros assim como do aperfeiçoamento constante que tem a sua origem no autoconhecimento operativo”.

Também Fernandes (2006: 309), sobre o desenvolvimento e as aprendizagens dos estudantes de enfermagem em contacto com as situações clínicas, defende que “(...) a aprendizagem crítica faz-se reflectindo a acção in acto ou à reflexão pós facto pensando quer os aspectos do processo, quer os do conteúdo da experiência.” A aprendizagem de esquemas de acção deixa de ser relevante se não for acompanhada de reflexão sobre o conteúdo e o processo da acção tanto durante a realização da actividade quer posteriormente para que o estudante, em detalhe, a compreenda e obtenha respostas sobre o que aprendeu e o que falta aprender (Abreu, 2001; Fernandes, 2006).

Neste período de aprendizagem, que Schön denomina de *praticum*¹², os estudantes deparam-se com um contexto que se aproxima do mundo da prática, aprendem a fazer, fazendo, sem total responsabilidade, numa combinação do fazer e das interacções com os tutores e colegas, num processo mais difuso de aprendizagem experiencial e reflexão. Assim, são elementos fundamentais desta aprendizagem o fazer e o desenvolvimento da sensibilidade criativa, mas sem excluir a aprendizagem de conceitos fundamentais, regras, teorias e factos em que frequentemente o tutor tem de envolver o estudante. Neste sentido o formador pode ter de se socorrer de vários meios para, por um lado, ter o papel de facilitador da aprendizagem mas por outro ter de lhe transmitir informações, demonstrar, discutir ou exemplificar o que exige conseguir articular um ensino mais expositivo com momentos de análise e reflexão. Para este

¹² O conceito de *praticum* também é usado por Zeichner (1993: 53) considerando-o num sentido genérico e relativamente à formação de professores “(...) todos os tipos de observação e práticas de ensino num programa de formação inicial (...): experiências de terreno que precedem o estágio, experiências de ligação à prática no âmbito das disciplinas ou módulos específicos e experiências educacionais dos alunos-mestres (...)”.

desempenho Alarcão (1996: 19-20) identifica como estratégias formativas: “(...) a *experimentação em conjunto, a demonstração acompanhada de reflexão e a experiência e análise de situações homológicas*”¹³.

De acordo com Sá-Chaves (2002:166) o supervisor ao lidar com as situações (problemáticas, ambíguas, instáveis e incertas) “*com soluções tácitas que estabelece no próprio acto*” e num “*exercício dialogante com a situação, com os materiais e consigo mesmo*” deixando-se acompanhar pelo estudante permite que também “*este dialogue, questione e reflecta*”. Daí entendermos que no âmbito dos cuidados de saúde quando se refere, exercício dialogante com a situação, esta terá de ser assumida numa visão ampla onde se engloba também a pessoa alvo de cuidados, o que por si só confere um maior significado a esta forma de aprendizagem.

Esta é uma das funções que, na opinião de Abreu (2007: 220), poderá ter de ser assumida pelo supervisor considerando que o contacto do estudante com aquela pessoa pode por vezes ser “*muito difícil e problemático*” tanto pela natureza dos seus problemas clínicos como pela deficiente preparação do estudante para a esfera clínica ou para enfrentar algumas situações pontuais e nessas “*(...) circunstâncias e, porque não existem aprendizagens significativas anteriores, pode colocar-se a hipótese de não existir de facto aprendizagem, ou esta ser mesmo negativa.*”

Esta estratégia de diálogo será mais significativa se for mediada pela verbalização intencional e interpessoal como reflexão conjunta na procura da solução e facilitando, assim, a compreensão do estudante pela exigência de ser verbalmente expressa. O supervisor desconstrói pelo discurso justificativo aquilo que é a sua compreensão de cada tomada de decisão que a situação lhe exige.

Este é o processo de descoberta guiada que tem a orientação e o questionamento oportuno, em cada momento, de modo a provocar no estudante dúvidas e também a curiosidade e a motivação para partir à descoberta da(s) resposta(s). Segundo Sá-Chaves (2002: 167), o referido método leva o estudante a descobrir, a procurar, sendo este resultado mais uma vez partilhado e analisado conjuntamente pelo supervisor e supervisor permitindo que surjam novas hipóteses explicativas que “*(...) lhe facilitam a reestruturação do seu quadro conceptual e lhe tornam as estruturas cognitivas mais abertas, mais flexíveis e mais capacidades para jogar outros papéis e ensaiar novas funções*”. Também, Schön (2000), evidenciou como alguns paradigmas, mais tradicionais e alicerçados numa formação mais tecnicista e instrumental em termos formativos, poderiam e deveriam ser questionados pois as situações da prática profissional são caracteristicamente incertas, ambíguas, imprevisíveis, instáveis, complexas e

¹³ Estratégias formativas já apresentadas no capítulo 2 – O processo supervisor e seus actores, em **Estratégias Supervisivas**.

nem sempre bem determinadas. Deste modo tornou visível a importância da dúvida e do questionamento quanto à justificação e à compreensão das situações da prática profissional.

Aprendizagem numa perspectiva ecológica

Considerando aprendizagem e desenvolvimento como duas variáveis que se influenciam mutuamente e que não se podem desligar, percebe-se a influência do desenvolvimento dos sujeitos no seu processo de aprendizagem. Assim, para a compreensão deste processo é central analisar a pessoa vendo-a numa constante interacção com o meio que a envolve e onde se insere, tendo presente que este está, também, em permanente transformação. Perante esta visão exige-se ao modelo de análise flexibilidade e dinamismo.

Um dos contributos importantes para a compreensão abrangente do desenvolvimento e comportamento humano surge com a teoria ecológica de **Urie Bronfenbrenner**, entretanto ampliada pelo próprio autor a partir dos trabalhos que desenvolve e onde identifica a necessidade de algumas transformações dando origem ao modelo bioecológico de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner e Morris, 1999).

O autor apresenta uma perspectiva teórica em que, o desenvolvimento do ser humano acontece na interacção directa ou indirecta com o meio ambiente onde ocorre, sendo esta situação identificada por outros investigadores tais como Kolb (1984) quando considera que a aprendizagem envolve transacções entre a pessoa e o ambiente. Contudo, Bronfenbrenner (2002:5), defende tratar-se de uma nova perspectiva pela sua concepção de pessoa em desenvolvimento, do ambiente e fundamentalmente da interacção entre ambos em que se verifica uma transformação recíproca. Assim, o autor vê o desenvolvimento “(...) *como uma mudança duradoura na maneira pela qual uma pessoa percebe e lida com o seu ambiente*”. Tem como principal inovação as concepções de pessoa, de ambiente, das interacções estabelecidas entre ambos e da visão alargada do um ambiente ecológico em que a pessoa está inserida.

Esta teoria assenta num conjunto de conceitos, dos quais é estruturante a definição que apresenta de ecologia do desenvolvimento humano em que a **pessoa em desenvolvimento** é vista como “*uma entidade em crescimento, dinâmica, que progressivamente penetra no meio em que reside e o reestrutura*”, em que há interacção entre esta e o ambiente “*caracterizada por reciprocidade*” e exigindo “*um processo de acomodação mútua*”. O meio é percebido como relevante para os processos de desenvolvimento não se limitando a um ambiente único, “(...)

inclui as interconexões entre esses ambientes, assim como as influências externas oriundas de meios mais amplos” (Bronfenbrenner, 2002: 18).

Também Alarcão e Sá-Chaves (1994), referem que este conceito mais vasto de ambiente ecológico, que é representado como um conjunto de estruturas concêntricas, uma organização de encaixe em que os círculos se encaixam uns nos outros, assume na perspectiva das autoras uma importância capital.

O autor (Bronfenbrenner, 2002) diferencia entre um contexto mais próximo onde a pessoa, numa relação directa, vive ou experiencia actividades e papéis e, contextos menos imediatos que sem implicarem a participação activa do indivíduo, afectam ou são afectados por essa participação, subentendendo uma interacção entre os contextos individual e social.

Os níveis estruturais que constituem o ambiente ecológico incluem os espaços mais próximos do indivíduo, designado por microsistema sendo as interacções entre estes e os espaços sociais mais vastos onde também se incluem valores, crenças, estilos de vida e ideologias de determinadas culturas ou subculturas, denominado por mesosistema, o exosistema e o macrosistema (Alarcão e Sá-Chaves, 1994; Abreu, 2007).

Um **microsistema** é “(...) *um padrão de actividades, papéis e relações interpessoais experienciados pela pessoa em desenvolvimento num dado ambiente com características físicas e materiais específicas*” (Bronfenbrenner, 2002: 18). Este é o espaço onde se estabelecem interacções face a face, é ao nível deste microsistema que o termo experienciado ganha sentido pois, as características relevantes de qualquer contexto incluem as suas propriedades objectivas mas também segundo Oliveira-Formosinho (2002), o modo pelo qual essas propriedades são percebidas, a importância que delas constroem as pessoas naquele ambiente. Nas palavras do próprio autor o experienciado indica portanto o que é objectivo e materializável no meio ambiente mas também o modo como a pessoa, em contexto, o percebe. Urie Bronfenbrenner (2002: 19), dá ênfase a esta perspectiva referindo que poucas “(...) *influências externas que afectam significativamente o comportamento e o desenvolvimento humanos podem ser descritas unicamente em termos de condições físicas e eventos objectivos; os aspectos do meio ambiente mais importantes na forma do crescimento psicológico são, de forma esmagadora, aqueles que têm significado para a pessoa numa dada situação*”. Deste modo os contextos como a casa, o trabalho, a escola, a igreja, colegas e amigos serão considerados a nível de microsistema. Os aspectos do meio ambiente que numa determinada situação têm significado para a pessoa são os mais importantes no seu crescimento psicológico, na perspectiva daquele autor.

Cada um dos contextos referidos não é fechado, há comunicação entre eles, há inter-relações onde as pessoas participam activamente, trata-se de um sistema de microsistemas o que

Bronfenbrenner (2002: 21) define como **mesosistema**, e exemplifica-o com as relações entre a família, a escola e o grupo de amigos que ocorrem com uma criança. A sua dimensão é mutável pois amplia-se cada vez que “ *a pessoa em desenvolvimento entra num novo sistema*”.

Deste modo, os contextos menos imediatos, isto é, que não implicam uma participação activa do sujeito mas onde ocorrem situações que afectam ou são afectadas pelo que acontece no micro e no mesosistema, surgem na representação estrutural concêntrica nos níveis mais afastados como o exosistema e o macrosistema.

Assim, o **exosistema** situa-se, por exemplo, ao nível dos amigos da família, dos meios de comunicação social, dos serviços de saúde, do conselho directivo da escola, sendo estes os contextos que apenas afectam o indivíduo de forma indirecta.

O **macrosistema** de acordo com Bronfenbrenner (2002: 21), é referente “(...) *a consistências, na forma e conteúdo de sistemas de ordem inferior (micro, meso e exo) que existem ou poderiam existir, no nível da subcultura como um todo, juntamente com qualquer sistema de crença ou ideologia subjacente a essas consistências*”. Neste sentido difere dos anteriores pois não se refere a contextos específicos mas a aspectos genéricos, eventualmente culturais, que afectam o que acontece nos níveis inferiores mais concretos, por exemplo, o sistema político, as ideologias, a religião com que o indivíduo contacta.

Embora as interacções mais directas aconteçam ao nível do microsistema, (Alarcão e Sá-Chaves (1994: 208) defendem que, o desenvolvimento está dependente em muito maior escala de contextos que o ultrapassam “(...) *e se situam em estruturas sociais e institucionais mais abrangentes, ao mesmo tempo que dependem das interrelações que entre os vários contextos se estabelecem*”. Aquele que confere movimento a todos os outros sistemas e mesmo ao próprio sujeito é o macrosistema, em permanente evolução, movimentando-se, modificando-se e assim exercendo uma maior influência. Deste modo o processo de desenvolvimento individual é visto por Portugal (1992), como ocorrendo no seio de um sistema ecológico dinâmico.

Mais tarde, e pelos estudos desenvolvidos, Bronfenbrenner redefine as preposições teóricas e engloba no seu modelo outro elemento pela utilização do conceito de cronossistema como compreendendo a dimensão do **tempo**, pela mudança ou consistência ao longo do tempo nas características da pessoa, do sistema ou do ambiente em que vive. O termo desenvolvimento, conforme Bronfenbrenner e Morris (1999: 25-26), refere-se à “*stability and change in the biopsychological characteristics of human beings over the life course and across generations*”.

Esta dimensão tempo assume as transições e a sucessão de mudanças significativas na história de vida do indivíduo.

Identificam, assim, no processo de desenvolvimento humano quatro núcleos inter-relacionados: **pessoa, processo, contexto e tempo**. Sendo que este último compreende às categorias de; i) macrotempo como aquele que é inerente à sociedade na sua aceção mais ampla, às mudanças socioculturais e aos acontecimentos e expectativas mais recentes; ii) mesotempo visto como longos períodos e; iii) o microtempo referente às continuidades e descontinuidades nos períodos mais recentes (Abreu, 2008).

Bronfenbrenner e Morris (1999: 28), salientam que a revalorização atribuída no *Process- Person-Context-Time model* ao conceito de processos proximais e às características da pessoa que surgem neste modelo tanto como um produto indirecto como um produto do desenvolvimento, referindo “(...) *characteristics of the person actually appear twice in the bioecological model – first as one of the four elements influencing the “form, power, content, and direction of the proximal process” and then again as “developmental outcomes”, that is, qualities of the developing person that emerge at a later point in time as the result of the joint, interactive, mutually reinforcing effects of the four principal antecedent components of the model*”.

Nesta perspectiva o desenvolvimento tem lugar através de processos de interacção recíproca cada vez mais complexos entre o ser humano activo e em desenvolvimento e as pessoas, objectos e símbolos no seu ambiente externo imediato. Para que a interacção seja efectiva terá de ocorrer de forma regular durante longos períodos de tempo, o que o autor designa por processos proximais (Bronfenbrenner & Morris, 1999).

O fenómeno geral de movimento através do espaço ecológico acontece por **transições ecológicas**. Estas são segundo Bronfenbrenner (2002: 22), simultaneamente um produto e um produtor dos processos de desenvolvimento e, acontecem sempre “(...) *que a posição da pessoa no meio ambiente ecológico é alterada em resultado de uma mudança de papel, ambiente ou ambas*”.

Sequencialmente as transições são uma função conjunta de mudanças biológicas e circunstâncias alteradas no meio ambiente podendo ocorrer em qualquer um dos níveis sistémicos afectando normalmente mais do que um. Assim, durante todo o período de vida ocorrem transições ecológicas, sendo estas tanto uma consequência quanto factor promotor de processos de desenvolvimento.

As transições ecológicas são exemplos, por excelência, do processo de mútua acomodação entre o organismo e aquilo que o envolve, pois o desenvolvimento não ocorre no vazio, está sempre enquadrado e expressa-se num comportamento num determinado contexto ambiental. Igualmente, uma transição ecológica, é o foco principal da ecologia do desenvolvimento humano.

A entrada do indivíduo em diferentes contextos ocasiona o desempenho de novas actividades, o ter de assumir novos papéis e o estabelecimento de relações interpessoais ou a reestruturação das já existentes, o que irá condicionar uma capacidade crescente representando assim, a expressão do desenvolvimento nesta perspectiva ecológica (Alarcão e Sá-Chaves, 1994; Portugal, 1992; Oliveira-Formosinho, 2002).

Na continuidade do defendido por estes autores o estudante de enfermagem no início da sua formação em contexto clínico sofre uma transição ecológica, pois a própria entrada num serviço de saúde onde vai desenvolver actividades de prestação de cuidados, onde os seus papéis e interacções sofrem modificações é uma transição ecológica, o que se espera, segundo Oliveira-Formosinho (2002) e Abreu (2007) é que as práticas apoiem essa transição.

Subjacente a esta teoria está o conceito de **desenvolvimento humano** que Bronfenbrenner (2002: 23) define como “(...) o processo através do qual a pessoa desenvolvendo adquire uma concepção mais ampliada, diferenciada e válida do meio ambiente ecológico, e se torna mais motivada e mais capaz de se envolver em actividades que revelam suas propriedades, sustentam ou reestruturam aquele ambiente em níveis de complexidade semelhante ou maior de forma e conteúdo.” Assim, o desenvolvimento acontece simultaneamente ao nível da percepção e ao nível da acção contudo a modificação no comportamento do sujeito não pode ser momentânea ou situacional ela tem de persistir e evoluir ao longo do espaço e do tempo.

O reconhecimento, desta persistência dos comportamentos no tempo, da importância da pessoa em desenvolvimento e de outras pessoas presentes no contexto, é reforçado, de acordo com Portugal (1992), quando o autor detalha em pormenor as **actividades molares** como elementos do microsistema e as apresenta como indicadores do grau e natureza do crescimento psicológico, constituindo o principal veículo para a influência directa do meio ambiente sobre a pessoa em desenvolvimento.

Uma actividade molar é “(...) um comportamento continuado que possui um momento próprio e é percebido como tendo significado ou intenção pelos participantes do ambiente” (Bronfenbrenner, 2002: 37). Nestas actividades apenas aquelas que têm comportamentos contínuos, que apresentam movimento e tensão próprias são percebidas como tendo intenção ou significado e, por isso, influenciam o seu desenvolvimento, o que não acontece com actividades moleculares, isto é, que têm comportamentos momentâneos a que o indivíduo não atribui grande significado.

As actividades molares têm múltiplas funções no desenvolvimento humano pois são caracterizadas pela continuidade, pelo impulso próprio que possibilita a persistência no tempo e a resistência à interrupção até que esteja concluída. Ainda, variam em grau e complexidade dos

propósitos que as animam, de acordo com o modo como são percebidas pelo protagonista, a sua dimensão temporal, objectivos e mesmo a extensão serão diferentes, servem igualmente e por vezes simultaneamente como causa, contexto e consequência do crescimento psicológico. A este respeito, Bronfenbrenner (2002: 45) refere-se à “(...) *função da substancial variedade e complexidade estrutural das actividades molares realizadas por outros que se tornam parte do campo psicológico da pessoa, ou por envolvê-la numa participação conjunta ou por atrair a sua atenção*”.

Também as relações interpessoais que envolvem as transições ecológicas são forças importantes no processo de desenvolvimento e sempre que elas existem em ambas as direcções estamos perante a condição mínima e definidora daquilo que Bronfenbrenner (2002), designa por uma **díade**. Este elemento que por si só constitui um contexto crítico para o desenvolvimento, serve como bloco construtor básico do microsistema possibilitando a formação de tríades, tétrades, etc, isto é, estruturas interpessoais de maiores dimensões.

As **relações diádicas** podem assumir formas funcionais diferentes: observacional, de actividade conjunta e primária, todas elas têm como características a reciprocidade, equilíbrio de poder e relação afectiva embora com ênfases diferentes (Bronfenbrenner, 2002; Portugal, 1992; Alarcão e Sá-Chaves, 1994).

Assim, para Bronfenbrenner (2002: 46) “*Uma díade observacional ocorre quando um membro está prestando uma cuidadosa e continuada atenção à actividade do outro, que, por sua vez, pelo menos reconhece o interesse demonstrado pelo outro*”. Nesta relação interpessoal existem condições para a aprendizagem por observação mas ao mesmo tempo pode conduzir a uma evolução da relação tornando-a mais interactiva, interdependente e partilhada, isto é uma **díade de actividade conjunta**, “*aquela em que os dois participantes se percebem como fazendo algo em conjunto*” (Portugal; 1992: 68). As actividades que cada um dos elementos desempenha são em geral complementares, constituindo condições especialmente favoráveis para a aprendizagem motivando-os, simultaneamente, a envolverem-se em padrões de interacção cada vez mais complexos. Deste modo este potencial de desenvolvimento deriva do facto desta díade evidenciar em maior grau algumas propriedades características de todas as díades, nomeadamente reciprocidade e equilíbrio de poder.

Uma **díade primária** é caracterizada, segundo Bronfenbrenner (2002: 48), por continuar “(...) *a existir fenomenologicamente para ambos os participantes mesmo quando eles não estão juntos. Os dois membros aparecem nos pensamentos de cada um, são objectos de fortes sentimentos emocionais e continuam a influenciar o comportamento um do outro mesmo quando separados*”. Acontece quando dois participantes no decurso de actividades conjuntas

desenvolvem uma relação afectiva positiva e durável que favorece o processo de desenvolvimento e esta díade tende a evoluir para uma outra, a díade primária.

Os três tipos de díades podem ocorrer em simultâneo ou separadamente, mas de acordo com Portugal (1992: 71) as “(...) *combinações díadicas terão um impacto no desenvolvimento e na aprendizagem maior do que o de díades limitadas a um único tipo*”.

Todo o conjunto de características do modelo bioecológico explanado é importante para compreender as complexas influências que configuram os processos de aprendizagem e socialização, isto é, perceber como supervisores, estudantes e pessoas cuidadas se relacionam entre si, no contexto de um serviço de saúde durante o ensino clínico, para melhor compreendermos como se processa a complexa teia de influências do desenvolvimento e da aprendizagem. Contudo, Abreu (2007) sustenta que não nos permitem explicar, de um modo consistente, o que acontece com o estudante que desenvolve as suas experiências de aprendizagem em contexto clínico, no que se prende com a transformação das experiências em aprendizagens.

Independentemente desta análise pensamos possível tentar perceber o conjunto de factores que durante o ensino clínico estão em jogo e poderão interferir nas transições do estudante neste período de aprendizagem tendo como *pano de fundo* o modelo bioecológico de desenvolvimento humano.

Na tentativa de obtermos mais dados configuradores desta compreensão teremos de recorrer ao contributo de outros estudiosos destes processos, tais como as que David Ausubel nos apresenta sobre aprendizagens significativas.

Quando a aprendizagem é *significativa*

O desenvolvimento da teoria da aprendizagem significativa aconteceu nos anos 60 e 70 do século XX por parte de David Ausubel sendo posteriormente trabalhada também por Joseph Novak. Segundo esta teoria a aprendizagem envolve a aquisição de novos significados sendo este também o seu resultado final. Segundo Abreu (2007) o seu grande contributo foi transformar o ensino centrado no modelo estímulo - resposta - reforço positivo, para um outro que põe ênfase em aprendizagem significativa – mudança conceptual – constructivismo.

Na sua teoria da assimilação da aprendizagem e da retenção significativas, **Ausubel** (2003), defende que esta aprendizagem envolve a aquisição de novos significados a partir da situação de aprendizagem apresentada, pressupondo por um lado um mecanismo de aprendizagem significativa e por outro a apresentação de material potencialmente significativo para o

formando. A sua teoria assenta fundamentalmente na aprendizagem cognitiva e pressupõe a integração dos conteúdos da aprendizagem numa matriz cognitiva ordenada, no entanto, considera que a aprendizagem pode assumir duas formas fundamentais, a significativa e a mecânica (Abreu, 2007).

Sempre que os conteúdos a serem aprendidos não se conseguem ligar a algo já conhecido, ocorre aprendizagem mecânica, isto é, as novas informações são aprendidas sem interagir com conceitos relevantes existentes na estrutura cognitiva, são memorizados mas em geral esquecidos após a avaliação de acordo com Pellizary *et al* (2002).

Deste modo na aprendizagem por recepção significativa pode identificar-se, de acordo com Ausubel (2003: 1 e 2): i) a representacional, que ocorre quando “(...) o significado dos símbolos arbitrários se equipara aos referentes (objectos, acontecimentos, conceitos) e tem para o aprendiz o significado, seja ele qual for, que os referentes possuem.”; ii) a conceptual, que pode ocorrer por formação ou assimilação de conceitos; iii) a proposicional como aquela que acontece sempre “(...) que surgem novos significados depois de uma tarefa de aprendizagem potencialmente significativa se relacionar e interagir com ideias relevantes existentes na estrutura cognitiva. (...) a tarefa de aprendizagem, ou proposição potencialmente significativa, consiste numa ideia composta (...)” (p.2).

O autor complementa especificando que esta **aprendizagem** pode ser subordinada e subordinante ou combinatória, de acordo com o modo como a nova aprendizagem se relaciona com os elementos preexistentes da estrutura cognitiva.

A **subordinada** acontece quando a estrutura cognitiva tende a organizar-se hierarquicamente de acordo com o nível de abstracção, generalidade e inclusão de ideias. Assim, conceitos e proposições mais significativos ficam subordinados a ideias mais abstractas e inclusivas. Este tipo de aprendizagem pode ocorrer de forma: i) derivativa quando o novo material é entendido como um exemplar específico ou ilustrativo de um conceito ou proposição geral já anteriormente apreendidos; ii) correlativa quando o novo material é “*uma extensão, elaboração, modificação ou qualificação*” dos conceitos e proposições já estabelecidos na estrutura cognitiva; iii) comparativa que pode ser enquadrada no tipo anterior pois ocorre quando o material de aprendizagem tenta aumentar a discriminação entre as novas ideias de instrução e as apreendidas com exposição de semelhanças e diferenças entre elas (Ausubel, 2003: 94).

A **subordinante** ou **combinatória** acontece quando o indivíduo aprende uma nova proposição inclusiva podendo subordinar-lhe ideias pré-existentes. Esta acontece por raciocínio indutivo e na aprendizagem de abstracções de ordem superior. Deste modo a aquisição subordinante verifica-se mais na aprendizagem de conceitos enquanto a combinatória acontece mais na

proposicional. Enquadram-se neste último tipo segundo Pellizary et al (2002) e Ausubel (2003) grande parte das novas generalizações inclusivas e explicativas que os estudantes aprendem. Diferencia-se a aprendizagem significativa da aprendizagem por memorização por esta poder ter uma relação com a estrutura cognitiva mas apenas arbitrária e literal que não resulta na aquisição de novos significados, enquanto na primeira esta relação é não literal e não arbitrária. Contudo Ausubel (2003: 4), refere que em ambas “(...) a reprodução real do material retido também é afectada por factores tais como tendências culturais e de atitude e pelas exigências de situação específicas”.

A aprendizagem significativa é fundamentalmente de recepção e activa pois exige: i) a análise para que se averiguem quais são os aspectos da estrutura cognitiva existente mais relevantes para o novo material potencialmente significativo; ii) apreensão de semelhanças e diferenças e resolução de contradições reais ou aparentes entre conceitos e preposições novos e os já estabelecidos e; iii) a reformulação do material de aprendizagem em termos dos antecedentes intelectuais de carácter subjectivo, conforme Ausubel (2003).

A **aprendizagem mecânica** ocorre quando existe muito pouca ou nenhuma informação prévia na estrutura cognitiva com a qual se possa relacionar, em geral envolve novos conceitos e quando é mecanicamente assimilada integra ou cria novas estruturas cognitivas. Esta é necessária e inevitável no caso de conceitos inteiramente novos, para o formando, contudo pode posteriormente transformar-se em significativa (Ausubel, 2003; Abreu, 2007). É por este motivo que estes autores referem que o factor que mais influencia a aprendizagem do estudante é o nível de conhecimentos que já detém. Assim, e segundo esta perspectiva no caso da formação em contexto clínico é fundamental perceber o que o aluno já sabe, que estruturas cognitivas já integrou, para se recorrer a metodologias de ensino adequadas, isto é, no conceito de Sá-chaves (2000) o *conhecimento dos formandos*.

Igualmente, Ausubel (2003: 10) apresenta como facilitadores da aprendizagem alguns factores considerando as propriedades e o conteúdo substantivo da estrutura de conhecimentos existente no momento como a mais importante, pois reúne “(...) o impacte de todas as experiências de aprendizagem anteriores com relevância para os processos de aprendizagem actuais (...) e resulta numa nova transferência, através da alteração da estrutura cognitiva”.

Assim, poder-se-á facilitar a nova aprendizagem e retenção pelo fortalecimento de aspectos relevantes da estrutura cognitiva pois quando esta é clara, estável e bem organizada, surgem significados precisos e inequívocos com tendência a reter a força de dissociabilidade ou disponibilidade. Deste modo na estrutura cognitiva são destacados como variáveis mais importantes: i) a disponibilidade de ideias ancoradas; ii) a capacidade de discriminação de

semelhanças e diferenças entre as ideias novas e as ancoradas e; iii) a estabilidade e clareza das ideias ancoradas. Daí, para que aconteça uma aprendizagem significativa, é necessário estar reunida a disposição do formando para aprender, que os conteúdos da aprendizagem sejam lógica e psicologicamente significativos para ele e que a sua estrutura cognitiva disponha de um conteúdo mínimo de ideias ancoradas eficiente (Ausubel, 2003; Abreu, 2007).

A frequência da exposição ao material de instrução, isto é à prática, é uma condição considerada por Ausubel (2003: 16), como essencial à aprendizagem e à retenção significativas mas é também a variável de maior influência nestes resultados. Assim, a aprendizagem e a retenção, regra geral, não acontecem na ausência de prática, há uma necessidade básica de frequência para que ela aconteça. O contrário apenas se verifica quando “(...) *o material de estímulo (aprendizagem) é excepcionalmente vivido ou invulgar*”. Também, durante o ensino clínico se estiverem asseguradas experiências de aprendizagem pertinentes e adequadas num ambiente acolhedor de relação supervisiva adequada estarão reunidas condições para que sejam identificadas aprendizagens significativas.

A frequência de prática para a aprendizagem e retenção significativas não são tão significativas quando: i) o intervalo de retenção esperado é muito curto; ii) o material de aprendizagem é simples e de fácil compreensão; iii) o material não exige retenção e; iv) não há intenção de transferibilidade.

Para além das formas de aprendizagem significativa apresentadas, Ausubel (2003) apresenta algumas formas organizacionais e pedagógicas como facilitadoras da transferibilidade de conhecimentos, tais como: i) a **diferenciação progressiva**, entendendo-se que as ideias mais gerais e inclusivas de disciplina devem apresentar-se em primeiro lugar sendo só posteriormente detalhadas em pormenor e especificidade; ii) a **reconciliação integradora**, propondo-se que quando se programa a disciplina sejam também exploradas a existência ou não de relações entre conceitos e proposições com análise das suas diferenças e semelhanças; iii) a **organização sequencial**, em que se deve tirar partido das dependências sequenciais naturais entre as variáveis temáticas de uma disciplina; iv) a **consolidação**, pressupondo que os passos anteriores sejam sempre claros, estáveis e bem organizados nunca se introduz um novo tema sem que se dominem bem os anteriores.

A situação de aprendizagem em ensino clínico parece obedecer ao conjunto de situações que exige um papel mediador da frequência, pois aquele é um período em que os estudantes vão ser confrontados com aprendizagens difíceis, em que se pretende uma retenção prolongada e que é necessário transferibilidade pois a prestação de cuidados nunca é exactamente igual.

Numa análise da sua teoria e do papel da transferência em educação, Ausubel (2003), salienta que: i) nalguns tipos de aprendizagem, como a vocacional, os conhecimentos e as capacidades

se apreendidos originalmente em situações realistas ou semelhantes aos âmbitos onde terá aplicabilidade aquela formação, tornam-se mais facilmente transferíveis; ii) quando se trata de tarefas muito complexas, que de forma directa inicialmente são dificilmente aprendidas, propõe-se que se dominem separadamente as várias componentes dessa tarefa para posteriormente tentar o desempenho no todo; iii) a verbalização de princípios gerais poderá ser importante facilitando a resolução de problemas se ocorrer antes da realização da experiência concreta, ajudando na descoberta de princípios gerais e facilitando a construção de abstrações (isto quando há experiências concretas); iv) nem sempre o ensino de princípios teóricos gerais têm um valor de transferência considerável para a resolução de problemas profissionais práticos. Nas palavras de Ausubel (2003: 176), “(...) o ponto até onde um determinado aprendiz consegue utilizar os conhecimentos teóricos na prática está altamente relacionado com a capacidade do mesmo aplicar estes conhecimentos a situações de resolução de problemas”. Estes parecem ser alguns dos aspectos importantes a equacionar durante o ensino clínico dos estudantes de enfermagem, nomeadamente por parte dos actores responsáveis pelo processo supervisivo, pois a transferibilidade de conhecimentos para a resolução das múltiplas situações de prestação de cuidados por parte do estudante durante esta fase do seu processo de aprendizagem é um aspecto referenciado, ampla e uniformemente.

Aprendizagem entre a formação e a experiência

A aprendizagem pela experiência (teoria desenvolvida por David Kolb), em contexto de prática, é uma das formas de aprendizagem em que os formandos são envolvidos, de forma activa, na utilização de capacidades, habilidades e métodos para aprender, diferentes daqueles que mais tradicionalmente se usam no processo educativo. Socorrendo-se de vários autores Fernandes (2006: 108) conceitua-a como um processo indutivo de aprendizagem que nela implica o sujeito aprendiz “(...) compromete-o com a experiência e exige-lhe a capacidade de a narrar de forma oral ou escrita, de a processar cognitivamente e utilizar esses dados generalizando-os na aplicação.”

Os investigadores que mais se têm destacado no estudo da aprendizagem pela experiência salientam a influência dos trabalhos desenvolvidos por John Dewey. Este terá sido um dos primeiros teóricos a explorar as potencialidades da reflexão e as dinâmicas do pensamento no desenvolvimento das aprendizagens, num processo recursivo em que cada ideia está na origem de outra que se lhe segue continuando também a remeter-se à que lhe deu origem (Fernandes, 2006; Abreu, 2007).

Esta teoria sobre a aprendizagem vai ser refinada por David Kolb com o modelo de **aprendizagem experiencial**, surgindo este como o autor de referência dentro das investigações sobre a aprendizagem que salientam ou se apoiam na importância da dialética entre formação e experiência. Como o próprio Kolb (1984) refere, John Dewey com o seu modelo de aprendizagem, Kurt Lewin pelas investigações de investigação na acção e treino laboratorial e Jean Piaget pelos contributos sobre aprendizagem e desenvolvimento cognitivo foram as principais bases para o desenvolvimento da sua teoria. O autor refere ainda ter recebido contributos substanciais de Carl Jung, Erik Erikson, Carl Rogers, Paulo Freire entre outros.

Analisando os autores que mais o influenciaram identificou as características comuns aos seus modelos de aprendizagem experiencial e que definem a sua natureza considerando que: i) é melhor concebida como um processo não em termos de resultados; ii) é um processo contínuo sustentado na experiência; iii) o processo de aprendizagem exige a resolução de conflitos entre modos dialeticamente opostos de adaptação ao mundo; iv) é um processo holístico de adaptação ao mundo; v) envolve transacções entre a pessoa e o ambiente; vi) é um processo de criação de conhecimento.

Influenciado por estas características Kolb (1984: 38), define o processo de aprendizagem a partir da perspectiva experiencial como “(...) *is the process whereby knowledge is created through the transformation of experience*” põe ênfase: no processo de adaptação e aprendizagem em que o conhecimento sofre um processo de transformação, continuamente criado e recriado não uma entidade independente que é adquirida ou transmitida. A aprendizagem é, assim, transformadora da experiência tanto na sua forma objectiva como subjectiva, só sendo compreendida quando se compreende a natureza do conhecimento e vice-versa.

O modelo de aprendizagem pela experiência desenvolvido pode ser representado num ciclo de quatro etapas onde se identificam experiência concreta, observação reflexiva, conceptualização abstracta e experimentação activa como modos adaptativos de aprendizagem. É, pois, nas transacções entre eles e no processo de adaptação que reside a aprendizagem.

O modelo representa duas formas dialeticamente relacionadas de compreender a experiência, a apreensão (experiência concreta) e a compreensão (conceptualização abstracta) e duas formas, também dialecticamente relacionadas, de transformar a experiência, por intenção (observação reflexiva) e por extensão (experimentação activa), (Kolb; Baker e Jensen; 2002).

A base estrutural do modelo é representada por dois eixos que ligam abstracto-concreto na dimensão apreensão e, reflexão-acção na dimensão transformação. A apreensão representa a interiorização da experiência por um lado ligada à interpretação conceptual e às representações

simbólicas, a compreensão, e por outro, a apreensão ligada às experiências tangíveis e imediatas. A transformação inclui dois modos dialecticamente opostos de transformar a experiência uma via de reflexão intencional e outra de manipulação activa por extensão (Kolb, 1984; Kolb, Baker & Jensen, 2002).

Assim, da combinação entre a experiência percebida e a sua transformação resulta o conhecimento, pelo que a individualidade na aprendizagem surge muito ligada ao conceito de estilos de aprendizagem. Estes não são entendidos como traços de personalidade fixos mas como estruturas consideradas como estados adaptativos ou orientações que alcançam estabilidade através de modelos de transacção com o mundo.

O estilo de aprendizagem pessoal é visto a partir das perspectivas dimensionais e dicotómicas que propõe como um ponto único no espaço de aprendizagem abstracto/concreto e reflexivo/activo e cuja posição é determinada pela influência sumativa das transacções referidas. Da análise destas transacções chegou a quatro estilos básicos de aprendizagem que dão origem a outras tantas formas de conhecimento: acomodação, divergência, assimilação e convergência (Kolb, 1984).

A partir da definição dos fundamentos estruturais do processo de aprendizagem, Kolb (1984: 77 e 78) considera que:

- i) o conhecimento **acomodativo** surge através da interiorização por apreensão e transformação por extensão, refere “*the greatest strength of this orientation lies in doing things, in carrying out plans and tasks and getting involved in new experiences*” (Kolb, 1984: 78). São pessoas que tendem a resolver os problemas de um modo intuitivo, por tentativa-erro;
- ii) o **divergente** como resultante da interiorização por apreensão da experiência e transformação por intenção. A ênfase desta orientação está na adaptação pela observação mais que, pela acção. As pessoas com este estilo têm melhores desempenhos em situações que exigem ideias alternativas e implicações, *brainstorming*, por exemplo;
- iii) o **assimilativo** da interiorização da experiência pela compreensão e transformação por intenção. A sua orientação “*is less focused on people and more concerned with ideas and abstract concepts*”;
- iv) o conhecimento **convergente** surge pela interiorização por compreensão e transformação da experiência por extensão. As principais forças desta abordagem residem na resolução de problemas, tomada de decisão e aplicação de ideias na prática. As pessoas com este estilo de aprendizagem são controladas na sua expressão emocional preferindo lidar com tarefas e problemas técnicos do que com problemas sociais e de relação (Kolb, 1984: 77 e 78).

Cada um destes estilos de aprendizagem surgem associados a competências mais dominantes num relativamente aos restantes, as competências de experimentação são prevalentes no estilo de aprendizagem convergente, as de acção mais ligadas ao estilo acomodativo, as de relação e observação são fundamentalmente ligadas ao estilo divergente enquanto as competências de conceptualização são predominantes na aprendizagem assimilativa (Papai, Bombonnais & Chevrier, 1999).

Em 2001, Abreu, numa investigação realizada usando como matriz de análise dos seus dados este modelo de aprendizagem experiencial concluiu, entre outros aspectos, que os estudantes de enfermagem têm um estilo divergente de aprendizagem quando desenvolvem os ensinamentos clínicos no contexto de centro de saúde e um estilo predominantemente acomodativo no contexto hospitalar.

Assim, os locais e as práticas profissionais predominantes favorecem por um lado as aprendizagens no domínio da relação e por outro, as de acção (favorecidas fundamentalmente no contexto hospitalar). O autor concluiu ainda que globalmente os contextos de trabalho não favorecem o desenvolvimento de competências de conceptualização, sendo este aspecto percebido e evidenciado também pelos sujeitos em investigação.

O desenvolvimento ou não desenvolvimento de determinadas competências no aluno está dependente da forma como interioriza e transforma a experiência. Também, Abreu (2007:108), ao abordar este assunto refere que o contexto sociocultural influencia a forma como o aluno pode ou não desenvolver estas competências e *“factores como culturas locais ou estrutura do conhecimento de uma disciplina condicionariam, objectivamente, a socialização e os fenómenos de aprendizagem”*.

O processo de aprendizagem é cíclico e não tem obrigatoriamente que seguir a sequência indicada no diagrama (proposto por Kolb) pois os próprios tempos e organização do circuito estão associados ao modelo de aprendizagem privilegiado pelo indivíduo e àquilo que o contexto proporciona e estimula.

3.3 – APRENDER NO PRIMEIRO ENSINO CLÍNICO

Depois da análise nos pontos anteriores sobre a aprendizagem em contexto de prática aquilo que é específico do primeiro ensino clínico, o objecto de estudo da presente investigação, ainda não foi abordado. Embora nos últimos anos tenham surgido alguns trabalhos académicos (Braga, 2007; Ferreira, 2008) centrados na temática do primeiro ensino clínico, a sua compreensão a partir das fontes documentais existentes ainda não é uma tarefa simples. Assim, neste capítulo, pretende-se reunir contributos que ajudem na compreensão do que caracteriza o processo de aprendizagem do estudante no primeiro ensino clínico. Como constrói conhecimento? O que diferencia esta etapa formativa dos restantes ensinos clínicos em contextos de saúde similares?

As investigações desenvolvidas em Portugal tendo como problemática o ensino clínico dos estudantes de enfermagem, pela relevância da informação e múltiplas questões que delas emergiu, permitiu repensar-se os processos de formação. Embora estas pesquisas raramente se centrem no primeiro ensino clínico muitos dos seus contributos permitiram também compreender, melhor, como se opera esta transição no processo de aprendizagem do estudante. De alguns destes contributos apresenta-se uma breve síntese.

Em 1999, D' Espiney questionou a articulação entre a via simbólica e a via experiencial na formação de enfermeiros dada a diversidade de concepções, práticas e modalidades de organização dos estágios de formação inicial. Concluiu que dificilmente se pode considerar que estamos perante um estágio orientado no sentido do *“aprender a aprender pela experiência”*. Ainda refere ter de haver uma atenção especial com a formação inicial pois aprender a cuidar de outros não se esgota nos procedimentos e no contacto com o máximo de situações possíveis é necessário desenvolver competências de *“aprender a duvidar e a ter certezas quando estas são fundamentais, a pôr-se em causa, a conhecer os seus limites e capacidades de intervenção e a saber pedir ajuda”* (p.204).

De forma não muito diferente, Leitão (2000) pelo estudo das concepções e práticas de orientação na formação inicial durante o ensino clínico, evidencia que esta formação emerge de um paradigma de formação positivista e desenvolve-se por modelos de formação tradicionais e de racionalidade técnica, com uma dimensão comportamentalista importante. Conclui que os estudantes de acordo com uma filosofia de formação construtivista e humanista têm de ser implicados num trabalho individual e colectivo de teorização da sua experiência sendo também necessário preparar e rentabilizar os períodos de estágio.

Num estudo sobre a construção identitária dos estudantes ao longo do curso Abreu (2001) concluiu que a escola é um poderoso meio de socialização, pois é aí que se desenham os “quadros de inteligibilidade” que estão na base deste processo. O início da construção de representações no primeiro contacto com a profissão, as culturas profissionais e as identidades colectivas permitem que o aluno comece a perceber o significado do trabalho enquanto a significação das práticas de saúde são construídas numa dinâmica cognitiva e avaliativa a partir dos factores materiais, relacionais e simbólicos dos contextos de trabalho.

A supervisão dos estudantes em ensino clínico foi estudada na perspectiva dos estudantes, dos docentes e dos enfermeiros cooperantes por Belo (2003), Fonseca (2006) e Simões (2004) num trabalho em rede, tendo-se concluído que as estratégias de formação estavam muito centradas no saber-fazer, por parte dos enfermeiros, havendo pouca relevância nas actividades de desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, situação que era contrariada pelos docentes. A comunicação entre actores e instituições intervenientes no ensino clínico e uma participação mais activa e valorizada permitiria um maior empenho e desempenho de todos no processo pois, os principais constrangimentos verificam-se na área da relação empática tendo na sua génese o processo de avaliação sumativa.

Já Fernandes, em 2006, investigou o desenvolvimento de competências ao longo dos ensinamentos clínicos na formação inicial tendo verificado que os estudantes tentam, desenvolver dispositivos próprios de formação pela experiência mas que não se regem pelos princípios de flexibilidade, abertura e autonomia sendo para tal orientados e apoiados por um tutor que caracteriza aquela aprendizagem.

Numa investigação sobre o desenvolvimento de competências em ensino clínico, Rua (2009) conclui que este ocorre de forma integradora, combinando sinergeticamente as dimensões cognitiva, atitudinal, comunicacional e técnica, num processo dinâmico, dialéctico e progressivo. Concluiu ainda, que os factores influenciadores do desenvolvimento de competências na matriz do modelo bioecológico de Bronfenbrenner são as características pessoais, os papéis desempenhados, a interpessoalidade, o contacto com a morte e situações de sofrimento, as actividades e os processos proximais, as estratégias supervisivas, as dificuldades, a falta de preparação para a tarefa sentida pelos supervisores, as especificidades e a atmosfera envolvente de cada contexto, a participação multicontextual e o conhecimento intercontextual.

As vivências emocionais nomeadamente a ansiedade no primeiro período em contexto de prática clínica foram estudadas por Braga, em 2007, tendo evidenciado que o processo de supervisão ocasionava diminuição dos níveis de ansiedade no estudante e satisfação global elevada. O doente, a evolução do seu estado de saúde, os processos de interacção com os vários actores em contexto foram elementos com uma influência positiva nos resultados.

Também, Ferreira (2008), realizou um estudo tendo como objecto o primeiro ensino clínico na perspectiva dos estudantes salientando-se como principais conclusões a sua importância formativa pela possibilidade de desenvolverem intervenções, do ensino que lhes foi proporcionado o que foi ao encontro das suas expectativas. Independentemente de aquela ser uma formação marcante a nível académico e pessoal há evidência de constrangimentos no domínio relacional e das vivências emocionais no primeiro confronto com a realização ou observação de cuidados ou outras actividades.

É largamente consensual que os ensinamentos clínicos se constituem como um período importante (para alguns autores o mais importante) no desenvolvimento de competências e capacidades ou mesmo na aquisição e adopção de comportamentos e atitudes profissionais que apenas se podem desenvolver no contacto com a pessoa alvo de cuidados pois a multiplicidade e imprevisibilidade das suas respostas muito dificilmente podem ser simuladas em laboratório (Abreu, 2001; Fernandes, 2006; Carvalho, 2007).

Contextualizando, aquilo que entende por ensino clínico, Abreu (2007) refere que: i) é um período de aprendizagem em que o aluno inicia as suas interações com a profissão, as culturas profissionais e as identidades colectivas; ii) começa a elaborar representações que lhe permitem perceber o significado do trabalho; iii) atribui uma significação às práticas de saúde a partir de uma dinâmica cognitiva e avaliativa definida em contexto, no contacto com um conjunto de factores materiais, relacionais e simbólicos do próprio contexto organizacional.

De acordo com esta abordagem conceptual o ensino clínico é um período de aprendizagem por excelência, com uma dimensão importante de socialização à profissão em que o trabalho em equipa, a compreensão da dinâmica e organização da unidade de cuidados, o planeamento da organização do trabalho, a tomada de decisão, assumir responsabilidades, colaborar e cooperar com outros, partilhar, integrar e transpor conhecimentos com os outros e na prestação de cuidados, a comunicação e o relacionamento interpessoal são algumas das áreas de importante desenvolvimento de competências. Associado a esta aprendizagem o período de prática clínica surge também com uma componente técnico-instrumental importante como refere Fernandes (2006).

As instituições de saúde deparam-se actualmente, de acordo com Abreu (2007), com desafios e exigências crescentes que são determinantes no repensar da formação de novos profissionais e no desenvolvimento dos seus profissionais pelo que, considera que a presença e o trabalho em contexto clínico tem sempre uma componente pesada e de indeterminação. Assim, Abreu (2007:89), propõe alguns pressupostos em que um modelo explicativo sobre a aprendizagem em contexto clínico se deve apoiar na: i) *“complexidade que decorre da natureza das*

experiências de campo”; ii) aprendizagem que se processa de forma matricial, mobilizando “redes” de saberes; iii) aprendizagem desenvolvida de forma holística; iv) formação que exige a mobilização de estratégias de gestão da informação”.

As experiências de prestação de cuidados em contexto clínico exigem a associação das lógicas das pessoas alvo desses cuidados, dos enfermeiros, dos próprios estudantes e dos seus orientadores o que lhes confere, de acordo com Leitão (2000) e Fernandes (2006) uma dimensão de complexidade pela emergência da aprendizagem em simultâneo com o elevado grau de imprevisibilidade que o contexto encerra.

Os planos de acção exigem a mediação entre as componentes cognitiva, de avaliação e emocional para que a experiência seja simultaneamente uma acção reflectida e de construção pessoal. Assim, a aprendizagem não ocorre de forma linear pois está dependente por um lado dos conhecimentos que o estudante detém mas também daquilo que ocorre e/ou consegue perceber no contexto em que a experiência se inscreve, isto é, da avaliação que continuamente vai fazendo sendo tudo isto modelado por uma componente emocional. Assim, ao lidar na prática com os outros, confronta-se também consigo próprio tendo de mobilizar “redes de saberes” para a resolução do problema, podendo concretizar algumas apropriações que irão ajudar a moldar e definir formas ou esquemas de acção.

As situações a exigirem intervenção, com que o estudante é confrontado, pela complexidade já referida fazem com que tenha de lidar e integrar muita informação, situação que frequentemente não está de acordo com a sua formação prévia. Na sua preparação anterior foram-lhe apresentadas, numa tentativa de facilitar e sistematizar a explicação, categorias operatórias que agora muito dificilmente são directamente aplicáveis pois não respeitam a natureza dos objectos de atenção profissional pelo menos em toda a sua globalidade. Isto exige capacidades de gestão do conhecimento que o aluno numa fase inicial não possui pois, para que ela seja bem sucedida, como refere Abreu (2007: 90), é necessário adoptar uma estratégia de “*personalização*”, isto é “*implica a identificação de soluções em cada caso particular.*” Daí que são estruturantes, a ajuda e a participação do orientador na construção destes novos conhecimentos, para o estudante, ajudando-o a conferir-lhe sentido, segundo Fernandes (2006). É esta colaboração em situação de prática que pode transformar uma experiência em aprendizagem.

O conceito é valorizado por Canário (1997: 107), quando refere que “*A transformação que a experiência quase sempre promove nos indivíduos, pode bem ser o resultado de uma “repetição” ou “impregnação” e em termos formativos ter pouco significado. Para que seja formativa “(...) é necessário que exista intencionalidade da parte dos actores na situação de*

trabalho (...) para potencializar formativamente a situação de trabalho, é necessário que a interação com essa situação faça sentido para os que nela estão envolvidos.”

Numa fase inicial durante a formação em contexto de prática há uma tendência para se reproduzirem as acções ou para se preferir uma orientação mais directiva. A este propósito Alarcão e Tavares (2003) referindo-se à formação de professores justificam que estes preferem que lhes digam o que deve ser feito “*pela simples razão de que se sentem fora, perdidos, novatos*”. O que acontece porque: i) nem sempre são detentores dos conhecimentos necessários para tomarem decisões correctas e conseqüentemente fundamentadas; ii) habitualmente não tomam decisões ou pelo menos não têm essa prática interiorizada e; iii) não têm confiança nas decisões próprias, como também referem Hung, Huang & Lin (2010).

A um estudante a iniciar a sua formação mesmo tendo conhecimento falta-lhe de acordo com Alarcão (1996: 29) saber “*relacionar, seleccionar, ajustar, adaptar ao contexto, prever, pôr em acção a sua flexibilidade cognitiva e fazê-lo com rapidez, espontaneamente e sem esforço*” ou mesmo ser capaz de compreender e decidir em que situações e momentos o utilizar. Isto é, o estudante já tem o “*saber declarativo e processual*” mas falta-lhe o “*contextual e estratégico*”.

Daqui se pode inferir a importância a atribuir às dimensões psicológica e emocional do contexto da prática e da atmosfera relacional criada entre formador-formando na relação pedagógica (Alarcão e Tavares, 2003; Abreu, 2007).

O desenvolvimento de uma aprendizagem assim construída pode sustentar-se mais em processo de imitação levando a que rapidamente o aluno crie hábitos de trabalho que têm uma componente mais empírica em detrimento da sustentação científica e de conhecimento. Isto faz com que alguns autores apontem para uma aprendizagem pela prática em contexto, apenas após uma formação teórica, que seja gradual começando pela observação com progressiva integração de actividades de maior complexidade. A evolução faz-se de acordo com as características de personalidade do estudante e o seu nível de desenvolvimento cognitivo e afectivo (Alarcão e Tavares citando Dewey, 2003; Abreu, 2007)

O ensino clínico é, também, um período de início de construção dos laços de identidade profissional, em que começam a esboçar alguns quadros de inteligibilidade que estão na sua base, mas também, a socializarem-se com o ambiente da prestação de cuidados.

A socialização pode ser entendida como um mecanismo explicativo de inúmeras condutas individuais e como uma modelagem das personalidades, de acordo com as características mais estruturantes das culturas consideradas essenciais ao funcionamento social.

Ao analisar a construção das identidades sociais e profissionais, Dubar (1997: 66) problematiza a socialização como incorporação do *habitus*. Sendo este conceito visto na óptica de Bordieu,

como “*sistemas de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, enquanto princípios geradores e organizadores de práticas e de representações*”.

O *habitus* é a estrutura geradora das práticas em conformidade com a sua lógica e exigências excluindo as práticas mais improváveis, estabelecendo-se uma correlação muito estreita entre as probabilidades objectivas e as esperanças subjectivas. Nesta visão os indivíduos, tendo em conta as suas experiências anteriores, afastam qualquer estratégia que lhes parece muito arriscada acabando por só desejarem na prática o que têm hipótese de conseguir tendo em conta o seu passado segundo Dubar (1997).

O autor questiona esta situação de exclusão de qualquer possibilidade de mudança social, identificando que Bordieu foi mais lato na sua análise considerando que os *habitus* para além de cumprirem funções de reprodução também se orientam, objectivamente, para a conservação ou o aumento do património bem como para a manutenção ou a melhoria da posição do grupo. Assim, considera que para se conhecer o *habitus* de um indivíduo tem de se conhecer o daqueles que lhe estão mais próximos e a sua relação com o futuro para além das condições objectivas em que se desenvolveu. Podendo deste modo, “*(...) aprender a mudança mas com a condição de a incluir numa trajectória social característica da linha de descendência ou de um grupo social previamente definido como tal.*” (p.69).

A socialização de acordo com Dubar (1997: 79) constitui uma incorporação dos modos de ser, de sentir, de pensar e agir “*(...) de um grupo, da sua visão do mundo e da sua relação com o futuro, das suas posturas corporais, assim como das suas crenças íntimas*”. O indivíduo socializa-se interiorizando valores, normas e disposições que o tornam socialmente identificável do grupo, no seio do qual se desenvolveu e ao qual pertence ou do grupo onde se quer integrar e que lhe é exterior.

Nesta perspectiva, percebe-se que a socialização nunca é completamente conseguida e também não é total, isto é, nunca está acabada. Há necessidade de uma constante incorporação de saberes específicos (saberes de um novo género) e de papéis directa ou indirectamente enraizados na divisão do trabalho. Dubar (1997: 96) denomina-os como saberes profissionais, que são “*(...) maquinismos conceptuais que têm subjacentes um vocabulário, receitas (ou fórmulas, proposições, procedimentos), um programa formalizado e um verdadeiro ‘universo simbólico’ veiculando uma concepção do mundo mas que, contrariamente aos saberes de base da socialização primária, são definidos e construídos por referência a um campo especializado de actividades e são portanto ‘situados diversamente no interior do universo simbólico’ enquanto globalidade*”.

Este processo de socialização secundária pode acontecer na continuidade com os saberes construídos anteriormente ou pode constituir uma ruptura em relação à socialização primária. Contudo o desafio deste processo de transformação identitária está na articulação duradoura “(...) à volta de uma estrutura do tipo ‘antigamente pensava ... agora sei’.” (Cf. Ibidem: 97)

O período de ensino clínico constituirá uma etapa de socialização secundária onde é necessário assegurar a existência de um aparelho de formação que permita a transformação das identidades dos actores num sentido que vai além da reprodução ou adaptação das identidades anteriores permitindo o envolvimento na criação de novas regras e novos modelos relacionais.

Também, Perrenoud (2001: 163) numa abordagem sobre a formação de professores refere que o *habitus* é formado pelos modos de socialização mas, questiona sobre o modo como conceber uma formação deliberada do *habitus* profissional. Estes mecanismos de formação existem formando-o e transformando-o “(...) com a socialização no interior do meio escolar, durante os estágios na formação inicial e os primeiros anos de prática.”

Durante o tempo de ensino clínico os estudantes apercebem-se da existência de esquemas de trabalho, com estruturas eventualmente diferentes de profissional para profissional mas com uma sequência própria. Estes não se sucedem ao acaso mas repetem-se e explicam-se da mesma maneira em situações comparáveis, são esquemas de acção que ao longo do tempo se poderão transformar em rotinas como refere Perrenoud (2001). Neste âmbito esquemas de acção são definidos, pelo mesmo autor, como “aquilo que, em uma acção, é transferível, generalizável ou diferenciado entre uma situação e outra; (...) aquilo que há de comum nas diversas repetições ou aplicações da mesma acção. (...) onde se devem buscar os conhecimentos-em-acção do sujeito, isto é, os elementos cognitivos que permitem que a acção do sujeito seja operante” (Perrenoud, 2001: 161).

O aluno em formação inicial tenta construir estes esquemas de acção empregando receitas, técnicas, métodos, modelos e com a reflexão sobre a sua experiência e a formação de base que tem, vai construindo (e reconstruindo) saberes procedimentais. Estes manter-se-ão sob a forma de esquemas de acção explícitos, sendo necessário trabalhar para os tornar esquemas legítimos de inteligibilidade própria. Quando se trabalha sobre a sua compreensão dar-se-á a formação de conhecimentos operatórios que irão permitir a conceptualização, a formação de conhecimento através do gesto e de práticas. Deste modo também se poderá alterar as condições da prática e, em simultâneo, favorecer a tomada de consciência do seu funcionamento.

Se os esquemas de acção forem mantidos apenas como explícitos não sendo trabalhados para se transformarem em esquemas de inteligibilidade própria acabam por se extinguir, por falta de

pertinência ou uso, ou transformarem-se em rotinas e ampliem o *habitus* segundo Perrenoud (2001).

Partindo do conjunto de evidências apresentado reconhece-se que o primeiro ensino clínico é um período de grande exigência em termos de trabalho pois os estudantes, salientando os resultados de Hung, Huang & Lin (2010), têm de compreender a existência de limites (os seus e os das pessoas que cuidam) e consolidar o seu pensamento racional e crítico.

PARTE II - A INVESTIGAÇÃO

1 - A PERSPECTIVA METODOLÓGICA

1.1 – A INVESTIGAÇÃO DESENVOLVIDA: OPÇÕES

O ensino da enfermagem e conseqüentemente o processo de aprendizagem dos estudantes, nomeadamente em contexto de prática, tem sido um foco da nossa atenção, de muitas dúvidas e interrogações, isto é, de alguma inquietação pessoal ao longo dos anos de actividade como docente. Esta situação tem sido especialmente vivida no contacto com as situações de formação inicial. O facto de ao longo dos anos profissionalmente lidarmos com: i) a orientação dos estudantes ao iniciarem a sua formação em contexto de saúde; ii) o desenvolvimento do conteúdo programático da unidade curricular do 1º ensino clínico assumindo, assim, as responsabilidades que o órgão competente da Escola onde trabalhamos nos atribuiu; iii) colegas (professores, supervisores de ensino clínico ou equipas de enfermagem) na implementação e articulação desse programa, estão entre as maiores motivações para aprofundar o conhecimento, investigando neste domínio.

Para estes estudantes se, por um lado, estar no ambiente de trabalho e desempenhar actividades “como um profissional” é um desafio com um enorme potencial de motivação pela primeira vez sentido, por outro, e não menos significativo, estão numa situação de aprendizagem e de conseqüente avaliação num contexto que desconhecem mas que sabem ser exigente, desafiador e complexo, percebem que as suas acções podem ter conseqüências no bem estar dos outros, mas também sentem que o ensino clínico lhes vai exigir uma responsabilidade para a qual não sabem se estão preparados. Esta formação em contexto clínico, segundo Abreu (2007), envolve não apenas o desenvolvimento de competências directamente ligadas à prestação de cuidados mas, em simultâneo, exige um conjunto de transformações e desenvolvimentos pessoais que se constituem como requisitos base para a prática em contexto clínico.

Com a ideia genérica que tudo isto se reveste de múltiplas particularidades durante o primeiro período de ensino clínico dos estudantes, partimos para o desenvolvimento de uma investigação em que pretendíamos conhecer o que representa ***o primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem.***

A dimensão prática da formação inicial em enfermagem, em concreto o primeiro ensino clínico reveste-se de uma importância singular pois proporciona ao estudante o contacto e a vivência das situações em contexto, permitindo-lhe, potencialmente, desenvolver capacidades nas múltiplas dimensões do saber, consolidar conhecimentos, socializar-se com o papel profissional e adquirir valores próprios da profissão. Por outro lado este, também, é um tempo em que o estudante se pode confrontar com vivências negativas e potencialmente comprometedoras para

o seu percurso formativo. O receio, a insegurança, a ansiedade podem surgir pelo confronto com situações novas e inesperadas, o desconhecido, as experiências iniciais, o contacto com o utente, o ter de trabalhar conjuntamente e sob a orientação de pessoas que não conhece, o medo de errar, a adaptação ao mundo do trabalho, a exigência das tarefas, estão entre as causas dessas situações menos positivas.

Por tudo isto, mas também, porque o contacto com a instituição de saúde hospitalar é apresentado como particularmente marcante da aprendizagem do estudante pois é aí que se contacta com pessoas gravemente doentes, com a angústia e o sofrimento humano, com problemas sociais impensáveis, com a incerteza e a imprevisibilidade, quisemos conhecer o que acontece neste período de formação e, em particular, quando ele ocorre em ambiente hospitalar.

Questionamo-nos sobre o que se passa neste período de aprendizagem: como é preparado; que interações nele se estabelecem; qual a natureza destas relações interpessoais; quais os cenários supervisivos em uso; como o vêem e sentem os vários actores nele implicados; que significado lhe atribuem; o que se pretende com ele; que resultados e qual o seu efectivo impacto. Assim, e tendo como finalidade promover a compreensão de como se pode potenciar a experiência formativa que o primeiro ensino clínico encerra, garantindo “flexibilidade e liberdade” para explorarmos a temática em profundidade formulámos como questão central de investigação: *Que significado tem o primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem?* Esta era uma questão ampla e abrangente que deliberadamente se definiu pois, ao longo do estudo ela ir-se-á focalizando à medida que os conceitos e as representações dos estudantes e dos restantes actores forem surgindo, assim como as relações entre eles (Strauss e Corbin, 2008).

Tentando focalizar e especificar a questão geral em estudo, embora mantendo em aberto a possibilidade de questionamento, sobre o objecto em investigação, especificámos definindo outras questões menos abrangentes:

- Como é vivenciado e que representações são construídas no primeiro ensino clínico do curso de licenciatura, pelo estudante de enfermagem?
- Que recursos mobiliza o estudante na sua aprendizagem durante a primeira experiência formativa em contexto de prática clínica?
- Que papel(eis) desempenham os diferentes actores, envolvidos no processo supervisivo do primeiro ensino clínico?
- Que estratégias formativas são adoptadas pelos diferentes actores no primeiro ensino clínico e que lhe são específicas?

Partindo do pressuposto que os estudantes de enfermagem entendem o seu mundo de formação, em que vivem e trabalham, a partir de significados subjectivos que previamente construíram e que, no decurso das suas experiências de ensino clínico vão desenvolvendo e reconstruindo, formulámos estas questões podendo, assim, obter as suas visões e interpretações analisando-as conjuntamente com as dos seus supervisores construindo ou reafirmando conhecimento sobre o tema em investigação. Os significados poderão ser múltiplos e variados, decorrentes das interações estabelecidas com os restantes actores, do seu passado e do ambiente cultural em que se inserem, o que nos permitirá encontrar uma complexidade de visões sobre o problema em estudo.

Assim, pela natureza desta investigação tentando indicar o seu porquê, de forma a obter respostas às questões formuladas definimos como objectivos:

- Conhecer que vivências e representações são construídas pelo estudante durante o primeiro ensino clínico;
- Analisar as estratégias adoptadas por docentes, enfermeiros e alunos no primeiro ensino clínico para facilitar e potenciar a aprendizagem;
- Analisar a influência dos modelos supervisivos adoptados durante o primeiro ensino clínico no desenvolvimento formativo do estudante.
- Compreender o significado, para o estudante de enfermagem que o primeiro ensino clínico tem no seu percurso formativo.
- Validar e propor linhas orientadoras que potenciem a primeira experiência de ensino clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Para compreendermos esta realidade partimos para a observação directa das situações e dos momentos significativos, privilegiando como local de estudo o contexto das práticas. Este permite observar as acções no seu ambiente natural de ocorrência, pois os comportamentos humanos são significativamente influenciados pelo contexto em que ocorrem (Bogdan e Biklen, 1994). Simultaneamente poderíamos conhecer o como, isto é, os métodos como essa realidade é produzida e os significados que os participantes lhe conferem (Denzin e Lincoln, 2006).

Na construção e definição do objecto de investigação foi, desde uma fase muito precoce, pensada e incluída a organização de uma estratégia metodológica assente no método de pesquisa de terreno. Esta estratégia de algum modo surge imposta pela própria finalidade de investigação.

Ao seleccionar três casos (como explicitaremos mais à frente) referindo-se cada um deles a um grupo de estudantes pertencentes a um plano de estudos de uma escola diferente a realizar ensino clínico num determinado contexto clínico hospitalar, quisemos privilegiar o estudo de

caso usando a observação no período de desenvolvimento do ensino clínico. A opção que passasse por estudar um elevado número de estudantes e vários planos de estudo, pensamos que, metodologicamente, seria menos correcto. Pois, dificilmente conseguiríamos dar resposta às questões em investigação dada a dificuldade em controlar as múltiplas interferências introduzidas por variáveis ligadas a diferentes estruturas curriculares e organizacionais decorrentes da implementação dos vários *curriculuns* e dos vários contextos de saúde onde o ensino clínico poderia decorrer. Pensamos que o trabalho de controlo sobre estas variáveis iria comprometer os objectivos da pesquisa fazendo deslocar as dimensões analíticas mais significativas para dimensões muito amplas e dispersas de onde dificilmente emergiria um conhecimento sustentado.

O ambiente clínico permanece como um recurso essencial e de grande valor na preparação dos estudantes para a realidade da sua acção profissional, no apoio e integração da teoria e prática e na ligação do conhecer o quê com o como da prestação de cuidados (Chan, 2007).

Os serviços hospitalares, como um dos ambientes clínicos mais representativos da formação dos estudantes de enfermagem, representam locais de socialização, contextos de trabalho onde lhes é permitido desenvolver vários tipos de experiências, perceber formas de conceber e organizar o trabalho, formas de intervenção sobre determinadas situações clínicas, de consciencializar valores, normas e regras para agir. Esta forma de socialização facilita a aquisição de um conjunto de modos de agir que designámos por “esquemas de acção”, isto é, em função da singularidade e das respostas à doença que a pessoa apresenta e da especificidade dos serviços de internamento; desta forma surge a implementação de uma tipologia de cuidados de enfermagem que possibilitará a aquisição de um conjunto de qualificações específicas. Nessa socialização o estudante, que durante determinado período de tempo realiza a sua prática clínica num serviço hospitalar, num ambiente de cuidados de saúde definido, capitaliza experiências e adquire conhecimento ímpar em termos formativos.

Como refere Chan (2002, 2007), o ambiente de aprendizagem clínica funciona como uma “sala de aula clínica” em que as propriedades físicas, humanas e interpessoais da instituição a par com o respeito mútuo e a verdade entre formadores e estudantes assumem uma importância singular.

Uma investigação qualitativa

Num estudo em que se tenta compreender o que é o primeiro ensino clínico para o estudante de enfermagem e as suas implicações em termos do seu percurso formativo pensamos que esta compreensão terá de ser *“interpretada não descoberta”*, centrada na relação entre os indivíduos e o seu contexto, valorizando os seus significados, experiências, práticas e pontos de vista (Craig e Smith, 2004: 137).

Um estudo com estas características implica o recurso a metodologias qualitativas, pois independentemente da área científica a estudar o objecto em análise, a própria realidade social em que se inscreve ou mesmo os seus objectivos e finalidade o exigem.

O ensino clínico tendo como uma das suas características fundamentais a dinamicidade e consequentemente a instabilidade, a incerteza, a ambiguidade e a imprevisibilidade não pode ser abordado e analisado com certezas ou com hipóteses previamente definidas, mas à luz de um paradigma que permita *“(…) uma ampla variedade de práticas interpretativas interligadas ...”* na tentativa de melhor conseguir compreender o objecto em investigação (Denzin e Lincoln, 2004: 17).

Estes autores, referindo-se à pesquisa qualitativa, consideram que é *“(…) um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo (...)”* e que o transformam numa *“(…) série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes”* (ibidem: 17). Na presente investigação definimo-la como uma pesquisa de campo pois envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, tentando entender ou interpretar, os fenómenos em termos dos significados que as pessoas lhes conferem. Implica uma partilha densa com pessoas, factos e locais que constituem objectos de pesquisa, extraindo desta partilha os significados visíveis e outros que só são perceptíveis a uma atenção sensível (Chizzotti, 2003: 221).

Para Bogdan e Biklen (1994) esta investigação produz dados qualitativos, ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais e conversas e de complexo tratamento estatístico. Onde as questões são formuladas com o objectivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e se privilegia a compreensão dos comportamentos a partir da perspectiva dos sujeitos da investigação.

O ensino clínico como objecto que nos propusemos compreender, como objecto complexo que é, só pode ser explicado de forma integrada à semelhança da maioria dos fenómenos da realidade. Não é possível estudá-lo de acordo com um modelo de nítidas relações de causa e efeito, nem em dissociação das condições contextuais em que ocorre. Sempre que o investigador está perante um fenómeno complexo, a resolução deve ser procurada na pesquisa

qualitativa planeando “(...) métodos tão abertos que façam justiça á complexidade do objecto em estudo (...) não são reduzidos a variáveis únicas, mas são estudados em sua complexidade e totalidade em seu contexto diário. A meta da pesquisa concentra-se menos em testar o que já é bem conhecido e mais em descobrir o novo e desenvolver teorias empiricamente embasadas (...) avalia-se a validade do estudo com referência ao objeto que está sendo estudado (...)” (Flick, 2004: 21).

Pela finalidade e objectivos do estudo nele têm de: i) ser integradas as perspectivas dos vários actores sobre o ensino clínico; ii) se conhecer as práticas e os conhecimentos dos participantes; iii) se analisar as interacções entre eles; iv) ser descritas no contexto concreto do caso, explicando-as e interpretando-as. Todos estes aspectos só serão enquadráveis numa investigação qualitativa que seja “(...) orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais.” (Flick, 2004: 28).

De acordo com Denzin e Lincoln (2004), três actividades genéricas e interligadas definem o processo de pesquisa qualitativa, sempre enquadráveis numa ontologia, tendo uma epistemologia que especifica um conjunto de questões e uma metodologia para analisar em aspectos específicos.

De acordo com os princípios que regem os pesquisadores qualitativos combinam crenças e fazem alegações sobre o que é o conhecimento, como o identificam, que valores o compõem, como se escreve sobre ele e os processos usados para o estudar, isto é, regem-se por uma ontologia, epistemologia e metodologia próprias. Começam uma investigação com determinadas suposições sobre como vão aprender e o que vão aprender no seu decurso, um “(...) esquema interpretativo, um conjunto básico de crenças que orientam a acção” também denominado por paradigma (Denzin e Lincoln, 2004: 34). Foi no encontrar do paradigma interpretativo em que esta investigação se situava que nos defrontámos com algumas dificuldades pois, conhecer as teorias filosóficas que ajudam a suportar o estudo e as opções metodológicas a tomar constituiu-se como uma árdua tarefa.

Adoptando uma classificação simples proposta por vários autores, embora sempre com pequenos ajustes e diferenciação terminológica, (Flick, 2004; Creswell, 2007), são quatro os principais paradigmas que estruturam a investigação qualitativa: i) positivista e pós-positivista; ii) constructivista-interpretativo; iii) crítico e; iv) feminista pós-estrutural. Cada um deles parte no seu funcionamento de ontologias, epistemologias e metodologias concepcionalmente diferentes. Analisando a finalidade do estudo tornou-se evidente que ele se situava no paradigma constructivista-interpretativo que supõe a existência de realidades múltiplas (ontologia relativista), em que o investigador e o investigado trabalham juntos na criação de

compreensões (epistemologia subjectivista), e usa um conjunto naturalista (isto é, no seu ambiente habitual de ocorrência) de procedimentos metodológicos (Denzin e Lincoln, 2004).

Partimos do pressuposto que os sujeitos em estudo tentam entender o mundo em que vivem onde desenvolvem significados múltiplos e variados (embora subjectivos) para as suas experiências. Foi esse pressuposto que nos conduziu a procurar a complexidade das suas visões. O objectivo da investigação passa por estudar o ensino clínico baseando-nos nas visões que os participantes têm dele, tentando perceber o modo como construíram o significado dessa situação, ouvindo ou observando o que fazem e dizem no seu contexto habitual e quotidiano de trabalho.

Estes significados foram construídos através das relações e interacções com outras pessoas mas também, em larga medida, à luz de normativos históricos e culturais que foram influenciando a vida destes participantes. Para que o investigador compreenda esta construção é fundamental conhecer o contexto ou o ambiente dos participantes visitando-o, observando-o e colhendo informações pessoalmente.

Neste processo, e porque a formação básica de significado é sempre social e acontece a partir da interacção em que o investigador de algum modo está presente, ele reconhece que a sua formação, o seu percurso de vida e experiências próprias poderão moldar a sua interpretação. Contudo, e referenciando Creswell (2007: 26) o seu objectivo “(...) é dar sentido (ou interpretar) aos significados que outras pessoas têm para o mundo. Em lugar de começar com uma teoria (como no pós-positivismo), os pesquisadores geram ou desenvolvem indutivamente (...) um padrão de significado.”

De um ponto de vista interpretativista para que uma determinada acção social seja entendida (ex. o ensino) o investigador deve compreender o significado que constitui essa acção sendo necessário que se interprete de um modo específico o que os actores realizam. Neste processo de compreensão interpretativa o objectivo é compreender como se considera significativa a própria acção e a dos outros e, a “(...) reconstruir a génese dos significados objectivos da acção na comunicação intersubjectiva dos indivíduos no mundo de vida social.” A reconstrução acontece considerando que o significado de uma palavra ou enunciado está dependente do seu contexto de utilização e que os enunciados não são apenas sobre algo pois também compõem um acto de fala, isto é, fazem algo (Denzin e Lincoln, 2006). Estes dois instrumentos conceptuais (indexicalidade e reflexividade) utilizados neste processo de reconstrução são duas noções base através das quais os etnometodologistas compreendem como o mundo intersubjectivo quotidiano, a realidade social, é constituído na interacção e na conversação. É nesta filosofia interpretativa, em que os modos de os actores compreenderem as suas

experiências são relevantes para a sua compreensão científica, que pensamos desenvolver esta investigação. Abordaremos em maior profundidade os fundamentos desta *opção* nas próximas páginas.

Uma Etnometodologia

O estudo de um grupo de estudantes no desenrolar das suas actividades e dos meios que eles utilizam para lhes dar sentido e, em simultâneo, conhecer que significados lhes atribuem, obedece genericamente aos princípios de uma etnometodologia. Denzin e Lincoln (2004) situam o seu aparecimento na fase “modernista”, onde são valorizados, o realismo social, o naturalismo e as etnografias, nos anos do pós-guerra. Surge ligada às ciências humanas onde surgiram outras teorias também interpretativas como a fenomenologia, a teoria crítica, o feminismo.

É uma corrente da sociologia americana que nasceu na década de 60 tendo como seu fundador H. Garfinkel bastante influenciado teoricamente por Parsons, mas também pela fenomenologia de Schütz e Husserl assim como pelo interaccionismo simbólico da “Escola de Chicago”. Garfinkel no desenvolvimento do seu pensamento teórico diverge de Parsons pois considera que na sua teoria de acção não se identificam as formas como os agentes agem mas apenas as motivações que os impelem. Considera, ainda, que os símbolos utilizados na comunicação entre indivíduos não se encontram estabelecidos em regras e normas preexistentes são construídos e produzidos por processos de interpretação e reinventados e adaptados em cada novo encontro. Nesta divergência acaba por se deixar influenciar de um modo mais decisivo pelas outras duas correntes de pensamento (Coulon, 1995).

A etnometodologia desenvolveu-se a partir de um conjunto de conceitos, tradutores de perspectivas epistemológicas e metodológicas, alguns deles apropriados de outras correntes e áreas do conhecimento. Contrariamente ao que a palavra sugere, etnometodologia refere-se ao campo de investigação e não ao método que o pesquisador utiliza (André, 2002).

Gauthier (1998: 64) define etnometodologia simplesmente como “(...) *o estudo das actividades cotidianas de um grupo constituído socialmente*”, concentra-se no sentido de que é necessário analisar como são produzidas, contestadas, aceites e legitimadas as experiências humanas na dinâmica da vida diária, nos seus diferentes contextos de actuação. Estuda os métodos dentro de um grupo determinado, os procedimentos para agir e dizer, descrevendo as regras que regem o como dizer a propósito do que fazem os indivíduos. Isto é, analisa as actividades

quotidianas como métodos, tornando-as actividades racionais e relatáveis, “explicáveis” (Flick, 2004: 36).

O seu principal objectivo é compreender o como, os métodos de produção de uma realidade social e, assim, uma pesquisa etnometodológica tem o seu interesse nas actividades quotidianas mas especialmente na constituição de um contexto de interacção, localmente orientado. Elimina decisões à *priori* pois o que é relevante para os membros na interacção social conhece-se na análise da própria interacção, o foco é a forma como a interacção é organizada e o significado que os actores que interagem no mundo social lhes atribuem, naquele contexto específico (Flick, 2004; Gauthier, 1998).

O perfil teórico da etnometodologia é baseado num conjunto de instrumentos conceptuais (oito segundo os trabalhos de Garfinkel) que se relacionam entre si e que estão implicados no processo de pesquisa contudo, a “*indexicality*”, a reflexividade, as práticas de acção socializadas, a “*accountability*” (descritibilidade, *prestar contas*), a filiação como membro do grupo e a contextualidade são fundamentais para a compreensão dos seus princípios (Flick, 2004; Gauthier, 1998). Os etnométodos são considerados como a totalidade desses oito procedimentos existindo entre eles uma grande complementaridade e solidariedade. A análise das práticas localizadas é fundamental para todo o trabalho etnometodológico, o que exige métodos e técnicas de colheita de dados adequados a este princípio.

As práticas na etnometodologia, isto é a sua realização, tem como preocupação central abordar as actividades em contexto e o raciocínio desenvolvido pelos actores no curso dessas actividades. A realidade social não é um dado pré-existente, é construída na prática do dia a dia pelos actores sociais em interacção, assim, os fenómenos quotidianos estão em constante criação, transformação e extinção, são criados por estes para dar significado às suas acções e permitir uma compreensão das acções empreendidas pelos restantes actores que coexistem com ele no mesmo contexto (Coulon, 1995). A compreensão do mundo social acontece pela linguagem que se utiliza para o fazer compreensível e transmissível, tendo implícito que o significado ou enunciado de uma palavra depende do seu contexto de utilização, isto é, “*indexicality*”. Coulon (1995), Gauthier (1998) e Denzin e Lincoln (2006: 196) referem-na como uma certa “(...) *incompletude natural das expressões que só têm seu sentido ‘completo’ em seu contexto de produção, quando são ‘indexadas’ a uma situação de intercâmbio linguístico*” e, deste modo, se reveste de significado. Assim, situamo-nos nesta investigação, no contexto específico dos serviços de medicina das instituições hospitalares onde o ensino clínico decorre e pontualmente numa sala de aula sempre que os alunos ali se reúnem para uma reunião nele integrada.

Para Coulon (1995) a reflexividade designa a equivalência entre descrever e produzir uma interacção, entre a compreensão e a expressão dessa compreensão. Esta propriedade dos actores permite que eles expressem as significações dos seus actos e dos seus pensamentos, isto é das suas acções sociais, fazendo com que “(...) *os enunciados não são apenas sobre algo, mas também fazem algo; um enunciado compõe, em parte, um acto de fala.*” Para o etnometodólogo compreender essas significações só é possível a partir do próprio processo de reflexividade desenvolvido pelos actores que tem de ser obtido no momento em que é produzido e como tal as fontes de dados devem ser os próprios actores em interacção efectiva (Denzin e Lincoln, 2006: 196).

A “accountability” é a característica que permite aos actores tornarem o mundo visível a partir das suas acções tornando-as compreensíveis e transmissíveis ao dotarem-nas de significado e sentido através das suas descrições/relatos e da sua objectividade.

A filiação como membro de um grupo exige que este indivíduo domine a linguagem comum (da instituição ou do grupo), que compreenda o mundo social em que está inserido pela sua socialização e que interaja no grupo a partir de redes de significação. Um membro é alguém que incorporou “(...) *os etnométodos de um grupo social considerado, exhibe ‘naturalmente’ a competência social que o agrega a esse grupo e lhe permite fazer-se reconhecer e aceitar.*” (Coulon, 1995: 48).

Assim, nesta investigação, e considerando as características da etnometodologia descreveremos “o como” na construção da realidade social que é o primeiro ensino clínico dos estudantes de enfermagem nos vários contextos mas, também, a atribuição subjectiva de significados, o papel das vivências anteriores, influências culturais e/ou outras significativas na construção destas práticas sociais (Flick, 2004). O impacto formativo do primeiro ensino clínico é, deste modo, o resultado das múltiplas interacções no cruzamento com as trajectórias pessoais e formativas, a que só poderemos aceder pelos significados atribuídos pelos sujeitos em estudo.

Estudo de Casos - modos de investigação

Uma investigação fundada nas características da etnometodologia associada aos actores, grupo de estudantes e supervisores em ensino clínico, interagindo no processo de formação no contexto de uma unidade de cuidados hospitalar assume as características de um estudo de caso, segundo Gauthier (2003), pois permite efectuar especificações, reforçar detalhes,

apresentar e explicar particularidades pela vastidão das dimensões identificadas, pela profundidade de análise a desenvolver.

Sempre que o investigador pretende a compreensão de um fenómeno social complexo, tem pouco controlo sobre os acontecimentos que investiga, quer dar respostas a questões do tipo *como* e *porquê* e, o foco da sua investigação se encontra em fenómenos contemporâneos inseridos num contexto de vida real, o estudo de caso representa a estratégia mais adequada a adoptar (Yin, 2005).

Uma investigação, estudo de caso, permite preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real, neste caso, aquilo que de mais importante ocorria naquele período de aprendizagem em contexto clínico permitindo ver este fenómeno de forma integrada em que todas as variáveis que potencialmente podem ser simultânea e conjuntamente equacionadas e analisadas. Pois como referem Coutinho e Chaves (2002) a finalidade da pesquisa é sempre sistémica, ampla e integrada preservando e compreendendo o caso no seu todo e na sua unicidade. É com base nesta característica que se designa por estratégia de investigação, pois é uma “(...) *forma de organizar dados preservando o carácter único do objecto social em estudo*” (Coutinho e Chaves, citando outros autores, 2002: 223).

Numa tentativa de clarificação Yin (2005: 32) sobre a utilização do estudo de caso como uma técnica de colheita de dados ou uma metodologia o autor aponta a sua origem na condução de histórias de vida, no trabalho de sociologia da escola de Chicago e em estudos de circunstâncias pessoais. Considera-o uma estratégia que deve ter um início que passe por uma lógica de planeamento em que o que vai determinar a sua utilização são as circunstâncias e os problemas específicos, sendo indicação prioritária a sua utilização sempre que “*os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos*”.

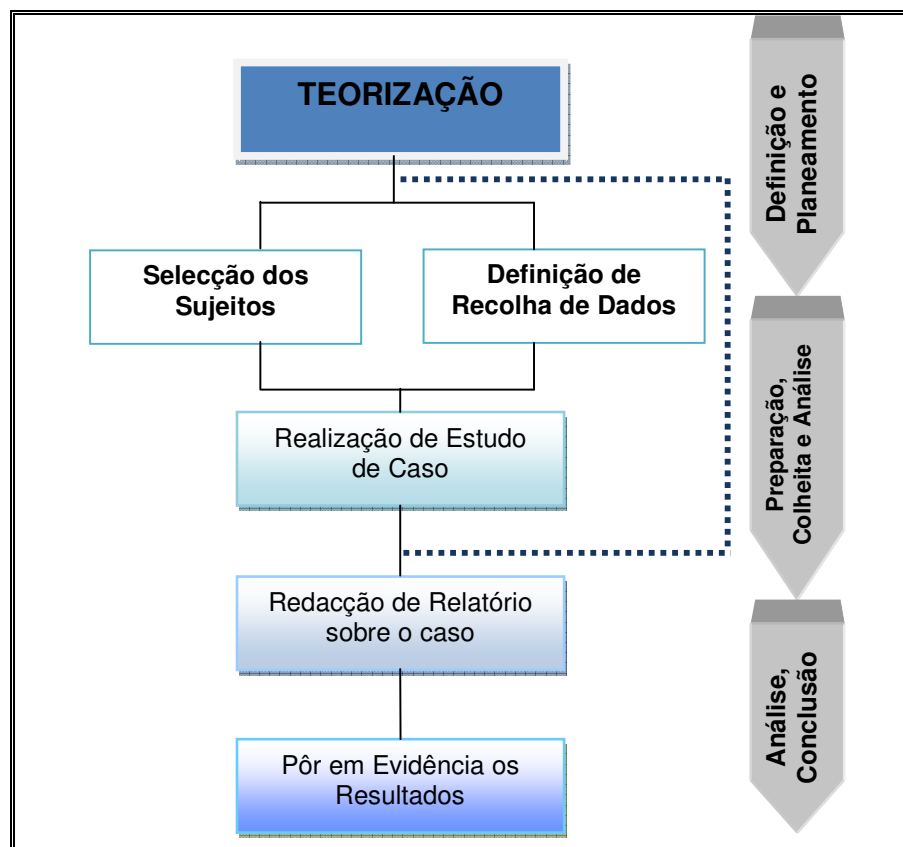
É considerado uma estratégia a equacionar sempre que os acontecimentos a estudar são contemporâneos, não se podem manipular comportamentos relevantes, a observação dos acontecimentos em investigação é directa, e a entrevista dos sujeitos neles envolvidos são as fontes de evidência utilizadas. Tudo isto confere-lhe um poder diferenciador pela sua possibilidade de lidar com uma ampla variedade de evidências. Segundo Yin (2005: 28), a decisão com clara vantagem, por uma estratégia estudo de caso acontece quando se faz “*uma questão do tipo ‘como’ ou ‘por que’ sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos, sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle.*”

Assim, este seria a opção sempre que se considerassem as condições contextuais altamente pertinentes e/ou influentes no fenómeno em estudo, mas também quando se pretenda trabalhar em profundidade contextos restritos pois, permite uma recolha e análise intensiva de

informação. Contudo, e como Bogdan & Biklen (1994) advogam, exige que a unidade em análise esteja bem delimitada e que o período de estudo não seja muito restrito, dada a necessária intensividade de recolha de informação e o contacto directo com as pessoas e situações. Tudo isto pressupõe a presença prolongada do investigador no(s) contexto(s) em estudo, estar pessoalmente implicado ao nível de um estudo aprofundado de casos particulares e abordando o campo a partir do seu interior. Para conseguir a compreensão no campo de investigação vai ter uma participação activa na vida dos sujeitos observados e terá de fazer uma análise em profundidade do tipo introspectivo (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1994; Creswell, 1998).

No estudo de caso há colheita de informação, em pormenor e em grande quantidade, para deste modo abranger a totalidade da situação sendo esta realizada com recurso a diversas técnicas, questionários, entrevistas, observação ou outras, tanto de forma isolada como combinada. Em geral são associados a investigações de natureza qualitativa, naturalística ou interpretativa em que se privilegia “(...) *uma abordagem que permita impregnar-se da essência de uma situação, captar a sua complexidade e interpretar o seu sentido*” (Gauthier, 2003: 146).

Figura 1 – Metodologia de Estudo de Caso, adaptado a partir de Yin (2005)



No percurso da presente investigação pelos objectivos e pela natureza da pesquisa a opção teria de recair no estudo de caso, seguimos a proposta metodológica de Yin (2005) como se apresenta na figura 1 (página anterior).

Considerámos que o primeiro ensino clínico poderia ser melhor compreendido se estudado em contexto e tempo real pela possibilidade de analisar os diversos factores influentes e em interacção. O problema poderia ser estudado em profundidade, a análise da informação (proveniente de fontes e técnicas diversas) foi intensiva e contínua permitindo aprofundamento sempre que o “como” e o “porquê” não estivessem compreendidos e assim poderemos atribuir significados aos dados colhidos transformando-os em informação pertinente.

Assumiu-se que cada caso era constituído pelo grupo de estudantes a realizarem o primeiro ensino clínico no contexto de uma unidade de internamento hospitalar e pelos docentes e enfermeiros que participaram na sua orientação durante aquele período de aprendizagem. Nesta definição atendeu-se aos princípios apresentados por Yin (2005) que considera um problema fundamental definir a unidade de análise de um estudo de caso, isto é, definir o que é um “caso”. Este pode assumir-se como uma única pessoa, um evento, um pequeno grupo, uma comunidade, etc. e, em qualquer destas situações, a clarificar ou decidir o que está incluído e excluído da investigação (Lessard-Hébert, Goyette & Boutin, 1994). Para a realização do estudo definimos cinco componentes que Yin (2005: 42) considera especialmente importantes: i) as questões do estudo; ii) proposições (se existirem); iii) unidades de análise; iv) o que liga os dados às preposições e; v) critérios de interpretação.

À semelhança do que acontece nesta investigação, sempre que o mesmo estudo abrange mais que um caso trata-se de um estudo multicaseos, contudo os projectos de caso único e de casos múltiplos são variantes dentro da mesma estrutura metodológica. Numa abordagem aos estudos de caso na investigação em Tecnologia Educativa, Coutinho e Chaves (2002: 226), (a partir de uma classificação apresentada por Stake em 1995) referem-se a três tipos destes estudos. Segundo esta tipologia este é um caso colectivo, isto é, quando o caso instrumental¹⁴ “(...) se estende a vários casos, para possibilitar, pela comparação, conhecimento mais profundo sobre o fenómeno, população ou condição”.

Globalmente a maioria dos estudo de casos múltiplo é mais forte no que se prende com a qualidade do que uma investigação de caso único, pois detém-se em várias situações assegurando deste modo a descrição do objecto de investigação no seu conjunto (Bogdan e Biklen, 1994; Gauthier, 2003; Yin, 2005).

¹⁴ O caso é instrumental quando funciona como um instrumento para compreender outro ou outros fenómenos. O caso fornece introspecção sobre o assunto, refina uma teoria, proporciona conhecimento sobre algo que não é só o caso em si.

A utilização de casos múltiplos deve seguir uma lógica de replicação em que, cada caso, deve ser escolhido prevendo resultados semelhantes ou produzindo resultados contrastantes. Embora, cada caso deva “(...) servir a um propósito específico dentro do escopo global da investigação”, a selecção de dois ou mais casos pode assumir um carácter mais simples quando se acredita tratar-se de replicações literais em que há conhecimento prévio de resultados e se espera que as condições se repliquem directamente de caso para caso ou uma maior complexidade sempre que se pretende estudar um determinado número e tipo de replicações teóricas ou da criação prévia de hipóteses de tipos diferentes de condições para cada caso (Yin, 2005: 68).

A lógica de replicação adoptada na investigação tinha como pressuposto a obtenção de dados contrastantes pois investigámos três casos em que os estudantes que integravam cada um deles tinham um tempo de preparação escolar prévio ao ensino clínico diferente, sendo objectivo compreender o impacto dessa preparação (Bogdan & Biklen, 1994). Na abordagem de replicação cada estudo de caso “(...) consiste em um estudo 'completo', no qual se procuram evidências convergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o caso; acredita-se assim, que as conclusões de cada caso sejam as informações que necessitam de replicação por outros casos individuais. (Yin, 2005: 71).

Na presente investigação o recurso à estratégia multimétodo decorre da necessidade de compreender situações e vertentes diversas do primeiro ensino clínico dos estudantes de enfermagem e simultaneamente de necessitarmos de validar a informação obtida confrontando os sujeitos em estudo.

De acordo com uma visão positivista uma das questões que se poderá colocar é a da possibilidade de generalização (fundamentalmente estatística) dos resultados obtidos através de estudo de caso. Contudo, este não se apresenta como um obstáculo intransponível pois não há pretensão de generalizar os resultados obtidos com cada um dos casos em estudo mas compreender e comparar a influência de cada contexto com as suas múltiplas e diversas características no objecto em estudo. As formas de validação presentes, de acordo com os critérios apresentados por Yin (2005: 55) e por Polit, Beck & Hungler (2004), para julgar a qualidade dos projectos de pesquisa passam pela:

- Validade de constructo – assenta no estabelecimento de “medidas operacionais correctas para os conceitos que estão sob estudo”, foram conseguidas durante a etapa de colheita de dados pela utilização de várias fontes de evidência e pelo encadeamento que lhes é dado.
- Confiabilidade – assegurada na fase de colheita de dados pela documentação dos processos adoptados. Esta demonstra a consistência dos dados e a estabilidade dos resultados.

- Validade interna – assegurada durante a análise de dados pelo estabelecimento de uma relação causal. Por meio desta são evidenciadas condições que justificam determinados efeitos.
- Validade externa – seria assegurada se os resultados deste estudo fossem generalizáveis a outros contextos ou casos, contudo tal como já se referiu este não será um dos objectivos.

Saliente-se que a validade interna de acordo com Lessard-Hébert, Goyette & Boutin (1994) e Yin (2005) tem baixa adequação num estudo descritivo podendo também ser estendida ao problema de fazer inferências o que nesta investigação não constituiu um problema relevante pois os acontecimentos foram directamente observados. Também sustentam que ao nível dos estudos de caso apenas se pretende generalização analítica o que na fase de projecto foi analisado recorrendo-se à estratégia de casos múltiplo.

1.2 – DO PLANEAMENTO À COLHEITA DE DADOS

A primeira parte do capítulo teve como principal finalidade a justificação do estudo que pretendemos desenvolver bem como o seu enquadramento epistemológico e conceptual mas também a definição das questões e objectivos de investigação. Assim, e partindo do referido impõe-se que se proceda à apresentação do desenho do estudo e de todo o caminho percorrido no trabalho de campo.

Desenho do estudo

A definição do desenho de investigação teve como principal alicerce uma reflexão pessoal sobre as nossas experiências enquanto docente por um lado responsável pela coordenação pedagógica de uma unidade curricular de ensino clínico e por outro como orientador do processo de aprendizagem de estudantes, nesta situação. Também não foram alheias a este processo, as nossas vivências enquanto enfermeira, múltiplas vezes responsável pela orientação de estudantes, assim como discussões conjuntas com colegas, nossos pares, no quotidiano escolar ou nos serviços de saúde. Sentimos, ainda, que num passado pouco remoto, a partilha de muitos momentos e discussões com enfermeiros da prática clínica a assumirem a orientação de estudantes na prestação de cuidados, terá dado um contributo singular nesta definição. Neste conjunto de influências o ano curricular do curso de doutoramento teve um efeito clarificador fazendo com que definíssemos o problema, objectivos e mesmo o desenho metodológico desta investigação.

A primeira questão que se colocava e que exigia uma rápida decisão tinha a ver com a selecção do(s) local(ais) para a realização da colheita de dados para investigação. Sendo nosso objectivo estudar o primeiro ensino clínico, poderíamos partir do pressuposto de que desde que fosse a primeira situação dos estudantes em contexto de prática clínica seria um contexto possível para estudo. Mas pretendíamos ir mais longe e perceber o impacto formativo deste período de aprendizagem e a sua relação com as condições contextuais e a preparação/grau de formação prévio ao EC. Assim, teríamos de encontrar contextos onde existisse uma continuidade temporal de contacto dos estudantes com a prestação de cuidados mas também o seu envolvimento em experiências de prática clínica propícias ao desenvolvimento formativo.

Assim, como esboço do trabalho efectuado poder-se-á apresentar:

- Num primeiro momento, seleccionar três situações correspondentes aos casos a estudar (como mais à frente se apresenta);

- Num segundo momento, realizar períodos de observação coincidentes com os períodos de ensino clínico dos estudantes. Em simultâneo, com as observações, realizar entrevistas com todos os actores envolvidos no ensino clínico, bem como recolha documental caracterizadora do contexto. Todos ocorreram no ano de 2006.
- Durante o ano de 2007, aproximadamente um ano após o período de observação e a realização da primeira experiência em contexto clínico, realizar novas entrevistas com todos os estudantes que tínhamos observado e que obtiveram aprovação.

Figura 2 - Cronograma do Trabalho de Campo

		ANO DE 2006	ANO DE 2007		
			MARÇO/ABRIL	JUNHO/JULHO	OUT/NOVEMB
CASO A	2º ANO Curricular	Fevereiro/Março 1º ENTREVISTA ESTUDANTES (N-11) <i>Observação Entª Enfermeiros</i> <i>Recolha documental</i> Notas de campo: - Prática; Reuniões; - Discussão sobre práticas ENTREVISTA DOCENTES 2ª ENTREVISTA ESTUDANTES	3ª ENTREVISTA ESTUDANTES (N-10)		
CASO B	1º ANO Curricular	Maio/Junho 1º ENTREVISTA ESTUDANTES (N-13) <i>Observação → Entª Enfermeiros</i> <i>Recolha documental</i> Notas de Campo: - Prática; Reuniões - Discussão sobre práticas ENTREVISTA DOCENTES 2ª ENTREVISTA ESTUDANTES		3ª ENTREVISTA ESTUDANTES (N-13)	
CASO C	3º ANO Curricular	Setembro/Outubro 1º ENTREVISTA ESTUDANTES (N-13) <i>Observação → Entª Enfermeiros</i> <i>Recolha documental</i> Notas de Campo: - Prática; Reuniões; - Discussão sobre práticas ENTREVISTA DOCENTES 2ª ENTREVISTA ESTUDANTES			3ª ENTREVISTA ESTUDANTES (N-11)

Recolha de planos de estudo – selecção dos casos

De acordo com as questões de investigação e atendendo ao que acontece, no panorama nacional, nos planos de estudo do curso de Licenciatura em Enfermagem, ao pretendermos estudar o primeiro ensino clínico, estávamos perante uma das importantes tomadas de decisão na estruturação do percurso de investigação. Os desenhos dos planos curriculares dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem das várias Escolas eram significativamente diferentes pelo que os casos a estudar teriam de ser seleccionados, assim, socorremo-nos de um processo de amostragem.

O Decreto-Lei nº 205/95 ao dotar as Escolas Superiores de Enfermagem de personalidade jurídica e de autonomia administrativa, financeira, científica e pedagógica, fez com que cada escola passasse a ser responsável pela elaboração dos seus planos de estudo apenas seguindo directrizes genéricas e, assim, os desenhos curriculares seguiram moldes significativamente diferentes.

Ao pretendermos conhecer que impacto tem o primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem considerámos oportuno recolher os planos de estudo das várias escolas de enfermagem públicas e proceder à sua análise para definirmos a amostra a estudar, seguindo um conjunto de etapas conforme se apresenta na *figura 2*. Com este primeiro passo era nossa finalidade proceder a uma “(...) *selecção de um cenário com alto potencial de 'riqueza de informação'*” como Polit, Beck & Hungler (2004: 235) advogam.

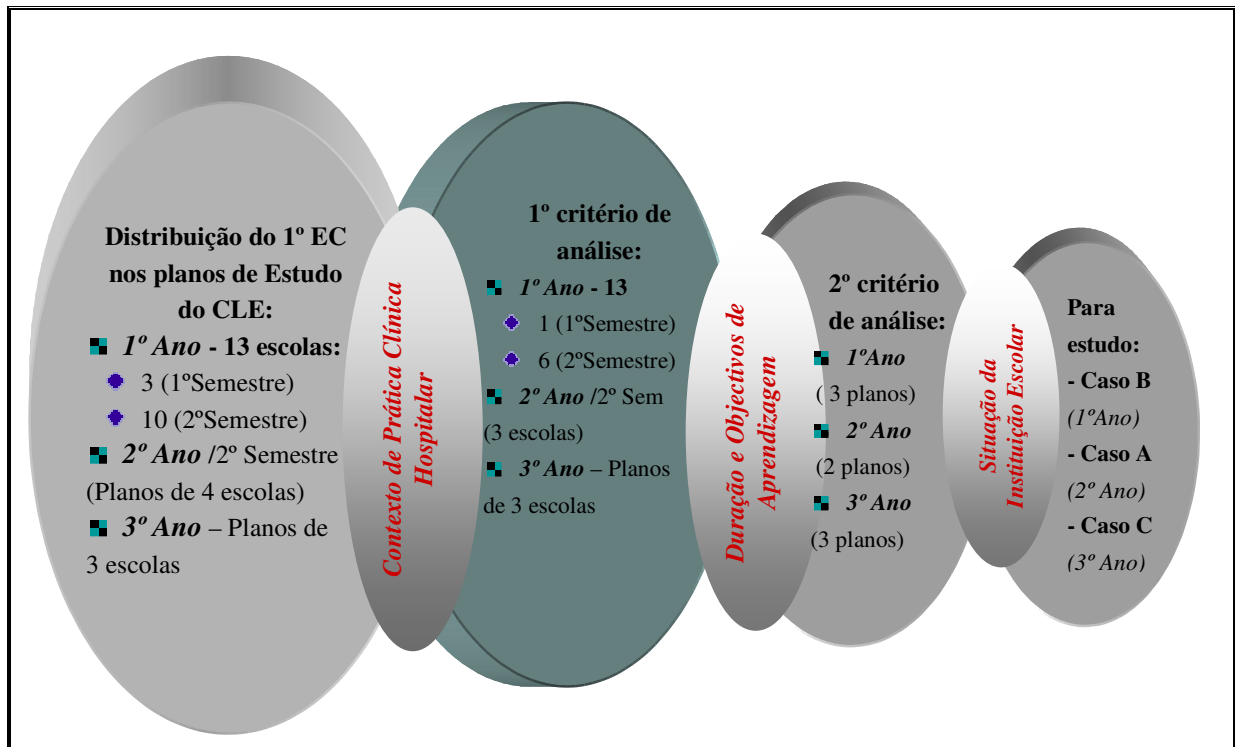
O pedido foi feito formalmente e, por escrito, a vinte e cinco Escolas Superiores de Enfermagem públicas solicitando os planos de estudo (esquemáticos e descritivos) do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Foram-nos enviadas vinte respostas que analisámos atendendo: i) ao modo como era feita a distribuição do ensino clínico nos vários anos e semestres; ii) o seu período de duração; iii) os contextos clínicos propostos para a sua implementação; iv) os objectivos a atingir ou competências a desenvolver nos vários períodos e; v) actividades complementares propostas, com ponderação avaliativa nesse período de aprendizagem.

A principal incidência de análise foi feita para o primeiro ensino clínico proposto resultando um longo esquema que tentámos ilustrar, resumidamente, com a *figura 2* onde se englobou também a sequência seguida para definição dos casos a estudar.

Esquematizada a análise destes documentos submetemos a uma nova revisão atendendo a alguns critérios que havíamos formulado: i) que o ensino clínico se realizasse em contexto de prática clínica hospitalar; ii) que tivesse uma dimensão temporal suficiente para realizarmos uma observação tão rica quanto possível e assim obtermos dados suficientes para constituir um vasto *corpus* de análise; iii) os objectivos propostos para a aprendizagem dos alunos

envolvessem os domínios da prestação directa de cuidados; iv) a metodologia proposta para a orientação dos estudantes fosse similar.

Figura 3 - Sequência de Análise dos Planos de Estudo para Selecção dos Casos



A opção pelo critério da formação em contexto hospitalar prendeu-se com as características do trabalho neste ambiente, caracterizado pela imprevisibilidade e onde é necessário usar um vasto conjunto de saberes que o estudante terá aprendido na sua preparação em contexto escolar. É no hospital, porque é aí que os alunos terão de aprender a confrontarem-se com situações dramáticas de doença aguda e crónica integrando na sua prática de cuidados o papel ético, moral e técnico-instrumental, ao mesmo tempo que iniciam um processo de socialização com os profissionais da equipa. É neste contexto que o estudante aprende, em simultâneo, a aproximar-se das pessoas para conhecer o que pretendem, compreendendo-as, partir das suas representações para se consciencializar dos aspectos fenomenológicos da sua situação, confrontar o que vai constatando com fontes de conhecimento apropriados e diversificados, aprender a interrogar-se e, em simultâneo, expondo-se a situações de grande violência emocional pelo contacto com o sofrimento, com a degradação física da pessoa ou mesmo a morte (Collière, 2003).

Os desafios impostos a um estudante no período de ensino clínico são ainda mais vastos pois é no confronto com a prestação de cuidados que ele tem de articular conhecimentos numa dinâmica e diálogo constantes entre o saber teórico e o saber prático necessário à estruturação do pensamento que lhe vai conduzir a acção. A estes acresce um aprender a lidar com todo um conjunto de situações como a novidade, o medo, a insegurança, a emergência de aprender, o saber que a avaliação está presente, acrescidos do contacto com o sofrimento dos doentes e seus familiares. Tudo isto se constitui como uma situação ímpar de exigência.

O ensino clínico deveria ter uma duração que permitisse observações, inicialmente descritivas, que ofereçam uma apresentação geral do campo e que gradualmente pudessem concentrar-se mais em aspectos relevantes à questão de pesquisa (observação focada) ou observando intencionalmente aspectos centrais, isto é, observação selectiva (Flick, 2004). Por outro lado teríamos de estar atentos aos possíveis constrangimentos no acesso ao campo e às pessoas, a possibilidade de acesso aos dados, a receptividade do trabalho pelo grupo ou mesmo a nossa habilidade e experiência, todas exigiam a adopção deste critério (Lüdke e André, 2003).

Estes foram os critérios que nortearam a selecção de “casos” a estudar. A amostragem foi anteriormente limitada de tal forma que todos os casos do estudo pudessem estar integrados, pois todos aqueles que virtualmente não satisfaziam um ou mais critérios foram excluídos. Como refere Flick (2004: 81), “*o princípio básico da amostragem teórica é seleccionar casos ou grupos de casos de acordo com critérios concretos que digam respeito ao seu conteúdo, em vez de utilizar critérios metodológicos abstractos*”, assumindo assim que a representatividade da amostra não era garantida nem pela aleatoriedade nem pela estratificação. Assim, os casos foram seleccionados de acordo com o nível esperado de contributos significativos tendo como ponto de partida o envolvimento intencional e sistemático, no estudo, de grupos de pessoas em momentos, locais e tempos distintos (Denzin e Lincoln, 2006).

Ao analisar o quadro resumo que elaborámos com os principais pontos de apreciação dos vários planos de estudo aplicando o critério do primeiro ensino clínico se realizar em contexto hospitalar, ficámos limitados a 7 escolas no primeiro ano, sendo uma no primeiro semestre e seis no segundo, três escolas no segundo ano segundo semestre e três escolas no terceiro ano. Saliente-se que nestas últimas, o 3º e 4º anos lectivos, são totalmente preenchidos com ensino clínico, iniciando-se o 3º ano com a primeira experiência clínica em contexto de saúde.

Analisando os objectivos de aprendizagem e a duração máxima prevista para o ensino clínico e comum ao primeiro, segundo e terceiro anos dos planos de estudo (6 semanas) delimitámos para 7 o número possível de escolas, sendo três no 2º semestre do 1º ano, duas no 2º ano e duas no 3º ano. Dentro destas possibilidades analisámos de novo os documentos de orientação dos ensinamentos clínicos, apreciando os modelos de orientação propostos e as características de

cada instituição escolar, acabando por seleccionar três escolas que se localizavam em três cidades do “litoral”, pois, todas propunham estratégias semelhantes de supervisão dos estudantes nestes períodos de aprendizagem em contexto de prática clínica tendo finalidades e objectivos também, em tudo, sobreponíveis. Por outro lado, estas eram Escolas que estavam a viver momentos semelhantes no seu percurso de *vida* interna, em todas se estavam a operar mudanças que envolviam reestruturação e reorganização de funcionamento.

Os casos em estudo foram definidos por A, B e C de acordo com a ordem cronológica pela qual fizemos o principal período de recolha de dados, a observação durante a primeira experiência de trabalho em contexto de saúde. No quadro seguinte apresentam-se alguns dados relativos aos períodos em que foi realizado o trabalho de campo em cada um dos casos em estudo.

Quadro 1 – Colheita de dados em cada um dos casos em estudo

Casos	Ano/Semestre Curricular	1º Ensino Clínico		Recolha de dados	
		Duração	Observ.	1º Período	2º Período
CASO A	2º Ano/2º Sem.	10 Semanas	As 1 ^{as} 6 semanas	Fevereiro e Março de 2006	Março e Abril 2007
CASO B	1º Ano/2º Sem.	6 Semanas	Todo o EC	Maio e Junho de 2006	Julho 2007
CASO C	3º Ano	9 Semanas	As 1 ^{as} 6 semanas	Setembro e Outubro de 2006	Outubro e Novembro 2007

Verificou-se algum desajuste pontual entre o planeamento inicial dos períodos de presença no terreno e de recolha de dados com aqueles que vieram a ocorrer. Esta foi uma situação sempre negociada com os sujeitos envolvidos.

1.3 – O TRABALHO DE CAMPO: MÉTODOS E TÉCNICAS

O grande objectivo do investigador com o trabalho de campo é a recolha de informação, a pretensão de conhecer o que é e como é o campo, o que é e como é a realidade social, como pode ser lida, entendida e interpretada a realidade que deseja estudar cientificamente. Vai para o campo apoiado em duas permissas/pressupostos básicos: a científica (o constructivismo) que descreve a natureza da realidade social e a epistemológica que determina e orienta sobre o modo de captar e compreender a realidade (etnometodologia)

Entrevistas

A entrevista representa um dos instrumentos básicos, uma das principais técnicas de trabalho, para a recolha de dados especialmente dentro das pesquisas qualitativas.

As entrevistas na investigação podem ser usadas como técnica dominante ou surgirem em articulação com outras técnicas mas em todas as situações são utilizadas “(...) *para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo*” (Bogdan e Biklen, 1994: 134).

A importância deste instrumento de pesquisa para Lüdke e André (2003), está por um lado no seu carácter de interacção que permite uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde e por outro na captação imediata e corrente da informação desejada com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados temas.

As entrevistas qualitativas variam quanto ao grau de estruturação, variando num contínuo entre abordarem questões muito gerais, em que o entrevistado é solicitado a falar sobre uma área de interesse e explorá-la profundamente, até à situação em que o entrevistador controla o conteúdo de uma forma rígida em que o sujeito não consegue falar pelas suas próprias palavras e, aí, a entrevista ultrapassa o âmbito qualitativo. Assim, no decurso da entrevista, entrevistador e entrevistado, podem assumir papéis de relevância significativamente diferente na condução da entrevista. Entre estes dois extremos temos as entrevistas semi-estruturadas ou semi-padronizadas que se desenvolvem a partir de um esquema pré-definido mas não aplicado rigidamente permitindo que o entrevistador faça adaptações no seu decurso (Lüdke e André, 2003; Olabuénaga, 2007).

A escolha foi determinada pelo nosso objectivo da investigação e assim durante o trabalho de campo realizámos entrevistas semi-estruturadas a estudantes e professores, e entrevistas

etnográficas¹⁵, segundo Spradley (1979), a estudantes e enfermeiros que os orientavam no desenvolvimento das suas práticas.

Naquela escolha tivemos presente o que referem Polit, Beck & Hungler (2004: 251) considerando que estas entrevistas “(...) *encorajam os respondentes a definir as dimensões importantes de um fenómeno e a elaborar o que é relevante para eles, mais do que ser orientados pelas noções de relevância transmitidas à priori pelo investigador*”.

Independentemente da entrevista realizada fizémo-lo sempre tentando ter em mente e respeitar princípios apresentados pelos autores, tais como: i) a informação é cumulativa; ii) aprende-se mais com algumas entrevistas do que com outras mas mesmo as “más” podem proporcionar informação útil; iii) o importante é ouvir cuidadosamente; iv) respeito pelo entrevistado; v) as perguntas têm a função de clarificar, não desafiar; vi) o processo exige flexibilidade e não a obediência a um conjunto de procedimentos ou esteriótipos padronizados; vii) pode ser necessário recorrer a várias estratégias no seu decurso (exemplos, piadas, pequenos desafios, ...); viii) não avaliar o entrevistado; ix) não alimentar ou induzir as respostas (Bogdan e Biklen, 1994; Lüdke e André, 2003; Flick, 2004).

Nas entrevistas semi-estruturadas que realizámos aos estudantes em três momentos diferentes e aos docentes responsáveis pela orientação do ensino clínico (apenas uma) seguimos um guia de entrevista com questões abertas pois queríamos ouvir o ponto de vista dos sujeitos, o modo como percebiam a problemática apresentada, que significado lhe atribuíam, isto é, o modo como viam o mundo. De acordo com o que referem Craig e Smyth (2002: 139) foram “(...) *utilizadas para adquirir conhecimento sobre a forma como as pessoas interpretam e vivenciam o mundo que as rodeia, permitindo aos investigadores o acesso a esses pontos de vista e explorar e descobrir porque é que eles emergem*”.

A estrutura exigiu algum trabalho de mediação na condução das entrevistas ora decidindo quando e em que sequência fazer outra pergunta, ora decidindo pela omissão de outras, quando auxiliar o entrevistado perdido em divagações ou solicitar-lhe maior aprofundamento. O guia para orientar estas entrevistas foi comum aos vários grupos de actores em estudo contudo, as questões introduzidas no seu decurso foram ditadas pelo contexto, pelo entrevistado, pelo

¹⁵ O autor em “The ethnographic interview” conceitua referindo que se trata de uma espécie particular de diálogo, contudo posteriormente refere “*When we examine the ethnographic interview as a speech event, we see that it shares many features with the friendly conversation. In fact, skilled ethnographers often gather most of their data through participant observation and many casual friendly conversations. They may interview people without their awareness, merely carrying on a friendly conversation while introducing a few ethnographic questions*” Deste modo considera que “*It is best to think of ethnographic interviews as a series of friendly conversations into which the researcher slowly introduces new elements to assist informants to respond as informants*” Para se diferenciar de um interrogatório formal deve ser evitado o uso exclusivo ou a introdução muito rápida dos novos elementos etnográficos, entre estes os mais importantes são “*explicit purpose, ethnographic explanations, and ethnographic questions*” (Spradley, 1979: 58 e 59).

momento e pelo sentido que se ia construindo no seu percurso pois, só assim, poderíamos recolher uma informação mais rica, contextualizada e emergente (Tuckman, 2000). Privilegiámos este comportamento em detrimento do uso consistente do guia que nos poderia aumentar a comparabilidade e estruturação dos dados obtidos. Fizemo-lo, com uma maior frequência do que à partida pensámos, pois na tentativa de obter a máxima informação de cada entrevista e ouvindo cuidadosamente o discurso apresentado pelo sujeito, surgiam muitas referências que solicitámos aprofundamento e clarificação, fazendo com que todo o guia tivesse de ser flexibilizado a partir daí.

Sentimos muitas vezes no curso das entrevistas, especialmente com os estudantes, algum constrangimento e inibição da parte destes, atribuímo-la ao facto de frente a frente estar um estudante a expor as suas vivências, percepções, sentimentos, estratégias, ... a um entrevistador que, independentemente do papel que assumia no momento, era um professor. Estes momentos dificilmente explicáveis, por palavras, levaram a que tivéssemos de introduzir algumas estratégias alternativas ao curso normal da entrevista. O recurso pontual a um gracejo, um desafio ou uma pequena história revelaram-se excelentes no ultrapassar destas situações mais difíceis, transformando/amenizando o ambiente/atmosfera da entrevista.

Elaborámos os guias de entrevista previamente ao início do período de observação tendo por base os objectivos definidos para a investigação mas também a análise que fizemos dos programas das unidades curriculares de ensino clínico de cada um dos planos de estudo em investigação. Para que a informação fosse o mais rica possível e pelo desconhecimento dos sujeitos a entrevistar optámos por formular algumas questões orientadoras especificando em todas pontos a explorar, caso se mostrasse necessário.

A entrevista etnográfica vista como a que “(...) surge espontânea e surpreendentemente a partir de contatos de campo regulares” (Flick; 2004: 105). Na sua realização seguimos a orientação de Spradley (1979: 59) que apresenta “*The three most important ethnographic elements are its explicit purpose, ethnographic explanations, and ethnographic questions*” podendo estas assumir as características de questões descritivas, estruturais e de contraste.

Foram realizadas ao longo do período de observação várias entrevistas com estas características aos alunos e aos enfermeiros (tutores ou não) que os orientavam na prestação de cuidados. O objectivo da sua realização passava por descobrir os significados que as pessoas têm ou atribuem à situação ou acontecimento que tinha sido observada e que lhes era apresentada. As questões orientadoras destas entrevistas foram sempre decorrentes de observações em que o entrevistado estava envolvido e a quem descrevíamos aquilo que tinha sido a nossa observação e pedíamos que nos clarificassem a sua interpretação e vivência, isto é, os seus porquês. A verbalização da acção vivida, estimulada pelo questionamento de

explicitação, tem como objectivo “(...) *levar o entrevistado a formular na sua própria linguagem o conteúdo, a estrutura das suas acções e o seu pensamento privado*” (Soveral, 2007: 30). As oportunidades e/ou necessidades para a realização da entrevista surgiam espontaneamente a partir de contactos de campo regulares. Embora estas entrevistas não sejam completamente sobreponíveis àquilo que Spradley (1980) define, envolveram os elementos que as distinguem de simples conversas, assim houve: i) solicitação específica para realizar a entrevista; ii) explicação do porquê da entrevista e da situação que pretendíamos clarificar e compreender; iii) questões que pretendiam uma resposta em que ficasse demonstrado como é que os informantes organizam o seu conhecimento sobre o assunto e fornecer informações sobre as dimensões de significado por si utilizadas (Flick, 2004: 105).

Todas as entrevistas foram gravadas em registo áudio e ao iniciar cada uma delas atendemos a alguns princípios, tais como: i) explicitámos ao entrevistado o seu direito a uma participação voluntária e a possibilidade de desistir a qualquer momento de modo a que não se sentisse coagido a participar; ii) referenciámos o objectivo do estudo e daquela entrevista em particular de modo que entendessem o provável impacto que estas iriam ter; iii) evidenciámos a possibilidade de fazerem perguntas ou recusarem resposta ao que considerassem menos oportuno; iv) acordámos com os entrevistados não transcrevermos situações, frases, ou referências a pessoas (outros sujeitos do estudo) que eventualmente surgissem ao longo da entrevista; v) acordámos, ainda, a possibilidade e pertinência de leitura ou audição da gravação posterior. Na transcrição das entrevistas desassociámos os nomes das respostas obtidas usando uma codificação que estabelecemos fazendo corresponder uma letra ou um número ao entrevistado. Pois, como refere Creswell (2007: 80) “(...) *o código de ética dos pesquisadores é proteger a privacidade dos participantes e transmitir essa protecção a todas as pessoas envolvidas no estudo.*”

As entrevistas semi-estruturadas foram transcritas no princípio de obter a máxima exactidão reproduzindo textualmente as palavras, indecisões, repetições, intervalos, risos, choro ou outras, do entrevistado. Para algumas destas situações adoptámos um glossário de convenções para a transcrição¹⁶. No final de cada transcrição fizemos uma segunda audição comparando-a e revendo a eventual ocorrência de falhas no cumprimento destes pressupostos.

¹⁶ Spradley (1979: 73) para identificar as várias linguagens usadas na situação de campo refere que o etnógrafo deve “*make a verbatim record of what people say*”. Embora considere que este princípio seja frequentemente violado considera que se houver gravação daquilo que os sujeitos dizem no contexto natural ou em entrevistas etnográficas formais a tendência do investigador para a transcrição continua a manter-se. Recomenda o cumprimento do princípio verbatim especialmente para alguns conceitos, “*The native terms must be recorded verbatim. Failure to take these first steps along the path to discovering the inner meaning of another culture will lead to a false confidence that we have found out what the native know. We may never even realize that our picture is seriously distorted and incomplete*”

A transcrição das entrevistas etnográficas foi algo selectiva pois não se procedeu à transcrição integral do conteúdo gravado, sendo cortada toda a informação que não se mostrava relevante para a problemática em investigação e toda a que poderia ferir os princípios do anonimato e confidencialidade. Refira-se que, pelo facto de se tentar conferir alguma informalidade e abertura aos momentos da entrevista frequentemente ocorriam explicações ou explicações (na denominação de Spradley *ethnographic explanations*), surgiam outros temas genéricos, de enfermagem ou das vivências laborais quotidianas do enfermeiro, que não tinham qualquer relação com a actividade supervisiva em análise naquele momento. Todos estes aspectos foram previamente negociados com os entrevistados.

A Observação

Podemos encontrar na literatura diferentes concepções de observação mas, em geral, todas enfatizam a ideia que só há acesso às práticas por intermédio da observação, outras técnicas permitem como Flick (2004: 147) refere “(...) *os relatos das práticas mas não as próprias práticas*”. Por outro lado a experiência directa é sem dúvida a melhor forma de verificação da ocorrência de um determinado fenómeno e é pela observação que o observador pode chegar mais próximo, apreender aquilo que é a visão do mundo dos sujeitos, isto é, o significado que atribuem à realidade que os cerca e às suas acções (Lüdke e André, 2003).

Os métodos de observação são considerados adequados para o “(...) *estudo das organizações e da forma como as pessoas aí exercem*” pois deste modo podem-se revelar comportamentos e rotinas que mesmo os informantes não estão conscientes (Craig e Smyth; 2002: 143).

Os mesmos autores consideram que os investigadores qualitativos para observarem utilizam métodos para, sistemática e detalhadamente, fazerem observação dos comportamentos, dos contextos, das conversas e das pessoas transformando-as em registos escritos muitas vezes complementados com outros, tais como, vídeo ou fotografias.

Este método de pesquisa em que os dados são colhidos no seu ambiente natural é diferenciado por alguns autores de acordo com o tipo de participação e o grau de envolvimento do investigador tanto com as pessoas como nas actividades que observam. Spradley (1980) classifica-o em cinco tipos que vão desde a não participação, passando pela participação passiva, moderada e activa até à participação completa. Outros autores referem que de acordo com a ênfase que o investigador coloca na participação e na observação, varia num *continuum* podendo assumir-se como: i) participante completo (o investigador *procura mergulhar* nas actividades do dia a dia e no contexto dos informantes); ii) participante observador (há

observação aberta dos informantes, envolvimento prolongado mas uma participação restrita nas suas actividades diárias); iii) observador participante (o investigador é conhecido dos informantes, o envolvimento e o contacto são pouco prolongado); iv) observador completo (não há qualquer envolvimento nas actividades dos informantes só observação) (Ludke e André, 2003; Craig e Smith, 2004; Flick, 2004).

O principal objectivo da observação no terreno, que realizámos, foi conhecer as interacções dos estudantes durante o primeiro ensino clínico nas unidades onde iniciaram a prestação de cuidados, nos encontros que realizavam na escola ou nos serviços, nas reuniões de orientação ou de apreciação sobre o seu desenvolvimento e nos momentos de reflexão sobre as experiências da prática.

Para poder concretizar este objectivo foi necessário decidir o grau de participação no trabalho, a explicitação do nosso papel e propósitos da pesquisa junto dos sujeitos e o modo de inserção no terreno. Assim, pelas limitações temporais que o ensino clínico nos impunha, o grau de envolvimento no trabalho teria de ser total pois para além da observação directa teríamos de simultaneamente recolher documentos, analisá-los, entrevistar os participantes e preparar a evolução das observações a realizar.

A explicitação do nosso papel no terreno e os propósitos do estudo, fizemo-lo previamente ao início do período de observação optando por revelar ao grupo pesquisado a nossa identidade e os objectivos do estudo, bem como da nossa presença. Pensamos que com o pedido de cooperação ao grupo e clarificação detalhada daquilo que pretendíamos, permitiria acesso a um vasto conjunto de informações pela possibilidade de nos envolvermos em múltiplas situações do dia a dia do ensino clínico. Pois, de acordo com Flick (2004: 70), na etnometodologia o problema do acesso ao campo “(...) é controlado pela imersão no processo de trabalho observado e pela condição de membro no campo de pesquisa”.

Na inserção no campo foi assumido por nós que o faríamos assumindo o papel que Flick (2004), denomina de *principiante*, entrando naquele contexto como um estranho, e gradualmente desistir “da perspectiva de *outsider* no curso da observação”, assumindo assim que queríamos um envolvimento progressivo naquele contexto para compreender o ponto de vista dos indivíduos e dos princípios organizacionais do grupo, a partir da perspectiva de um membro. Assim, gradualmente poderíamos “*ganhar a confiança dos participantes e estabelecer com eles um nível de confiança que os façam ter desejo de partilhar informação com o investigador*” (Flick, 2004; Morse, 2007: 37).

Assim, ao longo dos períodos de observação adoptámos uma postura que oscilou entre o observador e o participante em que a ênfase num ou noutro era circunstancialmente

determinada. Pela caracterização detalhada das dificuldades que se colocam ao observador participante segundo, Olabuénaga (2007), pensamos estar dentro deste grupo. Neste processo tínhamos presente que a colheita de dados estaria em muito condicionada pelo modo de comunicação e contacto com as pessoas a serem observadas não podendo, assim, adoptar um papel neutro. A adopção de uma postura adequada permitindo um processo interactivo de negociação e de determinação de papéis, em cada momento, foi a nossa tentativa. Para tal, considera-se ter sido importante, mantermos permanentemente presente uma questão no nosso espírito: que abordagem utilizar ou que postura adoptar, neste período/momento de observação? Assim, o nosso posicionamento em qualquer destes momentos tinha sido previamente analisado conferindo-lhe alguma intencionalidade (Spradley, 1980).

Adoptar uma posição naturalista teria como pressuposto que necessitaríamos de revelar “aquele mundo” de um modo consistente com a imagem do mundo do participante. Para compreender aquele fenómeno teria de descobrir como é que os participantes percebem e interpretam a realidade e como estas se relacionam com o seu comportamento. Nesta posição o investigador tem de se precaver pois pode ser uma fonte potencial de contaminação e desequilíbrio e assim perturbar a objectividade desejada. Mas, por outro lado, e um pouco em oposição pretendia-se conhecer as múltiplas realidades socialmente construídas que são imaginadas pelos participantes quando procuram encontrar um sentido para as suas experiências (Denzin e Lincoln, 2006).

Na classificação proposta por Spradley (1980), dos tipos de participação com base no grau de envolvimento com as pessoas e nas actividades que observam, consideramos que nos situámos entre o participante passivo, estando presente na cena de acção mas sem participar ou interagir com outras pessoas de uma forma significativa, e o participante moderado em que tentámos manter um equilíbrio entre o ser interno e externo. Tentámos manter uma postura de observador mas pontualmente intervir na situação observada fornecendo um material que nos era solicitado, uma opinião ou sugestão mas sem atingir a capacidade ou o *status* de um membro do grupo.

Tentámos sempre ter presente que a natureza é plural, não existem verdades absolutas, e que aquilo que captávamos da realidade ou dos sujeitos e grupos observados era inevitavelmente “filtrado” pelas características do investigador. Assim, poder-se-ia dizer que não existem observações verdadeiramente objectivas da realidade social mas observações que são socialmente situadas nos mundos do observador e do observado. Latimer (2005: 98) designa-a por, “*uma perspectiva realista, subtil*”.

Lutando intencionalmente por manter o máximo de isenção na observação, inevitavelmente assume-se que fizemos parte do mundo que estudámos e, por conseguinte influenciámo-lo

contudo, a nossa tentativa foi a de compreendermos que consequências e em que medida os nossos interesses e valores invadiram o trabalho de campo. Assim, a nossa opção, passou por uma tentativa de abordar o trabalho de observação com uma postura de disponibilidade e abertura para aprender, de acordo com o que Morse (2007: 37) defende, sendo capaz de fazer uma *“aprendizagem passiva – de absorver sem julgar e com esforço concentrado – tudo o que for remotamente relevante para o assunto de interesse”*. Só deste modo poderíamos *“agir como uma esponja, absorvendo e retirando a informação, mantendo um espírito inquisitivo em vez de um espírito de julgamento ou avaliação”* (Morse, 2007:38). Saliente-se que esta foi uma *tarefa* manifestamente exigente.

Ao longo dos períodos de observação foi preocupação central, em cada nova situação, solicitar autorização para a nossa presença, tendo o cuidado de respeitar os princípios orientadores da nossa postura no terreno que tínhamos definido em *“Orientações para a observação”*¹⁷.

A maioria dos registos, nos períodos de observação, consistia em anotações escritas provenientes das notas de campo que em cada dia tínhamos elaborado. O modo de proceder no que se prende com as anotações foi muito problemático, pois independentemente das orientações de muitos autores sobre isto, os primeiros dias no terreno colocaram-nos inúmeras interrogações. Adoptámos a atitude de não tomar quaisquer notas junto dos sujeitos, isto é, na situação de observação, apenas reter o máximo de informação e posteriormente afastarmo-nos para registar algumas palavras ou frases chave que iriam servir como lembrete ao realizar notas de campo (Gibbs, 2009). Nas transições entre lugar, actores e actividades ou acontecimentos observados anotávamos palavras, frases, tópicos num pequeno bloco de apontamentos. Sempre que nos parecesse adequado fazíamos pequenos intervalos e, num local do serviço ou fora dele, expandíamos as parcas anotações que tínhamos feito, circunstanciando com tudo o que havíamos memorizado; espaço físico, pessoas envolvidas, as actividades realizadas, o tempo, a nossa percepção sobre os sentimentos ou emoções, alguns gestos e sempre que possível alguns diálogos, isto é tentando respeitar o *“verbatim principle”* que Spradley (1979) advoga. Pequenos períodos de afastamento revelaram-se salutares durante a observação, pois numa tentativa de rentabilizar a ida ao campo nunca estávamos menos de cinco horas em observação sendo frequentes os períodos de oito ou mesmo nove horas.

No final de cada dia de observação era feito o registo completo e o mais detalhado possível da observação. Estas eram complementadas, embora em separado, com anotações sobre percepções, relatos de experiências, ideias, erros, curiosidades, sentimentos, problemas que se originaram durante o trabalho de campo, dificuldades nossas e aspectos a esclarecer. A este

¹⁷ Documento apresentado em anexo

conjunto, genericamente, denominámos notas de campo, embora englobassem as notas propriamente ditas e o diário de campo (Spradley, 1979)

Ao longo do tempo de observação (e também do processo de pesquisa) e como complemento deste foram recolhidos múltiplas fontes documentais. Num momento inicial, começámos por solicitar os documentos de descrição dos vários planos de estudo e os guias de enquadramento e orientação do primeiro ensino clínico do curso. Saliente-se que foi com base na sua análise que definimos os três casos a estudar.

Posteriormente, recolhemos vários documentos que considerámos que nos poderiam ser úteis ajudando na compreensão da realidade em observação, complementando a informação sobre os actores, os contextos e a inter-relação entre eles ou mesmo para a partir da análise destes documentos encontrar pistas para observação ou questionamento de aprofundamento sobre o observado.

Esta análise documental é referida por Yin (1994: 143) como uma técnica de recolha de dados que pode servir para instrumentar as investigações qualitativas, é uma “(...) *espécie de análise de conteúdo que incide sobre documentos relativos a um local ou a uma situação, corresponde, do ponto de vista técnico, a uma observação de artefactos escritos.*”

Um “modo” de recolha de dados (que contribui com uma tipologia de informação de factos, comportamentos e tendências) em que os documentos analisados não são da autoria do investigador é a forma como Lessard-Hébert (1994) designa esta técnica. Complementa considerando que ela assume uma função de complementaridade na investigação qualitativa e é utilizada para triangular dados obtidos por outras técnicas.

Já para Olabuénaga (2007: 74) a análise documental é entendida como a leitura de documentos que contenham significado situando-a, nas técnicas de recolha de dados, ao nível da entrevista ou da observação. Pois, segundo este autor, todos os documentos podem ser “*entrevistados*” formulando perguntas implícitas ou podem ser “*observados*” com a mesma intensidade e emoção com que se observa qualquer outro facto social. O autor salienta ainda que todos estas formas de recolha de dados podem ter de ser analisados fazendo uma leitura directa, funcionando como um espelho, ou uma leitura dos aspectos implícitos percebendo-os assim como um “mata-borrão” em que a sua escrita foi levada a cabo em diferentes estratos ou níveis.

Deste modo, construímos um documento que reunia informação congregando outros documentos provenientes das várias técnicas de colheita, que inicialmente denominámos por diário de campo de acordo com a terminologia e os princípios definidos, em 1980, por Spradley. Contudo, analisando as considerações e características que Zabalza (2004: 15) apresenta sobre os diários de aula considerando-os “*documentos en los que los profesores y profesoras*

recogen sus impresiones sobre lo que va sucediendo en sus clases” pensamos que o documento construído é mais abrangente e profundo pois: i) inclui todas as notas de campo onde se inserem os eventos narrados como parte de um conjunto mais vasto de fenómenos que interactuam entre si, isto é *ethnographic writing* de acordo com a terminologia de Spradley (1980); ii) inclui documentos complementares intencionalmente recolhidos ao longo do período de observação e decorrente desta; iii) integra as entrevistas etnográficas realizadas junto dos enfermeiros, e evidencia os contextos, observações e motivações que lhe deram origem; iv) é um documento continuado no tempo, datado, organizado e intencional nesta forma de organização; v) permite referenciar o nosso processo de pensamento ao longo do tempo de trabalho no campo pois inclui percepções e reflexões que frequentemente conduziram a própria observação e a colheita de informação.

Assim, pela riqueza informativa proveniente da polivalência das fontes de dados e pela forma sistematizada da informação recolhida consideramos ter construído um *portfólio* de investigação, um documento integrador e de natureza complexa (Zabalza, 2004). Portfólio porque independentemente da denominação (notas de campo – NC) que na continuidade deste relatório adoptaremos o documento em si tem, de acordo com Sá-Chaves (2000: 16; 2005) a “*função simultaneamente estruturante, organizadora da coerência*” do trabalho que no campo realizávamos e uma “*função reveladora, desocultadora e estimulante nos processos de desenvolvimento*” que sofremos (investigador e investigação) durante a sua elaboração fruto de um trabalho de análise e questionamento quotidianos.

1.4 – ACESSO ÀS INSTITUIÇÕES E AOS PARTICIPANTES

O acesso ao campo é segundo Flick (2004: 69) “*uma questão mais crucial na pesquisa qualitativa do que na quantitativa.*” Os investigadores, que utilizam metodologias qualitativas, em geral procuram um contacto com o campo mais exigente ou pela intensidade nos contactos ou pela proximidade com os participantes o que pode ser uma fonte de dificuldade.

Pelo que foi projectado para esta investigação a autorização para a realização do trabalho de campo teria de acontecer por parte da instituição escolar a que os alunos e docentes pertenciam e, na instituição hospitalar onde os estudantes iam realizar ensino clínico. Num segundo momento teríamos de aceder também aos participantes, mas para tal planeámos estabelecer contacto directo e pessoal com os participantes depois de obtermos a autorização formal das instituições.

Solicitámos formalmente autorização para a realização da pesquisa, em primeiro lugar às três escolas cujos planos de estudo tínhamos seleccionado e, posteriormente às instituições que estas nos indicaram como locais onde se iria realizar o ensino clínico. Nestes documentos especificámos o interesse pela pesquisa, o objecto de estudo, a metodologia que iríamos seguir em todo o processo de recolha de dados, o tempo que prevíamos para a nossa presença no campo, informações sobre os participantes que pretendíamos incluir no estudo e os princípios a que iríamos atender no acesso aos vários actores. Em simultâneo identificámos as situações que não iriam ser alvo da nossa atenção ao longo do processo de colheita de dados. Especificamente nos pedidos às instituições de saúde assegurámos que não envolveríamos nos registos qualquer situação que enquadrasse as pessoas alvo de cuidados e/ou os seus familiares e visitantes. Este registo não traria benefícios claros à investigação em si, podendo mesmo retardar ou comprometer a autorização pelas exigências em termos de sigilo e confidencialidade da informação, sobre os utentes, que os hospitais obrigatoriamente assumem. Ao longo do nosso percurso profissional e por algumas leituras feitas fomo-nos apercebendo que o processo de autorização formal por parte das instituições não está livre de riscos pois uma investigação é sempre uma intervenção naquele ambiente, podendo perturbar, desorganizar “rotinas”, revelar actividades sem trazer qualquer compensação perceptível, no imediato. Assim, e pensando em minimizar aquilo que poderia surgir formalmente como fonte de dificuldades (e de acordo com a proposta de Spradley, em 1980), ao expedirmos o pedido formal estabelecemos um contacto verbal (telefónico ou directo) com os responsáveis das instituições falando-lhes sobre a nossa pretensão e disponibilizando-nos para qualquer esclarecimento adicional ao pedido que havíamos remetido. Sobre esta primeira abordagem, Flick (2004: 72) sustenta que, “(...) *negociar a entrada em uma instituição é menos uma questão*

de fornecer informações do que de estabelecer uma relação.” Foi este o nosso objectivo, pois negociar a entrada na instituição seria muito mais estabelecer uma relação de cordialidade e com ela desenvolver e estimular a confiança da instituição na investigação e, a despeito de todas as potenciais reservas, permitisse aos seus profissionais o envolvimento como sujeitos da pesquisa.

Obtida a autorização institucional, o acesso aos participantes foi sendo estabelecido de acordo com a calendarização dos períodos de prática clínica já definidos para os três grupos de estudantes.

Perante a diversidade de participantes no estudo, estudantes, docentes e enfermeiros, das equipas do contexto onde iria decorrer o ensino clínico, optámos por negociar com todos estes actores o nosso acesso, previamente. Pelo nosso conhecimento sobre estes contextos e como Flick (2004: 73) adverte, “(...) *os processos de negociação, as estratégias de referência ... e sobretudo as competências em estabelecer relações desempenham um papel principal.*” Assim, agendamos encontros prévios e separados com docentes, estudantes e enfermeiros chefes das unidades de internamento onde iríamos recolher dados, e para cada um dos casos em estudo. Com todos eles estabelecemos um processo de negociação, clarificando os nossos objectivos, definindo estratégias, pedindo colaboração, explicitando qual o seu papel como sujeitos na investigação, os modos como nos iríamos posicionar no terreno e assegurando-lhes que a sua participação seria sempre voluntária e negociada em cada momento. Com os restantes elementos da equipa de enfermagem fomos estabelecendo contacto em cada dia de observação em contexto. Assim, sempre que havia um enfermeiro “novo” de serviço eram-lhe solicitados alguns minutos em que brevemente lhe falávamos sobre a finalidade da nossa presença e negociávamos a forma de estar no terreno bem como da sua participação na investigação (genericamente pautou-se pelos princípios referidos anteriormente). Este primeiro contacto com cada um dos actores e a concretização quotidiana, com alguma informalidade, do acordado permitiram estabelecer um relacionamento e ambiente facilitadores e propícios ao trabalho de recolha de dados.

A colaboração de todos os participantes ultrapassou as nossas melhores expectativas, nunca obtivemos uma recusa ou uma indisponibilidade, mesmo que momentânea, pelo contrário sentimos muito frequentemente amizade, carinho e até alguma “cumplicidade” com o trabalho que estávamos a desenvolver.

1.5 – TRATAMENTO E ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

O facto de estarmos perante dados de natureza qualitativa e procedermos à sua análise revestia-se de uma complexidade acrescida pois, fundamentalmente estávamos perante palavras (ou imagens ilustradas/transformadas em palavras) que possuíam um significado que tínhamos de compreender enquadrando-as no contexto em que foram produzidas.

Muitos autores advogam que este procedimento é, no essencial, análise de conteúdo. Olabuénaga (2007: 192), muito simplesmente, refere-se a este processo (a análise de conteúdo) considerando que não é mais que uma técnica para ler e interpretar o conteúdo de todo o tipo de documentos, mais concreta e frequentemente, os escritos.

Pela multiplicidade de possibilidades de análise e partindo da premissa que todos os procedimentos de análise têm de ser devidamente documentados e justificados baseámos este processo nas:

- Principais questões de investigação – isto é, salientar as duas grandes dimensões (de acordo com a taxonomia proposta por Spradley, em 1980) que se pretendiam conhecer, por um lado o processo de aprendizagem e, por outro, o de supervisão. Foram estes que suportaram o início da taxonomia (que seguindo a proposta do mesmo autor subdividimos em domínios e categorias) e posteriormente a apresentação dos dados;
- Opções metodológicas – se por um lado estávamos perante uma comparação entre casos em estudo o que nos exige matrizes de análise comuns e procedimentos sempre justificados e documentados, por outro estávamos perante uma observação participante em que o principal objectivo passava por, em contexto, compreender os significados que os actores atribuem às suas vivências (perspectiva etnometodológica);
- Orientações de outros autores – nomeadamente no que se prende com a utilização de meios informáticos no apoio ao processo de análise da informação.

A Informação Obtida para Análise

Do período de trabalho de campo resultaram quase exclusivamente documentos com informação qualitativa: entrevistas com os vários actores, isto é, estudantes, docentes e enfermeiros, um portfólio de investigação composto por notas de campo, documentos reunidos durante o período de observação e um conjunto de anotações referentes às nossas percepções sobre o observado e o vivido durante o trabalho de campo, reflexo também do processo de pensamento orientador da investigação. Assim, e no decurso dos períodos de observação, pela

exigência e absorvência em termos temporais do investigador, estes apenas foram reunidos e identificados para posteriormente podermos sistematizar a sua análise.

Os diários de campo que fomos elaborando a partir das notas de campo [e que posteriormente passámos a denominar simplesmente por notas de campo (NC), adoptando a terminologia apresentada por Spradley (1980) em *Participant Observation*], nos períodos de observação foram transcritas em *Word* e à medida que fazíamos esta transcrição integrávamos neste documento as entrevistas de esclarecimento que fizemos aos enfermeiros (passando assim esta informação a constar como notas de campo). Estas, tinham sido audiogravadas e no momento da sua realização acordado com os entrevistados que no essencial seriam transcritas, contudo não integralmente, pois passagens em que o conteúdo estava por algum motivo incompleto, imperceptível ou se tratava apenas de um período de conversa sem ter por objecto a clarificação da situação de supervisão observada, seriam omitidas. As entrevistas aos estudantes e aos professores também foram transcritas em *Word*. Todos os documentos reunidos durante este período foram resumidos no *quadro 2*.

Quadro 2 – Resumo dos documentos reunidos no trabalho de campo

Casos	ENTREVISTAS		OBSERVAÇÃO		OUTROS	
	ALUNOS	DOCENTES	DIAS OBSERVAÇÃO ¹⁸	ENTREVISTAS ETNOGRÁFICAS		
CASO A	1ª Sem	11	2	24	26	Narrativas Aprendizagem - 11
	6ª Sem	11				
	1 ano após	10				
CASO B	1ª Sem	13	2	17	5	Históricos de Enf ^{em} – 13; Planos de Cuidados - 13
	6ª Sem	13				
	1 ano após	13				
CASO C	1ª Sem	13	3	22	15	Reflexões críticas - 13
	6ª Sem	13				
	1 ano após	11				
TOTAL			7	63	46	50
TOTAL ANALISADO			7	63	46	0

¹⁸ Cada dia de observação resultou num diário de campo e estes conjuntamente com outros documentos constituíram o *portfólio* de investigação.

Perante uma tão elevada quantidade de textos e outros documentos a transformar em texto, para tratamento analítico, optámos pela utilização de uma estratégia baseada no uso de *software* informático, de ajuda, na análise da informação qualitativa.

O conjunto destes documentos foi transportado para o suporte informático de análise qualitativa de texto geral *Nvivo7*. Recorreu-se à utilização deste equipamento pois ele permite a indexação de todos os documentos, uma fácil organização da informação obtida, o registo histórico da evolução do processo de investigação, o fácil recurso à base de dados durante o tratamento da informação, a localização e utilização rápida de qualquer um dos documentos, a realização de pesquisas adicionais ou mesmo a sua revisão, correcções e ajustes pontuais e de forma integrada, assim como, e em simultâneo, o manuseio dos documentos de um modo “limpo” (Gibbs, 2009).

Olabuénaga (2007: 325) numa classificação de programas orientados para a análise qualitativa refere-o como um dos programas mais úteis tanto para a análise textual como conceptual fundamentalmente pela sua riqueza de registos. Possui duas componentes que permitem manejar não só documentos mas também ideias, é um programa baseado em índices em que o conteúdo destes se armazena em “nodes” que se podem hierarquizar permitindo a elaboração de tipologias. O autor na sua análise alerta para falsas expectativas no que se prende com a utilização desta ferramenta informática capaz apenas de executar operações mecânicas pois *“(...) el ordenador opera y ofrece sus ventajas de rapidez, capacidad y versatilidad, siempre a nivel textual, dado que, a nivel conceptual, es el investigador el que debe efectuar las operaciones oportunas en cada caso (...) debe reservarse para sí las estrictamente intelectuales.”*

Consideramos que estivemos atentos a este alerta solicitando a esta ferramenta informática apenas aquilo que tem “capacidade” de realização. Assim, depois de nele indexarmos todos os documentos a sua utilização passou pela codificação das informações com a construção de uma taxonomia, que aqui se organiza seguindo uma estrutura de “árvore” que a partir do seu tronco (projecto) se vai subdividindo sequencialmente em ramos e os pontos de subdivisão serão os *nodes* ou nós. Estes *nodes* foram assumidos como dimensões, que se subdividem em domínios, estes em categorias e estas em sub-categorias, de acordo com a proposta taxonómica de Spradley (1980). A estrutura final deste projecto está subdividida em dois grandes ramos em que por um lado temos a Base de Dados onde se localizaram todos os documentos reunidos e a analisar, de acordo com a tipologia e o caso, e por outro temos um ramo que corresponde aos *nodes* onde encontrámos as grandes dimensões de análise que são convergentes para as três situações em investigação.

A leitura da informação obtida, primeiro de um modo global, identificando os grandes temas que emergiam do texto sem qualquer preocupação de categorização, foi uma etapa prévia do trabalho que nos serviu para retermos e, pontualmente, tomarmos algumas notas, muito genéricas, sobre domínios temáticos ou temas emergentes. Nesta etapa tivemos presente e atendemos aos princípios que uma leitura para ser científica tem de ser total e completa não bastando captar o sentido manifesto de um texto sem chegar ao seu conteúdo latente. Pontualmente esta leitura aconteceu também, durante o trabalho de campo e assim, abriu um leque de possibilidades para indagações ou esclarecimentos sobre esses conteúdos latentes na continuação da observação e trabalho no campo ou mesmo para recolha de informação adicional.

A análise de conteúdo constitui-se em dois momentos-chave, o da codificação que não é mais do que a redução das muitas palavras do texto mediante a classificação num número menor de categorias, e o tratamento informático dos dados classificados (Olabuénaga, 2007).

O processo de codificação consistiu na subdivisão dos documentos e demarcação de unidades de texto de acordo com a interpretação feita, agrupando-os à volta de um conceito. O passo seguinte consistiu em analisar detalhadamente estes “grupos” de unidades de texto e agrupá-los em torno de fenómenos descobertos nos próprios dados que interpretámos como relevantes para as questões em investigação. As categorias daqui resultantes foram ainda desenvolvidas atendendo às propriedades que cada uma delas assumia que classificámos e dimensionámos. Nesta primeira etapa de aplicação da codificação tentámos “(...) *não perder contacto com os objectivos da codificação: fragmentar e compreender um texto e agregar e desenvolver categorias colocando-as em uma ordem no decorrer do tempo.*” (Flick, 2004: 190). Como refere Olabuénaga (2007:204), procedeu-se à transformação do campo em texto de campo através do processo de codificação e categorização. Esta, é entendida como o processo pelo qual o investigador aplica regras da sistematização para melhor captar o conteúdo do seu texto de campo, consistindo na aplicação de um critério de variabilidade a uma unidade de registo, sistematizando-o numa série de categorias e classificando cada unidade numa dessas categorias.

A partir da definição das categorias fizémos um trabalho de diferenciação criando sub-categorias tentando “enriquecê-las”, a partir da análise detalhada e minuciosa do texto, com o maior número de unidades de texto possível, escrevendo anotações e memorandos, explicando e definindo o conteúdo dessas mesmas categorias. Este não foi um trabalho sequencial e linear pois frequentemente concluído um passo passava-se ao seguinte mas pontualmente, também

se voltava à primeira fase reiniciando-se com uma informação mais rica e completa (Polit, Beck & Hungler, 2004).

Em vários momentos se validou, conferiu, interligou, isto é, estabeleceram relações entre estas categorias, num movimento contínuo entre um pensamento dedutivo e indutivo comparando e questionando. Neste processo, tentámos seguir um conjunto de regras básicas, que Olabuénaga (2007: 205) apresenta: i) cada série de categorias constrói-se de acordo com um único critério; ii) podem conceber-se categorias complexas com base numa combinação de critérios únicos; iii) cada série é exaustiva; iv) as categorias de cada série são mutuamente exclusivas; v) as categorias têm que ser significativas; vi) claras; vii) replicáveis e; viii) diferenciam-se pela linguagem que se utiliza para a sua construção.

O processo de análise dos dados tem como finalidade construir abstracções ou representações à medida que estes se vão agrupando e relacionando tendo sempre subjacentes os significados que as perspectivas dos participantes conferem ao fenómeno em investigação. Esta é das fases consideradas de maior complexidade e exigência conceptual de todo o processo investigativo pois trata-se de fazer uma sistematização obtida a partir de uma leitura múltipla e repetitiva¹⁹ em que “(...) *el investigador progresa moviéndose desde el ‘campo’ al ‘texto’ al ‘lector’*” (Olabuénaga, 2007: 197). A complexidade advém-lhe de todo o processo se basear numa interpretação que não pode ser desligada da recolha e amostragem do material mas, simultaneamente, é a âncora para a tomada de decisão sobre quais os dados a revelar, a expor, a contextualizar e a categorizar (Flick, 2004).

Com a primeira entrevista realizada aos estudantes e, porque ela aconteceu durante a primeira semana do seu ensino clínico, pretendíamos fundamentalmente conhecer a perspectiva dos estudantes sobre aquele momento do seu percurso de formação, isto é, o que representa o primeiro impacto de interacção com a prática de enfermagem nos contextos de prestação de cuidados. Sendo este um momento de uma transição tão significativa no seu percurso de vida em que o estudante se depararia com um contexto, com pessoas e situações até há pouco desconhecidas era relevante compreender as suas primeiras percepções, sentimentos e vivências perante todo aquele mundo de novidade e desafio. Compreender quais os recursos que o estudante percepciona (e espera) para a sua aprendizagem neste ensino clínico hospitalar permitia conhecer as representações construídas nos seus percursos escolares ou alguns dos seus pré-conceitos, perspectivar que focalização dar à observação, que atitude

¹⁹ Olabuénaga (2007:197) considera que a ideia central da análise de conteúdo é que o “texto original debe ser entendido y tratado como un ‘escenario de observación’ o como el ‘interlocutor de una entrevista’ del que se extrae información para someterla a un ulterior análisis e interpretación, es decir, que el texto es como un campo del que se extrae información a través de la lectura”

adoptar nalgumas situações para além de conhecer as características do grupo naquele momento de confronto com as situações de prática clínica.

Pelo facto de apenas terem ocorrido alguns momentos de contacto do investigador com cada um dos sujeitos alvo de observação, a entrevista individual esteve envolta num ambiente (não explicitamente demonstrado) em que entrevistador e entrevistado se tentavam conhecer um pouco melhor fazendo com que muito do texto obtido não se mostrasse significativo e relevante de acordo com os objectivos do estudo. Esta situação foi previamente pensada pelo investigador e equacionadas algumas estratégias para a minimizar. Pensamos que terá sido especialmente relevante a negociação feita com cada um dos entrevistados para marcação do dia, hora e local em que esta se iria realizar de acordo com os interesses, disponibilidades, vontades, ... dos entrevistados. Todo o trabalho de informação que aconteceu imediatamente antes da realização de cada entrevista, que não foi mais do que um diálogo sobre o projecto de investigação em curso embora com frequentes derivações temáticas, constituiu a principal estratégia daquela negociação.

A realização da primeira entrevista assentava num duplo objectivo, por um lado a obtenção de conhecimento mais aprofundado sobre as percepções, pensamentos, motivações, receios de cada um dos entrevistados perante o início da sua aprendizagem em contexto de saúde. Por outro, pelas respostas na primeira pessoa, poderíamos validar algumas das nossas primeiras percepções sobre cada um dos estudantes e ao mesmo tempo aproximarmo-nos e envolver os sujeitos em observação.

Um segundo conjunto de documentos para análise correspondeu a tudo o que foi reunido durante as primeiras semanas de actividades em contexto de um serviço de saúde dos vários grupos de estudantes, os docentes e os enfermeiros que se co-responsabilizavam pela sua orientação. Assim, associou-se um vasto conjunto de informação a partir de várias fontes e técnicas de colheita de dados, nomeadamente: diários de campo elaborados a partir das notas de campo resultantes dos períodos de observação; entrevistas (etnográficas) realizadas aos enfermeiros que orientavam o aluno no desenvolvimento de actividades de prestação de cuidados; entrevistas semi-estruturadas realizadas junto de cada um dos docentes, à 4^a ou 5^a semana; entrevistas também semi-estruturadas dos estudantes realizadas à 6^a semana (ao terminar o período de observação) e; todos os documentos que fomos recolhendo desde materiais elaborados pelos estudantes ou pelos docentes para apoio ao ensino clínico a materiais de caracterização da instituição de saúde ou da equipa de enfermagem do serviço onde realizávamos a observação.

A compreensão do primeiro ensino clínico não ficaria completa sem uma visão mais distanciada por parte dos estudantes, sujeitos de investigação, sobre as representações que dele construíram. Assim, aproximadamente um ano após a sua realização realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com todos aqueles que tiveram sucesso na unidade curricular observada. Considerou-se sucesso, o aluno ter obtido uma classificação superior a dez valores que de acordo com os vários regulamentos de avaliação e transição lhes permite progredir na sua formação no curso. A definição deste critério aconteceu pela probabilidade de a reprovação ser condicionadora de enviesamento nas respostas formuladas mas fundamentalmente porque esta investigação tinha como uma das finalidades compreender o impacto formativo da unidade curricular na continuidade da formação do estudante.

A análise de todos estes documentos e as primeiras evidências que emergem desse trabalho de leituras e interpretações iniciais é o que se apresenta no próximo capítulo.

A análise do Conteúdo

Do descrito no capítulo anterior, é facilmente perceptível o vastíssimo corpus de análise a trabalhar. Assim, após uma 1ª análise de todos os documentos por leituras, múltiplas questões e algumas interpretações obteve-se um conjunto de dimensões, domínios e categorias (e pontualmente sub-categorias) comuns, embora com incidências diferentes, aos três casos em estudo.

Na análise das primeiras entrevistas aos estudantes, e de acordo com os objectivos delineados, emergiram três áreas temáticas mais vastas: i) conceitos e/ou representações do que é o ensino clínico e como se originaram, tanto aquele(s) que tinham construído e idealizado como as transformações ocasionadas no contacto inicial com o serviço; ii) expectativas para o período de prática em contexto de saúde, relativamente ao seu desenvolvimento e aprendizagem; iii) percepção de sentimentos e/ou vivências emocionais tanto no que é explicitado no discurso como no que dele emerge/transparece, nos vários momentos da entrevista.

Do período de observação no campo e respectivas notas, das segundas entrevistas aos estudantes e da informação reunida pelas entrevistas etnográficas, emergiu da sua análise um conjunto de conceitos enquadráveis em duas grandes áreas temáticas, os processos de aprendizagem e de supervisão.

Na entrevista semi-estruturada aos estudantes onde se pretendia conhecer as situações de aprendizagem sentidas como mais formativas ou mesmo marcantes no seu primeiro ensino clínico, os factores considerados mais influentes para o seu desenvolvimento, a importância que

o aluno percebe o primeiro ensino clínico no seu percurso de formação e as vivências emocionais que todo aquele período lhes ocasiona.

Para compreender o impacto formativo do 1º ensino clínico a nossa opção passou, também, por ouvir numa entrevista semi-estruturada os estudantes, como já referimos,²⁰ que constituíram cada um dos casos em estudo. Para tal definimos um conjunto de questões em que pretendíamos conhecer: i) as situações de aprendizagem sentidas como mais formativas e marcantes na primeira experiência formativa em contexto de prática clínica; ii) a influência que o primeiro ensino clínico tem/está a ter, no percurso curricular do aluno, como o está a marcar; iii) a percepção dos estudantes sobre o papel dos supervisores, envolvidos no seu processo supervisivo no primeiro ensino clínico, em particular a influência que tiveram no seu desenvolvimento e aprendizagem; iv) os sentimentos que emergem ao relembrar as primeiras experiências de aprendizagem da prática de cuidados, em contexto clínico; v) a sua percepção sobre a inscrição temporal do primeiro ensino clínico no plano curricular do curso;

Da análise conjunta emergiram os domínios das aprendizagens, da supervisão, das emoções e/ou sentimentos e um conjunto de representações, significados e características que agora são atribuídas pelos estudantes àquele ensino clínico como abaixo se explicita.

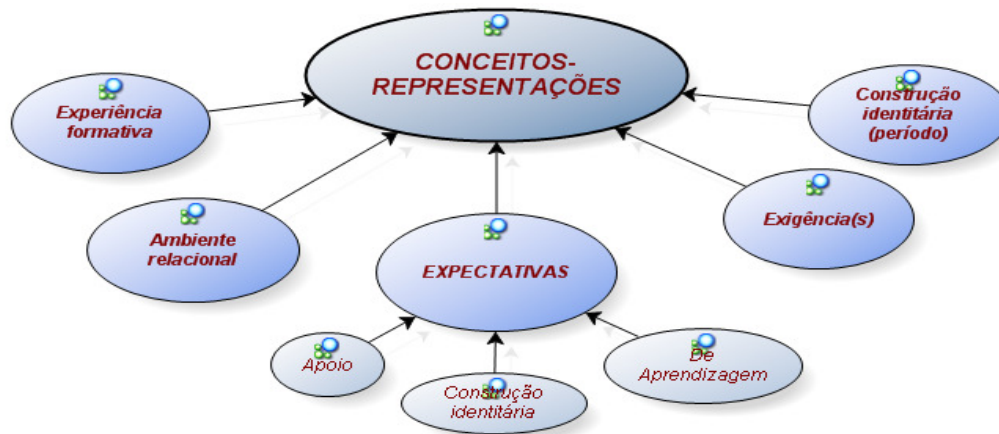
Analisando as grandes dimensões, em cada um dos principais momentos de recolha de informação e na construção da árvore de categorias, verificámos que esta se situava fundamentalmente na aprendizagem e na supervisão sempre influenciadas por emoções e sentimentos e evidenciando ou tendo subjacente conceitos e representações sobre o ensino clínico, tal como se apresenta nas figuras seguintes.

Na análise das fontes documentais recolhidas, e para dar resposta às questões de investigação, decorrente das vivências e desenvolvimento de múltiplas situações de prestação de cuidados a pessoas internadas em situação de doença, os estudantes sujeitos da investigação, identificaram assim:

- **Conceitos e representações** sobre o EC que se agruparam nos domínios: Ambiente relacional, experiência formativa, construção identitária, exigências, e expectativas daquilo que os estudantes esperam vir a realizar ou desenvolver e do que lhes será proporcionado para tal, todos eles subdivididos em categorias (figura 4);

²⁰ O número de alunos que realizaram a 3ª entrevista foi diferente para os casos A e C pois na primeira situação um aluno não obteve aprovação na unidade curricular enquanto na segunda o mesmo ocorreu com dois estudantes. Para o caso B o número de entrevistados manteve-se relativamente ao período em que o ensino clínico ocorreu, pois todos obtiveram aproveitamento nesta unidade curricular.

Figura 4 - Conceitos e Representações do Ensino Clínico: domínios da dimensão de análise



- **Processos de aprendizagem** que de acordo com a orientação taxonómica já referida, domínios (o que aprendi, como aprendi, factores influentes no processo e contexto de aprendizagem) e categorias. A **aprendizagem** percebida como um processo de resolução de problemas com implicação e/ou envolvimento dos sujeitos que têm de aprender a resolver tarefas, problemas ou situações mais ou menos específicos, bem como a lidarem com o contexto em que ocorrem, é uma das áreas com maior riqueza de dados obtidos, nesta investigação, tanto por entrevista como pela observação dos sujeitos no desempenho das actividades no contexto da prática (figura 5).

Assim, e especificando:

- No domínio **conteúdo** da **aprendizagem** identificaram-se as categorias: i) Comunicação e relação; ii) Concepção e planeamento projectos de cuidados; iii) Desenvolvimento pessoal e psicossocial; iv) Habilidades, competências técnico-instrumentais; v) Conhecimentos de suporte à prestação de cuidados;
- No **processo de aprendizagem** emergiram como categorias de análise: i) A análise, discussão e reflexão; ii) A partilha com colegas; iii) O contacto com a pessoa alvo de cuidados; iv) A execução e ou vivência da situação; v) A imitação e; vi) O trabalho individual de aprofundamento teórico.
- Os **factores de influência** são genericamente subdivididos em facilitadores ou menos facilitadores pois nunca há identificação de elementos ou factores dificultadores no

processo de aprendizagem, identificaram-se as categorias: i) A equipa supervisiva; ii) Características pessoais; iii) Estudo e pesquisa bibliográfica; iv) O ambiente proporcionado; v) Feedback recebido e; vi) Preparação ou conhecimentos prévios;

- No domínio **contexto de aprendizagem** entendido como um conjunto de condicionantes sistémicas emergiram as categorias: i) Afectivas e emocionais; ii) Culturais; iii) Didácticas e; iv) Organizacionais. Salienta-se que estas categorias foram subdivididas em sub-categorias. O **contexto** é percebido como um clima propício (ou não) à aprendizagem, isto é, o modo como o processo é envolvido exterior e interiormente por uma atmosfera cognitiva, afectiva e relacional mais ou menos estimulante e como tal podendo condicionar positiva ou negativamente todo o processo.

Figura 5 - Domínios e Categorias da Dimensão de Análise: Aprendizagem



- O **processo supervisivo**, na acepção de que um profissional mais experiente e conhecedor orienta um estudante com o objectivo de que este se desenvolva profissionalmente mas também numa dimensão pessoal e que ocorre por um período de tempo, surge como uma grande dimensão na informação reunida. Aqui emergiram várias domínios e dentro destes categorias como se explicita na figura 6.

Figura 6 - Domínios e categorias da dimensão de análise: Processo Supervisivo

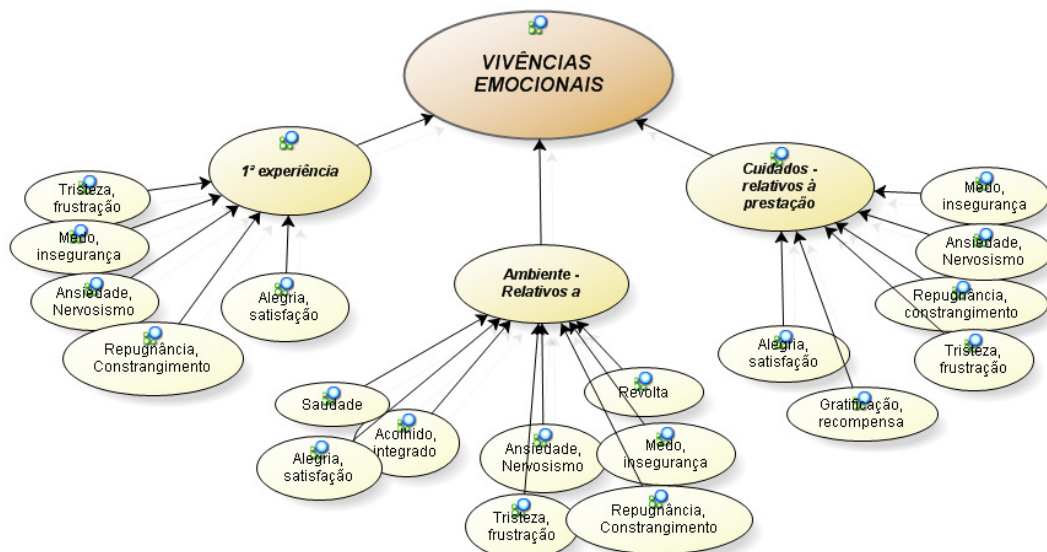


No domínio **estratégias de supervisão** sendo estas entendidas como o conjunto de **estratégias psico-pedagógicas e técnico-didácticas** através das quais o processo de desenvolvimento e aprendizagem é facilitado, de acordo com a sua maior ou menor adequação e a familiaridade do aluno com essas estratégias são aspectos que emergiram da análise da informação de campo e onde se identificaram várias categorias. Mas também os domínios o **foco de observação e atenção** do supervisor, durante os períodos em que faz supervisão do seu estudante, os **momentos de supervisão** e, por último, **o supervisor** onde se identificam

as categorias **figura do supervisor** e o que é **ser supervisor**, que implicações, constrangimentos, ... que o desempenho desta função implica, são os domínios identificados no processo superviso.

- As **vivências emocionais** como o conjunto de emoções e sentimentos experienciados ou percebidos pelos sujeitos em estudo. Os domínios aqui encontrados eram enquadráveis de acordo com o factor ou factores que estão na sua origem. Assim, encontramos emoções e sentimentos decorrentes das vivências que o ambiente/contexto do ensino clínico proporciona, do contacto com a prestação de cuidados tanto pela observação de outros profissionais como pela execução directa e ainda, aqueles que são associados a uma primeira experiência em contexto de ensino clínico, isto é, uma situação em que o estudante se vê confrontado pela primeira vez com a realização de um procedimento técnico-instrumental, uma entrevista, a transmissão da informação sobre o seu doente na passagem de turno ou outro. A figura 7, elucida sobre a subdivisão em domínios e categorias.

Figura 7 - Categorias e domínios na dimensão de análise: Vivências Emocionais



Apresentado o procedimento adoptado para tratamento e análise da informação é objectivo do próximo capítulo apresentar cada um dos casos em investigação.

Para tal e como já referimos, este estudo recaiu em três situações diferentes que denominámos casos, sendo que cada um corresponde ao conjunto constituído por: i) um grupo de alunos de uma Escola Superior de Enfermagem; ii) docentes que orientam estes alunos durante o ensino clínico em investigação e; iii) os enfermeiros do contexto onde decorre o ensino clínico (numa instituição de saúde hospitalar) e que colaboram na orientação dos estudantes.

Serviu de base, para a definição de cada um dos casos, os Planos de Estudo das Escola Superior de Enfermagem recolhidos. Assim, e porque nos casos definidos sempre prevalecem algumas dissemelhanças, importa uma caracterização de cada uma das instituições estudadas. Cada um dos casos em estudo correspondia a uma Escola Superior de Enfermagem com algumas características diferenciadas entre si pelo seu percurso de existência e de formação. Contudo todas têm em funcionamento o Curso de Licenciatura em Enfermagem com a duração de 4 anos a tempo inteiro, cada ano lectivo constituído por 36 semanas e uma carga horária total superior a 4600 horas, repartidas aproximadamente a 50% entre componente teórica e de ensino clínico. Também todas se encontravam na situação de escolas não integradas e a iniciarem uma nova etapa nos seus percursos históricos, pois todas estavam confrontadas com o mesmo desafio, o processo de fusão com as outras escolas congéneres das respectivas cidades de implantação geográfica. Processo este, iniciado na sequência da publicação do Decreto-Lei nº 175/2004, de 21 de Julho. Todas têm estatutos homologados e são geridas por um conjunto de órgãos de gestão similares (Assembleia de Escola; Conselhos Directivo, Científico e Pedagógico; ...) assim como, se organizam em unidades estruturais de carácter científico e pedagógico.

No próximo capítulo apresenta-se sequencialmente uma caracterização para cada um dos casos, o curriculum com especial ênfase o de ensino clínico, os sujeitos que integram esta investigação, a Escola, assim como, uma breve caracterização do contexto onde o ensino clínico ocorre.

2 - O PRIMEIRO ENSINO CLÍNICO EM CONTEXTO HOSPITALAR

2.1 – DOS ESTUDANTES DO 2º ANO DO CLE: A ESCOLA, O CURRÍCULO (CASO A)

A Escola Superior de Enfermagem, em estudo neste caso, foi criada em 1971 e teve desde o ano da sua criação um funcionamento regular. Funcionou em instalações anexas a um Hospital Central e por este cedidas dispendo, de um edifício construído especificamente para o seu funcionamento, apenas a partir de 1991. Este facto ocasionou profundas alterações percebendo-se “(...) *sinais indiciadores que desde então se desencadeou uma dinâmica que catapultou a Escola para um outro patamar de natureza quantitativa e qualitativa*” (Relatório de Avaliação Externa; 2005b: 9)

Ao longo do seu percurso de vida teve sempre em funcionamento cursos de formação inicial em enfermagem e em vários momentos, outros cursos de formação pós-graduada. A dimensão mais significativa da sua actividade envolveu sempre a formação inicial de enfermeiros.

É uma Escola com uma evidente e activa participação dos vários corpos na sua actividade e organização quotidianas, com condições naturais de funcionamento bem qualificadas no Relatório de Avaliação Externa (2005b), de meios humanos adequados e bem qualificados, uma organização e gestão internas participadas.

O plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem foi desenvolvido baseado em pressupostos que a formação deve:

- Assentar no desenvolvimento de saberes e capacidades que levem a percepções muito mais que a análises;
- Permitir aos alunos desfrutar ao máximo da inteligência que possuem;
- Possibilitar escolher sistematicamente a área da vida e do cuidar onde querem intervir e aprender e exercer o seu poder transformador.

Neste contexto esta Escola preconiza, “... *favorecer o desenvolvimento global da personalidade dos seus formandos, entendendo-os como seres únicos portadores de uma cultura particular, com uma diversidade de experiências, e lhes permite e incentiva a participar activamente na vida escolar, facilitando o desenvolvimento de projectos pessoais de âmbito não estritamente profissional*” (Plano de estudos, 1999: 5).

O curso está estruturado em anos e semestres, a sua organização é disciplinar. O primeiro ano poderá considerar-se um ano propedêutico, (constituído apenas por disciplinas teóricas e teórico-práticas que podem ser enquadráveis sob a designação de “ciências fundamentais”) pois tem como principal objectivo a aquisição de fundamentos, com um conjunto de unidades curriculares (de ensino teórico) subsidiárias da disciplina de enfermagem.

No segundo ano, o primeiro semestre completamente voltado para o ensino teórico, tem como objectivo dotar o aluno de ferramentas que lhe permitam intervir junto do adulto e do idoso em situação de saúde e de doença. O segundo semestre destina-se a ensino clínico, para o desenvolvimento de aprendizagens em contextos de prestação de cuidados ao adulto e idoso, em situação de internamento hospitalar.

O terceiro ano (ensino teórico e clínico) é constituído essencialmente por disciplinas das áreas clínicas de especialidade (saúde comunitária e do trabalho, de saúde mental e psiquiatria, saúde infantil e pediatria e de saúde materna e obstétrica) acompanhadas dos respectivos ensinamentos clínicos.

No último ano é voltado, no ensino teórico, para a administração, gestão, economia e qualidade em saúde, contudo a grande componente de ensino deste ano curricular é o clínico tanto em áreas de cuidados de saúde primários como diferenciados e dentro de uma área opcional. Ainda é objectivo deste ano lectivo o desenvolvimento no domínio da investigação.

Nesta estrutura compreende-se uma dimensão teorizante da disciplina de enfermagem presente principalmente no 1º ano, contudo prevalece uma dimensão profissionalizante.

O Ensino clínico I

A componente curricular de ensino clínico do CLE é para esta Escola e segundo o Relatório de Avaliação Externa (2005b: 19 e 20) um dos aspectos mais marcantes no seu desenvolvimento. Todo o investimento e esforço pedagógico, que tem feito a este nível, tem-se revestido de êxito, pois *“(...) vem correspondendo com elevação à missão que lhe está atribuída, tem consciência do seu papel e das suas potencialidades e adoptou uma política de qualidade”,* sendo destacado nesta cultura de qualidade *“(...) o trabalho desenvolvido sobre o ensino clínico”*

O programa das unidades curriculares ensino clínico foi definido conjuntamente e em articulação para o curso. Assumiram-se pressupostos e princípios orientadores comuns de modo que, ao longo do percurso formativo do estudante estes funcionassem como uma trama matricial que sustenta e dá equilíbrio e coerência aos vários momentos formativos do estudante, em contexto de prática clínica.

As aprendizagens do estudante são orientadas por um conjunto de objectivos gerais ou metas, comuns aos vários ensinamentos clínicos, bem como por um conjunto de estratégias de aprendizagem também conjuntamente definidas e com um grau crescente de complexidade e exigência ao longo do curso. O relatório de avaliação externa refere *“(...) o ensino clínico constitui-se como preocupação deste corpo de docentes, bem assim como dos órgãos de gestão científico-pedagógica e por tal razão estão a desenvolver um conjunto de estratégias*

que lhes permita compreender as eventuais lacunas e avançar com medidas correctivas.”
(2005b: 13)

Esta unidade curricular ocupa todo o 2º semestre do 2º ano do CLE, tem uma carga horária total de 630 horas correspondente a dezoito semanas de duração, com 35 horas de actividade em contexto de saúde, por semana.

Os contextos de aprendizagem são unidades de internamento hospitalar fundamentalmente para pessoas adultas e idosas com situações de doença interna que necessitarão de ser submetidos a formas de tratamento conservador, não cirúrgico.

Dentro dos objectivos gerais, definidos para o curso, foram também definidos objectivos específicos e critérios para a sua avaliação.

Os objectivos gerais são:

- “Integrar-se no ambiente da prestação de cuidados contribuindo para um clima relacional favorável ao desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes;
- Integrar (e respeitar) os princípios éticos, deontológicos e de responsabilidade profissional em todo o ambiente de cuidados;
- Comunicar atendendo às relações interpessoais no contexto do ensino clínico;
- Conceber cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades de saúde da pessoa/família/comunidade;
- Prestar cuidados de enfermagem à pessoa/família/comunidade aos três níveis de prevenção integrados numa equipa multidisciplinar;
- Desenvolver o pensamento crítico, flexível, criativo e de aprendizagem ao longo da vida”
(Ensino Clínico I: orientações, 2005: 9 e 10).

O grau de proficiência exigido neste período de aprendizagem é baixo (os objectivos específicos orientam para desempenhos sem exigências nos níveis de análise e de síntese), contudo a prestação de cuidados exigida é sempre baseada numa visão holística do ser humano.

Tanto na especificação de alguns critérios para a classificação final como nas metodologias propostas verifica-se que há dimensões da aprendizagem do estudante, no contexto prestação de cuidados, consideradas estruturantes dentro destes objectivos para este ensino clínico, que são: i) a dimensão ética, deontológica e de responsabilidade profissional; ii) a comunicação; iii) a concepção de cuidados e; iv) a prestação de cuidados.

As **propostas metodológicas** para o desenvolvimento da aprendizagem são globalmente centradas no estudante, enfatizando a necessidade de uma “... *atitude pró-activa dos alunos*

face às situações que a proporcionam (...) é fundamental que cada aluno, em cada momento demonstre empenhamento pessoal para aprender (...)” (Ensino clínico I: orientações, 2005: 14)

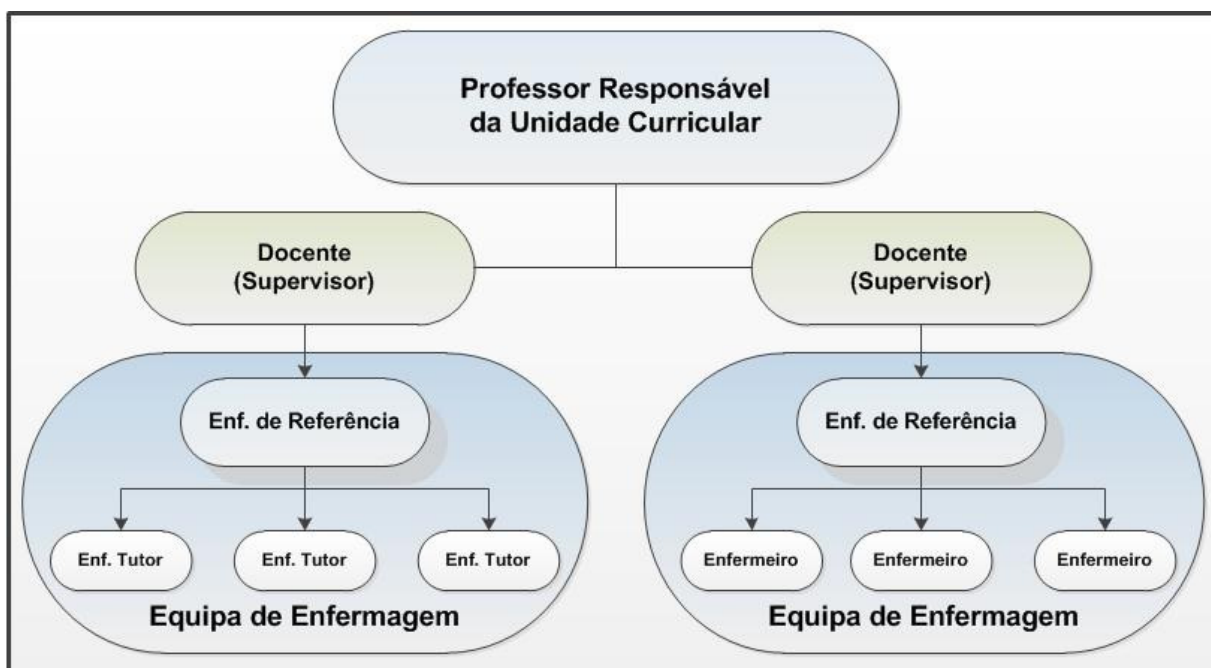
Neste documento, propõe-se também que o orientador do ensino clínico proporcione situações de prestação de cuidados de modo que as aprendizagens sejam progressivas e assim o aluno possa desenvolver um conjunto de competências básicas (treino de instrumentos básicos, avaliação de parâmetros vitais, cuidados básicos, administração de terapêutica, ...) antes de lhe serem proporcionadas experiências de aprendizagem mais complexas.

O processo de orientação do estudante está centrado no docente que se articula neste trabalho com um enfermeiro da equipa (ou com o enfermeiro tutor) e ambos vão em cada momento definindo com os restantes enfermeiros qual ou quais as melhores estratégias para ajudar o aluno a aprender.

Ao aluno são propostas **outras estratégias** de desenvolvimento potencialmente promotoras da sua aprendizagem: i) construção de um dossier de aprendizagem; ii) elaboração de narrativas de aprendizagem; iii) elaboração de fichas de leitura pelas pesquisas que for realizando; iv) actividades de reflexão/discussão em grupo; v) outras consideradas oportunas.

O processo de avaliação globalmente parece ter subjacente uma filosofia de avaliação formativa, há indicação de momentos de “(...) *paragem para pensar e discutir o percurso de aprendizagem*” do aluno para que “(...) *a avaliação cumpra a sua função de ajudar no desenvolvimento do aluno*” (Ensino clínico I: orientações, 2005: 17).

Figura 8 - Modelo de orientação dos estudantes em Ensino Clínico - Caso A



Por outro lado ao docente, como principal responsável pela dinamização da avaliação, compete-lhe envolver e implicar o aluno e os outros intervenientes (o tutor, o enfermeiro de referência ou mesmo qualquer outro enfermeiro da equipa que tenha orientado o aluno na prestação de cuidados de forma mais ou menos sistemática) integrando-os nesta dinâmica do processo de ensino e aprendizagem. Para tal pode utilizar uma variedade de estratégias, técnicas e instrumentos (reuniões da avaliação; reuniões de análise e discussão sobre as práticas; elaboração de relatórios do estado da aprendizagem; narrativas de aprendizagem; a observação; questões pedagógicas; entre outros). Tudo isto evidencia a ênfase dada ao processo de auto-avaliação e ao desenvolvimento de um importante sentido de responsabilidade do aluno como promotor da sua aprendizagem (Ensino clínico I: orientações, 2005: 17).

Os estudantes e o contexto de aprendizagem em EC: caracterização

Tratava-se de um grupo de onze estudantes, do 2º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, subdividido em dois, cada um destes sub-grupos tinha um docente e um enfermeiro de referência a quem era atribuída (e que era assumida), a responsabilidade pela orientação pedagógica durante o período de aprendizagem. O enfermeiro de referência, assumia uma função de charneira entre docente, equipa de enfermagem, grupo de alunos e outros elementos da equipa, naquele contexto. Sempre que o docente não estava presente aquele enfermeiro assumia as suas funções, isto é, substituía-o perante os estudantes. Estes eram enfermeiros com um nível de qualificação mais elevado e que também assumiam na própria equipa um trabalho com um maior grau de diferenciação pois ambos eram enfermeiros especialistas. Havia a colaboração de toda a equipa de enfermagem no processo de orientação do estudante na prestação de cuidados e, num dos sub-grupos cada estudante tinha um “tutor”, isto é, um enfermeiro que sempre que estava presente no turno compreendido entre as 8 e as 16 horas orientava aquele estudante e posteriormente colaborava com o docente no processo de avaliação. O processo de orientação dos estudantes é portanto repartido pelos vários intervenientes e globalmente o ambiente de envolvimento criado é apreciado de forma positiva como se pode evidenciar pelos relatos dos docentes.

“(…) é uma enfermaria em que os enfermeiros se dedicam muito aos alunos em termos de relações humanas, em termos de princípios éticos, em termos de dedicação ao doente e aos alunos, é uma equipa de enfermagem que o faz muito bem (...) as tarefas são realizadas de uma forma segura, sempre na presença do enfermeiro, ele pergunta:

queres fazer isto ou não queres, sentes-te à vontade ou não sentes? (...) sei que se a equipa tem este comportamento, esta dedicação e tem um certo brio em que (++) os orientar.” [ENT A - Prof-1](#) ²¹

As unidades de internamento são mistas, fazem parte de um Hospital Central com algumas dezenas de anos de construção em que as múltiplas melhorias e adaptações não conseguiram eliminar todos os constrangimentos que a antiguidade lhe condiciona relativamente às exigências arquitectónicas e de equipamento de um serviço de saúde actual. São constituídos por enfermarias pequenas para o número de camas que comportam, tectos altos com condições de isolamento, térmico e acústico, deficitários em que a privacidade só intencionalmente é mantida, instalações sanitárias e gabinetes (espaços) de apoio em baixo número e de reduzidas dimensões o que exige esforço acrescido dos que ali trabalham para proporcionar o melhor bem-estar às pessoas internadas.

São unidades onde são admitidas pessoas em consequência de doença aguda e/ou crónica em geral apresentando múltiplas respostas condicionadoras de elevado grau de dependência em cuidados de enfermagem. São dotadas de uma equipa de enfermagem jovem e adequada às necessidades que parecem evidenciar um bom nível de satisfação global com a actividade que desenvolvem o que condiciona um ambiente agradável e acolhedor no serviço ao ponto de os estudantes desvalorizarem os constrangimentos estruturais considerando que são compensados pela qualidade dos cuidados prestados nas unidades. A este nível saliente-se a percepção, de um professor, sobre as condições contextuais oferecidas ao estudante para o seu processo de aprendizagem.

“(…) ter a disponibilidade para lhes dar tempo, para explicar em pormenor, ... E aqui este serviço tem, está relativamente facilitado. É uma equipa jovem, foi trabalhada, está motivada e neste momento tem havido condições propícias. O número de doentes distribuído a cada enfermeiro também lhes permite fazer as coisas com alguma calma e dando tempo ao aluno para pensar e dando-lhes esse tal acompanhamento de muito perto.” [ENT A-Prof-2](#)

Para caracterização do grupo de alunos e para recolhermos alguns dados que nos ajudassem na compreensão de situações/inquietações/dúvidas que a observação hipoteticamente nos iria colocar realizámos um pequeno questionário no dia em que iniciaram o ensino clínico (Anexo 2)

Dos dados obtidos fizemos uma análise das frequências absolutas e relativas depois de termos agrupado os dados em categorias. Assim, e como se ilustra no *gráfico 1* verifica-se que a maioria dos estudantes é do sexo feminino (72.7%), percentagem esta que está, genericamente, de acordo com os valores apresentados tanto na profissão como na formação pré-graduada em enfermagem.

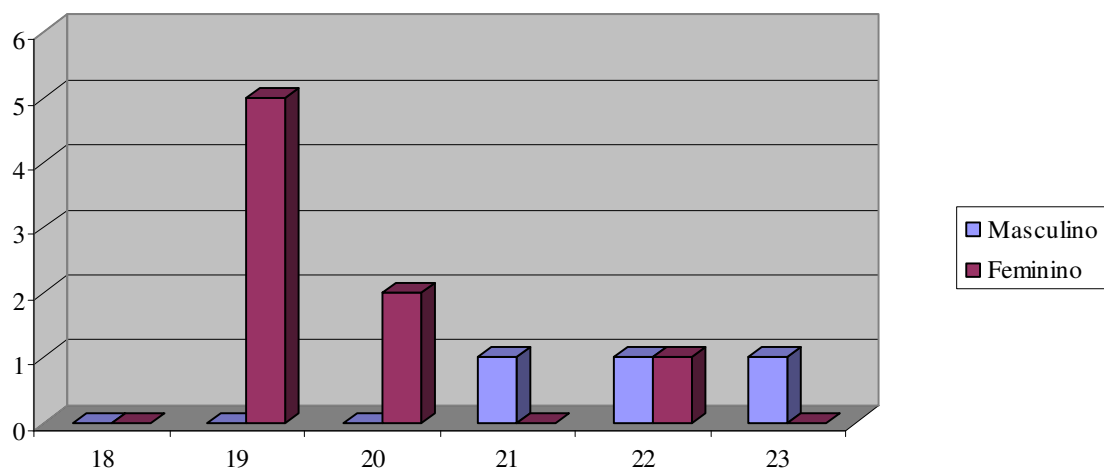
²¹ [ENT A - Prof-1](#) - Designação atribuída à entrevista (ENT) realizada no âmbito do Caso A (A), ao docente orientador (Prof) que definimos com 1

A maioria dos estudantes tem 19 ou 20 anos o que nos indica que estes terão feito todo o seu percurso de formação escolar sem reprovações. O estudante incluído na categoria 23 ou mais anos tinha interrompido o seu percurso escolar.

A naturalidade da maioria dos estudantes (81.8%) era diferente do concelho de implantação geográfica da escola e assim, apenas dois destes estudantes puderam manter a sua residência assim como o contacto diário e regular com o seu núcleo familiar habitual.

O contacto prévio com os ambientes ou pessoas ligadas profissionalmente à saúde poderia de algum modo condicionar o modo como os estudantes iriam iniciar o ensino clínico ou até mesmo poderia ter estado ligado à opção do estudante de frequentar esta formação. Contudo, neste grupo nenhum deles tinha qualquer elemento do seu agregado familiar a ter contacto profissional ou outro, com as actividades na área da saúde. Quase 100% dos alunos referem a motivação pessoal como um dos factores que os levou a optarem pelo curso de enfermagem mas destes 63.6% referem a facilidade de emprego como um factor que também pesou na sua opção.

Gráfico 1 – Distribuição dos alunos por sexo e idade – Caso A



Todos estes estudantes têm um estatuto de estudante ordinário pois, mesmo os estudantes que referem ter actividades extra-curriculares, nenhum deles as desempenha com regularidade assumindo o curso como actividade prioritária e em tempo integral. Um estudante que trabalha e um outro que tem actividades de voluntariado apenas o fazem pontualmente e ao fim-de-semana. Também a actividade desportiva referida por 45.5% dos sujeitos em estudo não tem regularidade, tendo como principal finalidade o lazer.

As razões que apresentam para a sua presença no curso de enfermagem prendem-se com a motivação pessoal e a possibilidade de emprego para 64%, enquanto para 27% a situação

deve-se apenas a factores ligados à motivação. Um dos estudantes refere que a sua frequência é atribuível à não entrada no curso de Medicina que seria a sua primeira opção.

Quando solicitados a descreverem qual o conceito que têm de si enquanto estudantes globalmente apresentam um conceito positivo de pessoas empenhadas, trabalhadoras e motivadas, mas simultaneamente conscientes do momento de formação em que se encontram, isto é, que sabem o que querem e o que têm de fazer para o obter.

“(…) bastante aplicada e empenhada quando o que estudo e faço realmente me motiva e me desperta interesse” (Q11 A)²²

“Indivíduo que se preocupa em aprender, aproveitando ao máximo as oportunidades de aprendizagem para a sua formação” (Q5 A)

Três dos estudantes embora considerem que têm algumas destas características percebem-se como alguém que deveria ter um comportamento mais determinado, aparentemente por perceberem o período de ensino clínico como exigindo essas características.

“(…) quero desenvolver os meus conhecimentos embora por vezes seja um pouco vadio” (Q3 A)

“(…) por vezes não me esforço o suficiente. Tendo a ser um pouco negativa e a trabalhar melhor sob pressão” (Q4 A)

Da leitura global das apreciações do grupo de estudantes emerge um conceito positivo, de formandos que estão conscientes do papel activo e de responsabilidade que terão de assumir no ensino clínico, de motivação mas também de alguma expectativa de como irão reagir a este processo dadas algumas das suas características pessoais.

²² Q11 A – Código atribuído ao questionário (Q) inicial que distribuimos aos estudantes, que numerámos de 1 a 11 (este é o número 11), o número de alunos do Caso A (A).

2.2 – DOS ESTUDANTES DO 1º ANO DO CLE: A ESCOLA, O CURRÍCULUM (CASO B)

É uma Escola que mantém um funcionamento regular desde 1940, ano em que foi criada por intermédio do Instituto Português de Oncologia e na dependência directa do Ministério da Educação (à época, situação ímpar no país). Teve no seu historial condições diferenciadas das quais se destacam a título exemplificativo a autonomia pedagógica e direcção de enfermeiras, desde o seu início, e a introdução em 1955, de um ano de estágio de integração à vida profissional, complementando os três anos do curso. Salienta-se, também, o facto de apenas em 1979 esta Escola ter passado a admitir estudantes do sexo masculino.

Funciona num edifício construído em 1942 que embora tenha sido remodelado posteriormente apresenta “(...) *necessariamente constrangimentos estruturais para as exigências e projectos da Escola nos dias de hoje*”. Apesar destes aspectos, referidos no Relatório de Avaliação Externa (2005c: 12), a reestruturação do edifício tornou possível aumentar o número de alunos e investir em novas práticas pedagógicas. O desenvolvimento de estratégias de gestão pedagógica no sentido de minorar alguns constrangimentos estruturais é evidenciado no mesmo documento.

Com um passado de largos anos de funcionamento regular na formação inicial de enfermeiros na última década desenvolveu também formação de especialização, cursos de complemento de formação e pós graduações.

É uma Escola com um corpo docente “(...) *com mais de 50 anos em proporção significativa (...) podendo em muitos casos ser sinónimo de melhor desempenho pelo amadurecimento e experiência acumulada*”, estas características são ainda mais evidenciadas quando se lê “*os docentes são referidos com frequência como modelos de referência*” (Relatório de Avaliação Externa; 2005c: 15 e 16)

O plano de estudos do Curso de Licenciatura foi desenvolvido a partir de uma filosofia que advoga que a formação inicial em enfermagem deverá formar profissionais responsáveis com competência científica, humana, técnica e cultural tendo por “(...) *base o julgamento profissional, no respeito pelos valores da profissão, que garantam o direito da pessoa e grupos à auto-determinação, ao bem-estar e à equidade.*” (Curso Superior de Enfermagem: Licenciatura: 2000: 1)

Subjacente à construção deste plano desenvolveu um quadro de referência onde fundamenta os conceitos de: Homem-Ambiente; Saúde-Doença; Enfermagem e Formação. Este trabalho é complementado com a definição do “Perfil do Enfermeiro responsável por cuidados Gerais” sendo este perfil o elemento estruturante do programa do curso.

A enfermagem como profissão de ajuda, a filosofia dos cuidados de saúde primários e a importância da formação centrada no estudante de acordo com o quadro de referência definido são os pilares centrais do desenvolvimento do curso em três etapas assim distribuídas: i) “Eu e os outros na relação com a saúde”, no 1º ano; ii) “Eu e os outros com problemáticas”, no 2º e 3º anos; iii) “Eu e a comunidade” e “Eu e a profissão”, no 4º ano. Esta filosofia de uma formação centrada no “Eu” é complementada com as metodologias utilizadas no ensino clínico e numa unidade curricular de Desenvolvimento Pessoal e Socioprofissional que acompanha todo o plano de estudos.

Este quadro de referência, consistente e desenvolvido ao longo do curso, a par com um conjunto de outras condições permitem ao estudante criar “(...) *uma consciencialização crescente entre o primeiro e o quarto ano, sobre a importância do próprio na sua formação*” (Relatório de Avaliação Externa; 2005c: 18).

O ensino clínico de Fundamentos de Enfermagem

O programa das unidades curriculares de ensino clínico foi definido em articulação com a componente teórico-prática e teórica das disciplinas de Enfermagem respectivas. Para a orientação das aprendizagens do estudante em ensino clínico foram definidos, a finalidade, um conjunto de objectivos e para cada um destes, critérios.

A formação do estudante em ensino clínico é um aspecto especialmente valorizado nesta instituição. No relatório de avaliação externa (2005c: 16) pode ler-se “*O ensino clínico é aliás um aspecto muito evidenciado por toda a comunidade, no sentido em que são bem preparados, bem planeados, bem seleccionados e com bom acompanhamento.*” As metodologias utilizadas na orientação do estudante dão primazia a um acompanhamento no primeiro ano fundamentalmente efectuado por professores da Escola, situação que vai diminuindo ao longo do curso para nos últimos anos acontecer fundamentalmente centrada em enfermeiros orientadores ou tutores provenientes, e em actividade, no local da prática clínica. Há trabalho de preparação prévia destes parceiros de formação e um grande investimento dos docentes na preparação dos orientadores de estágio, tanto no próprio contexto do serviço ou unidade de saúde como através de uma formação estruturada.

Integrado como a componente de estágio da unidade curricular de **Fundamentos de Enfermagem** o primeiro ensino clínico é desenvolvido nas últimas seis semanas do 1º ano em duas fases sequenciais.

Tem como finalidade desenvolver conhecimentos, capacidades e atitudes que permitam ao estudante prestar cuidados, com ajuda, em unidades de medicina, a indivíduos adultos com alterações de necessidades humanas (Fundamentos de Enfermagem: programa, 2006).

Os objectivos definidos e critérios para a sua avaliação definidos no programa de Fundamentos de Enfermagem (2006: 12) são comuns às duas fases e prevêm que o estudante:

- *“Desenvolva capacidades de relacionamento com o indivíduo;*
- *Identifique alterações das necessidades humanas;*
- *Planeie, com ajuda, os cuidados de enfermagem;*
- *Execute, com ajuda, os cuidados de enfermagem planeados respeitando o rigor do desempenho profissional (...);*
- *Contribua para a continuidade dos cuidados de enfermagem (...);*
- *Administre, sob supervisão directa, a terapêutica prescrita respeitando os princípios inerentes à segurança do assistido;*
- *Reconheça a dimensão ética dos cuidados de enfermagem, problemas e dilemas éticos;*
- *Prossiga no desenvolvimento do processo de responsabilização profissional.”*

A metodologia prevista para a orientação dos estudantes neste ensino clínico é implementada fundamentalmente pela situação *“presencial por docente no serviço”* sendo política da Escola, privilegiar este acompanhamento preferencialmente nas fases mais iniciais do curso (Fundamentos de Enfermagem: programa, 2006: 12).

O estudante cumpre 35 horas de actividade semanal em ensino clínico repartidas por: i) uma manhã de partilha e reflexão das práticas e vivências da semana anterior, actividade que ocorre em grupo de alunos e docentes na Escola; ii) um dia para preparação dos históricos de enfermagem, elaboração de planos de cuidados escritos e trabalho de aprofundamento teórico e; iii) três dias de actividade efectiva de prestação de cuidados em contexto de saúde.

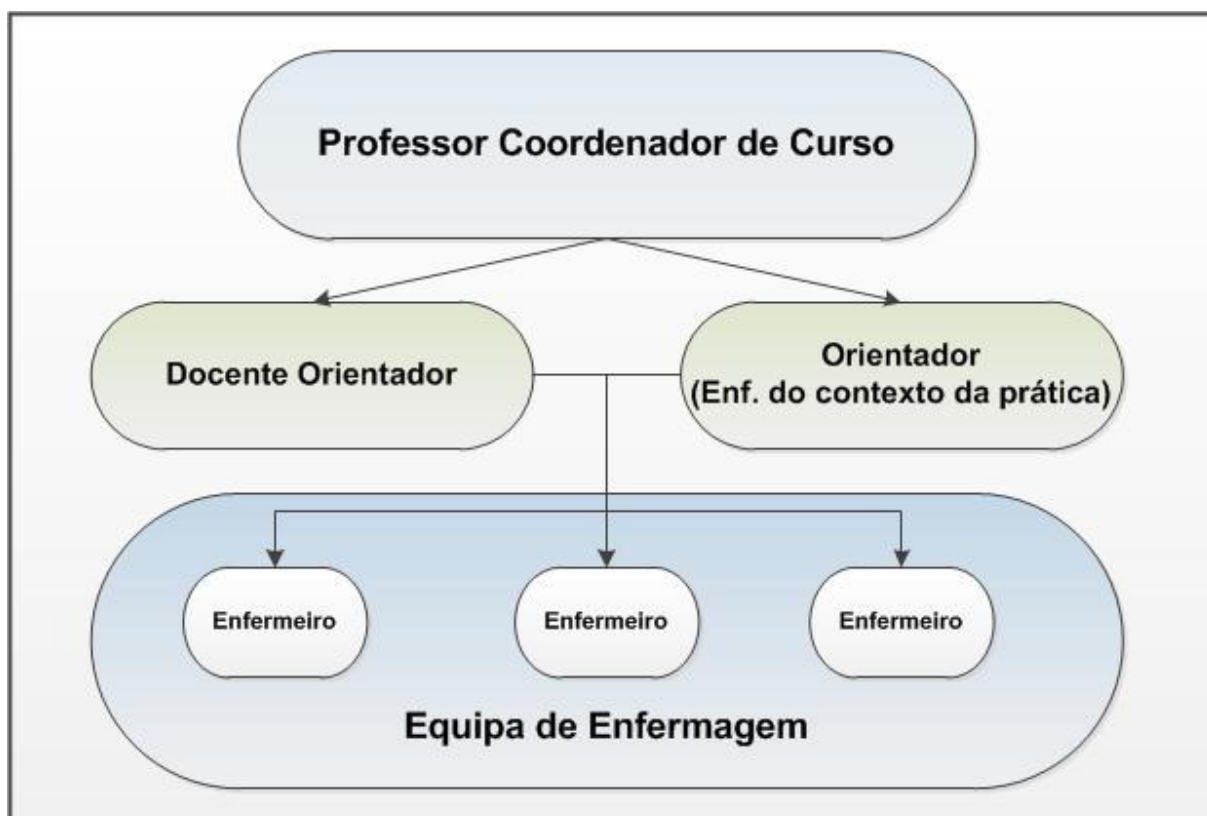
Como estratégia de organização da actividade diária são proporcionadas aos alunos (em grupo ou individualmente) algumas actividades ao longo do período de aprendizagem: i) diariamente no início de cada turno reunião conjunta de alunos e docentes para planeamento do dia de trabalho; ii) no final de cada turno nova reunião com os mesmos actores para balanço da actividade desenvolvida; iii) um dia semanal (2ª feira) de reflexão sobre as práticas; iv) realização de um histórico de enfermagem e um plano de cuidados por cada estudante que será analisado e discutido com o docente.

O processo de avaliação, como as estratégias referidas evidenciam, segue a orientação de uma avaliação contínua sendo esta a principal finalidade das reuniões diárias de final de turno. Contudo, estão também previstos dois momentos formais e obrigatórios de avaliação (com um

carácter sumativo) por entrevista individual com o aluno sobre o processo de ensino-aprendizagem. Estes ocorrem no final da segunda semana (coincidente com o final da 1ª fase) e outro no final de todo o ensino clínico (6ª semana). Saliente-se que a primeira fase tem apenas uma avaliação qualitativa e a “(...) *classificação atribuída ao ensino clínico resultará da avaliação contínua do estudante ao longo da fase II do estágio*” (Fundamentos de Enfermagem, 2005: 11)

Os estudantes deste caso, em investigação, iniciam a aprendizagem em contexto clínico no quarto trimestre do primeiro ano curricular do curso. Segundo o plano de actividades definido na primeira semana os alunos têm previstas actividades que se prendem fundamentalmente com a observação, a colheita de dados e a identificação de “*alteração das necessidades de oxigenação, movimento e postura, higiene e vestuário, eliminação, sono/repouso, termorregulação e segurança*” (Fundamentos de Enfermagem, 2005: 14).

Figura 9 - Modelo de orientação dos estudantes em ensino clínico – Caso B



A supervisão pedagógica é assegurada por dois docentes que estão presencial e integralmente no serviço onde a prática clínica decorre, isto é, em todo o tempo de presença dos estudantes

na unidade de cuidados há docentes que orientam directa ou indirectamente as suas actividades.

No programa da unidade curricular pressupõe-se que a orientação do estudante aconteça numa parceria entre docente e enfermeiro do serviço.

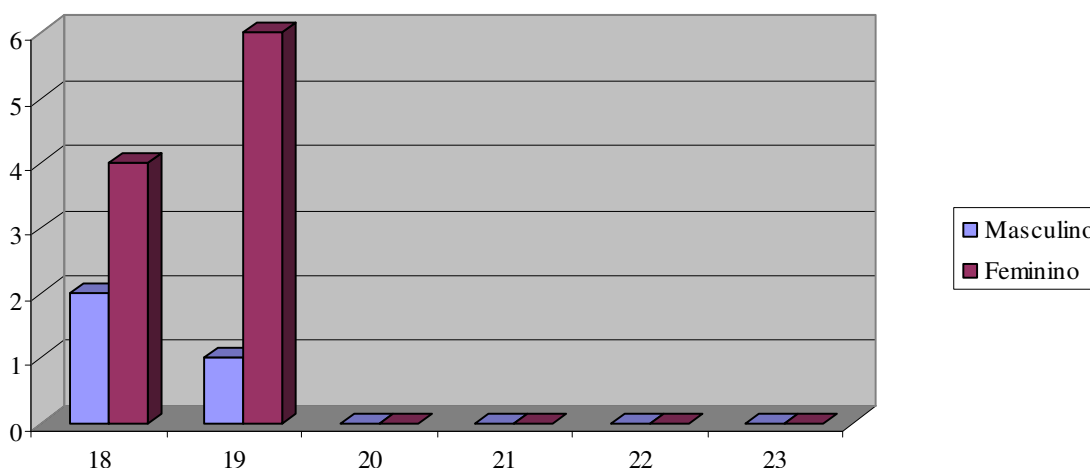
Os estudantes e o contexto de aprendizagem em EC: caracterização

Tratava-se de um grupo de treze estudantes, do 1º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, orientados por dois docentes em que um deles era assistente da escola e outro um enfermeiro (do serviço onde o ensino clínico se iria realizar), equiparado a assistente, contratado para realizar esta actividade em regime de acumulação.

No primeiro dia em que realizaram ensino clínico os estudantes foram convidados a responder a um questionário de caracterização (sucinto) para recolha de informação relevante no conhecimento dos sujeitos.

É um grupo de estudantes cujas idades se distribuem pelos 18 e 19 anos com 46.2% e 53.8% respectivamente, o que evidencia um percurso escolar sem interrupções ou reprovações. O número de elementos do sexo feminino (10) é significativamente mais elevado do que os elementos do sexo masculino, como se ilustra no gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição dos alunos por sexo e idade – Caso B



Apenas dois estudantes estão deslocados da sua área de residência habitual, embora apenas um seja natural de um distrito diferente daquele onde se encontra localizada a escola que actualmente frequentam. Na composição do agregado familiar de 92.3 % dos estudantes ambos os pais estão incluídos e destes 76.9% também incluem irmãos e avós, apenas um estudante tem uma família monoparental (o seu núcleo familiar é constituído apenas pela sua avó).

A motivação é o factor apresentado por doze estudantes como tendo estado na base da escolha do curso que estão a frequentar. Destes nove consideram que as perspectivas de emprego terão contribuído para esta tomada de decisão e apenas um refere que está a frequentar o curso pelo facto de não ter entrado na sua primeira opção, medicina. Dois estudantes do grupo têm elementos do seu agregado familiar a trabalhar na área da saúde e

ambos descrevem alguma influência deste contacto no modo como encaram o início do seu ensino clínico. Nenhum estudante desenvolve qualquer actividade extra-curricular regularmente, embora 38.5% refiram a prática de actividade desportiva mas apenas com a finalidade de ocupação do tempo livre e lazer.

Globalmente é um grupo de estudante com um baixo conceito de si, enquanto estudante, pois nas suas descrições reconhecem algumas características positivas mas sempre complementadas ou caracterizadas por outras menos positivas. Apenas um dos treze estudantes não se identifica negativamente considerando que a sua realização pessoal não passa pelo facto de ser um bom estudante.

“Não me considero uma aluna aplicada mas penso que o facto de ser organizada e de ter muito do meu tempo ocupado ajuda-me a conseguir atingir objectivos/resultados académicos. (...) as aulas e a faculdade não são prioritárias na minha vida, logo os estudos não são uma obrigação minha mas mais uma necessidade/meio para atingir fins (...) responsável e exigente comigo mesma e com os outros” (Q12 B)

As respostas dos restantes estudantes repartem-se de forma aproximadamente igual entre os que consideram ter falta de motivação e os que consideram ser pouco trabalhadores ou mesmo “preguiçosos” situação que segundo eles condiciona que os seus resultados académicos fiquem aquém daquilo que ambicionam. Globalmente denotam que têm consciência das suas fragilidades, assumindo-as.

“(...) razoavelmente aplicada, embora me reconheça por vezes preguiçosa talvez por falta de motivação” (Q7 B)
“(...) poderia ter um melhor desempenho no que faço mas por vezes falta-me motivação (...) poderia ser melhor aluna mas maioritariamente não estudo o tempo suficiente para uma boa realização pessoal” (Q5 B)

Um dos estudantes expressa um conceito de si muito negativo com falta de confiança e receio em que as suas características pessoais poderão condicionar o seu desempenho neste período de aprendizagem como se explicita numa das respostas.

“Sou bastante nervoso no que diz respeito a situações novas e que não me sinta seguro. Tenho dificuldade em dar o primeiro passo (...) Devido à minha falta de confiança o nervosismo acresce” (Q1 B)

Pelo que a maioria pensa de si, tudo indica que o grupo necessitará de um acompanhamento superviso de proximidade com *feedback* relativamente à sua evolução e desempenho e ainda apresentando pistas e desafios para o seu desenvolvimento. Esta é uma forma de intervenção contemplada nos documentos orientadores da unidade curricular assim como nos discursos (e provavelmente nos comportamentos) dos docentes responsáveis pela orientação pedagógica.

“Em termos da execução, da observação eu tento sempre nos momentos cruciais ... em termos de banho não (++) estou propriamente já muito em cima deles a observar, nós também vamos lá e percebemos, não é preciso estar ali a olhar para perceber o que o aluno anda a fazer. (...) um aspecto que é menos positivo, quando as coisas não estão bem eu digo-lhes logo. Isto é um jogo muito limpo não há cá andar por trás e ... isto é muito cartas na mesa.” [ENT B-Prof-1](#)

A evidência de conhecimento das características dos estudantes associado com o conhecimento e ligação àquele contexto serão elementos facilitadores e conducentes a um

ambiente favorável ao desenvolvimento do estudante proporcionando-lhe apoio e desafios formativos.

Outro dos elementos do contexto de aprendizagem é a própria unidade de internamento onde o ensino clínico decorre. É um serviço de medicina interna integrado num hospital Geral, Central e Universitário, o contexto de saúde onde estes estudantes vão iniciar a sua aprendizagem de prestação de cuidados. Esta unidade de internamento localiza-se num edifício de construção mais recente relativamente a outros departamentos do restante hospital, que teve a sua origem num estabelecimento sanatorial, fundado no início do século XX. Como hospital surge apenas em 1975 o que implicou profundas alterações de estrutura e de organização assim como *“vultuosos investimentos aplicados na remodelação das suas instalações e no apetrechamento técnico dos serviços, por forma a poder cumprir as exigências de qualidade e diferenciação técnica que o seu estatuto impõe”* (Hospital de Pulido Valente: Passado/presente [s.d.]).

É um serviço constituído por um longo corredor central que separa uma ala onde se instalam as enfermarias de outra constituída por gabinetes e instalações de apoio. Fisicamente apresenta um bom estado de conservação, é espaçoso, arejado, com boa iluminação natural, bem equipado e dotado de adequados recursos materiais. Pelas exigências impostas pelo estatuto que o hospital apresenta parece dotado de adequados recursos humanos e assume uma política institucional de abertura e receptividade à formação de novos profissionais.

“O hospital aceita de bom grado a vinda de alunos, tem protocolos em termos de instituição com várias escolas de enfermagem (...) mantém os serviços muito activos, mantém as pessoas com uma outra necessidade quer de formação, quer de estar, quer de aperfeiçoamento porque tem sempre gente nova e a direcção de enfermagem e do hospital consideram que de facto é uma mais-valia para o hospital” [NC B 06-06-28](#)²³

Especificamente, a equipa de enfermagem é adequadamente dotada, constituída na sua maioria por pessoas com poucos anos de vida profissional e abertos à presença de estudantes no seu quotidiano de trabalho. Há estudantes de enfermagem ao longo de todo o ano no serviço o que pressupõe uma equipa muito envolvida e conhecedora da dinâmica de formação dos estudantes, como se evidencia na observação da enfermeira chefe do serviço.

“(...) são eles que têm de assumir a orientação porque um dos objectivos do serviço em que trabalham é terem alunos e orientarem alunos em várias situações. Eles sabem que nalgum momento têm mesmo de orientar alunos” [NC B 06-06-28](#)

O programa da unidade curricular, por outro lado, pressupõe que a orientação do estudante aconteça numa parceria entre docente e enfermeiro do serviço o que aparentemente está em

²³ [NC B 06-06-28](#) designação atribuída às notas de campo (NC), resultantes do período de trabalho de campo no caso B (B) no dia 28/06/2006

consonância com a filosofia do serviço e do hospital. Este nem sempre foi o entendimento dos vários actores.

“Nós estamos com os alunos mas os enfermeiros do serviço são os responsáveis pelos doentes e muitas vezes deixam um bocado para trás, ou seja, deviam estar atentos, um pouco mais. (...) uns estão mais perto do que se passa, outros deixam para nós e quando precisamos de alguma coisa sobre um doente não sabemos do enfermeiro.” [ENT B-Prof-2](#)

Embora sendo uma unidade e um hospital com quem a Escola tem uma ligação e trabalho conjunto com um vasto passado persistem alguns constrangimentos no quotidiano do ensino clínico especialmente no envolvimento, cooperação e proximidade da equipa de enfermagem para a orientação do aluno. Contudo o tempo de actividade conjunta (escola e serviço) permite que a enfermeira responsável pelo serviço saliente o facto de haver um passado de trabalho comum o que permite que toda a equipa esteja preparada para receber os estudantes, numa das entrevistas realizadas refere:

“Este ensino clínico é feito há muitos anos aqui no serviço e o trabalho a fazer já está interiorizado. Os enfermeiros quando se lhes diz que vêem alunos da X do 1º ano da 1ª fase de estágio, eles já sabem os objectivos do estágio, a preparação dos alunos e o que se pretende do estágio e quando é a 2ª fase também. (...) Por vezes transmitem-me que têm dificuldade em saber até onde podem ir, na orientação do aluno. Mas isto não os impede de fazerem a orientação do aluno.” [NC B 06-06-28](#)

Em síntese, é um contexto com condições materiais, físicas, de recursos humanos e de atmosfera afectiva e relacional adequada à realização deste período de aprendizagem.

2.3 – DOS ESTUDANTES DO 3º ANO DO CLE: A ESCOLA, O CURRÍCULO (CASO C)

A escola a que este caso se reporta é uma escola não integrada do subsistema do Ensino Superior Politécnico. Criada em 1983 e desde a sua origem até 1998, dedicou-se exclusivamente à formação pós-graduada de enfermeiros, ano a partir do qual passou a leccionar o Curso de Bacharelato e, um ano mais tarde, o de Licenciatura em Enfermagem.

Física e arquitectonicamente, tem alguns constrangimentos pois funciona num palacete antigo adaptado para a função de ensino/formativa. Este sofreu várias readaptações, nos espaços interiores especialmente, quando passou a realizar formação inicial em enfermagem pois a entrada de estudantes de formação inicial exigia condições diferentes.

Tem um corpo docente que sofreu alguns reajustamentos e evolução quantitativa pela mudança na formação que a escola teve, isto é, a partir de 1998. Todo o Relatório de Avaliação Externa (2005) faz múltiplas referências às qualificações do corpo docente, ao seu trabalho em articulação, com continuidade e de acordo com o desenvolvimento científico dos próprios professores o que nos evidencia uma cultura de promoção pedagógica e científica da escola.

O Plano de Estudos do Curso tem uma organização curricular baseada em competências com uma “(...) *perspectiva de promoção da saúde, prevenção da doença, assistência das pessoas na doença física e mental e em situações de dependência ao longo do ciclo de vida.*” (Relatório de Avaliação Externa, 2005a: 14). O plano evidencia uma concepção de enfermagem, em termos de disciplina científica e campo de conhecimento, sendo que esta se revela e “*é progressivamente aprofundada e monitorizada ao longo do curso.*” A organização subdivide o curso em duas etapas bem distintas em que os dois primeiros anos têm uma importante componente de actividade do aluno na Escola, direccionando a sua aprendizagem para a compreensão dos processos de vida e das respostas dos indivíduos, famílias e grupos aos problemas de saúde, na natureza das intervenções e nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Nos dois últimos anos curriculares o aluno desenvolve ensino clínico em contexto intra e extra-hospitalar.

Na carga horária curricular do curso a componente de ensino clínico assume uma importância quantitativa muito significativa, acima de 60% do total. É entendido que o ensino clínico tem de ocorrer em fases do curso que o aluno já consiga ter uma abordagem holística e integrada da pessoa que cuida, isto é “... *o estágio não pode ser em momentos iniciais porque o conhecimento que a enfermagem precisa tem de ser holístico*” (Relatório de Avaliação Externa, 2005a: 15)

O plano curricular é complementado e trabalhado para que os alunos tenham uma integração em ensino clínico facilitada, com uma unidade curricular denominada Enfermagem V - Introdução à Prática Clínica, no 2º ano. Esta tem por finalidade que todas as unidades curriculares dos primeiros dois anos sejam lembradas e haja uma preparação mais intensiva para o início da aprendizagem em contexto de prática.

Pretende ainda, que nesta passagem à prática o estudante sinta uma grande ligação com os contextos da prática, mesmo em termos de responsabilidade lectiva. Previamente ao início do ensino clínico são realizadas visitas de estudo e são trabalhadas as formas de complementar o ensino teórico e a prática clínica. O referido plano de estudos surge organizado a partir ou tendo subjacente à sua construção a estrutura classificativa que é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a concepção de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiros, o que faz com que o ensino clínico extra-hospitalar tenha uma ênfase especial *“(...) privilegiando-se uma abordagem de cuidados de saúde primários e uma actuação na e com a comunidade, nos locais onde os seus membros vivem, trabalham, estudam e realizam as suas actividades de lazer”* (ESEnfCP; 2003: 74).

A metodologia de orientação dos estudantes em ensino clínico acontece preferencialmente segundo o modelo tutorial em que no contexto da prática, tutores e alunos trabalham numa *“(...) relação dual, de modo a promover nos estudantes a aquisição de conhecimentos, a aprendizagem de gestos, hábitos, e atitudes e a formação e o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo sobre as práticas de enfermagem”* (Relatório de Avaliação Externa, 2005a:16). O professor acompanha este processo e tem a responsabilidade final em todas as suas etapas. O ensino clínico é assegurado, portanto, por uma parceria entre docente e tutores, sendo que a Escola entende estes últimos como *“profissionais da prática, competentes e experientes na área clínica onde se desenvolve o ensino clínico/estágio”* (p.12).

O Ensino Clínico de Enfermagem Hospitalar

Como já foi referido as unidades curriculares de ensino clínico ocupam os dois últimos anos curriculares do curso. O planeamento é realizado em articulação, especialmente o programa da componente de Enfermagem Hospitalar com o de Enfermagem Comunitária em que cada um ocupa um semestre ao longo do terceiro ano do curso. O contexto de saúde proposto é uma unidade de internamento hospitalar em que se prestam cuidados a pessoas adultas e/ou idosas em situação de doença.

Para orientar o aluno no seu desenvolvimento foi definido um conjunto de competências a prosseguir no ensino clínico “(...) *de desenvolvimento pessoal, clínicas, psicossociais, ético-deontológicas*” e um conjunto de objectivos, nomeadamente:

- “*Desenvolver competências para intervir junto do indivíduo em situação de doença e de internamento;*
- *Utilizar os instrumentos básicos inerentes ao exercício da profissão de enfermagem;*
- *Prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo com afecções médicas e cirúrgicas;*
- *Desenvolver a capacidade de comunicação com a equipa de forma a favorecer a melhoria dos cuidados;*
- *Desenvolver a capacidade de comunicação com o doente e família;*
- *Analisar as áreas de actuação do enfermeiro em cuidados de saúde diferenciados*”
(Ensino Clínico de Enfermagem Hospitalar, 2006: 1)

No processo de desenvolvimento do ensino clínico é proposto que o aluno: i) tenha uma orientação pedagógica especial, interactiva e de carácter contínuo; ii) o orientador participe na articulação da teoria com a prática; iii) acompanhe um enfermeiro no turno em diferentes situações de cuidados; iv) inicialmente use a observação e progressivamente evolua para a realização de actividades sob autonomia supervisionada; v) com o orientador utilizem processos de reflexão promovendo a aprendizagem sobre a prática. Globalmente é preconizado que se trabalhe segundo uma metodologia de “*prática reflexiva metódica*” segundo o modelo de Gibbs. (Ensino Clínico de Enfermagem Hospitalar, 2006: 6)

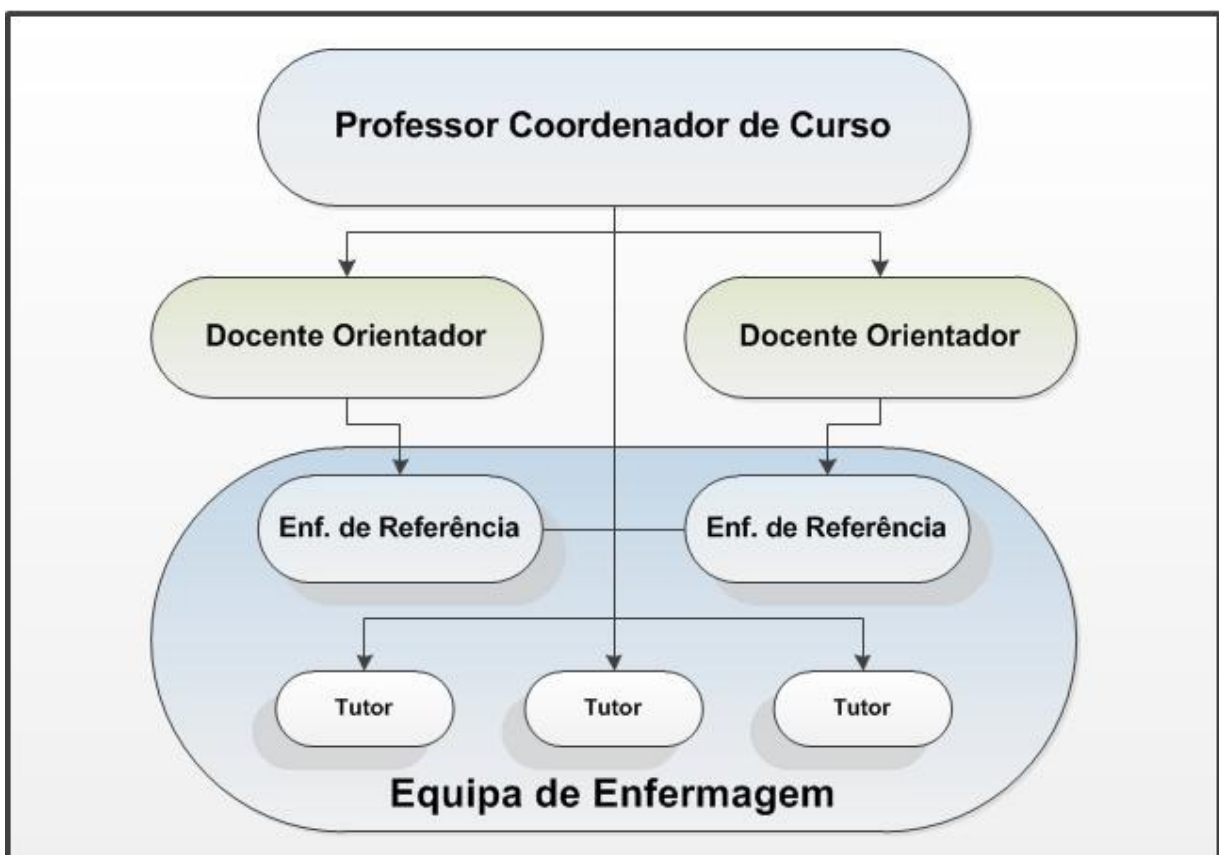
Para a implementação destas premissas são propostas um conjunto de estratégias que passam por: i) reuniões de análise e debate sobre problemas detectados no ensino clínico; ii) realização de reflexões críticas; iii) realização de planeamentos de cuidados escritos sobre as pessoas que cuidam; iv) discussão com o docente destes documentos; v) análise de práticas após observação e com questionamento; vi) reuniões de apreciação intercalar; vii) visitas de observação complementares ao ensino clínico.

O estudante cumpre 35 horas de actividade semanal em ensino clínico repartidas por cinco turnos de seis horas de actividade efectiva de prestação de cuidados, em contexto de saúde. A actividade pode ocorrer em qualquer dia da semana nos turnos da manhã ou da tarde (os horários de trabalho de enfermagem na instituição são 8-14 horas, 14-20 horas e 20-08 horas). Em cada dia o estudante dispõe de uma hora para trabalho individual e complementar à actividade de prestação de cuidados como o estudo e pesquisa bibliográfica, esclarecimento de dúvidas e aprofundamento de conhecimentos.

Ao longo do ensino clínico contará com uma orientação partilhada entre um tutor, um co-tutor (enfermeiros da unidade) e um docente. A responsabilidade da orientação pedagógica deste grupo de alunos é repartida por uma equipa de três docentes que se articulam entre si nesta actividade.

“Também articulamos o nosso horário de modo que haja acompanhamento cinco dias por semana, tendo sempre cá um docente da escola” [Ent C-Prof-3](#)

Figura 10 - Modelo de orientação dos estudantes em ensino clínico – Caso C



O tutor pode ser qualquer enfermeiro da equipa de enfermagem que de acordo com o Ensino Clínico de Enfermagem Hospitalar (2006: 5) “é um profissional da prática, competente e experiente na área clínica que trabalhará com o aluno na base de uma relação ‘dual’”. De acordo com a enfermeira chefe o perfil de competências não pode ser muito exigente pois a equipa é jovem e há dificuldades quando se pensa em definir a equipa de tutores dadas as suas características e o elevado número de alunos.

“Tenho no total vinte e quatro enfermeiros na equipa, actualmente tenho enfermeiros a substituir outros de atestado. Um é enfermeiro graduado os restantes são enfermeiros. Dos tutores tenho duas enfermeiras com seis anos de experiência profissional, que é o máximo e, depois por aí abaixo até aos dois anos” [NC C 06-10-23](#)

A avaliação é entendida numa perspectiva formativa e sumativa estando previstos dois momentos de síntese da evolução do aluno, em ambos se preconiza que haja trabalho conjunto entre os vários actores intervenientes na orientação do ensino clínico, isto é, docentes, enfermeiros de referência e/ou tutores e alunos.

O primeiro tem por objectivo dar ao aluno uma informação sobre a seu desenvolvimento parcelar e identificar estratégias a usar para atingir os objectivos. O segundo pretende reunir todas as informações e classificar o desenvolvimento das aprendizagens mas também identificar áreas de investimento em termos pessoais e profissionais. É uma proposta de avaliação marcadamente de índole formativa.

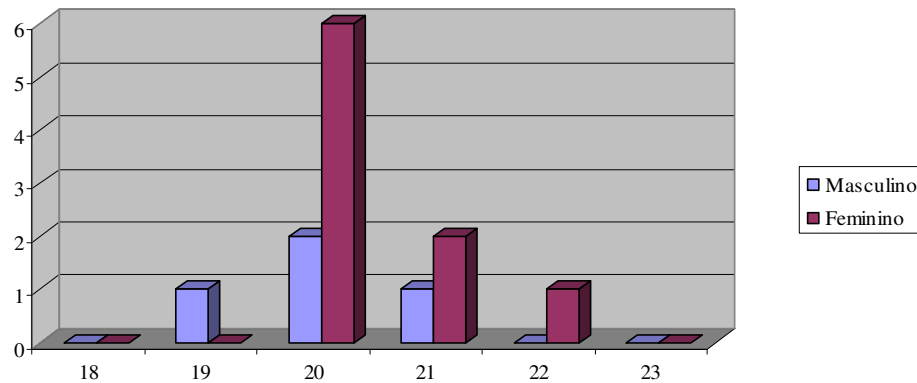
Os estudantes e o contexto de aprendizagem: Caracterização

O 3º caso em estudo era composto por um grupo de treze estudantes do 3º ano do Curso de Enfermagem orientados por três docentes (um professor-adjunto e dois assistentes) que de acordo com uma calendarização e sub-divisão definida entre si, articulavam a orientação dos estudantes. Previamente subdividiram o grupo para as actividades de análise e discussão dos documentos que estava previsto os alunos realizarem ao longo do ensino clínico, assim como, a preparação das entrevistas de avaliação. Contudo o planeamento era feito conjuntamente e a orientação pedagógica da actividade era realizada pelo docente que estivesse no serviço. Para todos os estudantes foi definido um tutor e um co-tutor com quem deveriam realizar todos os horários previstos para aquele período de aprendizagem, podendo assim trabalhar em qualquer dia da semana nos períodos compreendidos entre as 08 e as 14 horas e as 14 e 20 horas.

No primeiro dia em que os estudantes se deslocaram para a instituição de saúde onde foram acolhidos e apresentados responderam a um questionário de caracterização.

O grupo era constituído, como se representa no Gráfico 3, por nove elementos do sexo feminino e quatro do sexo masculino, destes 69.2% tinham dezanove ou vinte anos e 30.8% vinte e um ou vinte e dois. Dois sujeitos deste último grupo referiram que já tinham frequentado outro curso antes de iniciarem o de enfermagem o que justificará a sua idade.

A maioria (69.2%) mantinha a residência que lhe era habitual pois eram naturais e residiam no concelho ou distrito de implantação geográfica da Escola que frequentavam, não necessitando de mudar de residência e assim continuando a partilhar habitação com o seu agregado familiar habitual.

Gráfico 3 - Distribuição dos alunos por sexo e idade – Caso C

Dois destes estudantes tinham uma família monoparental (pai e avó) mas a maioria, 69.2%, tinha uma família mais alargada constituída por pais, irmãos e nalguns casos avós. Em três destes agregados familiares havia elementos com ligação à saúde em termos de actividade profissional, salientando-se um dos sujeitos em que os pais eram ambos profissionais de saúde, contudo a influência familiar não foi um aspecto apresentado como motivo influente na escolha do curso de enfermagem nem mesmo na forma como estavam a encarar este momento de confronto com a actividade no contexto hospitalar.

A categoria, referenciada por 61.5% dos sujeitos, como mais significativa para a opção pelo curso foi a motivação a que associavam o gosto pessoal, os restantes cinco elementos referem também a motivação mas associada à facilidade de emprego (23.1%) ou à não entrada no curso de Medicina (15.4%) que terá constituído a sua primeira opção no processo de candidatura ao ensino superior.

Nenhum dos estudantes tem qualquer actividade extracurricular, alguns referem a prática de desporto embora, apenas um o faça de forma regular e na perspectiva de competição, para todos os outros esta actividade é apenas uma forma de lazer. Dois destes estudantes apresentaram o seu envolvimento em actividades associativas académicas como significativas em termos de ocupação extra-curricular.

Quando se descrevem como estudantes, genericamente todos têm um conceito positivo qualificando-se como interessados, organizados, motivados, bons alunos. Entre estes, no entanto, quatro referem aspectos exclusivamente positivos de si, simultaneamente evidenciam as expectativas que têm de si e para si durante a formação que estão a iniciar.

“Aplicado, motivado e consciente da necessidade de crescer enquanto aluno e pessoa” (Q9 C)

Os restantes nove alunos apresentam por um lado as suas características mais favoráveis e condicionadoras da sua boa qualificação mas por outro também estão conscientes e expressam algumas das características da sua personalidade que interferem, eventualmente de forma mais negativa, com o seu desempenho e aprendizagem. De algum modo parece deixarem antever alguma apreensão com o período que se segue pois as referências à ansiedade e desorganização são frequentes.

“Desorganizada, ansiosa e interessada” (Q3 C)

“Interessado, excitado, nervoso, stressado e aplicado” (Q8 C)

O grupo pelas respostas apresentadas terá características semelhantes pois todas elas são muito sucintas sem considerações ou justificativas porque tem aquela percepção de si. São conhecedores de si, parecem ter capacidade de análise dos seus principais traços de personalidade e de carácter expressando tanto aqueles que consideravam como mais positivos como os menos positivos.

O contexto de aprendizagem é um serviço de Medicina interna de uma instituição hospitalar integrada numa unidade de saúde mais vasta, com quem a Escola tem protocolo de colaboração instituído. Este hospital tem uma construção recente e conseqüentemente as suas instalações e o apetrechamento técnico correspondem àquilo que são as exigências de qualidade de funcionamento de um serviço de saúde actualmente.

O serviço apresenta-se como um longo corredor que separa uma ala reservada a unidades de internamento, pequenas enfermarias de três camas e uma de seis, de outra destinada a gabinetes e instalações de apoio. É um serviço espaçoso, com muita luz natural, relativamente bem preservado e com apetrechamento e materiais suficientes surgindo como um ambiente acolhedor e agradável. Há colaboração do hospital e desta unidade regularmente com a escola sendo portanto a orientação de estudantes no seu processo formativo uma actividade esperada por parte da equipa de enfermagem e integrada no seu quotidiano profissional.

“Eles aceitam de bom grado mas também não têm muita alternativa mas, à partida eles gostam, até porque é um reconhecimento de que eles têm essa capacidade, isto é, é-lhes reconhecida essa capacidade de orientarem alunos. Penso que isto se vê até pelo empenho deles” [NC C 06-10-23](#)²⁴

O ambiente de trabalho conjunto das equipas de tutores e docentes é apresentado de forma muito positiva há reconhecimento recíproco de esforço, envolvimento, competência e mérito no ambiente de aprendizagem proporcionado ao estudante.

²⁴ [NC C 06-10-23](#) Código atribuído às notas de campo (NC), realizadas no período de observação para o caso C (C), no dia 23 de Outubro de 2006 (06-10-23)

Em consonância com isto, também a presença de um docente diariamente parece ser um planeamento intencionalmente feito e justificado pela proximidade pretendida com a equipa de tutores, pelo envolvimento e activa participação na orientação das práticas do estudante e pelo conhecimento mais aprofundado do quotidiano de ensino clínico.

Em Síntese

Neste capítulo procedeu-se a uma caracterização dos três casos em investigação baseada nos primeiros dados recolhidos junto dos sujeitos intervenientes e na recolha documental que serviu de base à sua selecção.

Na continuidade da elaboração deste relatório *apresentação dos resultados do processo de pesquisa* a informação considerada relevante dentro do conjunto de dados reunidos durante o trabalho de campo será objecto de apresentação no próximo capítulo. Para tal procedemos à sua análise após organização, integração e interpretação das várias fontes documentais reunidas.

Identificar e extrair significados dos dados colhidos, é a principal pretensão ou a finalidade dessa análise o que, de imediato, remete para a dificuldade desse processo pois de acordo com Flick (2004:208) reside na necessidade de ter em conta o contexto no qual foram produzidos. Independentemente dos procedimentos interpretativos considera-se que o princípio metodológico de análise “*consiste em uma forma específica de sensibilidade em relação ao contexto*”.

Assim, na organização da informação reunida, fundamentalmente a partir de três grupos de fontes documentais, foi distribuída de acordo com a sequência temporal (relativamente ao período de ensino clínico que observámos) em que foram obtidas e, com os seus principais objectivos, isto é:

- Um primeiro momento em que reunimos um questionário e uma entrevista semi-estruturada aos estudantes, coincidentes com os primeiros dias de ensino clínico;
- Diários de campo onde se englobaram as entrevistas decorrentes da própria observação (nomeadamente aos enfermeiros do contexto da prática que participavam na orientação dos estudantes); as segundas entrevistas realizadas aos estudantes, ao fim de seis semanas de ensino clínico, as entrevistas aos docentes e outros documentos oficiais reunidos.
- Um último momento onde reunimos os dados colhidos nas terceiras entrevistas aos estudantes, realizadas um ano depois do ensino clínico ter ocorrido.

Os documentos foram indexados na base de dados e a análise foi realizada atendendo a estes três momentos para os três casos em estudo, emergindo destes as mesmas dimensões,

domínios e categorias para os vários casos embora com incidências diferentes. Ao terminar o processo de codificação e categorização verificámos que também ao longo do tempo algumas destas dimensões se mantiveram. Perante a necessidade de organizar, sistematizar e seleccionar os dados a apresentar, optámos por o realizar conjuntamente, de acordo com as principais dimensões de análise que tínhamos identificado: Conceitos ou Representações do Ensino Clínico, Vivências Emocionais, Aprendizagem e Processo Supervisivo.

Assim, e porque temos em análise três casos optámos por reservar o capítulo seguinte para a apresentação de cada um deles em separado, apresentação essa que obedecerá a uma sequência por sub-capítulos de acordo com as referidas dimensões e semelhante entre os casos em apresentação.

3 – VIVÊNCIAS, PERCEPÇÕES E ANÁLISES DOS ACTORES: UM PRIMEIRO OLHAR ...

3.1 – ... O ENSINO CLÍNICO I

A unidade curricular Ensino Clínico I é, dentro do plano de estudos do caso A, aquela que constitui o primeiro período de formação dos estudantes numa unidade de saúde. Está inserida e compreende todo o segundo semestre do 2º ano do curriculum do CLE. É a unidade curricular formalmente mais significativa pois, é aquela que tem atribuídas mais horas lectivas (630 h) e consequentemente mais unidades de crédito (18 UC) do curso.

Saliente-se que o caso refere-se a um grupo de estudantes, docentes e enfermeiros que conjuntamente trabalham e interagem no decurso da primeira unidade curricular de ensino clínico de um plano de estudos e escola específicos, num determinado contexto clínico. Especificamente, o caso A engloba um grupo de onze estudantes do 2º ano do CLE, e supervisores (dois docentes e mais de três dezenas de enfermeiros com categorias diferentes) que se relacionam e interagem durante o primeiro período de prática dos estudantes numa unidade de internamento de Medicina de um Hospital Central. A interação tem por finalidade a orientação do desenvolvimento e aprendizagem dos estudantes que é realizada pelos supervisores, isto é, docentes em colaboração e articulação com os enfermeiros da equipa da unidade de cuidados.

Conceitos e Representações do Ensino Clínico

Ao iniciarem o seu período de ensino clínico os estudantes expressam terem algumas representações ou conceitos nos domínios: i) **formativo**, isto é, ligado ao seu desenvolvimento e aprendizagem; ii) no que se prende com o **ambiente relacional** que pensam encontrar naquele contexto; iii) no contributo que lhes trará na construção de uma **identidade profissional**; iv) relativamente às **exigências** que a vários níveis este período terá e; v) expectativas de desenvolvimento durante o ensino clínico.

É globalmente considerado um período de aprendizagem, os estudantes apresentam expressões que evidenciam surpresa por esta se estar a revelar tão significativa. Expressões como, “*A verdadeira fase de aprendizagem do curso de enfermagem*”; “*De franca aprendizagem, na prática, exacto.*”; “*(...) acima de tudo é um local de aprendizagem*”, são recorrentes nas entrevistas.

Explícita ou implicitamente estabelecem ou deixam perceber que o período de formação em contexto escolar e a preparação que realizaram ajudou a construir um conceito em que o período teórico teria uma importância muito significativa na sua preparação, enquanto agora,

perante as experiências começam a perceber a insuficiência dos seus conhecimentos. O contributo decisivo, para tal é o contacto com as pessoas alvo de cuidados, o serem confrontados com o desempenho, com a realização das actividades de prestação de cuidados.

“(...) acima de tudo é muito mais o local de aprendizagem do que propriamente a teoria” [Ent. A-1-A](#)²⁵

“Também vou (::) aprender, ou seja, com a prática também vou adquirir maior destreza, ou seja estou a lidar com os doentes, vou estar a lidar pessoas, mesmo, com as suas afecções e patologias e é muito diferente de estarmos a estudar nos livros.” [Ent. A-1-O](#)

Enquanto definem o ensino clínico e lhe relevam o facto de ser um período de aprendizagem alguns dos entrevistados percebem também a aplicação dos conhecimentos que já têm como estando muito associado ao seu desenvolvimento durante esta fase, por vezes têm dificuldade em desligar as duas percepções ou representações, salientando sempre a maior e mais significativa dimensão formativa do ensino clínico relativamente ao ensino teórico.

“Essencialmente de aprendizagem (++) mas também ..., Primeiro de aprendizagem depois de aplicação.” [Ent. A-1-H](#)

O ensino clínico é sentido, por oito estudantes, como um período de aplicação, esta é uma visão associada a uma valorização dos conhecimentos que o aluno já detém, já aprendeu e esta etapa é percebida, fundamentalmente, como uma etapa de demonstração do que já sabe. É percebido como servindo para aplicar, treinar e demonstrar o que sabe, sendo posteriormente avaliado por isso. Este é um pré-conceito com algum significado no conjunto dos entrevistados que agora, pelos primeiros contactos com o serviço de saúde começam a relativizar ou mesmo a questionar o seu conceito. É uma ideia que começa a ser posta em causa, pois os dias de prática estão a transformar o seu conceito prévio. Esta percepção está bem patente em:

“Eu tinha mais ..., antes de vir para cá, era mais a ideia que tinha que demonstrar competências mas aqui fico mais com a ideia que vou é aprender. A partir de agora vou é aprender! Pronto ..., claro que fiquei com as noções teóricas do ano passado mas é muito diferente. (...) Porque nós, por exemplo nas frequências e exames é tamanha (::), a quantidade de matéria... que uma pessoa é quase carregar/descarregar. Na maioria, as coisas que nós achamos mais interessantes são as que ficam. Aqui é que vai mesmo ... é que vamos mesmo aprender e fixar as coisas, eu pelo menos acho que sim ” [Ent. A-1-N](#)

Esta lógica de “aplicação” de conhecimentos adquiridos, expressa pelo aluno, parece ter subjacente a ideia de ensino clínico como tempo de validação, de confirmação do valor dos conhecimentos “teóricos” para o trabalho efectivo que irá desenvolver enquanto enfermeiro. Trata-se de uma aplicação a que se associa o pré-conceito de tempo de teste, de avaliação sobre a pertinência do processo formativo anterior.

“(...) era uma coisa que eu ansiava muito e era porque era uma etapa do meu curso em que eu ia (++) poder pôr na prática os conteúdos teóricos, mas mais que isso, era em que eu ia ver as discrepância reais que existiam entre os conteúdos teóricos que eu aprendi e aquilo que eu realmente ia fazer” [Ent. A-1-M](#)

²⁵ Codificação atribuída a uma entrevista (Ent.) seguida da referência ao caso, à entrevista realizada e sujeito entrevistado. Assim, sequencialmente: caso A; 1ª entrevista realizada (1); um estudante identificado com a sigla A.

Independentemente da análise feita ao modo como os estudantes viveram o EC, cruzando esta percepção com aquilo que nos é manifestado mais tarde sobre a representação do que ele constituiu e que conceito têm dele, não se encontra a mesma lógica de aplicação, pelo contrário identificam-no essencialmente como um tempo em que o aprender e o conhecer são as linhas dominantes da sua percepção e análise. Todos os estudantes identificam, neste domínio, uma ou mais das categorias como relevantes: aprender a prestar cuidados; a desenvolverem algumas competências de âmbito pessoal ou; qualificam-no como um tempo de desenvolvimento global sem conseguirem especificar em que áreas ocorreu. Contudo dão ênfase na transmissão da ideia do grande significado que está a ter na sua formação.

A visão que aquele foi o período para efectivamente terem conhecido a realidade, aquilo que são os serviços de saúde, o hospital ou a realidade profissional (valorizando que só a vivência das situações em contexto lhes permitiu de facto conhecer), foi a apreciação da maioria dos estudantes. Alguns destes complementam que também foi um tempo para conhecer ou começar a conhecer a profissão o que era ser enfermeiro, as múltiplas dimensões da sua actividade ou os aspectos da postura profissional na enfermagem. Saliente-se que a este nível todos consideram que já sabiam (já lhes tinha sido apresentado) o que era ser enfermeiro ou a profissão de enfermagem mas só o ensino clínico lhes permitiu conhecer de facto estes domínios.

“Os contributos do primeiro é fazer-nos começar, muito pouquinho, acho eu, a abrir os olhos para aquilo que é a enfermagem e para aquilo ... Na outra entrevista acho que disse isso, eu tinha uma perspectiva completamente diferente daquilo que era a enfermagem. (...) aquilo que vamos começar a fazer o que considero que em termos de aprendizagem já é muito ... Eu sinto que naquela altura ainda estava muito (++), com poucos horizontes e necessitava que me guiassem, necessitava que ... estava muito limitada, tinha uma visão muito limitada do que era o trabalho de enfermagem.” [Ent. A-3-J](#)

Por outro lado, a imagem construída durante a sua formação anterior em contexto escolar parece ser uma imagem pouco clara, com distorções tendo de ser submetida a uma experiência com a conseqüente validação em nome pessoal. Foi esta experiência vivida, que lhes permitiu reconstruir e de algum modo transformar o conceito do EC em que agora há uma consciência expressa de um tempo de aprendizagem por excelência durante o qual emergiram muitas dúvidas e muitas indecisões mas também permitiu clarificar e reforçar algumas das ideias em certezas. A este nível salientam o assumir, de forma definitiva, a opção pela formação em enfermagem dado terem percebido (e construído) a sua identificação com a actividade em que iniciaram o seu processo de socialização. Esta é uma ideia expressa, ao fim de um ano, por quase todos os estudantes, o excerto que se segue parece ser bem representativo da maioria das opiniões.

“Foi uma coisa que no início não estava à espera de ser tão ... Foi das coisas que me marcou mais, foi das coisas em que fui para casa a pensar: “Será que eu quero mesmo isso?” (...) foi a primeira vez que eu me pus a pensar se era mesmo isto que eu queria fazer. (...) Foi importante por ter pensado nisso e porque foi a conclusão a que cheguei que era isto que queria, que queria continuar. Deu-me certezas e força. Ajudou a ter força para os próximos e mais motivação e foi a grande primeira ajuda para o sucesso.” [Ent. A-3-H](#)

Saliente-se que na primeira entrevista realizada já no conceito expresso de ensino clínico ele surge, para três estudantes, como uma etapa de teste sobre a opção tomada relativamente ao curso que iniciaram, fazendo uma análise se o seu perfil, as suas características enquanto pessoa se adequam àquilo que é área de competência e intervenção de um enfermeiro. Este período de formação é visto assim, como uma ajuda na definição da sua identidade profissional. Perante as dúvidas com que se vai confrontando, o aluno, sente que só o contacto com a prestação de cuidados e os profissionais o podem ajudar nesta clarificação.

“(...) acho que é uma altura em que nós nos consciencializamos do que é a profissão em si. E, até certo ponto, para ver se gostamos do curso em que estamos e se temos vocação para isto. Porque eu sinceramente não estava assim ..., estava com algumas dúvidas e, (...) tinha certas dúvidas se estava na profissão certa ou não porque achava que não ia (:::), quando chegasse à prática, não me ia sentir à vontade nem ia ter coragem, entre aspas, de fazer certas coisas ou de lidar com certas situações.” [Ent. A-1-D](#)

“(...) há aquela expectativa de ir para o primeiro ensino clínico e ver se de facto, (:::) e é verdade, o tira teimas se é de facto nesta prática que eu quero desenvolver a minha actividade profissional ou não.” [Ent. A-1-C](#)

O processo formativo até este momento (início do ensino clínico) é condicional, revelador de uma preparação sem objectivos completamente definidos, só a vivência próxima e directa com a actividade é que desvanece as dúvidas, receios, inquietações sobre o percurso futuro. Isto condiciona, ao estudante, uma carga emocional e ambivalência na postura adoptada com reflexos nas aprendizagens, por um lado os desafios que o momento lhes coloca em termos de aprendizagem e por outro, perceber como se sente nessa actividade.

O estudante pela experiência formativa desvaneceu as suas dúvidas sobre as suas capacidades para o desempenho da actividade profissional de enfermagem. Para todos a forma como apreciam os desafios que lhe foram colocados, o modo de acolhimento, integração, envolvimento e apoio proporcionado naquele contexto de saúde assim como a relação que estabeleceram no processo de cuidados com as pessoas cuidadas foram os elementos estruturantes e de reforço na sua decisão de continuar.

Ainda no que se prende com a representação distanciada que os estudantes têm do primeiro EC na sua vertente formativa a análise realizada à informação fez emergir duas categorias: um período significativo e marcante na aprendizagem e uma referência para o que vem posteriormente em termos formativos. Da leitura das unidades de texto ali codificadas surge uma visão de que o EC deixou marcas importantes e positivas sendo difícil para alguns expressarem exactamente quais. Foi uma experiência com um impacto difícil de adjectivar,

contudo o contacto com a pessoa doente, o ter de equacionar soluções para as solicitações que esta lhe fazia, o confronto com uma orientação muito próxima fizeram com que o aluno desenvolvesse competências base, motivação, confiança e assim a percepcione como impulsionadora e marcante em termos pessoais e do que veio a ocorrer posteriormente em termos formativos.

“Hoje esse ensino clínico foi (++) promotor do meu desenvolvimento. (...) as expectativas que eu tinha foram superadas até, e acho que isso ajuda muito a impulsionar o nosso próprio desenvolvimento depois (...) Foi o início da minha formação, foi o consciencializar-me do que tinha que fazer a nível da minha formação. Foi o consciencializar-me de que a formação era individual (:::) consciencializei-me que a minha aprendizagem dependia muito de mim ou principal de mim, muito mais do que de tudo o resto.” [Ent. A-3-N](#)

Saliente-se que, com ênfases diferentes, entre as várias categorias enquadradas na representação que os estudantes têm de EC no domínio formativo todos o apresentam como um período extraordinariamente importante e de impacto na construção da sua aprendizagem e no seu desenvolvimento global.

Sobre o **contexto** onde se estava a iniciar ensino clínico, as referências são, fundamentalmente, relativas ao ambiente da unidade de saúde onde surge, especialmente referenciado, o **ambiente relacional**, denominação que identificámos como categoria.

A realidade encontrada constituiu-se como surpresa, naquele momento, perante o conceito que tinham construído previamente. Havia a percepção que o relacionamento com a pessoa internada seria mais fácil mas perante a actividade de cuidar de um doente, em contexto, a relação é difícil. Parece que não conseguem lidar ou gerir muitas variáveis em simultâneo, têm necessidade de subdividir os tempos, um para actuar, outro para perceber o impacto da sua acção, outro ainda para os momentos de diálogo ou de comunicação. Em simultâneo não o conseguem realizar o que dificulta quando pretendem perceber qual o impacto dos seus gestos.

“(...) por um lado queremos aprender mas por outro às vezes até nos esquecemos que estamos aqui, por exemplo, para fazermos uma técnica e só estamos a olhar para a pessoa e a pensar: Como é que ela estará? O que estará a sentir? É um bocado complicado gerir!” [Ent. A-1-D](#)

Outros referem que a relação com o doente se revela muito diferente do que mentalmente tinham construído. O que na relação parecia assustador/amedrontador surge como muito favorável pois a relação e o contexto em que ela decorre são agora elementos facilitadores. É surpreendente e não expectável a receptividade e o ambiente relacional positivo que a pessoa doente proporciona e muitas vezes cria.

Também o ambiente de relacionamento com a equipa de enfermagem evidencia que o estudante esperava um clima muito menos favorável do que o encontrado. Sentem o ambiente acolhedor com um relacionamento na equipa de amizade, apoio e ajuda. A equipa está

envolvida e implicada no seu desenvolvimento o que faz com que alguma da sua apreensão se desvaneça, pois colegas mais antigos no curso tinham ajudado a construir uma ideia de equipas de enfermagem distantes, pouco favoráveis e promotoras de um bom acolhimento.

“(…) eu pensava na minha ideia que não ia ser tão fácil, mesmo com os doentes, pensava que não ia ser tão fácil integrarmo-nos. (...) os enfermeiros têm uma grande cumplicidade entre eles e mesmo connosco não nos colocam à parte. (...) já tinha ouvido de vários serviços antes, que os enfermeiros eram assim um bocadinho (:::), distanciavam-se um bocadinho de nós, eram assim um bocadinho ... Não agressivos, mas colocavam um bocadinho à parte e ali não!” [Ent. A-1-L](#)

Assim, o ambiente relacional com que se depararam foi nalgum aspecto surpreendente, se por um lado não esperavam as limitações ou constrangimentos sentidos na realização da tarefa também não esperavam, o que de algum modo é percebido como compensador, o envolvimento e proximidade que estão a ter tanto por parte da pessoa cuidada como da equipa.

Sem o conhecimento factual do funcionamento e relação numa equipa de saúde estão agora a (re)construir o seu conceito baseando-se na observação onde identificam um ambiente de respeito, complementaridade, entrosamento no trabalho. Estas evidências constituem surpresa pois o ambiente espectável seria desfavorável, de distanciamento com relações profissionais menos propícias e positivas.

“(…) lacunas grandemente, a maior parte, preenchidas por boas relações profissionais entre as diversas classes profissionais que aqui desempenham as funções, existem boas relações, existe um bom intrusamento das actividades, uma boa complementaridade.” [Ent. A-1-C](#)

Quando um ano mais tarde os estudantes voltam a falar sobre o seu conceito de ensino clínico o elemento contexto não surge como uma categoria com um número elevado de unidades de registo. Continua a ser referido como um dos elementos importantes e com influência mas sem o carácter de surpresa e relevância que inicialmente lhe foi colocada. Ele é abordado de forma integrada e como um dos aspectos positivos e influentes no conceito com que ficaram do primeiro ensino clínico.

O domínio que taxonomicamente designámos “**exigência**” surge da análise das considerações que o estudante faz sobre o conceito que tinha de ensino clínico, antes de o iniciar, e aquilo que os primeiros dias de contacto com o serviço de saúde modificaram, quais as dimensões do conceito que sente estarem a ser modificadas e o que está subjacente a essas modificações. São os aspectos subjacentes a esta modificação que identificámos como categorias.

Tinham um conceito de um período de aprendizagem em contexto de prática mais exigente (no que se prende com a prestação de cuidados) do que na realidade está a acontecer pois não esperavam nesta fase tão inicial, de acolhimento e integração no ambiente de cuidados sentirem-se tão apoiados e envolvidos na sua dinâmica e que os profissionais os integrassem

no grupo daquela forma tão favorável. Saliente-se que este é um aspecto em que se evidencia muita consistência relativamente ao momento em que os estudantes se referem, numa visão distante, ao ensino clínico pois continuam a perceber o apoio à actividade como um aspecto que foi fulcral permitindo-lhes terem uma representação muito positiva do ensino clínico.

“E então a ideia que eu tinha era mesmo que nós íamos para lá e tínhamos que o fazer sem ver antes, sem (++) sem tanto acompanhamento e sem tanta ajuda vá, e está a ser muito bom porque está, estamos a ser completamente acompanhados, e (...) É obvio que eu sabia que andava sempre uma pessoa connosco, mas pensei que chegássemos lá no primeiro dia e nos dissessem é isto e isto, façam!” [Ent. A-1-J](#)

“Os enfermeiros vão estar lá para ajudar, as equipas vão estar lá para ajudar, o professor vai estar lá para ajudar mas se não formos nós a ter a iniciativa de esclarecer dúvidas, de mobilizar conhecimentos e adquirir outros não vamos conseguir desenvolver nada, aliás não nos vamos conseguir formar, (...) a observação não é meramente avaliativa, é mais uma atitude formativa, que as pessoas estão lá para nos ajudarem e nunca se sentirem constrangidos ou condicionados pela observação.” [Ent. A-3-N](#)

A actividade, em si, é sentida como mais exigente do que o esperado no que se prende com os conhecimentos, com a prévia preparação escolar pois tinham a percepção de estar mais informados e preparados para iniciarem o ensino clínico. A prestação é exigente, a complexidade é maior, há muitos dados a gerir, e embora tenham sido alertados para estes factos referem não os ter interiorizado e/ou valorizado adequadamente.

“Não tenho, sinto que cada vez tenho menos ... e pensava que sabia mais coisas do que tenho visto lá. Pensava que sabia muito mais coisas, de vez em quando sinto-me que (:::) afinal não sabia nada.” [Ent. A-1-H](#)

“(…) alguns aspectos que os professores me tinham (:::) nos tinham dito e tudo o mais eu achava que, se calhar é um bocado de exagero, mas agora estou a constatar que se calhar não.” [Ent. A-1-N](#)

Saliente-se que esta percepção inicial é reforçada posteriormente na representação distanciada do que foi o período de aprendizagem em que todos os estudantes se referem à exigência de preparação que o trabalho acarreta e os supervisores exigem. A aprendizagem e o desenvolvimento efectivo que o aluno considerava estar em tudo dependente da preparação que tinha realizado é agora sentida como insuficiente tendo, assim, de ser constantemente reforçada, ampliada e esclarecida. Isto acontece em domínios de maior complexidade mas também ao nível dos fundamentos de enfermagem e de conhecimentos de suporte às actividades de prestação de cuidados de outras unidades curriculares como a Farmacologia, a Ética, a Nutrição, entre outras.

“(…) nós fazemos de tudo e se não soubermos temos de ir procurar e ... Temos de nos mostrar empenhados e procurar fazer e se não soubermos tentar procurar e não estarmos ali a um canto. (...) Ir para ensino clínico não é só para fazer as coisas é necessário saber porquê e saber ... o professor faz muitas perguntas e testa muito os nossos conhecimentos, temos mesmo que saber.” [Ent. A-3-L](#)

O início da actividade está a colocar uma exigência emocional não esperada, por vezes esta referência surge adjectivada de uma forma “expressiva” contudo, são poucos os estudantes que o exprimem. Uma situação similar ocorre relativamente à quantidade de actividades de prestação de cuidados que estão a desenvolver, pois a carga de trabalho efectiva é maior que a

esperada ocasionando cansaço físico o que é percebido como positivo e simultaneamente mais motivante do que a construção que tinham concebido.

“(…) tive (++) a ideia que os enfermeiros têm de ter mais estômago do que (:::) eu pensava que era preciso menos estômago, mas... As coisas que chocam? Não houve de maneira alguma, nenhuma parte uma coisa que eu dissesse: ‘Não é isto que eu quero, vou-me embora e não...’ pessoalmente eu tinha outra ideia a esse nível (...) pensava que era mais de observação e afinal é muito mais prático, muito mais...” [Ent. A-1-H](#)

“Eu pensava que no 2ºano, pelo que os meus colegas estão a fazer, que se fazia um pouco menos, (:::) que se fazia a mesma coisa mas mais tarde. Na segunda semana, na terceira, agora nós começámos logo a fazer tudo, eu acho bom” [Ent. A-1-M](#)

A representação sobre as exigências em iniciar algumas actividades eram superiores àquelas que agora encontram, pois aqui o processo de aprendizagem parece mais rápido que o que ocorreu no período teórico, contudo referem e percebem a sua preparação teórica como facilitadora deste processo tornando-o mais eficaz e rápido.

“(…) nós aprendemos tudo na teoria, é tudo muito lindo, porque é mesmo assim, mas depois se calhar na prática executar é tudo muito mais simples, torna-se muito mais simples aplicar, acho que conseguimos aprender muito mais rápido do que propriamente com a teoria.” [Ent. A-1-A](#)

A menor dificuldade encontrada é justificada com uma integração mais facilitada que o esperado, com a proximidade entre o que tinham aprendido durante o período de formação teórica e os primeiros desenvolvimentos de cuidados na prática tanto os realizados por si como os que observam nas práticas da equipa de enfermagem. Estes comportamentos e práticas são identificados globalmente como facilitadores.

“(…) põem mesmo em prática aquilo que nós aprendemos em teoria, digamos assim. Eu pelo menos tinha muito a ideia: ‘Ai, vamos aprender tudo isto mas eu duvido muito que sigam estes passinhos todos e (++)...’ Mas aqui, sim!” [Ent. A-1-N](#)

Tanto a carga emocional que o trabalho coloca como o grau de dificuldade ou a facilidade encontradas em iniciar as actividades, são categorias que mais tarde os estudantes não englobam nas suas concepções do que foi o ensino clínico. Contudo, continuam a referir-se aos conhecimentos exigidos e à orientação que desde uma fase muito precoce se revelou basilar no seu desenvolvimento o que, por si só, pode explicar esta não evidência de unidades de registo naquelas categorias. Por outro lado um conjunto de expressões dos estudantes conduziram-nos a uma dimensão ligada ao conceito de EC sobre a postura exigida ao estudante como uma postura de disponibilidade, abertura e empenho na procura de situações de aprendizagem, isto é de responsabilidade e empenho no seu desenvolvimento.

A quantidade de actividades a desenvolver e a carga efectiva de trabalho é expressa em ambos os momentos como estando para além daquilo que estava no seu conceito prévio sobre o decurso daquela unidade curricular. Alguns estudantes manifestam em ambos os momentos uma ideia muito sobreponível tal como as seguintes unidades de registo evidenciam.

“Eu pensava que era um período de mais observação, de mais, mais observação, do que está a ser até agora. Pensava que ia ser muito menos cansativo, muito menos cansativo” [Ent. A-1 – H](#)

“E que vão com muita vontade. Daquele ensino clínico que estejam à espera de trabalhar porque vão ter todos os dias coisas para irem para casa estudar. Para irem preparados nisso. Aquilo não é só ir de observação!” [Ent. A-3-H](#)

Parece-nos oportuno realçar que, no caso em análise, o tempo previsto semanal de actividades, dos estudantes em contexto de prática clínica e na prestação de cuidados era de 35 horas e todo o trabalho complementar e individual de pesquisa, estudo, análise e realização de narrativas de aprendizagem seria feito para além destas horas. Para além disto todos os estudantes referiram não terem desenvolvido qualquer actividade laboral anterior e assim, conseqüentemente nunca tinham tido a experiência do cumprimento de um horário de trabalho (neste caso de pelo menos oito horas) de um profissional. Estes poderão ser dois dados importantes para a compreensão do conceito, ensino clínico como um período com grandes exigências pois, como referia um aluno no ano seguinte, “(...) *não é só o exercício mental que nós temos de fazer naquele ensino clínico, ele tem uma vertente física muito grande!*”

As Aprendizagens Desenvolvidas

Os estudantes estavam a iniciar um período de formação em contexto de trabalho que teria subjacente o reconhecimento da experiência no seu processo de aprendizagem. Sendo a aprendizagem percebida como um processo de resolução de problemas, esta passa pelo envolvimento e participação activos do sujeito, pois a aprendizagem é entendida nesta visão como um processo interno ao indivíduo que tem de aprender o que lhe exige a assumpção da centralidade deste processo. Nesta visão (e de acordo com o apresentado por Canário, 2000:110) de que tem de haver mobilização do sujeito no sentido em que ele se veja como um recurso na sua própria formação pois o conhecimento é um “*processo de selecção, organização e interpretação da informação*” a que se está exposto e que, de acordo com os actores e os contextos, poderá originar perspectivas diferentes. Estruturámos este capítulo onde se pretende fazer uma abordagem global do processo de aprendizagem durante o primeiro ensino clínico muito baseado naquilo que são as percepções dos próprios estudantes relativamente ao que aprenderam, como ocorreu este processo e quais os elementos considerados influentes.

Das múltiplas fontes documentais reunidas durante o trabalho de campo uma larga maioria da informação nelas contida era directa ou indirectamente referente ao processo de aprendizagem. Foi toda esta informação que analisámos, sistematizámos, seleccionámos e categorizámos, para agora apresentarmos as oscilações na percepção ou no enfoque dado, pelos vários

actores, ao processo de aprendizagem em todo o período em investigação seguindo uma perspectiva temporal.

Os estudantes ao iniciarem o ensino clínico manifestaram um conjunto de **expectativas de aprendizagem** que se prendiam com o desenvolvimento e aquisição de capacidades ou habilidades a vários níveis, contudo e numa análise muito genérica podemos referir que têm expectativas realistas isto é, de aprendizagem ao nível dos fundamentos em enfermagem. Da informação analisada referente ao domínio das “expectativas de aprendizagem e de promoção de conhecimentos” evidenciam-se as categorias do **desenvolvimento a nível técnico-instrumental**, a **comunicação e relação**, o **desenvolvimento pessoal e/ou psicossocial** e o **desenvolvimento de conhecimentos de suporte** à prestação de cuidados.

No âmbito das competências clínicas a sua principal expectativa é a aprendizagem de **procedimentos técnico-instrumentais**.

As actividades que se prendem com a realização técnica e instrumental estão entre as expectativas mais frequentemente referidas. Explicitam-nas de acordo com aquilo que, de momento, lhes tem surgido como mais difícil, consideram este período como a etapa adequada para ultrapassar dificuldades ligadas à execução. Expressam que estão distantes do patamar necessário para atingirem níveis de proficiência que passam pela correcção na execução, o à vontade técnico, a destreza e a flexibilidade. Contudo, o ambiente de prestação de cuidados da unidade mostra-se tão exigente e complexo que apresentam como expectativa o desenvolvimento de competências ao nível operativo e dos conhecimentos subjacentes à sua execução.

“(…) as técnicas é sempre um objectivo a ter, e o ter o material todo memorizado e fazer tudo correctamente é sempre um dos objectivos. O que eu também gostava muito era perceber aquela terapêutica toda, aquela, aquela destreza na preparação dos medicamentos e tudo.” [Ent. A-1-M](#)

Também têm a noção que vão ter de trabalhar e, com o tempo de prática, com a repetição sob empenhamento pessoal esperam vir a desenvolver estas capacidades, percebem que este é o momento ideal para estas aprendizagens, tendo de o rentabilizar.

Ao finalizar as primeiras seis semanas de formação em contexto de prática clínica a aprendizagem de competências e habilidades para a execução de procedimentos técnicos e instrumentais foi apresentada como significativa por dez estudantes no grupo. Foi salientada a possibilidade de execução de uma grande quantidade deste tipo de procedimentos dadas as características e exigências de cuidados das pessoas internadas bem como o envolvimento e participação activa dos estudantes na actividade de enfermagem da unidade, proporcionado pela equipa. Contudo, pela leitura das unidades de texto codificadas este não parece ser o domínio de aprendizagem mais valorizado neste momento. Por um lado sentem que se estão a

desenvolver mas o tempo de experimentação é baixo e independentemente das múltiplas possibilidades de execução, há mesmo sujeitos para quem esta não é considerada tão significativa e prioritária.

“ (...) o aprender a elaborar a técnica de uma forma mais perfeita possível e mais exacta cientificamente e ao mesmo tempo não esquecendo-nos do doente. Isso no geral! Qualquer actividade técnica ou procedimento técnico em que esteja inerente a prática de cuidados isso aprende-se depois, adquire-se com a experiência de treinar. As grandes aprendizagens ou pelo menos as mais sonantes é de facto conciliar qualquer que seja a técnica com a comunicação com o doente.” [Ent. A-2-C](#)

A destreza e/ou perícia nos procedimentos técnicos adquire-se com a experiência o mais importante no momento é aprender a execução do procedimento em si mas sendo capaz de em simultâneo não esquecer a componente relacional com o objecto de atenção fundamental da enfermagem, isto é, a pessoa alvo de cuidados na sua globalidade.

“Depois todas as técnicas de enfermagem desde colheitas de sangue a colocação de cateteres vesicais, cateteres endovenosos, todas essas técnicas que tivemos oportunidade lá. Acho que foi o sítio em que tive mais oportunidades. Foi sem dúvida o sítio onde tive mais oportunidades de praticar os procedimentos técnico-instrumentais de enfermagem. (...) foi a primeira vez que introduzi a sonda, depois pela própria situação em que o doente estava, acho que foi possivelmente das experiências que me marcou lá.” [Ent. A-3-A](#)

Esta categoria, daquilo que o estudante considera que aprendeu, continua a ser apresentado e valorizado como um dos grandes contributos mesmo um ano mais tarde da experiência ter ocorrido. Especialmente as técnicas e procedimentos referentes aos fundamentos de enfermagem são percebidas como tendo tido naquele ensino clínico um dos maiores expoentes em termos formativos. A tipologia de pessoas internadas e as suas respostas à situação de doença permitem que o aluno tenha a possibilidade de prestar cuidados que não esperaria e que em mais nenhum momento no seu percurso formativo teve outras possibilidades de desenvolver continuando a ser o primeiro ensino clínico a sua referência. Desde um momento inicial, em que há grandes expectativas a este nível, até ao momento de fazer uma revisão do que ali foi importante em termos formativos a componente mais operativa da aprendizagem é sempre considerada muito relevante para uma larga maioria dos estudantes do grupo.

Os aspectos ligados à **comunicação e relação**, tanto na equipa como junto das pessoas internadas, estão nas expectativas expressas de desenvolvimento e aprendizagem de quase todos os estudantes sendo, para alguns, o desenvolvimento mais ambicionado e valorizado sobrepondo-se ao desenvolvimento de outras competências. Há, a este nível, a percepção de dificuldades pois a comunicação, o contactar com uma pessoa doente é só por si motivo de grandes preocupações e medo, há receio de não estar preparado e não saber o que dizer ou como agir ao aproximar-se da pessoa que lhe é atribuída para cuidar.

“(…) é saber o máximo possível e conseguir manter a todos os níveis quer relacional (:::), técnico, em todos os aspectos conseguir melhorar no máximo possível para tirar o maior partido do ensino clínico (...) foi aquela coisa que

nós comentámos todos no início que foi, nós chegávamos ali ao pé deles e não sabíamos muito bem como devíamos falar, ficávamos calados e até nos sentíamos assim um bocado (:::) estúpidos (*risos*)” [Ent. A-1-D](#)

Começam a perceber aparentemente pela análise e reflexão dos contactos relacionais que estabeleceram que se não souberem gerir bem o modo como comunicam e interagem com o doente, se não conhecem profundamente as técnicas de comunicação e intervenção poderá ser ocasionador de alguns entraves/constrangimentos para si, especialmente ao nível emocional.

“É complicado nós não gerirmos um bocado (:::), nós não estamos habituados a lidar com as pessoas mesmo e então se calhar apegamo-nos um bocadinho mais aos doentes do que as pessoas que cá trabalham (...) É esquisito, é muito confuso mesmo, porque por um lado queremos aprender mas por outro às vezes até nos esquecemos que estamos aqui, por exemplo, para fazermos uma técnica e só estamos a olhar para a pessoa e a pensar como é que ela estará” [Ent. A-1-D](#)

“tinha muito medo de não saber abordar as pessoas ou (++), o desenvolvimento de estratégias nem pensava nisso, não pensava nem sabia como ia ser. A comunicação em si, tinha medo de dizer o que não devia (:::), depois pronto acho que me senti, desde o princípio me senti, bastante à vontade com as pessoas” [Ent. A-2-J](#)

Sendo a comunicação um dos objectivos definidos como estruturantes neste ensino clínico foi também referenciada como tal, pois todos os estudantes identificaram situações de aprendizagem significativas tanto de formas de comunicação verbal como não verbal. O contacto comunicacional com os doentes era um motivo de apreensão que independentemente dos contributos e da preparação prévia os estudantes não sabiam como o iriam fazer, como iniciar este processo.

Se numa fase precoce do ensino clínico são percebidos estes constrangimentos ligados à comunicação, ao fim de seis semanas todos os estudantes a identificam como uma das suas habilidades ou capacidades que sofreram maior desenvolvimento especialmente na forma de comunicação verbal, mas também na forma de comunicação escrita. Na comunicação com o doente, que inicialmente era percebida como algo muito complexo, há um balanço muito positivo que teve como elementos facilitadores as vivências na prestação de cuidados e o confronto com a necessidade de comunicar. Persistem e são identificadas fragilidades quando a pessoa com quem se pretende estabelecer comunicação tem alterações que lhe condicionam a expressão verbal pois nesta etapa tão inicial do seu processo de aprendizagem o aluno não consegue utilizar e estimular de forma ajustada formas de comunicação tecnicamente mais exigentes.

“(…) foi (++) gradualmente e mais fácil conseguir a comunicação com eles (...) Com os doentes afásicos foi uma aprendizagem mais difícil, mais trabalhosa mas penso que (...) As grandes aprendizagens ou pelo menos as mais sonantes é de facto conciliar qualquer que seja a técnica com a comunicação com o doente. Explicar-lhe os procedimentos, envolvê-lo, pedir-lhe a colaboração” [Ent. A-2-C](#)

Mesmo quando consideram que foi a competência que mais desenvolveram, a capacidade de auto-avaliação de alguns estudantes permitem-lhe identificar situações que se continuam a revelar complexas no domínio da comunicação e relação: comunicar verbalmente com a pessoa enquanto se desenvolve outra actividade, comunicar quando se está sob observação ou

controlar as formas de comunicação não verbal. Salienta-se as referências à importância da comunicação verbal com o doente como uma fonte significativa de promoção do conhecimento mas pela terminologia utilizada somos levados a pensar que frequentemente a comunicação referida não passa de estabelecimento de um diálogo que fica aquém dos objectivos de uma comunicação terapêutica. Eventualmente porque, nesta fase de aprendizagem, ainda é difícil de conseguir.

“Ao início, acho que o referi também na primeira entrevista, estava um pouco apreensiva em relação à comunicação com os doentes (...) Contudo agora acho que consigo desenvolver uma capacidade comunicativa muito maior e já não sinto grandes dificuldades ao iniciar uma conversa e tentar colher, ... Mesmo na colheita de dados que era o que me criava algumas dificuldades anteriormente, agora acho que já consigo fazê-lo com mais à vontade e com melhores resultados também e ...” [Ent. A-2-D](#)

“nós vamos aprendendo muito com o que os doentes nos dizem, com aquilo que nos revelam (...) ao abordá-lo como é que se sente, ou ... estamos a entrevistá-lo! E isso é muito importante para o nosso desenvolvimento.” [Ent. A-2-L](#)

De acordo com as primeiras percepções a comunicação continua a ser referida como a categoria mais apresentada quando os alunos são questionados sobre os principais contributos que o ensino clínico lhes trouxe em termos de aprendizagem. Aprender a comunicar com a pessoa que cuidava, mesmo quando há fortes constrangimentos da parte desta à comunicação verbal, foi o mais fulcral e que mais cativou o aluno, tendo a partir daí ficado mais disponível e capaz de sentir uma maior evolução nas aprendizagens noutras domínios. Associado à relação com o doente, também a comunicação com os seus familiares e a equipa daquele contexto de cuidados é referida e percebida como um contributo importante. Esta área de desenvolvimento é referida como impulsionadora do desenvolvimento noutras áreas.

“(...) podemos comunicar mesmo com uma pessoa que não nos responde e (:::) as estratégias que utilizei eram mesmo essas, era ter a iniciativa de ir ter com os doentes, falar mesmo que fosse do tempo (...) Com o desenvolvimento e com a ... Não digo destreza mas o à vontade que eu consegui adquirir nesse ensino clínico facilitou imenso a relação que fui criando com os doentes.” [Ent. A-3-N](#)

Assim as competências de comunicação e relação emergiram como uma das áreas que globalmente representaram maiores aprendizagens e desenvolvimento ao longo do primeiro ensino clínico especialmente no que se prende com a pessoa alvo de cuidados ficando registado o significativo impacto que teve nos estudantes.

O desenvolvimento ou mesmo a aprendizagem de **competências pessoais** é referido como importante para o sucesso neste período de aprendizagem, pois para dar resposta positiva e atingir os objectivos propostos esperam desenvolver algumas características que serão promotoras ou estarão na génese da sua formação profissional. Neste período irão ter estímulos e exigências promotores do desenvolvimento de capacidades pessoais como a iniciativa, a motivação, a gestão de emoções ou a sua capacidade de olharem para os

problemas de forma mais optimista e positiva, pois só deste modo o aluno sente que poderá ter conhecimentos sólidos e sucesso.

“(...) apesar de eu já a ter a outros níveis quero ver se desenvolvo que é (:::) o mais ..., Que é o positivismo, o bom humor por vezes face aos doentes. Por mais que as situações deles sejam críticas há que salientar aquelas pequenas coisas.” [Ent. A-1-C](#)

“(...) que a minha motivação se mantenha e que realmente consiga (++) atingir os objectivos a que me propus.” [Ent. A-1-D](#)

Alguns alunos têm dificuldade em explicitar que aprendizagens estão na sua expectativa, sabem que querem aprender mas de imediato não o conseguem especificar, apenas se referem à sua motivação para trabalhar na sua auto-formação para que a aprendizagem se inicie, em contexto de prática clínica, de forma sustentada.

Com o decurso do ensino clínico a referência ao desenvolvimento no domínio pessoal e psicossocial continua a emergir sendo evidente uma grande valorização por parte do grupo a esta categoria, que aparentemente constituiu uma surpresa. Há reconhecimento que o tempo de actividade fez com que adquirissem uma maior capacidade ou consciência crítica sobre si e sobre o que tem de nortear a sua actuação nos cuidados que prestam à pessoa. O respeito pelo outro, pela sua vontade, pela sua intimidade, é o aspecto a ser equacionado em primeiro lugar e só depois estão os objectivos e pretensões individuais.

“sou uma pessoa muito mais ... Não é mais humana, mas estou muito mais (:::) mais sensível também, para certos aspectos que por vezes me passavam ao lado (...) reflecto sobre tudo aquilo que se passou durante o dia, acho que estou muito mais pensativa sobre as coisas. Valorizo as coisas de outro modo.” [Ent. A-2-O](#)

Assim, percebem aprendizagens importantes ao nível da sua actuação ou forma de pensamento ético ou de valoração de aspectos que até ao momento não eram considerados relevantes. Consideram que, na vivência quotidiana da prestação de cuidados pelo contacto com o doente ou com a sua família²⁶, cresceram enquanto pessoas em que algumas das suas características pessoais mudaram ou simplesmente evoluíram. A capacidade de respeitar a vontade da pessoa que cuida, a sua privacidade, o tornar-se uma pessoa mais responsável, com mais iniciativa sendo capaz de solicitar outros, mais confiante ou sentir que agora é uma pessoa mais reflexiva, mais sensível são alguns dos desenvolvimentos que agora a maioria percebe ter adquirido.

²⁶ As referências à família estarão de acordo com o conceito de unidade social, visto “*como algo para além dos indivíduos e da sua relação sanguínea, de parentesco, relação emocional ou legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente, que constituem as partes do grupo.*” É percebida como integrada no conceito de cliente apresentado pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, isto é, “*um sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção.*” É um “*grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente.*” (ICN, 2005: 169 e 171)

Também e de forma similar um ano mais tarde, o contacto com as pessoas internadas é identificado como potenciador do desenvolvimento de competências pessoais e psicossociais pela forma como estes encaravam o sofrimento ou a sua situação de saúde.

“(...) foi uma das minhas maiores aprendizagens, foi deixar de ser aquela pessoa que eu era, calada, reservada. Foi essa mudança a nível interior, meu, a minha forma de estar, mudei muito, alterei a minha postura. (...) passei a dar mais valor às pequenas coisas e a ver as pessoas não pelo seu aspecto, aprendi a não rotular.” [Ent. A-3-L](#)

Assim, aprenderam a gerir melhor as suas emoções, a conhecerem algumas facetas da sua personalidade tornando-os pessoas diferentes mais abertas e sociáveis, mais sensíveis e a lidarem de forma adequada com a diferença, sem a rotular. O sentido de responsabilidade foi desenvolvido pela consciencialização das suas capacidades, tornando-se mais confiante em si sabendo assumir o seu papel de estudante e como tal sendo capaz de identificar as suas potencialidades e constrangimentos. Também a aprendizagem de princípios éticos e deontológicos como o sigilo, a verdade ou o respeito, na prática de cuidados, são aspectos que continuam a ser salientados dentro destes contributos.

Como já referimos, a quantidade de actividades no âmbito da satisfação das necessidades humanas básicas que requerem a utilização de instrumentos básicos de enfermagem é elevada e o aluno, no início deste processo, não os realiza com eficácia e destreza ou domínio ao nível operativo, despende muito tempo nestas actividades, não percepcionando outras que exigem um domínio mais elevado de análise e problematização como a **concepção de cuidados**. Apenas um aluno o refere considerando-o, no entanto, longínquo nos seus horizontes e ambições como se pode constatar pelas suas palavras.

“(...) não espero só executar. Também espero desenvolver a minha capacidade não só de prestação de cuidados mas também de planeamento, de ... Estou também à espera de poder também avaliar certas situações, ou seja, face a um doente espero fazer uma avaliação global com base nas suas necessidades: higiene, eliminação, alimentação, etc. e face à minha avaliação planeiar cuidados. Planejar cuidados e poder intervir, portanto é isto que eu espero” [Ent. A-1-O](#)

A situação muda radicalmente com a evolução do ensino clínico quando o grupo identifica o planeamento de cuidados como tendo sofrido evolução e desenvolvimento. Globalmente consideram que estão numa fase inicial deste processo, os cuidados que planeiam não respondem ao quadro completo de exigência das pessoas que cuidam pois ainda não conseguem ter uma visão holística. Referem necessitar de ajuda e estímulo para o conseguirem realizar e admitem que o processo se torna mais facilitado pois têm apenas de o fazer para uma pessoa que cuidam durante vários dias seguidos o que faz com que conheçam melhor os focos de atenção para a prática dos cuidados de enfermagem e as intervenções a implementar.

“(...) ainda está a evoluir. Acaba por estar um bocadinho facilitado por ter só 1 doente, então acabamos por ter de fazer essa concepção para um doente que acaba por ser mais fácil (...) Ao fim de uma semana de estar com o doente já consigo, já consigo chegar lá e para aquele dia vou fazer isto, isto e isto” [Ent. A-2-A](#)

Pela complexidade que o processo de tomada de decisão encerra alguns dos estudantes do grupo referem que ao fim de algumas semanas de ensino clínico ainda não desenvolveram muito este objectivo da sua aprendizagem pois as intervenções a incluir são muitas e o aluno tem uma visão ainda discricionária, não integradora do que realizar.

“E de planeamento. Eu acho que por aí ainda preciso de um grande desenvolvimento, sem dúvida, ainda (++), embora já haja uma grande evolução, ainda compartimento um bocadinho os cuidados inerentes, digamos que, a certas alterações (...) o que falta a todos é mesmo aquela (:::) ginástica mental de conseguir interligar tudo e ter a capacidade de saber o que fazer a seguir, o que poderá acontecer a seguir, sei lá, medicações em SOS... Termos atenção a tudo, é mesmo ter uma visão holística do doente.” [Ent. A-2-N](#)

A situação das pessoas a cuidar e o próprio ambiente de trabalho condicionadores de imprevisibilidade e exigência de flexibilidade e reformulação do planeado são factores apresentados como difíceis de gerir e dificultadores da realização de um planeamento mais ajustado.

Foi proposta, pelos docentes, a realização de um plano de trabalho diário a cada estudante como uma etapa de iniciação ao processo de planeamento de cuidados o que parece estar a ser sentido como benéfico para a aprendizagem a este nível pois este é analisado e discutido com o professor permitindo ao aluno identificar lacunas na sua proposta de cuidados.

“(…) como nos está distribuído só um doente é um bocado complicado ... eu até já cai no erro, de estar a falar com o professor e depois o professor até me explicou, de estar a pensar que um plano de trabalho, o planeamento (:::) a concepção dos cuidados de enfermagem são feitos para cada doente e, eu não tinha essa impressão. Eu estava a falar com o professor e ele disse: você faz o plano de trabalho para o seu doente ou para os seus doentes? Eu disse: então faço um plano de trabalho para cada doente. Eu toda convicta! O professor então disse-me: é um plano de trabalho, não é um plano de cuidados para aquele doente. (...) é possível que tenha havido alguma evolução, eu não consigo ser muito concreta a esse nível, mas acho que a nível de planeamento e ... Eu pelo menos a nível de planeamento ainda não trabalhei muito isso. Estar a planear os cuidados, tenho que levar isto, tenho que preparar isto e ... (...) Porque nós ainda estamos muito ..., vou avaliar os sinais vitais, só vou fazer isto. [Ent. A-2-J](#)

Percebe-se pela análise transversal das unidades de registo codificadas nesta categoria que os estudantes nesta fase têm a percepção de dificuldades em níveis mais complexos de aprendizagem como os que exigem a apreciação das respostas apresentadas pela pessoa à situação de doença ou ao momento de internamento, a formulação de juízos diagnósticos e a tomada de decisão na prescrição de intervenções.

A aprendizagem de **conhecimentos de suporte à prestação de cuidados**, isto é, que continuarão a estar na base desta prática durante a formação em contexto de prática clínica, é uma expectativa importante dentro do grupo pois, nove destes estudantes expressam-no ao iniciar o ensino clínico.

Ao sentirem uma grande distância entre o que vêem e percebem no trabalho dos enfermeiros e aquilo que, de momento, conseguem dar resposta, faz com que as suas expectativas sejam dificilmente explicitáveis. Percebem que há um fosso entre o que necessitam para prestar cuidados e os seus recursos havendo um extenso campo para se

desenvolverem contudo, também têm a percepção que ainda não se aperceberam de toda a realidade da actividade para a qual estão a iniciar preparação em contexto, mas que ela lhes está a surgir como complexa daí que as suas expectativas nem sempre sejam claras e objectivas nem mesmo ousadas.

“(…) pretendo chegar ao final desta primeira parte do ensino clínico, claro o segundo ensino, a segunda parte acho que, espero chegar com conhecimentos base de banhos, administração de terapêutica, ... Claro muito mais dominados que agora no início! (...) fico pelos patamares básicos em termos de desenvolvimento. Mas, claro a nível geral, da alimentação, da comunicação, ...” [Ent. A-1-C](#)

Esta categoria torna-se irrelevante no decurso do ensino clínico onde apenas um estudante identifica que aprendeu aspectos de grande relevância pois estes posteriormente constituíram a base de outros ensinamentos clínicos. Pensamos que o próprio processo de desenvolvimento lhes permitiu uma consciencialização do que constituiu aprendizagem e uma visão mais clara das áreas em que ocorreu sendo mais fácil esta concretização.

Outro dos domínios que emergiu foi analisado e categorizado dentro da grande área temática das aprendizagens refere-se ao **modo como** o aluno percepcionou como é que o seu **processo** de aprendizagem ocorreu.

O como do processo de aprendizagem que os estudantes consideram ter realizado ou que ainda estão a realizar foi integrado na categoria “**Processo**” dando resposta à questão “*como aprendi?*”. As referências mais frequentes estão associadas por um lado à execução e/ou vivência de determinados procedimentos e actividades, por outro, à análise e discussão dessas situações.

Há estudantes que reconhecem que o processo de análise e reflexão individual sobre a situação que observaram ou a actividade desenvolvida faz com que o seu conhecimento seja promovido.

“A esse nível nós vamos aprendendo pela lógica. Na teoria é de uma forma, na prática nós fazemos de outra. Então nós pensamos porque é que na teoria é dado assim e na prática se faz assim e vamos chegar à conclusão qual é a forma como se deve fazer se é a da teoria se é a da prática. (...) Tanto por parte do docente, (:::) as abordagens que faz, as dúvidas que nos põe ou melhor que nos faz pensar que as temos, as perguntas que nos faz, a forma como nos questiona as coisas, o porquê de estarmos a fazer assim e (...) tudo isso acho que tem contribuído e muito para a nossa aprendizagem.” [Ent. A-2-A](#)

Pelo exemplo apresentado alguns daqueles estudantes têm a percepção que também é pela discussão e reflexão que acontece pós-acção, realizada conjuntamente com o supervisor, o fundamental para o seu processo de aprendizagem. Evidenciam que sem trabalho de reflexão sobre a acção, eventualmente mobilizando/identificando o conhecimento que lhe esteve subjacente ou encontrando lacunas que exigem trabalho complementar, não há aprendizagem.

A **execução** é também uma forma importante de desenvolvimento especialmente no domínio dos procedimentos de cariz mais instrumental, os estudantes associam esta aprendizagem a uma maior destreza, rapidez e eficácia na execução. Salienta-se que alguns consideram, por exemplo, que as capacidades comunicacionais se aprendem apenas pela vivência da situação, só o facto de ser confrontado com a necessidade de comunicar e relacionar-se com a pessoa a cuidar faz desenvolver esta sua competência, aprende-se comunicando.

“(…) no geral, qualquer actividade técnica ou procedimento técnico em que esteja inerente à prática de cuidados, adquire-se com a experiência de treinar. As grandes aprendizagens ou pelo menos as mais sonantes é de facto conciliar qualquer que seja a técnica com a comunicação com o doente” [Ent. A-2-C](#)

A aprendizagem por imitação é apresentada apenas como uma estratégia inicial em que o aluno pela observação dos profissionais poderia reproduzir as suas formas de actuação, contudo não consegue explicitar como é que deste modo considera que aprendeu. Também a partilha de experiências com colegas em reuniões de discussão sobre as suas práticas é uma fonte de aprendizagem pois o modo como as situações são apresentadas pelos pares é relevante fazendo com que o aluno transfira para si e pense sobre aquilo que tem vivenciado.

Quando o aluno ao fim de um ano é solicitado a fazer uma análise ao modo como considera que aprendeu a aprendizagem por imitação não é identificada mas emerge com um número elevado de unidades de registo uma nova categoria “trabalho individual de aprofundamento teórico”.

Na forma como considera que aprendeu duas categorias são identificadas, acolhendo um maior número de unidades de registo. Sempre que há ajuda por parte do supervisor a análise e reflexão na prática clínica é facilitada e percebida como um processo promotor do modo como aprenderam. O supervisor, no final da actividade, pela apreciação crítica e *feedback* que proporcionou permitiu ao aluno analisar o modo como a actividade ocorreu, identificar o erro e a partir daí reconstruir a sua acção futura. O contributo do docente na análise e reflexão é referido como significativo tanto quando ocorre em simultâneo com a actividade como noutros momentos em que há reuniões de discussão em grupo.

“As conversas que tínhamos no banquinho eram muito importantes porque ali nós debatíamos um pouco de tudo o que fazíamos ao longo do turno (...) O que tínhamos feito, o que tínhamos pensado naquele momento, porque é que tínhamos feito assim, será que não deveríamos ter feito de outra maneira e isso foi muito importante para nós reflectirmos o que estava bem e o que estava mal para da próxima vez podermos melhorar.” [Ent. A-3-L](#)

Muitas vezes decorrente da análise feita conjuntamente com o docente, o aluno foi estimulado ou identificou a necessidade de aprofundar conhecimentos fazendo pesquisas documentais e desenvolvendo os seus conhecimentos. O trabalho de aprofundamento teórico desenvolvido individualmente é reconhecido pelos estudantes como muito significativo no modo como aprendeu, pois o ensino clínico permitiu-lhe identificar a importância da fundamentação do que

se faz. Sendo esta uma apreciação que apenas surge mais tarde parece que o aluno apenas consegue analisar o como da sua aprendizagem com algum distanciamento para lhe permitir uma análise e reflexão sobre os processos que ocorreram consigo.

“(…) muitas coisas tive que relembrar, tive que pesquisar, tive que procurar, também pelo meu contacto com os profissionais de saúde e, mesmo, pela experiência pessoal que eu fui adquirindo ao longo do tempo. (…) Também foram identificadas mas a maioria fui eu que senti a necessidade de saber um bocadinho mais.” [Ent. A-3-D](#)

A aprendizagem pela execução ou na partilha com colegas também continuam a emergir como categorias embora apresentadas por um número mais reduzido de estudantes à semelhança daquilo que percebiam no decurso do ensino clínico. A execução só por si não é apresentada de forma isolada como forma de aprendizagem, surge associada a um processo de mobilização de conhecimentos embora, num primeiro momento, o aluno sinta que realiza apenas por imitação. A aprendizagem na partilha com colegas é referida como significativa e decorrente da entreajuda ou do esclarecimento e da pesquisa.

Na informação reunida e englobada na dimensão aprendizagem durante a sua análise evidenciou-se um domínio referente ao **conjunto de circunstâncias, características, situações**, que influenciaram positiva ou negativamente toda a dinâmica e ambiência de aprendizagem naquele contexto e durante o ensino clínico. “**Factores de influência**” foi a denominação atribuída a este domínio onde se encontraram várias categorias com uma incidência de unidades de registo significativamente diferentes.

No decurso do ensino clínico entre o que foi percebido como mais influente no processo de aprendizagem dos estudantes destacam-se a **equipa supervisiva**, o **ambiente da unidade** de cuidados onde o ensino clínico está a ocorrer e a **preparação prévia** em termos de conhecimentos de suporte à actividade a realizar, isto é, a valorização, trabalho e aprendizagem do estudante do curriculum anterior ao início do ensino clínico. Um ano mais tarde as duas primeiras categorias continuam a surgir como as mais valorizadas enquanto a preparação prévia deixa de ser valorizada de forma tão significativa por alguns estudantes.

A influência da **equipa supervisiva** é percebida como significativa e positiva, por todos os alunos, pois o modo como se sentem acolhidos, integrados e orientados é propício à aprendizagem. A equipa esclarece dúvidas, identifica pontos de desenvolvimento, o aluno sente-se motivado e envolvido na actividade de enfermagem da unidade pois não há percepção de atitudes de afastamento ou distanciação. O professor tem um papel significativo nesta equipa e pelas suas características é percebido como sendo um elemento determinante pelos estímulos, apoio, orientação ou ajuda que funcionam como factores cognitivamente muito estimulantes em todo o processo e desenvolvimento do estudante.

“ (...) não posso dizer que é só o professor o orientador, não é, porque tenho enfermeiros que estão comigo que me ajudam a fazer aquela tal ponte (que falei), que puxam por mim, que me ajudam a raciocinar, que me ajudam nas minhas dificuldades de igual modo que o professor.” [Ent. A-2-E](#)

Os estudantes que consideram ter características pessoais, como a iniciativa ou o receio de intervir, condicionadoras ou limitadoras nesta fase inicial percebem que as ultrapassaram pelo envolvimento que sentiram por parte daqueles profissionais.

Ao fim de um ano a equipa responsável pela orientação continua a ser referida como tendo uma influência muito positiva, diferenciando-se claramente a importância da equipa de enfermagem e do docente. Da equipa são recordados o grupo de trabalho que os acolheu de forma afável, simpática e disponível, que lhes proporcionou experiências de aprendizagem adequadas, apoio e ajuda, que os motivou a serem mais exigentes e envolvidos em toda a dinâmica formativa.

O docente é o elemento a quem reconhecem um papel fundamental, talvez estruturante no seu desenvolvimento ao longo daquele ensino clínico. A sua colaboração e orientação foi sentida na análise das situações de prestação de cuidados, nas questões apresentadas, nos desafios ao trabalho de aprofundamento de conhecimentos mas fundamentalmente no papel que assumiu de ajuda na desocultação da prática, isto é, a ver e esclarecer as situações da prática que sem ajuda não conseguiam ver na sua globalidade e compreender. As características pessoais do docente são os elementos facilitadores deste processo.

“Agora vejo que não, que as pessoas, quer o professor quer o enfermeiro tutor quer a equipa de enfermagem estão lá para nos ajudar, simplesmente para nos ajudar na nossa formação, que é individual mas que eles contribuem bastante e nos ajudam. (...) por exemplo, nós por vezes achamos: “Eu aprendi isto assim e aqui não é feito como eu aprendi!” E o professor ajuda-nos a ver que aquilo se calhar é feito como nós aprendemos, ou seja, o objectivo é cumprido, os percursos para o atingir é que podem ser diferentes de acordo com as condições que existem.” [Ent. A-3-N](#)

O **ambiente percebido** no quotidiano do ensino clínico é amplamente reconhecido como acolhedor, familiar, envolvente, proporcionador de ajuda em que o aluno se sente à vontade, não intimidado.

“Acho que não tem dificultado apenas facilitado, uma vez que o ambiente é muito (++) aconchegante, lá está é um ambiente familiar. (...) nós ficamos completamente à vontade para tirar dúvidas, para algum esclarecimento, para nos ajudarem em algo que não estamos a conseguir realizar. Eu acho que tem sido bastante positivo, o ambiente, em termos de aprendizagem.” [Ent. A-2-D](#)

Num contexto em que há uma envolvimento pedagógica dos estudantes, que lhes proporciona um ambiente simultaneamente de proximidade e afectividade mas também de apreciação crítica, de desafio e estímulo ao desenvolvimento proporcionando momentos de *feedback*, é fácil identificar e explicitar dúvidas, lacunas em termos de preparação prévia, inseguranças e hesitações.

Saliente-se que a percepção sobre o ambiente se mantém mesmo depois de os alunos terem contactado com outros contextos, isto é, um ano mais tarde continuam a considerar que o

ambiente daquele contexto de ensino clínico como um factor positivamente influente nas aprendizagens que desenvolveram. Neste âmbito, as suas referências são agora menos situadas e objectivadas, não identificam um factor em particular referem-se a percepções vagas e dificilmente explicitáveis sobre a liderança, a preparação da equipa para a supervisão, a relação estabelecida, as discussões em que o estudante era envolvido, isto é, um ambiente culturalmente estimulante que agora é percebido como tendo sido estruturante nessa fase.

“Sempre que havia uma coisa nova solicitavam-nos e ... Integraram-nos muito bem e isso foi determinante no sucesso porque sem isso seria impossível. Foi todo aquele ambiente, aquele contexto. (...) a imagem que eu tenho é essa do clima, do ambiente. Acho que foi muito marcante.” [Ent. A-3-L](#)

A identificação da **preparação prévia** (realizada em contexto escolar), como um elemento que só agora se revela muito significativo, só o contacto directo com a prestação de cuidados e o serem questionados sobre o conhecimento que lhe está subjacente, permite: i) perceber a pertinência de algumas unidades curriculares ou temáticas que fazem parte do curriculum do curso; ii) identificar lacunas e desajustes na preparação prévia; iii) auto-avaliar o seu nível de conhecimento e; iv) identificar áreas de estudo, de pesquisa e aprofundamento de conhecimentos.

“(...) nós fartamo-nos de falar sobre sondas nasogástricas e como é que colocávamos e foi espantoso chegar lá e ... Uma coisa que nós dávamos tanto na parte teórica, às tantas foi por nós termos dado tantas vezes e ser uma coisa porque me interessei. Correu tão bem! Era tão fácil (++) foi mais fácil do que eu pensava!” [Ent. A-2-H](#)

À **preparação prévia** surge associada a categoria **estudo e pesquisa bibliográfica** para aprofundamento de conhecimentos, como factores que influenciaram positivamente a aprendizagem pois, um ano após o ensino clínico, estas surgem (re)valorizadas. A ajuda na identificação de lacunas de conhecimento por parte dos supervisores surge associada às dúvidas que emergem do seu questionamento pois, este é um factor determinante na pesquisa documental subsequente. Há estudantes que continuam a referir a quantidade de trabalho a este nível como algo que não estava nas suas expectativas, só o contacto com a pessoa doente e o assumir responsabilidade pela prestação de cuidados fez, da fundamentação desses cuidados, uma exigência. Os conhecimentos prévios (no âmbito da enfermagem) que detinham, são desvalorizados, qualificados como pobres e muito insuficientes.

“Contudo (:::) há muitos conteúdos que já estão esquecidos, que têm de ser lembrados. Há outros, como no meu caso (...) que tive de fazer um trabalho redobrado para tentar acompanhar ...” [Ent. A-2-D](#)

Nesta visão distanciada do ensino clínico, o **feedback recebido** é outra categoria percebida como significativamente contributiva na construção das aprendizagens sendo relacionada com a equipa que faz supervisão e o ambiente da unidade. Por um lado, o estudante sente que sem a apreciação crítica do que tinha sido o seu desempenho, em cada momento, não saberia como orientar o seu maior ou menor investimento pois a fase inicial de preparação em que se

encontravam condicionava alguma incapacidade de crítica sobre si. Mas, por outro, as apreciações constantes com identificação de lacunas fazia-os sentirem-se motivados e desafiados a um maior envolvimento e aprofundamento de conhecimentos. O professor é o principal actor que os estudantes referem como tendo sido o elemento mais influente pois, todos o referenciam como quem lhes dava *feedback* diariamente no que se prendia com as actividades de prestação de cuidados e com proximidade temporal ou pontualmente em alguns momentos mais formais fazendo uma apreciação global da sua evolução.

“Ele (o professor) realmente conseguia-nos dar esse feedback o que ajudou imenso (...) permitia-nos ver onde estávamos menos bem ou mal e conseguir evoluir exactamente nesse ponto. (...) Sem o feedback dele eu não percebia onde é que tinha que evoluir.” [Ent. A-3-A](#)

Ao fim de um ano a categoria **características pessoais** emerge com um maior significado e como condicionante do sucesso nas aprendizagens que os estudantes consideram que tiveram. Frequentemente a explicitação destas características está associada a expressões que denotam alguma surpresa o que parece evidenciar que os estudantes não tinham previamente identificado essas características ou pelo menos elas apenas se terão revelado durante o período de aprendizagem. O empenho, a curiosidade, motivação pessoal, o optimismo, a resiliência, a abertura e pela iniciativa a busca de uma aprendizagem constante, estão entre as características mais frequentemente apresentadas. Saliente-se que um estudante constata que as suas aprendizagens ficarem aquém daquilo que poderiam ter sido de acordo com o que lhe foi proporcionado, pelo facto de não se conseguir envolver e motivar como deveria pois estava perante uma situação de vida familiar extraordinariamente exigente emocionalmente, não o deixando desprender-se e, deste modo, condicionar a sua aprendizagem.

“(...) o que me aconteceu foi o factor fundamental para muita coisa nesse ensino clínico, ... Penso que houve muita coisa que eu não aprendi e que poderia ter aprendido, que os meus colegas aprenderam e desenvolveram e eu não consegui porque (++) estava completamente abstraída daquilo, estava ali naquele momento fazia o que tinha que fazer, naquele momento e esquecia.” [Ent. A-3-J](#)

Parece que também na capacidade de análise sobre a influência das suas características pessoais no seu desenvolvimento, o ensino clínico foi importante pois, agora o aluno consegue identificar e até expressar pondo-se em evidência ou assumindo a liderança no processo.

Em síntese, a equipa supervisiva e o ambiente que ela proporciona, isto é, o contexto de aprendizagem é propício à formação em que o estudante se sente envolvido e motivado pois recebe *feedback*, que o vai ajudar a compreender como está preparado, que estratégias deve usar para promover os seus conhecimentos, que características pessoais podem condicionar a sua evolução neste processo de formação. Esta apreciação mantém-se no tempo se atendermos ao número de alunos que o salientam contudo, analisando o conteúdo das suas referências, e de acordo com a taxonomia utilizada, ela sai reforçada nalguns pontos. Parece antever-se que, para estes estudantes, os elementos mais influentes no seu desenvolvimento e

aprendizagem ao longo daquele ensino clínico são elementos contextuais em muito determinados pelos actores que activamente participam na sua construção e manutenção.

Dentro da dimensão aprendizagem e desenvolvimento apresentada, emergiu também o domínio “**contexto – condicionantes sistémicas**”. Dentro desta e como elementos caracterizadores deste contexto emergiram as condicionantes: emocionais; culturais; didácticas e; organizacionais.

No primeiro momento em que os estudantes foram entrevistados expressaram expectativas também relativamente ao contexto onde estavam a iniciar o ensino clínico nomeadamente do apoio que lhes seria proporcionado. Estava nas suas expectativas durante o ensino clínico obter ou sentir apoio por parte dos vários actores que iriam interferir no seu desenvolvimento, tanto por parte da equipa de enfermagem como do tutor. Partiram com a ideia que necessitavam da colaboração dos profissionais daquela unidade, esperando trabalhar e envolverem-se mas também um ambiente propício a esse envolvimento, sem hostilidade e afastamento.

“(os enfermeiros) É que me retirem as possíveis dúvidas que eu tenho, pois vou ter de certeza muitas dúvidas, também não digo todas, não é? Porque quando eles disserem: “vai pesquisar!” também é normal. Que sejam abertos, digamos assim. Na relação que nos ponham à vontade.” [Ent. A-1-N](#)

Neste domínio, todos os alunos têm expectativas positivas, justificadas pelo que têm obtido nos primeiros contactos, pois sentem-se mais apoiados do que esperavam a sua expectativa não ia tão longe como o ambiente que encontraram. O apoio acontece e é espectável na actividade de prestação de cuidados (na execução e na preparação da execução), na identificação e esclarecimento de dúvidas e no trabalho de análise da actividade que realiza. A este nível espera que lhe seja identificado o que esteve ou não correcto, o que tem de melhorar e/ou alterar. Do docente esperam uma atitude tão formativa como tem acontecido até ao momento, embora alguns estudantes o vejam, no seu processo supervisivo, com a função específica de avaliação consideram que é (tem sido) promotora de desenvolvimento. Identificam o questionamento e o feedback formativo em que são ajudados a identificar o modo como estiveram na situação em análise como uma das suas expectativas.

“Do professor também o apoio que ele nos dá e que ajuda, mesmo às vezes que ele vê alguma coisa, alguma falha e que tenta falar connosco, perceber o que falhou, o que é que nós achámos que podíamos fazer melhor, o que é que (...) Dos profissionais acho que o que espero deles é também a ajuda que eles nos dão e o modo como nos integram e que nos ajudam em determinadas técnicas e também nos explicam muito, muitas coisas e eu acho que isso também é muito importante para o nosso desenvolvimento.” [Ent. A-1-L](#)

Não sendo um aspecto muito salientado pelos alunos, alguns consideram os colegas potenciais intervenientes na sua supervisão, trabalhando conjuntamente, identificando os erros/incorrecções ou até trocas pontuais de conhecimentos para esclarecimento rápido de dúvidas. O bom entendimento e ambiente que tem havido no grupo, e a surpresa que isso

constitui permite reconhecer, no seu(s) par(es), competências de apoio e ajuda em assuntos referentes ao ensino clínico.

“Dos meus colegas, espero que qualquer dúvida que eu tenha e que eles também tenham, me questionem porque nós podemos ajudar uns aos outros. O que um não sabe o outro pode saber!” [Ent. A-1-O](#)

No decurso do ensino clínico foi codificado um vasto leque de unidades de texto, especialmente no que se prende com as condicionantes emocionais (afectivos e relacionais), culturais e didácticas. O ambiente naquilo que se prende com a atmosfera emocional em que o ensino clínico decorre é referenciado unanimemente como um ambiente muito positivo e pedagogicamente envolvente onde o aluno se sente bem e tem vontade de estar e aprender.

Um ambiente desafiador, estimulante do ponto de vista do conhecimento, cultural e sócio-profissionalmente sustentado é percebido da análise da informação aqui codificada. O estímulo à análise, justificação e reflexão das actividades desenvolvidas, as discussões e o seu cariz formativo e/ou informativo, a partilha de ideias, pareceres, preocupações, orientações por parte da equipa de enfermagem (enfermeiro chefe, enfermeiro especialista, outros enfermeiros) permitem que o aluno sinta que aquele é um contexto imbuído de uma filosofia de trabalho de qualidade e voltado para a formação tanto da própria equipa como dos estudantes, integrando-as.

“Uma vez que os profissionais entre eles, não só para connosco, estabelecem uma relação muito (:::) estão muito à vontade e ao mesmo tempo abordam as questões de forma científica e ao mesmo tempo de forma ..., Com profissionalismo! Nós podemos realmente verificar que os profissionais de enfermagem que aqui trabalham dão muito valor a um discurso correcto (:::) dão valor à utilização dos termos correctos (...) criam um espaço de maneira a que possa haver essa tal discussão e que haja uma compreensão completa do estado do doente, das alterações, muitas vezes falam também de possíveis acções que possam ser realizadas posteriormente, algumas orientações.” [Ent. A-2-D](#)

Contudo, num dos contextos²⁷ são referenciadas e observadas discrepâncias nas metodologias de trabalho entre os profissionais e alguma conflitualidade nos pressupostos que lhe estão subjacentes, assim como, descontinuidades entre aquilo que o aluno tinha aprendido e o que observava ou que lhe era solicitado realizar. Sem se tratar de uma conflitualidade marcada, para o estudante ela surgia como perturbadora pois não tem referenciais sólidos e estruturados que lhe permitam diferenciar o que está mais correcto, o mais adequado, mas fundamentalmente justificar para si e para os outros as suas opções.

“Só que às vezes é complicado nós estarmos sistematicamente a observar a fazer de uma determinada maneira por mais que se saiba que é de outra, eu acho que é complicado gerir o que está correcto com o que observamos. (...) dificulta-nos, o facto de eles fazerem de uma maneira que não é a maneira que nós temos de fazer, dificulta (...)” [Ent. A-2-J](#)

A proximidade, o diálogo intra-equipa e entre a equipa e o docente, com partilha de preocupações, dúvidas, negociação e concertação de estratégias para a orientação de cada

²⁷ Como descrito no Sub-capítulo 2. 1 na caracterização dos casos em estudo, nas páginas 190 e 191, os sujeitos do Caso A repartiam-se por dois contextos de trabalho.

estudante, discussão sobre o desempenho e o *feedback* a dar, são os factores mais marcantes nas condicionantes didácticas que se vivenciava naqueles contextos. O aluno vê o docente e o enfermeiro da equipa que o orienta a comungarem da mesma linha de pensamento e consensualmente dão-lhe orientações, há trabalho intencional para que o ambiente no que se prende com a supervisão siga as mesmas orientações independentemente dos actores envolvidos. Assim, há complementaridade, coerência e articulação no processo supervisivo marcado pela disponibilidade para a supervisão e diálogo, percebidos pelo estudante.

Num dos contextos um número de estudantes e mesmo de profissionais não partilham completamente deste ponto de vista pois identificam complementaridade na supervisão, há situações em que recorrem ao professor e outras que recorrem ao enfermeiro que orienta a sua actividade, mas pensam que a proximidade e cumplicidade entre estes actores na discussão de estratégias de supervisão, poderia ser maior.

“(enfª *questiona pouco os alunos*) não o consegue fazer, considera esta uma lacuna no seu processo de orientação dos alunos (...) a presença do professor quase constante facilita-lhe esta situação e considera que esse é muito o papel do professor. “Não sinto que tenha de o fazer por rotina pois o professor está cá praticamente sempre e ele vai fazendo isso. O aluno reconhece mais o professor para isso, eu sinto-me melhor só no papel de facilitadora daquilo que o aluno tem de fazer.” [NC A 06-03-13](#)

Aquele contexto é percebido como emocionalmente envolvente, em que há à vontade, os actores apoiam, ajudam, há empatia o que o faz sentir-se acolhido e seguro. O aluno sente fazer parte daquele contexto.

Tratando-se de unidades de cuidados integradas numa instituição com instalações antigas, arquitectonicamente pouco adequadas às exigências actuais para um serviço de qualidade, com recursos de materiais e equipamentos por vezes insuficientes seria expectável que as questões organizacionais surgissem referidas como elementos contextuais influentes. Contudo, um número pouco expressivo de unidades de texto surge aqui codificado. A estrutura física é percebida e descrita como constrangedora do normal desenvolvimento de alguns cuidados. Contudo, o constrangimento é desvalorizado em função das restantes condicionantes sistémicas que caracterizam o ambiente, tais como o apoio e ajuda, o estímulo e desafio, a abertura e diálogo, as práticas coerentes ou mesmo a complementaridade, a coerência, o diálogo e a proximidade para trabalho conjunto e a articulação na supervisão que marcam didacticamente aquele contexto.

“A nível físico, o ambiente físico ... Essas são em parte dificultadoras ... Porque calha a um outro enfermeiro já lá estar (*na enfermaria do doente*) a prestar cuidados de higiene ao seu doente já não se consegue estar junto do nosso doente” [Ent. A-2-C](#)

Aparentemente as condições físicas do serviço são desvalorizadas pelo modo como os estudantes se estão a sentir naquele clima de trabalho afectivo, relacional e cognitivo. O

ambiente de relacionamento entre os responsáveis pela orientação, pelo clima de diálogo e concertação de opiniões e decisões contribui para esta percepção.

Ao fim de um ano do ensino clínico ter ocorrido, o contexto de aprendizagem surge menos no discurso dos estudantes contudo ele continua a ser referido e percebido como um ambiente que influenciou significativamente aquele período formativo. Continuam a caracterizá-lo como marcado pelo estímulo e desafio para que o aluno se desenvolva, com abertura e diálogo entre os actores, disponibilidade para a orientação e complementaridade entre os responsáveis pela sua supervisão.

Processo Supervisivo

O **processo supervisivo**, entendido numa dimensão abrangente, foi a outra área temática identificada onde emergiram alguns domínios: estratégias de supervisão, foco de observação e atenção na supervisão, momentos de supervisão, figura do supervisor e ser supervisor.

As **estratégias de supervisão** são percebidas como o conjunto de meios que o supervisor selecciona e utiliza para ajudar o estudante na análise e tentativa de resolução dos problemas ou inquietações com que se depara no quotidiano do ensino clínico. Nesta emergiram algumas categorias: discussão e análise de práticas em grupo e individualmente; narrativas e avaliação intercalar; prática orientada; observação e; questionamento ou perguntas pedagógicas.

Uma das estratégias que surge de forma mais evidente, são os encontros entre supervisor e estudante, no contexto da unidade de cuidados onde o ensino clínico decorre, para planeamento, análise, revisão ou reflexão da actividade, desenvolvida ou a desenvolver. Trata-se de momentos de atenção específica a um estudante frequentemente proposto pelo docente com a finalidade de discutir o plano de trabalho realizado pelo aluno e assim, planear a sua intervenção equacionando as necessidades de apoio e antecipando possíveis intercorrências. Frequentemente acontecem com a finalidade de dar *feedback* ao aluno sobre o que realizou ou o seu progresso. Nestes encontros frequentemente há levantamento e discussão de hipóteses, jogos de simulação, sugestões, reformulações, discussão de pistas de aprofundamento teórico, tudo isto sempre baseado num processo de questionamento para ajuda na construção de um pensamento crítico sobre a situação.

“As conversas que tínhamos no banquinho eram muito importantes porque ali nós debatíamos um pouco de tudo o que fazíamos ao longo do turno, o professor tinha esse cuidado, ao fim do turno ou no início do outro sentarmo-nos e reflectimos sobre o dia. (...) O que tínhamos feito, o que tínhamos pensado naquele momento, porque é que tínhamos feito assim, será que não deveríamos ter feito de outra maneira e isso foi muito importante para nós reflectirmos o que estava bem e o que estava mal para da próxima vez podermos melhorar.” [Ent. A-3-L](#)

A análise e discussão, em grupo, de práticas ou do ensino clínico é uma estratégia formativa proposta no documento “Orientações do ECI”, e sentida como muito formativa por um grupo significativo de estudantes. Ao analisarem aquilo que outros colegas apresentam como situação-problema, dificuldade ou incidente, e a partir de toda a discussão entre grupos que ocorre à volta da situação apresentada, interrogam-se sobre o que acontece consigo, como seria a sua vivência numa situação similar e, a partir desta reflexão intra-pessoal, surgem pistas para novas experiências.

“(…) as discussões entre os grupos também são super importantes (…) para me aperceber das minhas dificuldades que eu ainda não tinha (++) bem claras. Foi o que aconteceu na discussão, os meus colegas chamaram a atenção para as deles e eu também percebi: “Alto lá que eu aqui não estou bem!” e, acho que isso foi muito bom.” [Ent. A-2-J](#)

Saliente-se que na análise da informação reunida junto do estudante um ano após o ensino clínico ter ocorrido, as estratégias que todos os estudantes identificam como tendo sido significativas em termos formativos envolvem a análise e reflexão conjuntamente com os seus supervisores.

Os processos de análise e reflexão na acção e sobre a acção (relativa a situações decorrentes do ensino clínico) são referidos como um exercício que se aprendido e treinado no primeiro ensino clínico vai ser mandatário em contexto de prática. O aluno ao criar o hábito de o fazer, desde início, passa a integrá-lo no seu quotidiano a partir daí como algo que surge de forma natural, espontânea e mesmo obrigatória nas suas actividades. A análise e reflexão passam a integrar toda a abordagem e desempenho das actividades que desenvolve em EC.

“Se um aluno se habitua desde início, todas as semanas a reflectir exercita o cérebro nesse sentido e põe nos outros ensinos clínicos, no futuro, essa reflexão já acontece naturalmente, já não é necessário motivá-la, estimulá-la ela aparece naturalmente.” [Ent. A-3-C](#)

As discussões sobre situações da prática ou a partir de trabalhos realizados pelo aluno em encontros aluno-docente ou em grupos mais alargados são referidos por todos os estudantes como tendo sido das situações mais significativas e que mais marcas formativas lhes deixou. A importância advém do fazer pensar e das questões que o aluno faz a si mesmo, pois ao perceber as dificuldades que o outro teve questiona-se sobre como seria o seu comportamento, qual a sua resposta perante a mesma dificuldade. Deste modo o aluno desmitificava de algum modo a ideia de que é legítimo e importante ter dúvidas que este não é um tempo de esconder mas sim de explicitar e verbalizar as suas dúvidas e vivências pois elas não eram só suas, outros identificaram-se com o mesmo.

“As conversas que tínhamos no banquinho eram muito importantes porque ali nós debatíamos um pouco de tudo o que fazíamos ao longo do turno, o professor tinha esse cuidado, ao fim do turno ou no início do outro sentarmo-nos e reflectimos sobre o dia. (…) as reuniões que tínhamos na escola, eram muito importantes porque aí também víamos

que as dificuldades não eram só nossas, eram dos nossos colegas também e se calhar podíamos sentir um pouco: 'não sou só eu que tenho esta dúvida'." [Ent. A-3-L](#)

Mais uma vez o que está em causa é o facto de o aluno ser levado a pensar, a questionar-se sobre as situações e sobre os seus próprios comportamentos, atitudes, emoções, conhecimentos ou outros, pois aquilo que está em causa é um desenvolvimento e aprendizagem construídos numa dimensão intrapessoal.

A realização de narrativas de aprendizagem, a sua apreciação e discussão conjunta com o docente e (eventualmente) com o enfermeiro tutor, a avaliação sobre o desenvolvimento e aprendizagem do aluno que se realiza em simultâneo, são percebidas como estruturantes. O momento de balanço intercalar pelo facto de ser um momento formal parece ter tido uma relevância maior do que outras situações em que era proporcionado *feedback* ao aluno.

"(...) a discussão da narrativa. Também nesse dia o professor (:::) ficamos a discutir um pouco sobre a minha evolução, o meu caminho até agora, eu acho que isso foi extremamente importante. (...) foi bastante construtivo para mim, para mesmo me situar, para mesmo me saber localizar onde é que eu estou e (...) e o que é que ele achou de mim e como me posso desenvolver." [Ent. A-2-H](#)

A prática orientada, aqui apresentada como estratégia pode efectivamente englobar múltiplas estratégias, pois compreende as situações em que o supervisor desenvolve uma actividade de prestação de cuidados com o aluno, apoiando-o no confronto com o problema, ajudando-o a descodificá-lo e na sua resolução é apreciada pelos estudantes como motivadora e formativa. Verifica-se que o supervisor pode ser o docente ou o enfermeiro da unidade de internamento. Associada a esta estratégia surge o questionamento e a análise da situação como forma de orientar o processo de pensamento do aluno sobre o problema em causa, para que identifique o como e o porquê da actividade e sinta segurança na sua actuação. A demonstração também é referida ou observada contudo, apenas em situações pontuais e nos primeiros dias de ensino clínico.

"(...) na própria prestação de cuidados, nas técnicas, ao nível da comunicação. (...) Para a minha auto-motivação, para a minha auto-aprendizagem? A mais significativa acaba por ser o tempo de acompanhamento e de prática aqui com os enfermeiros." [Ent. A-2-C](#)

Com uma representatividade de unidades de registo referentes apenas a quatro estudantes, um ano mais tarde, a prática orientada é referenciada conjuntamente com a observação ou vista como tendo feito parte integrante desta. Há uma visão de valorização da orientação em contexto e frequentemente durante o tempo efectivo em que a actividade está a ser desenvolvida. A orientação é descrita como um fazer com, em que a presença e sugestões do supervisor são descritas como tendo dado segurança e certezas ou por outro lado identificando pontos que terão de ser aprofundados e melhorados. O aluno assume de forma mais efectiva a sua condição de estar num período de aprendizagem e como tal necessita de alguém que

valide ou corrija em cada momento o que está a desenvolver e a partir daí dê perspectivas para a continuidade de construção do seu conhecimento.

“(…) o ter sempre alguém ao lado, é como uma criança que quer ser independente mas está sempre a olhar para trás a ver se vê os pais, é esse o grande sentimento que nós temos. Aprendi a qualquer procedimento por mais simples que seja, estou num processo de aprendizagem, (…) penso que foi dos contributos mais importante e mais fulcral porque a partir daí tudo corre com muito mais naturalidade. Habitamo-nos a estar, na posição de aluno, em avaliação contínua.” [Ent. A-3-C](#)

Estratégias de supervisão como a observação, as perguntas pedagógicas e a demonstração raramente emergem de forma isolada, surgem integradas na prática orientada e nas discussões de análise e reflexão sobre a actividade. Tratando-se de estudantes numa fase inicial de aprendizagem em contexto de prática foi frequente a observação do recurso a estas estratégias por parte de docentes e enfermeiros. A situação mantém-se similar um ano mais tarde pois as perguntas pedagógicas surgem a partir da análise do corpus de texto mas, isoladamente, apenas são referidas por um dos estudantes que identifica a utilização frequente desta estratégia por parte do docente e percebe-a como importante e promotora do desenvolvimento que sentiu naquele período de aprendizagem.

A observação é lembrada como um meio usado tanto pelo docente como pelos enfermeiros da equipa e que revelou uma faceta que o aluno não esperava, pois referem que inicialmente tinham muita dificuldade em lidar com a pressão que, o serem observados lhes condicionava, contudo ao perceberem que a observação acontecia integrada num processo de ajuda e colaboração e não numa perspectiva avaliativa ou inspectiva fez com que fosse percebida a sua importância formativa. Com o decorrer do período de aprendizagem passaram a sentir que o serem observados os ajudava/obrigava a gerir as suas capacidades de auto-controlo e este também era uma aprendizagem pois no final do ensino clínico em situação de observação sentiam-se mais seguros, deste modo não cometeriam incorrecções preservando também a segurança da pessoa cuidada.

“Relativamente à observação também, seria bom que eles compreendessem que a observação não é meramente avaliativa, é mais uma atitude formativa, que as pessoas estão lá para nos ajudarem e nunca se sentirem constrangidos ou condicionados pela observação.” [Ent. A-3-N](#)

Contudo salienta-se que são poucos os estudantes que atribuem significado e relevância a esta estratégia supervisiva de forma isolada.

Da análise global das unidades de texto as estratégias reflexivas surgem de forma predominante em que, tanto o docente como o enfermeiro, poderão ser os responsáveis pela escolha e utilização dos meios que melhor ajudem o aluno no desenvolvimento da actividade facilitando assim a sua aprendizagem.

As situações de supervisão ao terem como objectivo a maximização das capacidades do estudante como pessoa e como futuro profissional, procurando desenvolver gradualmente a capacidade de, por si só, tomar as decisões mais apropriadas às pessoas que cuida. Estas situações têm de estar envoltas num clima de relação interpessoal adequado. Assim, as atitudes do supervisor neste processo têm de ir ao encontro e respeitar aqueles princípios, daí que o conhecimento daquilo que é o **foco de observação e atenção** do supervisor durante o processo é um importante contributo para a compreensão da supervisão, neste caso dos alunos de enfermagem no seu primeiro ensino clínico. Tanto nos documentos resultantes da observação como das entrevistas são múltiplas as situações em que é evidente o foco de atenção e/ou observação do supervisor pelo que, em todas as categorias encontradas: i) o aluno enquanto pessoa; ii) conhecimento para a actividade; iii) a prestação de cuidados e; iv) a pessoa alvo de cuidados, têm um elevado número de unidades de registo.

Nos primeiros registos de notas de campo são mais frequentes as alusões ao enfermeiro assumir a substituição do aluno na comunicação ou relação com o doente enquanto o orienta na prestação de cuidados, o que resulta numa maior atenção à pessoa cuidada. Na categoria “prestação de cuidados” verifica-se que o docente se centra na correcção da prestação que observa o aluno a realizar enquanto que o enfermeiro tem uma atitude mais colaborativa e de ajuda do aluno, alertando-o para que a prestação de cuidados não seja comprometida.

“Posicionam o doente, aluna e enfermeira, (...) Durante o posicionamento a aluna descuidava-se nalguns gestos, na tentativa de colocar almofadas e outros dispositivos auxiliares do posicionamento, destapando o doente e expondo-o, não identificando o que fazia, mas a enfermeira sem fazer qualquer referência apenas protegia o doente.” [NC A 06-03-16](#)

O aluno na sua dimensão mais pessoal é frequentemente foco de atenção por parte dos enfermeiros que os orientam, tanto por estarem numa primeira etapa de aprendizagem em contexto de saúde como pela sua capacidade de se colocarem no lugar do outro e perceberem as dificuldades com que se estão a confrontar.

“A aluna do 2º ano ainda não tem esta capacidade ou esta flexibilidade, por isso eu estimulo-a a pensar, a saber o que tem que fazer baseado na apreciação inicial da pessoa a cuidar. (...) se se pretende trabalhar a comunicação e outros aspectos muito importantes, que o aluno por si já tem tanta dúvida que eu pergunto-me se tivesse que ir estudar ainda neurologia, por exemplo, será que eu ainda conseguia atingir os objectivos que me são propostos naquele ensino clínico?” [NC A 06-03-15](#)

O “conhecimento para a actividade” intencionalmente solicitado antes da sua realização é foco de atenção mais frequente por parte dos docentes. Tanto na fase de preparação como de execução de qualquer actividade de prestação de cuidados o enfermeiro adopta mais uma postura de explicação e pormenorização aparentemente centrando-se mais na dimensão emocional do aluno e menos na cognitiva, para que este não se sinta questionado e, como tal, menos tenso. Saliente-se que todos evidenciam que é fundamental valorizarem e estarem

centrados no conhecimento para a acção pois é essencial para a aprendizagem que o aluno se habitue a pensar, a fazer escolhas devidamente fundamentadas (e que como tal têm de ser explicadas para se tornarem explícitas) antes de executar desde esta fase inicial de formação.

“ É necessário fazer com que eles reflectam sobre. (...) eles não estão despertados para ... E fazer com que eles pensem sobre isso, porque se não pensarem vão aprender de uma maneira que é como quando nós estudamos para um teste e estudamos durante uma hora e decoramos tudo e no dia seguinte já esquecemos tudo. (...) quem não é habituado desde uma situação de ensino a pensar e a organizar acabará por aprender a fazer por fazer, isto é, sob indicação, não pensa o porquê.” [NC A 06-03-15](#)

Esta atenção por parte do supervisor também acontece para uma intervenção atempada de apoio ao aluno dando-lhe informação apropriada à resolução dos problemas de intervenção do estudante, que evidencia não conhecer e propondo-lhe ou negociando formas de actuação e trabalho para o ajudar a ultrapassar lacunas nos seus conhecimentos de fundamentação da acção.

Em síntese a pessoa alvo de cuidados, a prestação de cuidados em si, o conhecimento subjacente à actividade e o aluno na sua dimensão pessoal são focos de observação e atenção do supervisor durante uma situação de supervisão importantes e quase uniformemente registados. Por parte do docente há uma maior atenção na exigência de que o aluno explique em que baseia a sua decisão, enquanto que por parte do enfermeiro há fornecimento de informação apropriada à resolução dos problemas com que o aluno se confronta.

No processo supervisivo eram evidentes e de forma significativa múltiplas unidades de registo que se referiam **aos momentos de supervisão**. Raramente há registo de um ciclo de supervisão completo com a fase de preparação da actividade, o acompanhamento e/ou observação da intervenção e a análise após a sua execução. Contudo são frequentes os registos do processo supervisivo a ocorrer apenas numa destas etapas emergindo assim três categorias, aquela em que o trabalho de orientação do aluno ocorria como preparação da actividade de prestação de cuidados em que iria estar envolvido, durante a actividade que realiza e posteriormente em que há análise e reflexão sobre a prestação de cuidados ou o ensino clínico em si.

Os momentos que reúnem um maior número de unidades de registo são coincidentes com a prestação de cuidados realizada pelo aluno em que tanto docente como enfermeiro poderão estar a orientar a actividade que o aluno desenvolve. São momentos a que é atribuído um elevado grau de importância no desenvolvimento do aluno tanto por parte deste como do supervisor. A situação é justificada porque o aluno tem de ser ajudado na compreensão da globalidade do acto que está a realizar. A postura do supervisor é de colaboração e proximidade, com a sua presença e contributos dá segurança ao estudante e assegura-se que

a pessoa está a ser alvo dos melhores cuidados. Durante esta fase não há questionamento do aluno apenas reforço sobre o como fazer pois este necessita de estar à vontade, sem tensão para que possa aprender, contudo é um momento propício para que o aluno seja estimulado a ser exaustivo, pormenorizado e global. É referido como motivador.

“(…) a aluna procede à higiene o enfermeiro explica a importância que deve ser dada aos cuidados de higiene bem como vantagens, desvantagens e riscos da utilização do dispositivo urinário externo, (...) a aluna procede à higiene dos membros inferiores do doente o enfermeiro interrompe-a para lhe falar sobre o movimento muscular daquele doente. Faz algumas questões simples à aluna sobre aquela pessoa, a aluna responde e o enfermeiro complementa demonstrando como é que se diferencia o tipo de lesão que o doente sofreu e ainda a diferença entre rigidez e espasticidade. (...) Questionando no momento, avaliando como é que está a executar, se não estiver a executar bem não dizer não é assim, mas explicar-lhe como é que é, de um modo que ele perceba que eu estou aqui para o bem dele.” [NC A 06-03-15](#)

A supervisão para a preparação da actividade é um momento menos frequente e quando acontece é fundamentalmente por parte do docente, em que este ao planear a actividade do aluno questiona sobre os seus conhecimentos relativos à justificação do procedimento, tipo de intervenção, adequação da prescrição, momento da execução e preparação dos materiais. Parece que pretende obrigar o aluno a perceber a multiplicidade de aspectos que estão subjacentes ao acto de enfermagem que vai realizar.

“(…) preparação para substituição da sonda nasogástrica ao doente, discutem a situação na unidade ligeiramente afastados da doente. Em primeiro lugar o professor faz a aluna pensar sobre a justificação de fazerem uma antecipação da mudança, isto é uma alteração ao protocolo, (...) propõe à aluna a preparação do material, mais tarde valida o que preparou e o que falta ou não, acompanhado de questionamento e sua justificação (no gabinete de enfermagem) fazendo uma revisão do procedimento antes de se deslocarem para junto do doente para procederem à mudança.” [NC A 06-03-07](#)

Os momentos em que orientador e aluno trabalham conjuntamente na preparação da actividade de prestação de cuidados que o aluno vai desenvolver e que vai ser observada são percebidos como reforço e sustentação da actividade fazendo com que o aluno se sinta mais seguro.

O momento supervisivo de análise e/ou reflexão que ocorre sobre a actividade realizada é frequente tanto por parte do docente como por parte do enfermeiro. O facto de permitir fazer uma apreciação sobre o realizado e a identificação de lacunas com consequente trabalho de pesquisa e aprofundamento de conhecimentos a realizar, faz com que o aluno a refira como muito positiva. Os momentos conjuntos com o professor parecem especialmente importantes sendo-lhe reconhecida uma intencionalidade formativa diferente. Ao enfermeiro é atribuída uma intenção mais colaborativa e de promoção nos seus conhecimentos pois, em geral a partir destes diálogos não tem trabalho complementar.

“(…) estou com um enfermeiro e faço um procedimento e ele depois disse: “Olha fizeste isto e isto bem, fizeste bem. Mal fizeste isto e isto. Deverias ter feito assim!” (...) Quando o professor nos chama à parte e nos faz perguntas sobre qualquer coisa. No fim de um procedimento também vai comentar um procedimento que fizemos, também é excelente para a aprendizagem.” [Ent. A-2-A](#)

São frequentes os momentos em que há uma prática supervisiva conjunta com todo o grupo de estudantes em que é feito um balanço sobre o percurso de aprendizagem global podendo ser

discutidos e analisados problemas ou vivências individuais, contudo nos discursos dos estudantes não se identifica que este seja entendido como um momento de supervisão.

No caso em análise tanto o docente como o enfermeiro assumiam o **papel de supervisor** do estudante durante o período de aprendizagem em contexto de prática clínica orientando-o em qualquer momento na actividade de prestação de cuidados. O modo como o estudante vê a pessoa que o orienta, que papel lhe atribui e a imagem que deixa transparecer durante o processo supervisivo permitiram identificar um supervisor que poderia ter diferentes características, assim, poderia assumir características de: i) maior distanciamento, de autoritarismo e directividade; ii) uma figura atenciosa e empática; iii) actuação na supervisão como facilitador pela motivação e estímulo.

Assim, os traços que mais frequentes eram atribuídos ao supervisor eram os de facilitador no processo de aprendizagem. Também adoptava, embora menos frequentemente o papel de modelo ou assumia uma postura de atenção prescritiva e empatia perante o estudante.

Raramente são identificadas situações em que o supervisor se distancie do aluno assumindo-se autoritário e directivo. Esta situação apenas é percebida pontualmente por um ou outro aluno que não conseguem distanciar-se do peso emocional da avaliação que lhe atribuem e assim, sempre que há um contacto mais próximo este induz sentimentos de uma maior tensão. Em situações de dificuldade de desenvolvimento do aluno o docente confronta o aluno com as lacunas de desenvolvimento identificando e assumindo um papel mais directivo.

O papel de facilitador do processo de desenvolvimento do aluno acontece fundamentalmente porque o ajuda a desenvolver um espírito crítico e um quadro de valores na interacção que se estabelece, identifica a etapa do seu desenvolvimento, fazendo balanços sobre o modo como a actividade ocorreu, identificando pontos de desenvolvimento e consequentemente proporcionando intervenções adequadas ou propondo aprofundamento nos conhecimentos científicos. Pela postura de proximidade ou de ajuda o aluno sente-se seguro no desenvolvimento da actividade.

“(…) a minha tutora e não só, os enfermeiros com quem tenho ficado ao longo do ensino clínico me têm supervisionado, sempre. Deixam-me à vontade e depositam em mim confiança para realizar alguns procedimentos, certo ..., Mas supervisionam-me sempre em tudo, tiram-me algumas dúvidas que eu possa ter, estão sempre a questionar-me: “Tens dúvidas? Olha lá, vê bem!” [Ent. A-2-O](#)

Muitas vezes o enfermeiro assume-se como modelo, actua e espera que o aluno observe e atenda ao que lhe vai explicando e que seja capaz de a partir daí adoptar comportamentos correctos. É uma situação frequente sempre que se trata de aprendizagens de procedimentos que o aluno nunca realizou, quando são de maior exigência técnica ou quando são do domínio da relação ou ético-deontológico. Nestes últimos opta por não explicitar o porquê dos seus

gestos pois considera que não são explicáveis basta executá-los para que sejam percebidos pelo aluno.

“Há coisas que é necessário explicar, uma técnica de algáliação, técnica de aspiração, ...Acho que é necessário explicar, agora eu não vou explicar ao aluno como é que ele vai comunicar com um doente, eu vou falar com o doente, ele vê como é que eu falo e vai interpretar aquilo que eu faço. A privacidade acho que é o mesmo, (...) já lhes falei que é importante a privacidade do doente e a partir daí se eles virem que eu salvaguardo essa privacidade que eles também o irão fazer.” [NC A 06-03-02](#)

A faceta de atenção e simpatia do supervisor acontece fundamentalmente quando há uma apreciação do aluno em que o seu envolvimento ou actividade são valorizados promovendo uma imagem positiva.

Das notas de campo e das entrevistas realizadas junto dos enfermeiros e dos docentes durante o período de observação evidenciou-se um conjunto de registos referentes ao que era percebido como **ser supervisor**, ao papel e funções que lhe eram atribuídas enquanto tal. Assim, ser supervisor de um estudante do 2º ano a iniciar formação em contexto de trabalho tem constrangimentos, contributos pessoais, um conjunto de funções, necessita de um conjunto de aptidões ou competências e exige uma preparação específica. Estas características que emergiram da análise da informação constituíram as categorias.

São reconhecidas aptidões ou competências para se ser supervisor, sendo que as que mais se destacam passam por saber acolher o aluno, ter disponibilidade para ele adequando o ritmo de trabalho ao do aluno, disponibilizar-se e estar atento para conhecer as suas características tendo de, muitas vezes, descer ao seu nível isto é, ser capaz de pensar como ele, saber diferenciar alunos e actuar de forma diferente com eles, saber questioná-los levando-os a pensar, não impondo ou evidenciando uma postura de avaliação, ser capaz de os motivar e ensiná-los a aprender, assumir a responsabilidade pelo seu processo de aprendizagem e por aquilo que realiza tendo por vezes de ser capaz de actuar como modelo.

“Se não fizeram, não falo com eles para os criticar, apenas para os ajudar, para a próxima vez estarem mais atentos e conseguirem planejar melhor as coisas. Mas esse balanço é fundamental. (...) questiono-o, “vá lá diz qual é a técnica, quais são os passos que têm de ser seguidos para este procedimento?” Faço isto porque pode ser só uma questão de insegurança. Então eu digo-lhe: “Vês até sabes! Podes fazer tu, eu estou aqui para te ajudar.” [NC A 06-03-08](#)

Por outro lado, são identificáveis constrangimentos que a função acarreta. Salienta-se a falta de tempo para dar toda a atenção e disponibilidade que o aluno exige, frequentemente a carga de trabalho é elevada tornando-se maior nestes períodos pois o aluno necessita de mais tempo para realizar as actividades, o cansaço é maior o que pode aumentar as probabilidades de falhar. Tudo isto pode ser agravado perante alunos que não consigam pedir ajuda identificando as suas necessidades ou que têm de se confrontados com aspectos menos bons.

“(…) falhamos mais quando temos alunos, ao nível dos cuidados falhamos mais e eles precisam de muita atenção, chegamos a casa mais cansados (...) demoramos o dobro ou o triplo do tempo a fazer uma coisa com eles, porque

há todo o envolver, todo o processo, tudo é visto ponto a ponto. O cansaço é superior e o cansaço pode-me levar a errar e isso preocupa-me bastante.” [NC A 06-03-16](#)

A supervisão de estudantes também é identificada como tendo contributos importantes tanto a nível pessoal como profissional pois apenas o facto de ter um aluno para orientar abranda o ritmo de trabalho, o que ajuda a um trabalho mais reflectido, faz pensar nas várias facetas que a situação pode assumir, promove um ambiente de formação pois há desafio à pesquisa e há entretida num processo de relembrar ou mesmo de aprender. Também para a equipa há contributos pois a solicitação de participar na formação (e supervisão) de alunos é uma forma de reconhecimento do seu valor e importância.

“É diferente nós sentimo-nos mais responsáveis, claro, nós somos sempre responsáveis, mas como temos uma pessoa a cargo tentamos estar mais junto dela, ela faz-me perguntas e eu tento responder-lhe e isso vai levar-me mais tempo.” [NC A 06-03-14](#)

Contudo, há a percepção de falta de preparação o que está em desacordo com o envolvimento desejado. Embora tenha havido formação disponibilizada pela escola para alguns dos enfermeiros envolvidos como supervisores e esta seja reconhecida como muito significativa no trabalho que têm desempenhado ela não foi extensiva a todos. Também seria importante existir uma preparação mais alargada a toda a equipa, próxima do início do ensino clínico em que se abordassem aspectos práticos da orientação pois, os supervisores, sentem que conhecem pouco os estudantes e as suas necessidades, fazendo com que se orientem por aquilo que têm como boas referências do tempo em que foram estudantes.

A categoria “**funções e/ou tarefas**” engloba um número muito elevado de unidades de registo, acima de meia centena. As funções que mais frequentemente o supervisor identifica ou evidencia prendem-se com: i) o acompanhamento e orientação da actividade de prestação de cuidados do aluno, em que o ajuda a transferir conhecimento e a compreender, adequando as estratégias ao seu nível de desenvolvimento; ii) a avaliação da actividade e da evolução do aluno, fazendo pensar sobre a pertinência da intervenção, levando-o a concluir ou a tomar decisões, depois de pensar nas alternativas que se colocam, o que está mais correcto e alertando-o para as potenciais consequências de alguns gestos ou comportamentos. Complementarmente ser supervisor também é estabelecer uma relação propícia à supervisão, orientar para trabalho de aprofundamento dos conhecimentos ou estabelecer alguns critérios sobre o que o aluno deve fazer, obedecendo a que regras, em que tempo, que consequências tem o cumprimento ou não das orientações definidas.

“Nas conversas que vamos tendo e podem ser umas quaisquer eu tento-os levar sempre para aquilo que eu quero para eles terem de exteriorizar conhecimentos, para relacionar conhecimentos, etc. Isso permite-me ver até que ponto eles precisam ou não de orientação para a aprendizagem, a partir daí de conseguir minimamente identificar isso, qual é o aluno que estuda, qual é o aluno que ...” [Ent. A Prof.1](#)

Ao fim de seis semanas de vivências e desenvolvimento de múltiplas situações de prestação de cuidados a pessoas internadas em situação de doença, os estudantes identificam situações de aprendizagem significativas no desenvolvimento de competências e/ou habilidades a vários níveis. A aprendizagem como um processo de resolução de problemas com implicação e/ou envolvimento dos alunos que têm de aprender a resolver tarefas ou problemas mais ou menos específicos, bem como o contexto em que ocorre, são das áreas com maior riqueza de dados obtidos, nesta investigação, tanto por entrevista como pela observação. As estratégias psico-pedagógicas e técnico-didáticas através das quais este processo é facilitado de acordo com a sua maior ou menor adequação e a familiaridade do aluno com essas estratégias são aspectos que emergiram da análise da informação de campo. Também o contexto percebido como um clima propício (ou não) à aprendizagem, isto é, o modo como o processo é envolvido exterior e interiormente por uma atmosfera cognitiva, afectiva e relacional mais ou menos estimulante e como tal podendo condicionar positiva ou negativamente todo o processo.

Vivências Emocionais

Aos primeiros dias de ensino clínico (mas também em todos os posteriores momentos de colheita de informação) e, perante a questão sobre o que é que estes tinham ocasionado em termos emocionais. As respostas surgiram fluentes e sem grandes constrangimentos, aparentes. Da sua análise emergiram um conjunto de sentimentos e/ou emoções desencadeados no ou pelo contacto do aluno em três domínios: a primeira experiência, o ambiente daquele contexto de ensino clínico e a própria situação de prestação de cuidados.

Entre o grupo de estudantes cinco destes referem a **primeira experiência** ligada a vivências emocionais enquadráveis em categorias de ansiedade e nervosismo, medo e insegurança, constrangimento ou mesmo repugnância e, tristeza ou sofrimento emocional ocasionado por uma experiência marcante.

“Porque eu achava que ainda ia fazer asneiras, a torto e a direito e que (++) não sei estava mesmo muito, muito nervosa (...) até nos esquecemos que estamos aqui por exemplo para fazermos uma técnica e só estamos a olhar para a pessoa e a pensar como é que ela estará, o que estará a sentir, é um bocado complicado gerir.” [Ent. A-1- D](#)

O baixo número de unidades de registo estará dependente do facto de os primeiros dias de contacto com o contexto da unidade de saúde serem reservados à observação, ao conhecimento da unidade em si, isto é, voltadas para a socialização do aluno naquele novo ambiente e como tal ao seu baixo ou nulo envolvimento em actividades de prestação directa de cuidados. Contudo, as situações expressas e valorizadas prendem-se sempre com o contacto

com a pessoa alvo de cuidados e o seu sofrimento, a preocupação em não lhe provocar dano ou maior sofrimento durante a realização de um procedimento que executava pela primeira vez.

“(…) hoje fui fazer, puncionar um doente e eu nunca tinha feito. E aí, ao início eu estava assim, um pouquinho, assim a tremer, (::) tinha receio de aleijar, mas depois o professor esteve a falar comigo (…) coisas que eu nunca tenha feito, tenho medo de aleijar ou de (::) mas depois de fazer, já passou, como correu bem depois já é mais fácil. É assim naquelas coisas que não se fazem, quando não se sabe tem-se medo sempre, porque são pessoas e temos medo de magoar. Acho que é mais isso!” [Ent. A-1-L](#)

A baixa expressão e/ou referência a vivências associáveis a estas categorias poderá ser analisada pelo facto de o aluno se estar a sentir apoiado e o seu processo de integração na unidade estar a ser bem estruturado e envolvente e, assim, ele não identifica ou valoriza situações ocasionadoras de emoções ou sentimentos ligados às suas primeiras experiências de aprendizagem em ensino clínico tanto conotadas positiva como negativamente.

Ao terminar o período de observação os sentimentos relacionados com a primeira experiência têm uma baixa expressão embora com um número de unidades de registo revelador que os estudantes terão tido múltiplas experiências de prestação directa de cuidados. O nervosismo e ansiedade é referido por um aluno que não sabe o impacto que a sua actuação vai ter na pessoa alvo de cuidados, pensa naquilo que poderia experimentar caso estivesse no lugar do outro e isso faz com que fique nervoso. A insegurança na execução faz com que se sinta constrangido mas para tal basta ter a percepção que a sua presença pode ser indesejada pelo doente sentindo-se a mais.

O medo foi um sentimento expresso também apenas por um estudante e associado ao facto de ter de abordar a pessoa que teria distribuída para cuidar. Uma acção aparentemente simples, assim referida pelo próprio, que condiciona uma sequência de emoções difíceis de gerir e controlar naquele momento conferindo-lhe um grau de dificuldade não esperado.

Na manifestação de emoções e sentimentos decorrentes ou ligados ao **ambiente de ensino clínico** identificámos um conjunto de unidades de registo enquadráveis em categorias que qualificamos como positivas ou como negativas.

Sentimentos de tristeza e choque são decorrentes daquilo que observam na relação com as pessoas doentes aparentemente pela violência que é, para si, o contacto com as suas limitações ou situação de sofrimento actual.

“(…) o olhar do utente parece-me muito penoso. Não sei se é pela minha emoção ou se é, ligada também aquele utente, mas parece-me muito penoso e digamos que ele, o utente (::) que me está a ..., Digamos, a "roer" mais emocionalmente.” [Ent. A-1-C](#)

A ansiedade e nervosismo, embora seja uma categoria que emerge da análise da informação, está pouco associada a expressões referentes ao ambiente e sempre que ocorre o aluno associa-lhe um conceito de alguma desvalorização relativamente ao que anteriormente

percepcionava pois sente que o ambiente proporcionado nos primeiros dias está a ajudar a minimizar estes sentimentos.

A percepção de alguma incapacidade para enfrentar aquele ambiente, que não dispõe de recursos eficazes para gerir adequadamente as situações, aparece associada a sentimentos de alguma insegurança, desorientação e indefinição sobre o comportamento a adoptar pois sentem que deveriam estar melhor preparados, responsabilizam-se e simultaneamente parecem culpabilizar-se por isso.

“(...) por vezes, já me senti um bocadinho também (++), isto pode parecer um bocadinho esquisito estar a dizer, mas assim um bocadinho burra. Em certas ocasiões, por estarem a falar de alguma coisa e eu não estar a perceber nada daquilo (...) antes de vir para cá, estava assim com um bocadinho de receio porque não sabia muito bem como é que havia de lidar.” [Ent. A-1-D](#)

Sentimentos e emoções ocasionados ou decorrentes do ambiente criado à volta do ensino clínico naquele contexto prendem-se fundamentalmente com a percepção do aluno de o seu processo de acolhimento e integração estar a superar as suas melhores expectativas, pois sente-se envolvido, a equipa não o abandona, preocupa-se consigo o que lhe permite reforçar ou evidenciar motivação e confiança.

“A ideia que eu tinha, acho que é normal, toda a gente ter medo no primeiro ensino clínico, não é? Eu pensei que não fossemos tão acompanhados e acho que isso é que provocava o medo. (...) sem tanto acompanhamento e sem tanta ajuda vá, e está a ser muito bom porque está, estamos a ser completamente acompanhados, e ...” [Ent. A-1-J](#)

A situação sofre ligeiras alterações com a evolução do ensino clínico e ao fim de seis semanas o número de alunos que se sentem acolhidos e integrados naquele ambiente de cuidados aumenta, manifestam sentimentos de bem-estar e de à vontade pois os enfermeiros da equipa e o docente demonstram abertura e proximidade. As expressões de ansiedade e nervosismo ou de medo são justificadas e enquadradas com aspectos ligados à orientação por parte do docente pois o aluno tem a percepção que está a ser avaliado e que poderá não estar a corresponder à exigência pretendida. Por outro lado, também sentimentos menos positivos como a tristeza e o constrangimento surgem associados a percepções do aluno de que está a incomodar, que devia dar uma resposta mais rápida ou mais eficaz. Pontualmente há referência a sentimentos de tristeza ligados à incapacidade de actuação perante situações de saúde graves das pessoas internadas. Saliente-se que durante o período de ensino clínico não foram frequentes as situações de óbitos ou de internamento de pessoas em fase final de vida o que por si só pode ajudar a explicar o número de unidades de registo ligados a estas vivências emocionais dos alunos.

A vivência e percepção de sentimentos positivos ligados ao ambiente onde o ensino clínico ocorreu é corroborada mesmo numa visão distanciada em que a informação obtida revelou um conjunto quantitativamente significativo de sentimentos positivos associados a este período de aprendizagem. Alguns dos entrevistados não os conseguem qualificar associando-lhe apenas

que são bons sentimentos, contudo outros referem, sem hesitações, a percepção de satisfação e recompensa, pois agora percebem que todo o esforço e envolvimento teve resultados muito bons. Sentem-se recompensados tanto pelo sucesso que obtiveram em termos de classificação final como pela multiplicidade de aprendizagens em que se iniciaram e com as quais actualmente sentem que se identificam, que estas foram muito relevantes na sua formação pela riqueza que encerram.

“Dois enormes sentimentos. De extrema responsabilidade e de extrema satisfação pessoal. (...) Vejo que o meu trabalho foi reconhecido, o meu trabalho não foi reconhecido só pela nota mas também pelos utentes e penso que é isso que é a essência da enfermagem.” [Ent. A-3-C](#)

Saliente-se que um número mais elevado de estudantes para expressar como o ensino clínico foi importante para si, qualificam os sentimentos que dele guardam como de saudade. Esta pode ser referente à equipa, ao serviço, pelo ambiente que lhes foi proporcionado, dos dias ali vividos mas sempre associada a uma percepção de carinho, satisfação, bem-estar, isto é, positiva.

“Sentimentos ... São bons (++). Se calhar é muita saudade, é um serviço que me deixou muita saudade, que me lembro muito.” [Ent. A-3-L](#)

A **prestação de cuidados** em si, o contacto com as pessoas enquanto são cuidadas, a forma como estas reagem à presença ou cuidados do aluno são a principal fonte das suas emoções e sentimentos. A maior parte das expressões emocionais positivas prende-se com os aspectos relacionais, emergindo unidades de registo manifestadas por um número significativo de estudantes, que englobámos nas categorias alegria e satisfação e, gratificação ou recompensa. O primeiro contacto com as pessoas (doentes) e o serviço está a fazer com que se sintam bem, estão positivamente marcados.

“A D. Maria não comeu. Não quer comer nada?’ ‘Ah não! Mandei o comer todo embora.’ ‘Mas a senhora tem de comer, senão não melhora.’ Ela disse: “*Se for a menina eu até sou capaz de comer, mas tem de ser só a menina a ir-me buscar o pequeno almoço.*’ Eu acho que isso é muito gratificante para nós. É a primeira semana! Foi logo no segundo dia!” [Ent. A-1-L](#)

Especialmente os sentimentos de alegria e satisfação também surgem associados ao êxito de um procedimento (especialmente técnico-instrumental), em que o aluno estava receoso e inseguro relativamente ao resultado final mas, por ter sido bem sucedido, sente-se bem.

“(…) alegria, de satisfação. Embora não tivesse aquela destreza como os enfermeiros têm, e a introduzir estava assim um bocadinho ... Encontrei uma certa resistência e parei porque não queria magoar a doente nem nada disso mas depois de ela (:::) ter passado até à orofaringe senti-me assim, satisfeita” [Ent. A-1-O](#)

Parece que aquilo que a pessoa cuidada expressa ao aluno é um dos factores mais significativos e recompensadores para si. Identificam a evolução positiva do estado geral de saúde do doente como avaliação do seu envolvimento, sentem as manifestações do doente como pontos de ancoragem para esta fase inicial de aprendizagem e para a continuidade do

seu trabalho em ensino clínico, envolvido e motivado. A evolução favorável do seu estado de saúde funciona como factor promotor de motivação do aluno no ensino clínico, sendo o *feedback* que o doente lhes dá o mais importante.

A actividade de cuidar também provoca muitas manifestações ou percepções de sentimentos menos positivos de maior desgaste emocional.

O choque e a dor emocional são vividos pelo aluno tanto em situações que identifica o sofrimento por parte do doente ou quando sente que a actividade de prestação de cuidados, que realizou, pode ter provocado maior sofrimento.

“(...) tenho, (++) até tentado almoçar mais tarde para tentar dar a alimentação aos utentes que estão a cargo à minha enfermeira de referência mas, faz-me um bocado de impressão, para já também, já estou um pouco mais à vontade mas faz-me um bocado de impressão a pouca mobilidade, a comer e ... Não sei se é pela minha emoção ou se é, ligada também aquele utente, mas parece-me muito penoso e digamos que ele, o utente (:::) que me está a, digamos, a "roer" mais emocionalmente.” [Ent. A-1-C](#)

Parece que o aluno vive a dor que está a provocar no doente expressando alguma dificuldade em assumir o seu papel de cuidador, culpabilizando-se por ter de realizar determinados procedimentos, põe-se no lugar do outro que cuida.

O sentimento de medo é expresso pelo aluno associado à possibilidade de erro, de não estar preparado perante uma situação imprevisível que ocorra, de provocar dor ou até mesmo de se deixar emocionar com o doente que lhe está distribuído para cuidar.

“(...) chegar junto dos doentes e conversar, coisa que eu tinha um bocadinho de receio porque como sou muito reservada tinha um bocadinho de medo de, não sei, da comunicação. (...) naquelas coisas que não se fazem, quando não se sabe, tem-se medo sempre, porque são pessoas e temos medo de magoar.” [Ent. A-1-L](#)

“(...) medos acho que é isso, é não ter conhecimentos suficientes, para ajudar.” [Ent. A-1-A](#)

Outros estudantes manifestam que sentem “nervosismo e ansiedade” em geral associado a actividades mais operativas, a situação é especialmente percebida se há outras pessoas a observarem o que está a ser realizado. Associam esta percepção ao início da aprendizagem em contexto de serviço de saúde e como tal à inexperiência e falta de destreza, mesmo assim, alguns estudantes referem estar positivamente surpreendidos pois esperavam uma maior grau de ansiedade e nervosismo nestes primeiros desempenhos. A prestação de cuidados está a revelar-se menos ansiogénica do que aquilo que os seus pensamentos anteriores faziam prever.

“Nervosismo, por acaso pensava que ia estar muito mais nervosa do que tenho estado, ainda ontem tive ... Fiz uma algaliação e pensava que quando isso ocorresse ia estar a tremer por todos os lados mas, por acaso não.” [Ent. A-1-A](#)

A execução de alguns procedimentos em que há uma maior proximidade e contacto com o corpo do outro ou as suas secreções foi sentido como particularmente difícil e referida por três destes estudantes como ocasionadora de “constrangimento ou repugnância”.

Independentemente da preparação e apoio que o aluno teve, a visualização ou manipulação do corpo mobiliza em si sentimentos difíceis de gerir e expressar.

“(...) fazer a higiene e conforto no leito, também tinha outra (:::), houve uma (:::). A primeira vez que eu fiz não foi ..., Pensava que ia ser indiferente, não foi indiferente para mim (...) só fiz a higiene a homens, fez-me um bocado de confusão porque nunca tinha feito” [Ent. A-1-H](#)

O medo é a percepção que mais alunos expressam no que se prende com a actividade de prestação de cuidados. É um sentimento ocasionado pelo receio de não ter conhecimentos para actuar perante aquilo que lhes poderá ser exigido, a nível técnico ou relacional, ou pela possibilidade de erro e assim comprometer o bem-estar da pessoa.

Globalmente as principais expressões emocionais dos estudantes são decorrentes do contacto com as pessoas doentes, são eles que lhes permitem perceber o que de melhor e de pior estão a sentir nos primeiros dias de prática em contexto clínico.

No final do período em observação há pouco registo de informação relativamente às emoções e sentimentos decorrentes da prestação de cuidados ou da actividade de ensino clínico, em geral. Metade dos alunos do grupo, manifestam sentimentos de tristeza, de alguma frustração ou mesmo impotência decorrente da situação de saúde das pessoas que cuidaram, dos comportamentos que ela manifestava ou mesmo pela sua morte. Um aluno refere apreensão, medo e nervosismo para a realização de procedimentos que poderão envolver dor ou sofrimento para a pessoa.

Também numa visão mais distanciada de um ano o medo e o receio continuam a ser referidos em associação com a execução de alguns procedimentos pois estava em causa uma pessoa e um contexto de trabalho que lhes era desconhecido.

O nervosismo e ansiedade continuam a ser lembrados em situações em que estiveram sob observação de um dos supervisores pois, sentiam-se avaliados. O receio pela não demonstração de conhecimentos ou de erro condicionava o nervosismo o que terá sido uma situação importante para o estudante pois agora continua a valorizar esta vivência emocional. Por outro lado, dois estudantes expressam que o ensino clínico está associado à tristeza e à decepção pela forma como a avaliação sumativa ocorreu, considerando-se injustiçados neste processo.

Em Síntese

De forma muito genérica e assumindo o risco de ter de omitir alguns resultados merecedores de toda a atenção tentamos aqui integrar em cada um dos domínios e categorias os resultados da análise de conteúdo mais significativos.

No ensino clínico e naquilo que o estudante tem como conceito ou representação sobre ele há um domínio daquilo que pensa ou sabe que poderá vir a constituir o seu desenvolvimento e formação. Os alunos partem de uma concepção ligada à aplicação dos conhecimentos que já detêm, para uma de aprendizagem em que os conhecimentos só podem servir para informar na situação. Tudo o que ocorre durante o ensino clínico é aprendizagem e o que é retido de forma mais marcada é o conhecimento obtido da realidade dos serviços de saúde e da profissão. Isto torna-se decisivo quando o aluno assume em definitivo a continuação no seu curso, é o confronto com a experiência que o obriga a decidir, a tomar opções. Esta é uma das situações com impacto mesmo entre os alunos que inicialmente não o referiram.

Num primeiro momento o contacto com a pessoa a cuidar está a ser mais difícil relativamente à percepção que tinham pois têm dificuldade em lidar conjuntamente com todas as variáveis envolvidas necessitam de subdividir a actividade em várias etapas. Isto acontece mesmo quando há a percepção de pessoas que estão receptivas aos seus cuidados, facilitando-os.

A relação com a equipa surpreende pois o ambiente é de proximidade e envolvimento, diferente daquele que tinham construído, e numa visão distante, surge como um elemento significativo no seu conceito de ensino clínico.

O ambiente é exigente na realização das actividades pois há uma necessidade maior de conhecimentos do que os detidos e há uma carga efectiva de trabalho maior. Por outro lado pensavam, ser mais complexo e exigente iniciarem a actividade o que é justificável pelo envolvimento e apoio que têm. O que resta mais tarde, prende-se com os conhecimentos exigidos e a orientação proporcionada que se revelaram estruturantes no seu desempenho evidenciando a necessidade de adoptarem uma atitude de responsabilidade pessoal pelo seu desenvolvimento com empenho, abertura e disponibilidade.

Num primeiro momento, durante o ensino clínico, aprender a nível técnico e instrumental parece extraordinariamente difícil, o que é valorizado especialmente porque o aluno sente que passou a conseguir integrar a componente relacional. A comunicação e relação são percebidas como uma área de aprendizagem fundamental neste ensino clínico mas condicionadora de grande apreensão no contacto com a pessoa alvo de cuidados. Este domínio veio a evidenciar-se como um dos mais importantes em termos de promoção do conhecimento do aluno e considerado como uma alavanca para que haja desenvolvimento em outras áreas. Está nas expectativas do estudante o desenvolvimento no domínio pessoal mas foi a vivência da

prestação de cuidados que ajudou e estimulou o desabrochar de uma consciência crítica sobre si e sobre o que tem de ser mandatário na prática de cuidados à pessoa, fazendo com que se transforme e sinta que o ensino clínico tem uma dimensão transformativa nas suas características pessoais.

A capacidade de concepção de cuidados só com o ensino clínico é percebida como sendo importante e embora de forma insipiente está a ser desenvolvida. É uma aprendizagem complexa, revelada no confronto com as estratégias de supervisão implementadas. A aprendizagem de conhecimentos de suporte à prestação de cuidados apenas é importante no início deixando de ser referenciada posteriormente.

Identifica-se como um dos principais modos de aprender o trabalho de discussão, análise e reflexão tanto individual como em grupo, mas também pelas pistas de aprofundamento de conhecimentos por pesquisa que dali provinha. Com este aspecto converge a valorização do estudo e pesquisa bibliográfica tão salientada como factor influente na aprendizagem por alguma insuficiência na preparação prévia. O *feedback* sobre a actividade realizada e as características pessoais foram condicionantes do sucesso que consideram ter tido nas suas aprendizagens.

O contexto de aprendizagem é sempre um domínio muito valorizado sendo, dentro deste, o ambiente afectivo e relacional aquele que envolve uma apreciação mais positiva. Cognitivamente há percepção de um ambiente desafiador/estimulante em que o aluno sente que as pessoas se preocupam com a sua aprendizagem, em se apresentarem como bons modelos mas há discrepâncias entre a equipa no que se prende com as metodologias de trabalho. Também a relação entre os elementos da equipa e, entre estes e o docente, são percebidos de forma positiva e como propiciadores do desenvolvimento do aluno. Pontualmente docente e equipa são identificados com os mesmos níveis de intervenção ou competências para a ou na supervisão.

No processo supervisivo são estratégias significativas aquelas que envolvem a análise e reflexão sobre a actividade de prestação de cuidados ou de ensino clínico, tanto individual como em grupo, sendo esta a categoria que é percebida como mais significativa no desenvolvimento do aluno. A formalidade dos momentos é mais valorizada relativamente às situações em que há observação, questionamento ou demonstração pois estas são integradas.

As estratégias reflexivas são muito valorizadas. Tanto o docente como o enfermeiro poderão ser responsáveis pela escolha e utilização de meios que ajudam o aluno no desenvolvimento da actividade utilizando estes recursos.

No processo supervisivo é foco de observação e atenção do enfermeiro, enquanto supervisor numa etapa inicial, centrar-se na pessoa cuidada pela ajuda ao aluno em que por vezes o substitui. O docente, centra-se mais na prestação de cuidados e no conhecimento para a actividade. É na prestação de cuidados que mais frequentemente se regista supervisão enquanto na preparação, análise e avaliação da actividade há uma menor ênfase e apenas ocorrem quando estimuladas e desenvolvidas pelo docente.

O estudante vê tanto o docente como o enfermeiro como seus supervisores. Os seus desempenhos são percebidos de forma pouco diferente, quer se trate do docente ou do enfermeiro (seu tutor ou outro), há a percepção de ser facilitador actuando em colaboração e ajudando a desenvolver um espírito crítico e um quadro de valores na postura de ajudar a assumir responsabilidades. Pontualmente e em procedimentos que envolvem a relação e critérios ético-deontológicos o enfermeiro actua como modelo.

Por seu lado o ser supervisor é uma função percebida como muito exigente do ponto de vista do conhecimento sobre princípios pedagógicos, conhecimento de conteúdo da disciplina e da disponibilidade de tempo efectivo para orientar. A função supervisiva obriga a um trabalho a um ritmo mais baixo e reflectido com reflexos na prestação de cuidados. Evidencia-se uma falta de preparação e um trabalho de maior proximidade entre a escola e a unidade de cuidados para que a sua actividade fosse qualitativamente melhor.

A primeira experiência não surge associada a vivências emocionais positivas apenas à ansiedade e ao nervosismo. A tristeza e o choque surgem pelo contacto com factores ligados ao ambiente da unidade de cuidados como a doença grave e o sofrimento.

O ambiente é globalmente conotado com sentimentos e emoções positivas pelo acolhimento e integração que os estudantes perceberam, contudo a ansiedade e o nervosismo também podem surgir pela percepção de que a proximidade do supervisor tem por objectivo a avaliação. Tudo isto evoluiu numa visão de maior distanciamento para uma opinião mais positiva do ensino clínico sendo recordado como algo gratificante e recompensador ao ponto de deixar saudade.

As respostas que as pessoas (cuidadas) expressam, e o êxito de um procedimento estão na origem de alegria, satisfação, gratificação e recompensa. O doente pelo seu estado de saúde ou sofrimento ocasiona choque ou dor emocional. O mesmo acontece quando sente que na prestação de cuidados pode provocar dor. O contacto com o corpo do outro ocasiona constrangimentos e/ou repugnância. Mas o medo é o sentimento que os alunos mais expressam decorrente da prestação de cuidados.

3.2 – ... O ENSINO CLÍNICO DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM

Os estudantes do caso B, em investigação, iniciam a aprendizagem em contexto clínico no quarto trimestre do primeiro ano curricular do CLE. Segundo o plano de actividades definido na primeira semana os alunos têm previstas actividades que se prendem fundamentalmente com a observação, a colheita de dados e a identificação de “*alteração das necessidades de oxigenação, movimento e postura, higiene e vestuário, eliminação, sono/repouso, termorregulação e segurança*”, Fundamentos de Enfermagem (2005: 14). A supervisão pedagógica é assegurada por dois docentes que estão presencial e integralmente no serviço onde a prática clínica decorre, isto é, em todo o tempo de presença dos estudantes na unidade de cuidados há docentes que podem orientar as suas actividades.

A primeira entrevista realizada ocorreu no final da primeira semana em que os estudantes tinham três dias de contacto com a prestação de cuidados naquele contexto clínico. No período de observação, de seis semanas, foram realizadas entrevistas pontualmente aos enfermeiros do contexto da prática e aos docentes tendo este período terminado com uma nova entrevista aos estudantes, situação que se veio a repetir um ano mais tarde. Na análise, e dentro dos temas abordados, identificámos dimensões e dentro destas alguns domínios que mais significativamente eram valorizados no discurso dos entrevistados ou nas situações descritas em notas de campo e, dentro destes, categorias. Subdividimos a apresentação de acordo com as dimensões de análise conjugando os vários momentos em que houve recolha ou identificação de dados relevantes para aquela dimensão, domínio e categoria.

Conceitos e Representações

Da análise e codificação da informação recolhida relativamente aos **conceitos e representações** que os estudantes têm de ensino clínico emergiram conceitos relativamente ao ambiente relacional, à exigência deste período de aprendizagem e às dimensões formativa e identitária.

O ensino clínico é percebido por quase todos os estudantes, em primeiro lugar, como um período de aplicação de conhecimentos anteriormente adquiridos na formação que tiveram anteriormente, em contexto escolar, tanto em aulas teóricas como práticas laboratoriais.

Há a percepção que os conhecimentos adquiridos estão incompletos porque lhes falta a dimensão que só o contexto real, do ambiente de prática de cuidados, lhes pode dar assim, a

actividade em ensino clínico surge numa lógica de aplicação, de transferência do que o aluno já sabe mas que ainda não teve oportunidade de pôr em prática.

“Ensino clínico é pormos em prática tudo o que aprendemos nas aulas (...) vamos aplicar tudo o que aprendemos nas aulas e ... Mas no meio real, junto das pessoas, com pessoas verdadeiras e que não temos margem para erro.”

[Ent. B-1-R](#)

Contudo alguns alunos complementam o conceito de aplicação considerando que é um período com uma exigência especial pela necessidade de integração de conteúdos que lhes foram leccionados em várias unidades curriculares. Assim, consideram-no também um momento de complemento na sua aprendizagem.

“Eu penso que ensino clínico não é mais que uma aprendizagem do que nós aprendemos em teoria passar para a prática. Só que tentar passar para a prática de uma forma flexível e que consigamos adaptar às situações em si, porque o que aprendemos aqui na escola não é o mesmo que se aplica.” [Ent. B-1-N](#)

Um conjunto de cinco alunos refere-se ao ensino clínico apenas como um período de aprendizagem, partindo da noção de aplicação dos conhecimentos já adquiridos sentem que é também um tempo em que vão aprender, pois o tempo de contacto com as pessoas alvo de cuidados e com a equipa de enfermagem fizeram com que o vejam como um tempo de aprendizagem, exigindo flexibilidade e capacidade de adaptação com transferência dos saberes que já têm para responderem, adequadamente, às necessidades das pessoas que irão cuidar. Identificam-no como uma aprendizagem diferente que inclui um elemento que a formação escolar não tem, o doente, e é este que lhe possibilita desenvolvimento a vários níveis.

“O conceito que eu tenho de ensino clínico é que é uma aprendizagem que se efectua numa maior proximidade com o (:::) nosso objecto de cuidados. (...) materializarmos e percebermos quais são as discrepâncias entre as teóricas e as práticas, aquilo que deve ser feito e aquilo que realmente é feito. (...) é uma boa aproximação à realidade hospitalar” [Ent. B-1-G](#)

Salientam também algum pré-conceito relativamente ao que esperam encontrar nas práticas e à pertinência e/ou adequação do que aprenderam em termos escolares servindo esta etapa para testagem e validação daquilo que, de facto, vão necessitar para cuidar das pessoas.

Essa visão sofreu uma evolução significativa com o ensino clínico e eventualmente outras vivências que o aluno teve pois no ano seguinte todo o grupo se refere ao seu primeiro ensino clínico como tendo tido alguma característica de aprendizagem ou de promoção do seu conhecimento. A maioria são pouco específicos referindo que o primeiro ensino clínico foi um tempo de conhecer a realidade ou de desenvolvimento global enquanto outros concretizam, pois consideram que aprenderam o que é a enfermagem na prática, o que é ser enfermeiro e prestar cuidados.

“Teve, porque quebrou o gelo. Eu considero ... Não digo que tinha uma ideia certa sobre o que fazia mas possibilitou que eu percebesse o sentido desta profissão, foi mais isso. Obrigou-me a crescer, possibilitou-me alguma maturação porque estava a lidar com pessoas e estava a lidar com a vida de outras pessoas e tudo o que fizesse ia ter uma

consequência. Nessa altura foi quando eu despertei e percebi realmente a importância disto, em teoria nem pensar em ficar com esta ideia.” [Ent. B-3-N](#)

O ensino clínico foi considerado uma etapa com significado para o desenvolvimento posterior do aluno, estes reconhecem que teve (ou está a ter) impacto na suas formas de abordar a continuação das aprendizagens, na postura a adoptar perante uma nova situação. Ao fim de um ano uma larga maioria dos estudantes relembram-no e apoiam-se nas aprendizagens que ali realizaram para a partir delas terem dado continuidade ao seu percurso. É visto como uma referência para a formação que vem a seguir, como se ilustra na seguinte unidade de registo.

“O primeiro ensino clínico conseguiu situar-nos, conseguiu dar-nos um determinado nível, patamar onde agora nos colocamos para adquirirmos todos estes conhecimentos. Aquele ensino mostrou-nos como é que nós tínhamos que nos comportar, ao que tínhamos que dar importância, muitos métodos e maneiras de enfrentar as coisas, estratégias. Agora cabe-nos a nós nos ensinamentos clínicos que estão a acontecer agora e que ainda virão, usar essas estratégias base que aprendemos antes para conseguirmos tirar o melhor de cada aspecto que vai surgindo em cada ensino clínico.” [Ent. B-3-P](#)

Parece que estes estudantes consideram o percurso de ensino clínico de Fundamentos que tiveram como condicionador do modo como o resto da sua formação vai ocorrer especialmente em contexto de prática num serviço de saúde. Saliente-se que este é um conceito manifestado com maior ou menor ênfase por todos os estudantes, inclusivamente por um que o considera uma experiência menos positiva, com implicações que de algum modo têm condicionado o decurso do ano lectivo seguinte.

Outra das dimensões identificadas a partir da expressão do que o ensino clínico de fundamentos representa foi a de uma etapa de clarificação e ajuda sobre a **opção** que o estudante tomou relativamente ao curso que frequenta, isto é, o estudante pensa que esta etapa vai contribuir para a sua **construção identitária**.

Não estão seguros, têm dúvidas, sobre a continuidade da sua formação e preparação para a profissão de enfermagem, exprimindo a percepção de que só o contacto com a actividade de enfermagem pode ajudar nesta clarificação.

“(…) vamos ter que aprender no próprio ensino clínico, no próprio estágio, a ver estas dimensões, a ver ... Eu acho que isto também nos vai ajudar a ver para onde é que a gente quer ir” [Ent. B-1-S](#)

O tempo de formação em contexto escolar parece ter sido sentido por estes estudantes como um tempo de espera, de uma preparação condicional que só o confronto com as pessoas alvo de cuidados e aquilo que poderá ser a sua actividade no futuro, o ajudará a decidir. Há uma representação da enfermagem como uma profissão prática e só pela vivência directa das situações pode vir a ter certezas pois, a actividade de prestação de cuidados ou o contacto com o objecto de cuidados do enfermeiro não é substituível por qualquer outra forma de preparação.

“(...) para termos percepção se é isto que queremos ou não. Não sabia se deveria ter vindo para enfermagem se devia mesmo ter ido para desporto ... Agora já não sei (:::) porque tinha medo de algumas situações, nomeadamente essa senhora em coma, se estava preparada para estas situações.” [Ent. B-1-A](#)

Embora apenas cinco estudantes tenham expresso esta sua representação de ensino clínico como um período para aferir sobre a continuidade ou não no curso, um ano mais tarde são muito mais estudantes a manifestarem que aquela experiência teve esse efeito pois, até aquele momento, tinham muitas dúvidas sobre o que fazer em termos profissionais no futuro.

“(...) consegui aperceber-me melhor do que se passava lá dentro e vi que realmente tinha acertado no curso para que tinha vindo. Que queria efectivamente desenvolver isto. (...) Foi decisivo para a minha tomada de decisão. Para estar aqui.” [Ent. B-3-C](#)

O facto de se terem revisto no trabalho desenvolvido pelo enfermeiro ajudou a terem à vontade para revelarem, mais tarde, que houve períodos de grande incerteza. Saliente-se que todo o grupo de estudantes era bastante jovem e nunca tinha tido qualquer experiência de trabalho pelo que se poderia antever uma expressão mais maciça de dúvida e indefinição.

Do conceito expresso de ensino clínico pelos estudantes emergia uma representação sobre o **ambiente relacional** que encontrariam no contexto de saúde. A análise destas expressões permitiu encontrar algumas categorias.

O ambiente relacional da unidade de cuidados é sentido como pesado e emocionalmente difícil fundamentalmente pelo estado de saúde das pessoas ali internadas, pelo seu envolvimento e proximidade com as pessoas a cuidar. As atitudes que observam nos profissionais surgem associadas ao conceito de um contexto emocionalmente pesado, sendo mesmo apresentado como um factor de agravamento desta percepção do clima relacional que se faz sentir na unidade. Dois estudantes evidenciam que o ambiente é pouco favorável e acolhedor pois, nalgum momento já sentiram que a relação da equipa consigo teve pontos de fragilidade tais como, ter a percepção que estava a incomodar, a manifestação de indisponibilidade por parte do enfermeiro em momentos em que, por questões de segurança da pessoa a cuidar, a sua presença era exigível.

“(...) nós vimos muitas vezes pela reacção deles que os estamos a incomodar. Muitas vezes, há lá enfermeiros, que podem ser muito bons profissionais, mostram-se disponíveis mas não tanto como outros, nota-se que nós estamos a incomodar (...) sentia-me ali um bocado desprotegida, senti-me ...” [Ent. B-1-S](#)

Por outro lado a maioria dos estudantes tem um conceito relativo ao ambiente de ensino clínico muito positivo, evidenciando muitas vezes alguma surpresa associada a esta qualificação. O aluno sente-se acolhido, percebe uma atitude de abertura, disponibilidade e colaboração no seu processo de aprendizagem, por parte dos enfermeiros da unidade de cuidados. Estas características, associadas ao estrato etário em que a maioria dos enfermeiros se situa parecem ajudar a esbater, amenizando e alterando o conceito inicial menos positivo e condicionador de apreensão e receio.

“A equipa é toda muito jovem mas mesmo sendo muito jovem é muito aberta ao estudante e acho que vive muito com o estudante, a própria dinâmica da equipa vive muito em função dos estudantes que tem e como os tem e quando os tem ... Surpreenderam-me bastante, estão a colaborar bastante desde o início, estão-nos a ajudar bastante, deixam-nos espaço para nós aprendermos mas ao mesmo tempo sabem ensinar com a devida ... Com o devido espaçamento.” [Ent. B-1-M](#)

O modo como se sentem acolhidos e integrados vai muito além daquilo que eram as suas representações sobre uma equipa e a sua entrada no ambiente dos cuidados de saúde é percebida como acontecendo num ambiente de ajuda e proximidade especialmente por parte da equipa de enfermagem. Por outro lado também salientam o ambiente de respeito e ou amizade que estão a encontrar tanto entre os enfermeiros como entre alunos ou mesmo por parte do docente (referido por menos estudantes) evidenciando que isto não estava no seu conceito prévio, não esperavam um ambiente de tanta disponibilidade e acolhimento.

“(…) já falamos melhor e isso aí ajudou, é bastante positivo, também é realmente facilitador do ambiente da nossa relação pessoal e da nossa relação profissional ... Há uma excelente relação que até me surpreende um bocado, eu sempre tive aquela ideia que às vezes os médicos não se dão bem com os enfermeiros, às vezes os doentes são muito hostis ... Eu tinha um bocado essa ideia.” [Ent. B-1-G](#)

São poucos os que se referem à relação entre estudantes ou mesmo entre profissionais e estudantes, como se estas não fossem influentes no ambiente da unidade de cuidados. Não há a percepção prévia sobre quão era importante este relacionamento, mesmo tendo sido previamente alertados sobre a sua importância²⁸, só a situação os fez identificar a proximidade relacional como significativa.

No conceito que os estudantes transmitem um ano mais tarde o ambiente relacional não tem uma grande expressão embora os que o referem manifestam uma representação pouco favorável pois lembram um ambiente em que se sentiam avaliados e com uma orientação muito directiva e distante.

Ainda na análise da informação “**concepção de ensino clínico**” identificámos múltiplas referências em que o estudante manifestava surpresa por um conjunto de **exigências** não esperadas neste período de aprendizagem. Globalmente é percebido como mais exigente do

²⁸ Saliente-se notas de campo referentes à reunião de acolhimento dos alunos no 1º dia de EC – “A professora dá continuidade fazendo uma apresentação da equipa que os vai receber, parece evidente que os alunos não tinham tido qualquer apresentação prévia do ensino clínico e do serviço. Dá uma visão dos profissionais do serviço de grande receptividade. Questionam os alunos sobre a leitura, apreciação e conhecimento dos objectivos para o ensino clínico – “Quem leu os objectivos deste estágio?” Prof^a (1). Apenas dois ou três alunos levantam o braço. A opção da docente foi pela projecção dos objectivos e pela sua discussão um a um, questionando o que é que estes alunos conseguem ver em cada um deles e como pensam em os atingir. Quando apresenta os objectivos “*Desenvolva capacidades de relacionamento com o indivíduo; Planeie com ajuda, os cuidados de enfermagem; Execute com ajuda, os cuidados de enfermagem planeados, respeitando o rigor do desempenho*”, alerta para a importância da componente relacional do ensino clínico. assim, cada estudante terá de trabalhar para se relacionar com os pares e com os enfermeiros da equipa solicitando em *cada* momento a ajuda necessária pois só com um trabalho de colaboração e proximidade terão êxito. Dá exemplos de situações sobre o que devem fazer e como o devem fazer. Alerta para algumas dificuldades relacionais que habitualmente acontecem numa primeira etapa, dá orientações de como devem ser ultrapassadas. Os alunos não questionam”

que a representação construída, esta diferenciação acontece a vários níveis, que classificámos em categorias.

A actividade com que o aluno se vê confrontado corresponde ao que tinha no seu conceito inicial no que se prende com a carga de trabalho contudo sente-a, mais fácil do que a representação que tinha construído. As alusões à carga de trabalho são raras mas o grau de complexidade da actividade é menor (contudo dois estudantes explicitam o contrário) e assim, o receio ou medo do estudante por não conseguir intervir realizando um procedimento ou lidando com uma situação está a desaparecer.

“(…) a minha capacidade de fazer, também me surpreendi comigo porque tinha visto situações mas nunca tinha feito nada, a minha capacidade de me abstrair e de intervir, de fazer o que era preciso e ao mesmo tempo ajudá-la também a fazer isso, penso que foi muito importante.” [Ent. B-1-P](#)

Em oposição alguns estudantes (embora em baixo número) identificam a actividade no ensino clínico como muito exigente emocionalmente. A exigência é, para alguns, decorrente do contacto com pessoas tão gravemente doentes em que a observação e percepção do sofrimento no outro lhes coloca desafios emocionais não esperados e dificilmente controláveis.

“(…) primeiro choque digamos, é sempre difícil, nós estamos no nosso quotidiano e de repente entramos num ambiente em que todas as pessoas estão física e psicologicamente debilitadas. (...) Em termos emocionais é bastante forte porque o hábito não está lá ainda, nós não estamos ainda habituados, nós estamos sempre a ser ensinados à empatia, nós temos que ter proximidade com os doentes mas não podemos deixar que os problemas deles nos afectem e isso, no princípio, é sempre muito difícil.” [Ent. B-1-G](#)

Também a própria responsabilidade pela prestação de cuidados a uma pessoa, o ter de manipular e expor o seu corpo e entrar na sua intimidade é expresso por um estudante como algo que vai além daquilo que emocionalmente estava preparado e do conceito que tinha sobre a sua actividade em ensino clínico.

“Agora não, nós estamos ali mesmo a cuidar daquele doente. Aquele doente é nosso, temos uma grande responsabilidade. Depois eu tenho que cuidar daquele doente, dar banho possivelmente àquele doente, vou fazer observação, vou expor o corpo de outra pessoa, logo aí, é algo diferente, não é?” [Ent. B-1-D](#)

Com o ensino clínico e eventualmente outras experiências ou situações com que estes estudantes contactaram fez com, um ano depois, tenham um conceito de ensino clínico mais pesado emocional e fisicamente. Associam este período a uma grande exigência emocional pela dificuldade em lidarem com a situação de saúde das pessoas que cuidaram, por frequentemente se confrontarem com a morte, situações terminais de vida ou agravamento do sofrimento. A referência à exigência em termos de carga de trabalho física não está desligada da emocional pois a pessoa alvo de cuidados tem um elevado grau de dependência em cuidados de enfermagem o que associado à inexperiência do estudante terá estado na origem deste conceito o que parece estar bem explícito na expressão de um dos sujeitos em estudo quando se referia à preparação que faria a colegas mais novos.

“(…) que vão sofrer com determinadas situações com que se vão deparar. Que vão ter de ir para casa reflectir e (::) tentar separar as coisas, a vida profissional da pessoal porque senão vão sofrer muito na vida se não o fizerem. Porque a carga emocional é fortíssima. (...) Temos de saber controlar... controlar essas expressões que por vezes acontecem mas temos de estar preparados minimamente que seja. E controlar os nossos sentimentos. Falava, é muito cansativo fisicamente e psicologicamente.” [Ent. B-3-C](#)

Saliente-se que o tempo de actividade em contexto de saúde para o grupo de estudantes era de três turnos por semana (no final de cada um dos turnos havia reunião do grupo para uma apreciação do dia de actividade) sendo o tempo restante destinado a actividades de análise e discussão das experiências e vivências na prestação de cuidados e tempo para actividade de preparação individual.

Um conjunto de unidades de texto identificavam que no domínio dos conhecimentos, da preparação para a actividade o aluno pensava que estaria melhor preparado do que aquilo que estes primeiros dias lhe mostraram. Parece que bastou a observação ou o desenvolvimento de algumas actividades no domínio dos instrumentos básicos de enfermagem para que o aluno sinta uma obrigatoriedade de trabalho constante, tanto pelo estudo como por preparação detalhada antes de iniciar a actividade. Há percepção de grande falta de preparação perante a magnitude das respostas apresentadas pela pessoa. Há insegurança o que evidencia ao aluno a sua, ainda, precária preparação.

“Temos de pensar em relação àquele doente e não em relação àquela doença e temos que individualizar os cuidados para cada um e não é, chego e penso! É ir estudando e estudando o procedimento e pensar sempre antes e ... Não é assim tão fácil como isso.” [Ent. B-1-U](#)

Todos estes conceitos prévios relativamente às exigências, na actividade, que o ensino clínico coloca são apenas apresentados pontualmente por alguns estudantes, contudo um número significativo de estudantes considerava-o mais exigente no que se prende com o “apoio à actividade” que lhes seria disponibilizado. Parece que a este nível o início da sua formação se revela menos exigente que os juízos que tinham construído pois sentem apoio e colaboração por parte da equipa.

“(…) muitas vezes pensei, se calhar, não ia ser capaz. Não tenho ali ninguém para me ajudar porque tenho de fazer as coisas sozinha, tem de ser por mim e pensava muitas vezes que não (++) ia conseguir ter essa responsabilidade toda sozinha, mas além de não estarmos sozinhos, se calhar, surpreendi-me.” [Ent. B-1-T](#)

O aluno chega ao ensino clínico com uma visão de um ambiente de trabalho pouco envolvente e apoiado, em que está ali para prestar cuidados e ser avaliado por isso. Agora percebe que há uma atmosfera de proximidade, sem sentimentos de isolamento pela disponibilidade da equipa de enfermagem, dos colegas e docentes. Este apoio à actividade é sentido como estimulante, desafiador, promotor do seu desenvolvimento.

“(…) é facilitador para aprender porque nós colocamos as perguntas mas eles não nos dizem logo de caras, como é que é. Vão por partes estimulando que sejamos nós a dizer, por exemplo, estão sempre a perguntar porque é que fazemos isto ou então, o que é que achas?” [Ent. B-1-R](#)

Apenas um estudante manifesta algum desconforto pela brusca mudança entre o ambiente de trabalho na escola em que havia um grande controlo e apoio sobre os acontecimentos para uma situação em que é tudo muito mais imprevisível e rápido. Não se sente apoiado tanto quanto necessitaria em cada momento e em tempo oportuno.

Um ano mais tarde estas representações surgem mais consolidadas em que praticamente todos os alunos apresentam o ensino clínico como um período em que necessitam de se continuar a preparar teoricamente pois a actividade exige muito mais do que os conhecimentos que detinham. Para trabalharem com segurança e responderem adequadamente às necessidades das pessoas que cuidavam teriam de aprofundar os seus conhecimentos e nas áreas onde não tinham qualquer preparação teriam de pesquisar²⁹. No que se relaciona com o apoio para a actividade o conceito é de um período de aprendizagem em que houve uma boa orientação, com disponibilidade e proximidade, contudo nestas referências está sempre subjacente a figura dos docentes o que parece evidenciar que a orientação foi percebida e centrada nestes actores.

“ (...) que inicialmente nós precisamos de muita ajuda, precisamos de muito suporte por parte das pessoas que nos estão a acompanhar. Mais vale quando, por exemplo, vamos fazer uma coisa não irmos fazer essa coisa com dúvidas, solicitar a ajuda sempre que precisamos. As pessoas estão lá para isso e ninguém leva a mal pedirmos ajuda eles sabem que nós precisamos.” [Ent. B-3- P](#)

Nesta categoria enquadram-se duas unidades de registo que evidenciam o contrário, são estudantes que sentiram não existir uma relação positiva e saudável na orientação.

Na informação reunida e que mostra o que representou o primeiro ensino clínico para estes estudantes no domínio das exigências surge um conjunto de unidades de registo referentes à postura adequada e a adoptar durante este período. Uma postura de envolvimento, empenho, trabalho e simultaneamente de confiança em todos os aspectos de relacionamento no grupo e na equipa pois isso é importante para se conseguir ter sucesso e sentir-se bem. Mas, perante a pessoa que cuidam e o trabalho que desenvolvem o conceito é o de adoptar uma postura de honestidade, segurança, dedicação e respeito pois naquele tempo o aluno está a assumir o papel de enfermeiro e ao assumi-lo tem de o fazer de forma integral e com uma atitude profissional.

²⁹ De acordo com a Portaria nº 1450/2002 de 09 de Novembro as unidades curriculares de Patologia I, Farmacologia e Bioética integram a estrutura curricular do 2º ano do Curso de Licenciatura da Escola a que o caso em análise se reporta.

Aprendizagens

Ao concluir o ensino clínico de fundamentos todos os estudantes acederam em realizar uma entrevista semi-estruturada onde um dos principais objectivos era reunir informação, percebida pelo aluno, sobre o processo de aprendizagem durante aquele ensino clínico, na percepção do aluno. Da leitura global da informação recolhida percebe-se que estes estudantes têm dificuldades em apresentar respostas orientadas de acordo com o objectivo das questões que lhes foram formuladas sendo necessário ajudá-los a centrarem-se no tema apresentando reformulações da pergunta inicial.

A dimensão aprendizagem foi subdividida em domínios (conteúdo, processo, factores de influência e contexto) e estes em categorias. Na análise da informação foi encontrado um baixo número de unidades de registo enquadráveis no domínio taxonómico “**como aprendi**”, isto é, o **processo**. Os estudantes consideram que aprendem fundamentalmente pela execução, a própria prestação de cuidados e/ou vivência das situações e pela partilha com os colegas. Apenas dois estudantes identificam os processos de análise e reflexão sobre as actividades desenvolvidas como influentes em que, pelo questionamento, são obrigados a parar e intencionalmente pensar sobre o que realizaram. Consideram que aprenderam pela execução, pois a repetição e a vivência das situações faz ganhar destreza assim como limitar a probabilidade de erro.

“A teoria sem a prática fica muito (:::) alguns pormenores ficam muito no ar. O principal foi isso e, também na relação com os doentes, porque é uma coisa que vamos adquirindo à medida que vamos contactando com eles (...) estas horas todas seguidas que passamos aqui ajuda muito a consolidar, não só as técnicas em si mas toda a rotina do trabalho, as coisas que temos para fazer.” [Ent. B-2-P](#)

A partilha com colegas é percebida como uma forma de aprender pelo rápido esclarecimento de dúvidas e pela ajuda sempre que necessário. Saliente-se que nenhum estudante exprime ter aprendido por imitação.

Um ano mais tarde houve uma mudança significativa na percepção dos alunos sobre o como aprenderam, são muito poucos os que consideram que aprenderam pela execução e associam esta execução à vivência da situação em toda a sua abrangência. Já a maior parte dos alunos considera que o contacto com a pessoa alvo de cuidados foi importante no modo como aprenderam. O estar com as pessoas, a sua disponibilidade para serem cuidadas pelo aluno, o desafio de saber como estabelecer ou ter de estabelecer um relacionamento com a pessoa a cuidar foram situações estruturantes no modo como aprenderam.

Outras categorias valorizadas são do domínio cognitivo e analítico. Durante o ensino clínico apenas dois estudantes consideraram que a análise e discussão das situações de prática de cuidados foram formas de aprendizagem embora um ano mais tarde esta seja a percepção da

maioria dos alunos. Alguns, associam a discussão e análise da actividade com o trabalho de partilha com os colegas como se ilustra no extracto seguinte.

“(…) a reunião do final do turno, ajudava porque tínhamos o feedback de como é que correu o dia. Lembro-me que houve um dia em que estávamos todos satisfeitos porque o dia tinha corrido bem mas depois na reunião a enfermeira perguntou o que se tinha passado porque o dia de actividade tinha sido péssimo. Ficamos todos a pensar o que tinha acontecido e considero isso bom, é um exemplo de como conseguimos entender o que o outro considerou e assimilou.” [Ent. B-3-N](#)

Parece que estes estudantes necessitaram de contacto com outras experiências ou apenas um distanciamento daquele período formativo para conseguirem perceber o modo como a aprendizagem aconteceu, isto é, ter uma maior capacidade de análise sobre si e o seu desenvolvimento. O trabalho individual e de aprofundamento teórico, tanto no serviço perante uma dúvida pontual como complementar e de preparação para a actividade de cuidar no dia seguinte, são pobremente percebidos como formas de aprender importantes. A este nível a exigência em termos de orientação foi promotora dos comportamentos de estudo e aprofundamento de conhecimentos pois, ao aluno, era exigido conhecer a fundamentação da proposta de cuidados.

No domínio “**conteúdo da aprendizagem**” enquadram-se aproximadamente uma centena de unidades de texto, contudo são as categorias “comunicação e relação”, “conceber e planear cuidados” e “procedimentos técnico-instrumentais”, aquelas que todos os estudantes referenciam. A aprendizagem de conhecimentos de suporte à prestação de cuidados e o desenvolvimento pessoal também emergem da análise da informação recolhida junto de muitos entrevistados.

Há a percepção de aprendizagem de capacidades comunicacionais e relacionais com a pessoa alvo de cuidados tanto na sua forma de comunicação verbal como não verbal assim como na relação. Este é um processo mais difícil, de maior complexidade, relativamente ao esperado. O aluno parece surpreender-se com a relevância desta área do seu desenvolvimento pois não esperava aprender tanto como aprendeu nem alterar tanto os seus conceitos.

“Com o meu doente ali o senhor J, foi um desafio em termos de comunicação. O senhor andava preocupado ... ele já é muito uma personalidade fechada, muito reservada e a preocupação dele com a sua situação clínica ainda o levava a fechar-se mais, eu apanhei o senhor nessa semana mesmo muito má e foi um grande desafio. (...) só por a pessoa ao princípio nos colocar barreiras que devemos deixar de continuar a tentar e deixar de criar uma relação de empatia com a pessoa. (...) a relação que nós temos com o doente é muito diferente do que eu pensava.” [Ent. B-2-P](#)

O planeamento de cuidados é assumido como uma actividade de difícil execução, sendo por vezes explicitado que só o conseguem realizar quando prestam cuidados à mesma pessoa em vários dias seguidos assumindo assim um carácter de repetição da actividade realizada anteriormente, ou de preparação, como trabalho de casa, do plano de cuidados que iriam “implementar” no dia seguinte. Esta aprendizagem é apresentada sem a sua componente de

apreciação inicial da pessoa, de juízo diagnóstico sobre os dados colhidos e de tomada de decisão sobre as medidas e/ou cuidados a propor e negociar com a pessoa. Ela surge como um aprender a sequenciar os cuidados que são habituais, no tempo certo, organizando-se para que tudo esteja cumprido no final do turno de trabalho sem andar atarefado.

“(…) o meu planeamento dos cuidados que ia prestar naquele momento: dar banho depois avaliava os sinais vitais, depois sentava-a, ... Tive de voltar a organizar tudo e complicou muito o meu esquema. (...) uma aprendizagem óptima, em termos de planeamento saber o que vou ter de fazer agora com ele, ao que devo dar mais importância, é um jogo de tentar por em prática os conhecimentos que planeio à priori. (...) Não é perante qualquer outra organização nova que tenha, mas aquilo que tenho feito os banhos e tudo isso já faço bastante bem. Ainda ontem fiz o banho todo sozinho e consegui despachá-lo bastante a tempo.” [Ent. B-2-N](#)

Saliente-se que o planeamento de cuidados referido, não assume mais do que um carácter rudimentar sem integrar (entre outras) qualquer componente de vontade, negociação ou integração da pessoa alvo de cuidados.

A realização de procedimentos técnico-instrumentais assume uma parcela importante daquilo que os estudantes referem ter aprendido pois a tipologia das pessoas internadas, com uma elevada dependência em cuidados de enfermagem exigia múltiplas intervenções e este nível. Salienta-se que há a percepção de que a aprendizagem destes procedimentos é completamente inicial pelo contexto e envolvência em que acontece pois, o número de actores, o tempo, mas fundamentalmente o doente dão-lhe uma dimensão muito diferente daquela que aconteceu quando tiveram aulas, sobre estas temáticas, em laboratório.

“(…) por exemplo, puncionar veias. Na escola puncionamos o boneco e (++) não dói, não temos essa preocupação e é diferente. Mal tocamos parece que sai logo o sangue todo, parece que a pessoa está em sofrimento.” [Ent. B-2-A](#)

O rigor do procedimento e a dimensão da pessoa que cuidam fazem com que esta aprendizagem seja percebida como nova e assim a componente de preparação prévia é muito desvalorizada e posta em causa a sua eficácia.

Os conhecimentos de suporte à prestação de cuidados são referidos como tendo tido desenvolvimento no domínio da ética ou da valorização das regras em que é a própria prática ajuda na sua promoção. Por outro lado, no domínio pessoal, sente que se desenvolveu e aprendeu a respeitar o sigilo, a ter mais autonomia nas actividades que realiza ou simplesmente a ser mais responsável, o ensino clínico ajudou num processo de crescimento no domínio intrapessoal.

“(…) minha atitude é já um bocado “baldas”, no início, eu sou assim. Achava que aqui também podia ser assim, mas aqui para se conseguir tem de se ter uma atitude mais adulta (:::) e psicológica também.” [Ent. B-2-A](#)

Numa visão distanciada os alunos continuam a considerar que os domínios em que mais aprenderam se situam na comunicação e relação, sendo que todos os estudantes com maior ou menor ênfase o referem. As principais aprendizagens são relativas à relação com as pessoas

internadas enquanto a comunicação verbal com a equipa e a comunicação escrita continuam a ser entendidos como áreas importantes de desenvolvimento durante aquele período.

“Comunicação? Isso aprendi bastante como interagir com as pessoas, como abordar e como reagir a certos aspectos. (...) Na relação profissional também, pelo contacto com os outros enfermeiros, a passagem de turno, registos ... Isso foi uma área muito importante aprendi muito e ajudou bastante, aprendi a fazer e a seguir sempre aquela ordem.” [Ent. B-3-R](#)

Pelo que esta unidade de registo também deixa perceber, a aprendizagem a que estes estudantes se referem é uma aprendizagem pouco compreendida acontecendo mais por imitação ou de cumprimento de sequências de cuidados seguindo protocolos em uso naquele contexto de saúde e pela equipa de enfermagem. Isto é assumido pelos estudantes, pois na categoria aprender “concepção e planeamento de projectos de cuidados” só há referências de dois deles e apenas um considera que aprendeu. Um estudante refere mesmo que:

“O planeamento de cuidados já o referi nas necessidades do doente ... O ano passado não o achei assim tão importante porque ficávamos apenas com um doente e isso por vezes, não vou dizer que é mau porque não tínhamos capacidade nem maturidade para mais, ainda por cima no âmbito de uma Medicina. Durante este ano já pudemos ter mais doentes e aí já se começa a perceber o conseguir ordenar e hierarquizar as necessidades porque imaginemos que não temos um doente no mesmo quarto será importante porque já temos de começar a fazer um plano de cuidados mais assertivo.” [Ent. B-3-U](#)

Parece que a complexidade que envolve o planeamento de cuidados não é a razão percebida pelo estudante para que este não tenha sido o foco da sua aprendizagem dado o seu estágio de desenvolvimento ainda inicial. Esta situação pode ter relação com o número de estudantes que agora referem ter aprendido naquele ensino clínico a gerir os seus próprios recursos, a conhecerem-se melhor, a tornarem-se mais responsáveis e com maior maturidade, a encontrarem pontos de ancoragem para se motivarem ou até a adquirirem uma consciência crítica sobre as dinâmicas sociais que rodeiam as pessoas internadas. Isto é, são muitos os estudantes que agora consideram que o ensino clínico lhes permitiu um grande desenvolvimento no domínio pessoal e ou psicossocial.

Talvez, em oposição ao momento em que ocorreu o ensino clínico, agora os estudantes deixaram de considerar que aprenderam ou se desenvolveram nas capacidades técnico-instrumentais pois apenas seis estudantes o referem. Estes atribuem-lhe grande importância pelo facto de terem sido procedimentos que realizaram pela primeira vez e alguns deles os tenham praticado frequentemente permitindo adquirir alguma destreza manual o que é sempre de grande impacto, nas fases iniciais de aprendizagem experiencial.

Quando questionados sobre os **factores** que consideravam ter sido **mais influentes** no seu processo de aprendizagem, quase a totalidade dos entrevistados se referem à equipa supervisiva, ao ambiente em que o ensino clínico está a ocorrer e aos conhecimentos que previamente tinham ou não adquirido como aqueles que mais significativamente tinham pesado

neste processo. Contudo, o feedback obtido no dia a dia de actividade assim como o estudo para aprofundamento de conhecimentos ao longo do ensino clínico também são identificados por alguns estudantes.

A equipa influenciou positivamente no desenvolvimento do aluno. Embora haja a percepção que a orientação das docentes é mais exigente esta também é sentida como mais estimulante e promotora de desenvolvimento pelo apoio e proximidade. A equipa de enfermagem, embora próxima, nem sempre conhece o que se espera do aluno podendo a sua demonstração de conhecimentos, experiência e capacidades funcionarem como inibidores provocando o afastamento do aluno.

“As enfermeiras orientadoras, dão-nos muita informação, também fazem muitas perguntas mas dão-nos muita orientação. Os enfermeiros cá do serviço também, (...) Por vezes também é dito quando as nossas enfermeiras orientadoras estão mais ocupadas para irmos puncionar ou alguma técnica com eles, talvez fosse bom eles saberem em que grau é que estamos e como estamos. Não têm a mínima informação disso!” [Ent. B-2-L](#)

Também o ambiente é percebido de modos díspares, por um lado é um ambiente propício de ajuda e proximidade especialmente proporcionado pelo doente e em momentos de maior tensão, contudo o facto de estarem a prestar cuidados a pessoas, acarreta uma maior tensão que pode ser agravada tornando-se intimidante se estas não se manifestam ou se o docente está presente e faz chamadas de atenção. Pontualmente, o ambiente proporcionado pelos pares é de competição e como tal referido como negativo, contudo a percepção global é a de uma influência positiva no processo de aprendizagem.

“(…) deixam-nos à vontade para tirarmos as dúvidas, se tivermos algum medo ou receio dizermos, se nos sentirmos mal podemos dizer (...) o facto de que é preciso fazer as coisas mais rápido, porque está no nosso planeamento para aquela hora e elas precisam de estar lá a ver e nós atrasamo-nos um bocadinho. Isso foi um pouco inibidor da minha aprendizagem, eu senti. (...) o grupo estava um pouco competitivo, pelo menos fracções do grupo e isso afecta-me bastante.” [Ent. B-2-M](#)

Os conhecimentos prévios ao ensino clínico são a categoria com um maior número de unidades de texto codificadas. Verifica-se algum consenso relativamente à falta de preparação nalgumas áreas e à sua influência negativa durante o ensino clínico exigindo trabalho acrescido ao aluno mas também muitas vezes desenvolver algumas actividades sem terem a sua compreensão pois não é possível conciliar a prestação atempada de cuidados com a pesquisa no momento. Há múltiplas referências há falta de preparação e recursos que permitam enfrentar situações tão complexas como aquelas a que estiveram expostos.

“(…) cheguei aqui e tive a noção que havia a parte ... O que eu tinha que por em prática exigia muito conhecimento teórico já interiorizado e havia muitas coisas que me falhavam. (...) sem ter dados é bastante dificultador por tentarmos conciliar o perdermos o menos tempo possível com o ter que ir estudar o que é aquele medicamento depois ver se o tenho de dar ou não. Aquilo que quando eu entrei para aqui não tinha o mínimo de informação foi complicadíssimo, agora aquilo que foi informação que eu já tinha aprendido mas que tenho que estudar mais é diferente daquilo que nunca estudei na vida, que é novo.” [Ent. B-2-N](#)

O estudo que é desenvolvido no dia-a-dia, assim como o *feedback* (exceptua-se um dos sujeitos) que recebem, são considerados como influências muito positivas pois constituem-se como desafios, fazendo com que o aluno se questione. Salienta-se que dois estudantes consideram que as suas características de grande nervosismo, insegurança e dificuldade de auto-controlo influenciaram negativamente a sua aprendizagem.

Um ano mais tarde, a equipa responsável pela supervisão é um elemento reconhecido por todos os estudantes como tendo sido influente no seu processo de aprendizagem durante o primeiro ensino clínico, sendo especialmente reconhecido o valor dos docentes neste processo. Mesmo estudantes que inicialmente pensaram que a proximidade e presença dos docentes poderia inibi-los agora consideram que sem ela o seu desenvolvimento teria ficado comprometido.

“Ali acho que o importante, para não nos sentirmos perdidos ali dentro ... Éramos treze colegas que estávamos os treze na mesma situação, primeira vez primeiro ensino clínico e as duas orientadoras permanentemente connosco. (...) Olhando para trás considero esse como um dos factores importantes, pelo apoio que tivemos. (...) A orientação foi muito exigente, agora se eu tenho estágios mais leves eu vou para casa e não vou estudar, no ano passado eu lembro-me perfeitamente que eu ia para casa, todos os dias fazer alguma coisa.” [Ent. B-3-T](#)

A orientação imprimia um carácter de exigência, colocava desafios em termos formativos que o aluno só reconhece quando é confrontado com outras situações de ensino clínico em que os modelos de orientação são diferentes. Saliente-se que dois destes alunos referem que nalguns momentos a orientação foi dificultadora pois a exigência, o *feedback* e as orientações diferentes, entre docentes numa fase tão inicial da sua aprendizagem, fazem com que nalgumas situações não soubessem como agir e a quem recorrer.

A par com a equipa também o *feedback* recebido relativamente ao desempenho é agora valorizado por mais alunos pois, embora reconhecendo o cansaço que acarretava e a dificuldade em gerir o serem confrontados com as suas falhas quando elas aconteciam reconhecem agora que eles eram promotores de um auto-questionamento e uma procura intencional de conhecimentos para fundamentação.

Características pessoais como o empenho, o interesse, a motivação, a auto-estima e a disponibilidade são reconhecidos pelos estudantes como o factor mais influente e determinante no seu sucesso em termos de aprendizagem naquele ensino clínico.

Saliente-se que a preparação e conhecimentos prévios assim como o estudo e pesquisa bibliográfica não são manifestados/referidos como importantes nesta visão distanciada sobre a aprendizagem. Estes aspectos parecem estar em desacordo com o facto de muitos alunos nalgum momento terem reconhecido a falta de algumas unidades curriculares na sua formação

antes de iniciarem o ensino clínico e mesmo o facto de referirem o cansaço pelo trabalho complementar que tinham de realizar para suplantar esta lacuna.

“Muitas vezes agarrava no *cardex* via o que é que se tinha e preparava e administrava, não tinha noção do que estava a fazer, apenas estava a fazer aquilo por fazer e agora como já tenho mais alguns conhecimentos já dou mais importância e noto que a nível do passado, nesse estágio, não dei essa importância. (...) o facto de agora já ter mais conhecimento já consigo reflectir sobre isso, já consigo pensar no que errei e mudar um pouco a minha maneira de fazer as coisas.” [Ent. B-3-S](#)

Saliente-se que esta não é expressa por todos os estudantes como a unidade de texto apresentada evidencia. Esta situação pode estar relacionada com o facto do trabalho de estudo e pesquisa que os estudantes desenvolveram no ensino clínico ter apenas como objectivo saber dar resposta à dúvida que ocorria na situação de prestação de cuidados, isto é, no imediato. Esta actividade não acontecia para colmatar, efectivamente, as lacunas de conhecimento transformando estas situações em aprendizagens significativas³⁰.

O **contexto de aprendizagem** e o seu ambiente são percebidos como significativos durante o ensino clínico pelos estudantes, nomeadamente no que se prende com as categorias “emocionais” e “didácticas”. As condicionantes culturais assim como as organizacionais embora relevantes reúnem poucas unidades de registo. O ambiente da unidade para a maioria dos estudantes era de envolvimento relacional e afectivamente estimulante em que o aluno se sentia bem, acolhido e à vontade, mesmo entre colegas. Contudo, um número elevado deles percebem uma boa relação entre docentes e equipa mas pouca disponibilidade e proximidade de alguns enfermeiros da equipa, não os envolvendo. Expressam que sentem uma maior proximidade por parte de um dos docentes, situação que é agravada por uma maior exigência de rigor e preparação para a actividade de prestação de cuidados fazendo com que sempre que possível se afastem (embora lhes reconheçam importância).

“(...) se a enfermeira Y já tem tanta diferença da enfermeira X, do nível que querem de perguntas de (...) do próprio nível de rigor, se esta enfermeira já tem um bocado de dificuldade, os enfermeiros do serviço ainda têm menos rigor ... Diziam-nos, nós cá no serviço fazemos de uma maneira diferente por isso é assim que vais fazer.” [Ent. B-2-M](#)

Assim, consideram que o contexto de aprendizagem é mais desafiante sempre que estão com uma das docentes mas simultaneamente é de maior tensão. A este nível sentem grandes dificuldades pois percebem discrepâncias entre o que aprenderam e aquilo que vêem fazer, sem conseguirem que lhes seja explicado o que observam ou muitas vezes esta explicação é

³⁰ Os trabalhos de Ausubel sobre aprendizagem significativa podem trazer alguns contributos para a compreensão deste facto. O autor refere que para compreender a aprendizagem significativa é necessário atender que “*o material de aprendizagem apenas é potencialmente significativo*” pelo que também “*deve existir um mecanismo de aprendizagem significativa*”. Assim, sob o ponto de vista da eficiência da aprendizagem, a assimilação (aquisição de significados na estrutura cognitiva) de novos conceitos está facilitada quando estes encontram um conceito “subsunção”, isto é, algo a que se possam ancorar na estrutura cognitiva do sujeito (Ausubel, 2003: 2). Para o autor quando existe pouca informação prévia (ou nenhuma) na estrutura cognitiva do sujeito a que a nova se possa relacionar esta será assimilada mecanicamente passando a integrar ou a criar novas estruturas cognitivas. A pessoa poderá mais tarde vir a relacionar esta informação com outra que já tinha adquirido.

desajustada da sua capacidade de compreensão, isto é, não adequada à fase inicial de aprendizagem em que se encontram. Embora desenvolvam poucas actividades sob a supervisão dos enfermeiros da equipa, sempre que isso acontece referem que são menos envolvidos na actividade, ficando mais em observação. A articulação entre a equipa de enfermagem e os docentes é boa e de informalidade contudo na orientação do aluno há pouco trabalho conjunto e de proximidade. Os enfermeiros apenas pontualmente são envolvidos na orientação, em momentos em que os docentes estão ocupados com outros estudantes e a actividade a orientar é de alguma complexidade. Sempre que o aluno vai realizar um procedimento pela primeira vez um dos docentes orienta-o directamente na actividade só posteriormente poderá haver solicitação de intervenção de um enfermeiro. Tudo isto faz com que o estudante identifique alguns constrangimentos na desejável articulação docentes-equipa para a sua supervisão. Podem mesmo não identificar os enfermeiros como seus supervisores nem lhes reconhecerem conhecimento sobre o seus objectivos de aprendizagem ou competências a desenvolver. Saliente-se que alguns estudantes identificam muito facilmente o distanciamento e o baixo nível de articulação docente-equipa para a supervisão e por isso sempre que rapidamente necessitavam de esclarecer uma dúvida ou colmatar uma falha de conhecimentos não justificável (de acordo com a formação anterior) e que o docente lhes fez emergir, socorrem-se do apoio dos enfermeiros da equipa.

“A enfermeira Y nem tanto mas a enfermeira X já tinha sido nossa professora ao longo de todo o ano, por isso é natural que eu me sinta muito mais à vontade em recorrer a elas. Embora nós às vezes possamos recorrer aos enfermeiros do serviço para alguma dúvida mais ... (risos) que nós já não devíamos ter e então para não estarmos a “levar tanto nas orelhas” recorremos a eles.” [Ent. B-2-C](#)

Saliente-se que esta não era a expectativa da maioria dos alunos ao iniciarem o ensino clínico pois aí manifestamente o grupo esperava ter apoio e sentir proximidade fundamentalmente dos docentes e dos colegas. Poucos esperavam disponibilidade por parte da equipa e aqueles que o expressaram foi de uma forma pouco objectiva o que poderá ser uma consequência do não envolvimento da equipa de enfermagem na sua orientação.

“(…) acho que se eu lhes (++) eu tenho a noção que se eu lhes perguntar alguma coisa eles me irão responder. Eles são (++) bastante ... Que até são receptivos a nós. Não criei expectativa, não ... Até porque eles (:::) agora já interagem mais connosco mas no início não, no início era (...) Até porque nós não nos sentíamos à vontade e recorriamos mais à enfermeira orientadora e à enfermeira contratada para nos orientar.” [Ent. B-1-I](#)

Esta falta de expectativa inicial relativamente à equipa parece ser concretizada embora alguns estudantes considerem que entre os elementos da equipa havia um bom ambiente relacional e afectivo o que nem sempre se manifestava na interacção consigo. Alguns estudantes continuam a referir algum distanciamento, apoio e ajuda deficitários e pouco à vontade embora considerassem que a equipa os tinha acolhido bem. Relativamente aos docentes esperavam orientação na actividade com identificação do erro, ajuda nos procedimentos mais complexos e

avaliação mas alguns estudantes também esperam um apoio em termos emocionais e restaurativos o que não se concretizou (atendendo ao que explicitaram ao terminar o ensino clínico). Pois, dentro das condicionantes sistémicas, emocionais ou afectivas que influenciaram ou eram percebidas como mais positivas raramente o aluno as referencia aos docentes, estes em geral são percebidos apenas como quem os orienta, avalia, exige trabalho e conhecimentos.

Globalmente esperavam obter apoio emocional e empatia por parte dos colegas fundamentalmente porque perspectivam sentirem-se mais à vontade junto dos seus pares perante situações mais complexas. Esta terá sido uma evolução surpreendente pois ao fim de seis semanas de aprendizagem não há evidências desta percepção ou manifestação de apoio entre estudantes naquele contexto. Já um ano mais tarde há uma percepção positiva (não unânime entre os sujeitos em estudo) relativamente às condicionantes emocionais considerando que estiveram num ambiente com bons orientadores, próximos, acessíveis que lhes permitiam à vontade, um ambiente que não interferia negativamente com as possibilidades de aprendizagem.

O grande movimento de pessoas na unidade é percebido, no quotidiano do ensino clínico, como perturbador por alguns estudantes pela confusão e eventual interferência com a actividade que pretendem realizar. Os aspectos físicos e estruturais são globalmente considerados como favoráveis neste contexto de aprendizagem.

Processo Supervisivo

No processo de supervisão pretende-se reunir informações continuadas no tempo e referentes a um conjunto de estratégias psico-pedagógicas e técnico-didácticas adequadas e utilizadas na ajuda ao desenvolvimento e aprendizagem do estudante durante o seu primeiro ensino clínico mas também como Alarcão e Tavares (2003) referem, o ambiente afectivo e relacional que envolve a relação supervisor-aluno que acontece ao longo de todo o período de aprendizagem. Tudo isto na perspectiva dos sujeitos envolvidos no processo nomeadamente estudantes e supervisor (docente ou enfermeiro da unidade de cuidados). Assim, subdividiu-se o capítulo de acordo com os vários domínios da classificação taxonómica: **estratégias, momentos de supervisão, foco de observação e atenção do supervisor** e o **supervisor**.

O conjunto de atitudes e meios formativos que o supervisor pode tomar para ajudar o aluno a iniciar-se na prestação de cuidados de enfermagem tendo como finalidade promover o seu desenvolvimento e aprendizagem, foi o nosso entendimento de **estratégias de supervisão**.

Nesta dimensão e domínio emergiram um conjunto de categorias das quais se destacam as reuniões para “análise e discussão das práticas”, dificuldades ou vivências ligadas ao ensino clínico, a par com situações de “questionamento” e de “experimentação em conjunto”. Os actores presentes e promotores destas estratégias são os docentes e os alunos do grupo apenas, muito pontualmente, surgem os enfermeiros da equipa³¹.

Tanto das entrevistas (dos estudantes mas também dos supervisores) como das notas de campo são frequentes as referências às reuniões que ocorriam, entre docentes e discentes, após a transmissão de informação na passagem de turno que acontecia no início e final de cada período de trabalho (passagem de turno). Estes momentos são explicitados, por alguns estudantes, como estruturantes para o seu dia de trabalho. A reunião do início do turno de trabalho (8-16 horas) permitia esclarecer e tirar dúvidas sobre o que tinha sido menos claro na passagem de turno, era um espaço aberto à intervenção do aluno em oposição à formalidade que a transmissão de informação sobre o estado geral dos doentes, entre enfermeiros, obedecia. Permitia, também, e tinha como finalidade planear com o estudante a sua intervenção naquele turno, definir estratégias para a orientação do estudante na prestação de cuidados e acordar dinâmicas de actuação para o grupo.

As discussões sobre o dia (que ocorriam no final de cada turno de trabalho) são apreciadas e salientadas pela maioria dos estudantes como os momentos de revisão e reflexão sobre as práticas mais significativos pela sua proximidade com a actividade. Ao balanço do dia de trabalho, tanto pela apreciação global como pelos comentários ou avaliações individuais, é dada mais importância do que aos dias em que os estudantes se reuniam na escola para discutirem vivências e problemas do ensino clínico. Todos os momentos de actividade de reflexão conjunta são sentidos como significativos em termos de aprendizagem, salientando-se o carácter de avaliação da actividade com orientação para aprofundamento teórico ou reformulação da metodologia a implementar no dia seguinte. Estes aspectos fazem com que estes encontros se constituíssem numa estratégia de supervisão muito formativa tanto para a prestação de cuidados como pelo seu cariz de avaliação do desenvolvimento do estudante.

“(…) as reuniões tanto antes como depois do turno que fazemos. A primeira a importância que tem é tirarmos as dúvidas sobre o doente e aquilo que foi passado antes de irmos para junto do doente. A do final do dia acho-a mais importante que a de segunda-feira porque na segunda-feira nós basicamente vamos repetir o que dissemos durante toda a semana no final dos turnos. (...) As do final do dia são importantes para as referências que elas têm a fazer-nos.” [Ent. B-2-T](#)

³¹ O grupo de 13 estudantes durante o período em análise realizava por semana três turnos completos (8-16 h) de actividade em contexto de saúde, sendo orientados por dois docentes (um enfermeiro equiparado a assistente e outro contratado para assumir esta função durante o ensino clínico e que pertencia ao quadro de pessoal da instituição de saúde) que estavam integral e presencialmente no serviço sempre que os estudantes estavam em actividades planeadas de ensino clínico.

A orientação do aluno durante a actividade de prestação de cuidados “**experimentação em conjunto**” acontece fundamentalmente por parte dos docentes pois a intervenção do enfermeiro, neste domínio, apenas acontece a pedido dos docentes e sempre que estão indisponíveis e a actividade é inadiável. A orientação individualizada e personalizada no momento da prestação de cuidados é fundamental em termos de aprendizagem, especialmente se associada a perguntas com intencionalidade formativa pois assim atende as especificidades de cada aluno fazendo-o identificar e compreender melhor a sua prestação de cuidados.

“Eu prefiro que quando estou a fazer alguma coisa que me vão dizendo à medida que eu vou fazendo (...) porque repreenderem-nos a meio das coisas faz-nos lembrar de outras que vêm a seguir.” [Ent. B-2-T](#)

Isto não invalida que o aluno se sinta avaliado nestes momentos e que tenha receio deles mas a importância formativa que lhe reconhece ultrapassa largamente esses medos, contudo reconhece que por vezes foge ou tenta evitar esta orientação da tarefa por parte do docente pois ele, em geral, identifica-lhe ou exige-lhe trabalho complementar.

“É quando estamos sozinhos com o orientador a preparar alguma (++) técnica, quando estamos a falar sobre alguma coisa que vamos fazer e em que vimos em pormenor a situação. Quando estamos mesmo sozinhos ou quando estamos mesmo no acto a trabalhar, quando nos dizem, olha agora fizeste isso mal, aí é onde aprendemos mais. Depois até nos questionam e fazem-nos perguntas sobre aquilo que já tínhamos que ter visto para trás.” [Ent. B-2-L](#)

Também numa visão distanciada os alunos continuam a identificar a análise e discussão em grupo das práticas ou do ensino clínico e a prática orientada como as estratégias que ficaram como mais relevantes no seu processo de aprendizagem. A prática orientada que pode reunir um conjunto de atitudes e estratégias como a observação, as questões, a demonstração, entre outras, ainda é considerada importante pelo seu carácter de correcção e de formação pelas questões que surgiam levando o aluno a pensar mas, por outro lado, ajudava o aluno a ter mais confiança e segurança no que estava a realizar pois sabia que com a presença de um profissional junto de si não ocorreriam erros.

“Os mais importantes foram a supervisão durante a prestação de cuidados, porque na realidade nenhum de nós tinha feito aquilo e dava-nos uma confiança termos um enfermeiro ao pé de nós, experiente, a supervisionar, a assumir a responsabilidade connosco. Era um momento de aprendizagem porque além da confiança que elas nos transmitiam verificavam se nós estávamos a fazer bem ou se estávamos a fazer mal e não há melhor maneira de aprender do que fazer com uma pessoa ao lado que saiba fazer as coisas que nós estamos a fazer. (...) As reuniões ao final do dia e a supervisão directa dos cuidados, foram os dois muito importantes, complementam-se porque um é a prestação em si outro é falar do que realmente aconteceu.” [Ent. B-3-P](#)

A análise e discussão das práticas ou do ensino clínico são valorizadas por todos os estudantes, volvido um ano deste ter ocorrido, embora haja discrepância de percepções entre eles, relativamente à utilidade formativa de cada um dos momentos. De forma isolada a observação, o questionamento ou a análise e discussão da acção em diáde, supervisor-aluno, são estratégias valorizadas ou consideradas muito importantes por um baixo número de alunos. Saliente-se que em algumas unidades de texto das entrevistas realizadas, um ano mais tarde,

se percebe que o aluno continua a ver o processo supervisivo numa perspectiva inspectiva ou de controlo considerando-o, por isso, excessivo especialmente quando há observação da sua actuação na execução de algum procedimento.

“Por outro lado acho que a supervisão era excessiva, digamos que a supervisão mais directamente na prestação de cuidados, a nível de preparação de terapêutica penso que não era assim tão excessiva mas na prestação de cuidados penso que era porque eu por vezes até tinha medo de mexer a mão um bocadinho mais.” [Ent. B-3-S](#)

O questionamento ligado à acção de cuidar e os momentos de avaliação dos históricos de enfermagem ou planos de cuidados elaborados pelo aluno durante o ensino clínico são realçados por um reduzido número de estudantes contudo estes referem-nos como significativos. Quando se reúnem com o docente para uma correcção há sempre feedback sobre o seu desenvolvimento e orientação sobre os aspectos a melhorar e isso é muitas vezes um incentivo, assim como, o questionamento que é desafiador e motivante para o aluno que quer ir mais longe pois deste modo é estimulado a pesquisar e a fundamentar-se de forma mais sustentada para o que tem de fazer em situações similares no futuro.

“(…) sinto que elas me estão a avaliar e sinto que elas estão lá a ver realmente o que eu estou a fazer (...) é bastante importante (o questionamento) e me faz pensar porque realmente eu acho que se não for agora não é nunca e, um enfermeiro tem que saber pensar não só naquilo que aprendeu mas também em coisas mais à frente. (...) Na altura em que estava mais desmotivada senti que elas me motivaram, assim.” [Ent. B-2-M](#)

O recurso a estratégias de supervisão como a demonstração ou a observação são pouco utilizadas isoladamente, surgindo referências em associação com a prática orientada. Pela metodologia de orientação usada no caso em análise são poucos os momentos em que elas poderão ter ocorrido pois em geral as docentes orientavam os estudantes sobre o que e como fazer embora o acompanhamento da execução envolvesse apenas acções interdependentes.

Foco de Observação e Atenção

Durante o ensino clínico embora estivesse previsto uma orientação partilhada entre docentes e enfermeiros da unidade de cuidados, o modelo em uso evidenciava um trabalho de orientação do aluno em prática clínica quase exclusivo do docente, pelo que as situações descritas em que emergem algumas unidades de texto enquadráveis nestas categorias referem-se fundamentalmente aos docentes. Todas as categorias têm um baixo número de unidades de registo codificadas situação que é especialmente evidente nas categorias “a pessoa alvo de cuidados” e “o aluno enquanto pessoa”.

Salienta-se que durante o período em análise estes estudantes tiveram o contacto com uma docente com formação na área de Saúde Mental para poderem partilhar algumas das suas vivências e dificuldades no contacto com esta primeira etapa de ensino clínico. Esta

programação foi feita pelo facto de serem conhecidas as dificuldades emocionais dos alunos nesta etapa e assim os alunos poderem partilhar estas situações e serem propostas algumas estratégias para melhor poderem lidar com as situações sentidas de maior complexidade emocional.

Contudo, o aluno na sua dimensão pessoal, apenas neste momento foi foco de atenção no processo superviso. Saliente-se que nas notas de campo há registo de diálogos, entre as docentes, relativos a atitudes ou comportamentos observados ou inquietações e preocupações específicas com alguns estudantes. Estes diálogos parecem não ter tido qualquer repercussão no momento em que o docente orienta o aluno na acção fazendo-o centrar-se mais e atender mais às suas necessidades enquanto pessoa (jovem).

A prestação de cuidados em si e o conhecimento para a realização da actividade são as categorias que registam um maior número de unidades de texto. O docente na orientação do aluno tem como foco de atenção a correcção técnica no procedimento que está a ser realizado intervindo quando há falhas ou guiando os seus comportamentos minimizando assim a possibilidade de erro. Por outro lado, os conhecimentos do aluno subjacentes à actividade que vai iniciar, é um dos principais focos de atenção por parte do docente ou mesmo do enfermeiro quando orienta o estudante. Em procedimentos que o aluno se prepara para realizar pela primeira vez ou em intervenções em que pode haver um risco acrescido para a pessoa alvo de cuidados o supervisor certifica-se sobre a capacidade de fundamentação e/ou justificação do aluno, podendo complementar, corrigir, dar pistas ou exigir pesquisa documental complementar.

“(…) perguntarem-nos várias coisas, por vezes que ainda não aprendemos, obriga-nos a ir procurar. O facto de estarem ao nosso lado quando fazemos as coisas, estarem a vigiar (:::) quando realizamos uma técnica estarem ao nosso lado, enquanto estamos a fazer a técnica perguntarem-nos porque estamos a fazer daquele modo. (...) as questões, acho que é o mais importante. Porque é diferente é na hora que as coisas estão a ser feitas, é na hora que nós estamos a lidar com as coisas” [Ent. B-2-P](#)

No global nas várias fontes documentais há poucas referências evidentes ao foco de atenção e observação do supervisor durante o acto superviso. Também a orientação por parte dos enfermeiros da equipa da unidade de cuidados raramente surge como evidente sendo as duas docentes quem assumia este processo de forma praticamente integral.

Nos documentos resultantes da observação e das entrevistas não são frequentes as alusões que permitam identificar o domínio, **momentos de supervisão**, verificando-se assim uma baixa frequência de unidades de registo nas três categorias identificadas: na preparação para a actividade de prestação de cuidados; durante a prestação de cuidados e sobre a acção desenvolvida. O que parece estar de acordo com o referido anteriormente, que a experimentação em conjunto ou prática orientada supervisor-aluno não são estratégias

frequentemente observadas e quando ocorrem estamos perante actividades de prestação de cuidados de maior complexidade ou de risco acrescido para a pessoa alvo desses cuidados.

São os momentos de preparação da actividade a desenvolver e de revisão sobre o realizado as situações mais frequentes embora estas aconteçam frequentemente em grupo sem haver especificidades perante o estágio de desenvolvimento de cada aluno.

As reuniões de início de cada dia de trabalho tinham como principal objectivo o planeamento conjunto do trabalho a desenvolver encontrando estratégias de articulação entre os estudantes e as docentes de forma que estas dessem resposta às situações de prestação de cuidados com um grau de diferenciação mais elevado e conseqüente complexidade. Também, no final de cada dia de trabalho, o balanço conjunto da actividade, a discussão conjunta do dia seguinte são momentos de análise e reflexão sobre a prestação de cuidados, contudo os estudantes não os evidenciam como momentos supervisivos eventualmente pelo facto de ocorrerem em grupo e o aluno necessitar de uma atenção individualizada neste domínio.

“(…) verifica os nossos conhecimentos sobre a terapêutica, verifica a preparação e a maior parte das vezes a própria administração do medicamento. Depois ao longo do dia vão (docentes) estando atentas ao que fazemos e geralmente se há algum procedimento em especial elas também estão lá para supervisionar.” [Ent B-2-I](#)

Destaca-se o facto de os momentos de supervisão apenas se registarem com o docente como supervisor e, muito raramente, eles ocorrerem durante a prestação de cuidados ou a execução da actividade por parte do aluno. Exceptuam-se as situações à partida consideradas mais complexas.

Pela análise das notas de campo são raras as observações de momentos de supervisão dos estudantes enquanto desenvolvem intervenções de prestação de cuidados que envolviam técnicas e procedimentos de fundamentos de enfermagem tais como cuidados de higiene e conforto, alimentação, entrevista, entre outros. A realização de procedimentos técnico-instrumentais como cateterismos, tratamentos de feridas ou administração de terapêutica intravenosa constituíam sempre momentos de supervisão da actividade do aluno.

Neste domínio, por um lado, surgem unidades de registo que nos orientam para um estilo de fazer supervisão e conseqüentemente para uma **figura de supervisor** caracterizado por ter uma postura de maior ou menor proximidade, ajuda e colaboração na aprendizagem do aluno e, por outro, aquilo que são as percepções dos próprios supervisores sobre si e as suas funções. Neste caso, o supervisor é para o aluno fundamentalmente o docente, pois há um baixo nível de envolvimento dos enfermeiros da equipa na supervisão o que só acontecia a pedido e sob indicação específica do que orientar caso a caso.

Da análise da informação surgem duas visões algo opostas, por um lado o supervisor é visto como uma pessoa que no essencial facilita, estimula e desafia o aluno no seu processo de aprendizagem, fundamentalmente dando-lhe segurança para a realização da actividade pela sua presença ou pela ajuda na realização da actividade que dele obtém. Contudo, também assume este papel identificando a etapa de desenvolvimento do aluno e ajudando na construção de um espírito crítico ou de um quadro de valores. Por outro lado, o supervisor é identificado como uma figura distante, autoritária ou directivista pois identifica as lacunas de desenvolvimento do aluno, por vezes expondo-as e adoptando uma postura de crítica e reprovação, ou evidenciando o que pode ocorrer pelo não cumprimento do planeado. Tudo isto faz com que o aluno no contacto com o supervisor vivencie sentimentos menos positivos pela autoridade e baixa assertividade que evidencia.

“As coisas que nós ouvimos, vemos porque (:::), há aqui muitas coisas que se passam como por exemplo a pressão por parte das enfermeiras orientadoras que ou dá para aguentar ou não dá para aguentar. Às vezes a única coisa que apetece é ir embora e não voltar cá no dia a seguir.” [Ent. B-2-A](#)

São frequentes as situações valorizadas pelo aluno em que este sente que o docente teve um comportamento e uma atenção consigo promotores de uma identidade positiva, em geral associados a alguns procedimentos ou comportamentos que o aluno teve e que foram valorizados positivamente assumindo-se assim, como uma pessoa empática que também está atento a situações de isolamento ou sofrimento do seu supervisando.

Na terceira entrevista realizada junto dos estudantes, embora não existam muitos elementos caracterizadores do supervisor mantém-se as percepções diferentes sobre o estilo de fazer supervisão por parte de um dos docentes como os seguintes exemplos de unidades de registo podem evidenciar.

“Traumatizante é a nossa orientadora de braços cruzados a olhar fixamente para nós, a rudez também. O facto de ser um pouco rude, um pouco fria para nós.” [Ent. B-3-S](#)

“(…) porque realmente são ... Foram pessoas espectaculares no estágio que tive e que foram pessoas que me apoiaram imenso e que ainda hoje me marcam de forma positiva e que me deixaram boas lembranças.” [Ent. B-3-C](#)

Esta análise da informação parece evidenciar que ao fim de um ano os estudantes apenas retêm como supervisor um dos docentes a quem durante o ensino clínico atribuíram a liderança (não formalmente mas pelas múltiplas ocorrências) da orientação pedagógica e que no momento, era o supervisor que reunia as melhores e as piores percepções por parte dos estudantes sobre esta figura. Era-lhe atribuída exigência, rigor e autoridade mas simultaneamente mais desafio e trabalho de orientação efectiva.

No decurso do ensino clínico o supervisor raramente actua ou é visto como modelo, embora nesta categoria sejam identificadas algumas unidades de registo referentes a enfermeiros do

serviço o que nos pode evidenciar que quando este assume a orientação do estudante preocupa-se com o modo como está pois sabe que é assim que o aluno o vê.

“(...) nós somos muito mais cuidadosos e rigorosos quando temos alunos. Quando eles estão fazemos as coisas com mais calma para que eles se apercebam, acabamos por ser um pouco mais rigorosos por ser mais ponderados.” [NC B 06-06-20](#)

Salienta-se que no caso em apresentação a categoria de um supervisor distante e autoritário foi a que registou um número mais significativo de unidades de texto embora não se identifiquem características no supervisor de uma pessoa distante mas são múltiplas as referências a um supervisor directivista e pouco receptivo que dá orientações e se ausenta esperando que o aluno realize aquilo que indicou, definindo critérios e limites não dando tempo nem espaço para diálogo e esclarecimento de dúvidas.

O elevado número de alunos no grupo para uma orientação pedagógica centrada em dois docentes é percebido e referido pelos estudantes como um constrangimento quando um ano mais tarde se referem ao supervisor considerando que o relacionamento pedagógico e a interacção com o aluno ficou aquém do desejável e pontualmente sentiram falta de orientação.

No caso em análise durante o período de observação ocorreram poucas entrevistas com os enfermeiros da equipa que pontualmente assumiam a função de supervisores, assim como não eram frequentes as observações de outros elementos, além dos docentes, a assumirem a orientação dos estudantes, como já foi largamente referido. Contudo da informação analisada identificaram-se um conjunto de categorias dentro desta dimensão.

Ser supervisor é assumir um conjunto de funções ou tarefas das quais se salienta a função de avaliação e de acompanhar ou orientar a prestação de cuidados que o aluno realiza. Embora, nenhuma das funções esteja desligada das restantes estas têm uma ligação estreita pois o supervisor avalia, analisa ou reflecte sobre a actividade com o aluno, faz com que pense sobre a pertinência da intervenção, leva-o a concluir o que está mais correcto equacionando as alternativas que se colocam, alerta-o para as eventuais implicações do que realiza ou avalia a sua evolução porque o acompanha e orienta nas actividades de prestação de cuidados. O trabalho de avaliação e o de orientação são as funções mais identificadas no papel de supervisor tanto por parte do docente como do enfermeiro.

Ser supervisor é também estabelecer, com o estudante, uma **relação propícia à aprendizagem**, compreendendo as dificuldades ou o sentimento de caos que o ensino clínico provoca, adoptando uma atitude de ajuda para ultrapassar estes constrangimentos. Contudo, a ajuda pode passar pela orientação para que realize trabalho de promoção e aprofundamento de

conhecimentos ou em situações mais difíceis ter de ser normativo, definindo alguns limites ou critérios orientadores da sua conduta.

“(...) como não temos acesso ao programa de estudos deles, aos temas que já aprenderam e debateram é aí que eu tenho dificuldade, porque não sei. Primeiro procuro saber se não sabem se eu posso ou se devo explicar e ensinar ou se as docentes preferem ser elas inicialmente a fazê-lo, porque são as docentes as responsáveis directas pela aprendizagem deles.” [NC B 06-06-21](#)

No assumir destas funções, os enfermeiros, identificam alguns **constrangimentos** que se prendem com o conhecimento sobre o que podem, o devem fazer, isto é, como agir na orientação do estudante pois, não conhecem o nível de preparação dos alunos e há pouca articulação com a equipa docente. A preparação para a tarefa de supervisor é considerada deficitária pois não houve formação específica nem informações prévias e preparatórias do ensino clínico pelo que os seus referenciais neste domínio são as vivências que cada enfermeiro teve enquanto aluno.

Independentemente de todos estes constrangimentos, ser supervisor é percebido e vivido como um desafio que tem muitas exigências mas também alguns contributos.

Para se ser supervisor é exigível que se conheça o momento de aprendizagem e ser capaz de ajudar, conhecendo o que se espera que o aluno aprenda. Para tal esta função tem de estar atribuída a um enfermeiro mais experiente que saiba distanciar-se de si e centrar-se no estudante, estando próximo, disponível e com uma postura de ensino.

“(...) em situação de ser responsável mesmo por formação de alunos (adultos) em ensino clínico, e em todos eles eu dou disponibilidade e tempo. (...) também temos que adequar a disponibilidade que demonstramos à pessoa, se nós numa fase destas estamos a apressar o aluno! ele que tem muito pouca experiência neste tipo de procedimentos (...)” [NC B 06-06-21](#)

Embora menos frequente, são também identificados alguns contributos nos documentos analisados. Consideram que ao orientar o estudante o enfermeiro sente-se mais motivado, é mais rigoroso e ponderado. Pelo facto de ser uma actividade muito exigente a preparação teórica e prática, de quem a exerce, é considerado um contributo significativo tanto pessoal como para a equipa.

Vivências Emocionais

Durante os primeiros dias de ensino clínico os alunos vivenciam situações emocionais que analisámos identificando três dimensões, de sentimentos e emoções ocasionados pelo ambiente ou atmosfera afectivo-relacional daquele contexto de cuidados, pela ou na prestação de cuidados e ligados à realização de uma experiência ou procedimento pela primeira vez.

O **ambiente da unidade** é apresentado como um dos factores importantes pois o ambiente criado na relação com as pessoas e com o próprio serviço foi referenciado por alguns estudantes como ocasionador de sentimentos positivos. O aluno tem-se sentido bem no ambiente da unidade de cuidados pelo ambiente proporcionado, pela forma como foi acolhido sentindo-se bem naquele contexto, integrado e confortável.

“Favorece sem dúvida e tudo por uma questão de a pessoa se sentir bem no ambiente em que está. Para mim foi isso (:::) não sei explicar muito bem mas aqui sinto-me muito melhor e faço o trabalho que tenho a fazer.” [Ent. B-1-I](#)

Contudo, na relação com as pessoas e no ambiente que elas criam também há a percepção de sentimentos menos positivos, pelos conflitos, por falta de comunicação, por falta de apoio ou por se sentir constrangido quando tem de se expor a uma situação mais ansiogénica. A falta de acolhimento, de ajuda e a percepção de estar a ser avaliado fazem com que percepcione sentimentos complexos de gerir.

“(…) não senti que conseguisse ajudar aquela doente, tanto por falta de experiência como também não sabia (...) Senti-me um bocado perdida porque não sabia o que poderia fazer, o que não podia fazer, onde estavam as coisas, o que poderia usar, o que não poderia usar ... Foi um bocado choque.” [Ent. B-1-U](#)

A insegurança, nervosismo, incapacidade (por falta de conhecimentos) ou tristeza são mais frequentemente referenciados neste domínio relativamente a outros conotados de forma mais positiva.

O ambiente ocasionado pelo contacto com as pessoas internadas com manifestações clínicas de algum sofrimento e dor são vividas de forma penosa, pelo aluno. A gravidade da situação de saúde das pessoas internadas, a sua solidão, a percepção de abandono dos idosos, são situações percebidas pela primeira vez no ensino clínico (e para muitos estudantes na vida), provocando perturbação e sofrimento emocional. No contacto com pessoas em situação terminal de vida, o aluno sente-se inseguro, provoca-lhe inúmeras interrogações e dúvidas pois o ambiente torna-se demasiado exigente e hostil. Assim, no confronto entre a sua preparação (escassa) e aquilo que a situação exige surgem sentimentos de tristeza e choque emocional tal como a unidade de registo documenta.

“Tinha medo de me chegar ao pé dela porque nunca tinha estado em contacto com ninguém assim, nunca tinha visto. Não sabia se ao tocar-lhe iria sentir dor, se me estava a ouvir se não estava a ouvir, se (...) Não sei (???), um nó na ... No estômago.” [Ent. B-1-A](#)

A interacção supervisiva do docente com o aluno, quando este tem de demonstrar ou executar, parece estar a ser percebida como factor desencadeador de alguma tensão e stress (por dois estudantes) pelo facto de terem de se expor e assim sentem-se avaliados e não apoiados.

No final do primeiro ensino e no que se prende com o atmosfera daquele contexto de cuidados não há unidades de registo enquadráveis na categoria “acolhido e integrado” e alguns

estudantes expressam sentimentos de alegria ou satisfação por nalgum momento se terem sentido úteis ou valorizados.

Saliente-se que as manifestações mais frequentes se enquadram em categorias que exprimem sentimentos menos positivos como a ansiedade e nervosismo frequentemente associados ao medo, à tristeza e frustração e ao constrangimento. A causa apresentada para estas vivências emocionais está directa ou indirectamente ligada com a orientação. A pressão pelo questionamento dos docentes, o medo de errar e estar a ser avaliado, a pressão pela presença do orientador, sentir-se observado ou avaliado, as chamadas de atenção estão entre as razões maioritariamente apontadas.

“Dificultadores são as perguntas que as enfermeiras orientadoras fazem. (risos) (...) Por outro lado não gosto que lá esteja porque me sinto nervosa e sei que estou a ser avaliada e ... tenho nota por isso, não é? (...) Eu estou a ser orientada e estão sempre em cima de mim, eu vou nervosa e tenho de ir estudar para casa e estou sempre com medo do que faço mal ou bem. (...) As situações dos doentes também mas o nervosismo é mais quando estamos com os orientadores e nos fazem perguntas e não sabemos responder e "levamos mesmo na cabeça", isso ...” [Ent. B-2-L](#)

As excepções referem-se a um estudante que fica menos ansioso sempre que é orientado por um dos docentes pela sua menor exigência, e outro que manifesta sentir tristeza associada ao ambiente pesado que se faz sentir pela gravidade das situações de doença que as pessoas internadas apresentam.

Situação diferente decorre da análise das entrevistas dos alunos um ano mais tarde em que há algumas manifestações de satisfação no que se prende com o ensino clínico pelo sucesso ou crescimento pessoal que tiveram, contudo apenas quatro deles referem continuar a lembrar aquele ensino clínico como uma vivência emocional negativa, pela orientação. Entre estes saliente-se um que define como revolta o sentimento que guarda daquele período de aprendizagem.

A codificação de unidades de registo relativa a sentimentos vivenciados na situação de **prestação de cuidados** é muito mais significativa do que a referente às outras dimensões. As manifestações emocionais e sentimentais que salientam uma visão mais positivo são em geral de alegria, de satisfação mas também de gratificação ou recompensa e são globalmente decorrentes daquilo que o doente refere. O aluno parece sentir que o *feedback* que o doente lhe deu, pelo apoio que lhe prestou, pela ajuda, pela substituição, ou o diálogo que teve com ele, é o elemento mais significativo, mais valorizado e que o faz sentir-se bem.

A avaliação que o doente faz (um agradecimento, um pedido ou uma manifestação), parece surpreender o aluno sentindo que a sua actividade está a ser aceite e valorizada. Sente-se gratificado e/ou recompensado pela percepção de que está a ajudar a pessoa alvo de cuidados.

“Quando o senhor agradeceu, senti-me bem, foi gratificante, é muito gratificante quando os doentes reconhecem o nosso trabalho, o pouco trabalho que fazemos mas que para eles, pelo que pareceu, foi muito. (...) agradeceu-me imenso porque nunca lhe mudavam a fralda e ela estava ali horas e ... Foi muito gratificante, senti-me recompensada.” [Ent. B-1-I](#)

Situação similar ocorre ao terminar o ensino clínico em que praticamente todos os estudantes manifestam sentimentos de alegria e satisfação ou de gratificação por acontecimentos ligados à prestação de cuidados como a percepção de ter feito a pessoa alvo de cuidados sentir-se bem, a realização de um procedimento técnico-instrumental mais exigente, ouvir um elogio, a melhoria do seu doente ou mesmo o seu regresso ao domicílio.

“achei que a senhora melhorava durante o período em que estive comigo, e quando estive com ela senti um grande contentamento. Foi um sentimento que eu gostei bastante, saber que estava a ajudar as pessoas e senti-me muito feliz por isso. (...) mas ao mesmo tempo é agradável porque vê-la naquela situação causa-me algum transtorno mas também sei que o facto de eu estar ali e as enfermeiras confirmarem que eu estou a fazer o melhor por aquela pessoa deixa-me ao mesmo tempo bastante contente.” [Ent. B-2-G](#)

A vivência de um conjunto de sentimentos negativos ligados ao contacto com os doentes durante a prestação de cuidados emerge da análise de todas as entrevistas realizadas ao iniciar o ensino clínico. A dor, a tristeza ou o choque emocional são vivenciados pelo estudante pela percepção da situação de doença e de sofrimento do outro seja este físico, psíquico, afectivo ou social. O aluno parece integrar aquilo que percebe que o outro está a sentir. Também o desenvolvimento de cuidados que envolvam o contacto mais próximo com o corpo da pessoa, a observação de estruturas orgânicas ou a sua manipulação são sentidas como constrangedoras ou mesmo repugnantes provocando no estudante dificuldades em enfrentar a situação e desconforto ao lidar com a pessoa.

“(...) contacto com o corpo da pessoa também me chocou um bocado, aquela situação particularmente de tirar a fralda eu pensei assim: “Agora vou ver!” (...) por tudo, foi pelo corpo, foi por ser uma situação repugnante porque nunca tinha estado nessa situação mas tentei normalizar” [Ent. B-1-L](#)

O medo é desencadeado quando ao aluno é atribuída uma pessoa para cuidar com estado geral muito grave em que há dificuldade na comunicação verbal ou manifestações de dor. Não é fácil aproximar-se e fazer uma apreciação geral conhecendo as necessidades da pessoa em cuidados de saúde e, assim, não sabe como proceder o que lhe vai aumentar o seu sentimento de medo e insegurança. As expressões emocionais de medo também surgem apenas pelo receio de não saber e de poder falhar na actividade que se propõe desenvolver pois está consciente do dano ou sofrimento que pode provocar no outro, tem a percepção que num momento tão inicial do seu ensino clínico a ansiedade é maior no momento da execução.

Também o abordar o doente pode ocasionar sentimentos de medo, nos primeiros contactos, pois o aluno não sabe como será acolhido pelo doente ficando inseguro. Associado há também a percepção de nervosismo e ansiedade especialmente quando desenvolve actividades pois a

inexperiência, o desconhecido e a imprevisibilidade que lhe é inerente ocasionam estes sentimentos que só por si trazem maiores dificuldades.

“(…) foi mesmo o medo com a minha doente, ela era muito (???) foi mesmo o medo, eu não sentia o feedback dela, não sentia ... (…) o medo de falhar porque não estamos a tratar de coisas estamos a tratar de pessoas e o medo de falhar é muito grande e no estado de pressão em que eu estava é o medo de falhar mesmo, medo de ouvir ou de estar aquém (++) da responsabilidade” [Ent. B-1-M](#)

“(…) um certo receio de rejeição, que o doente não (...) que não consiga logo criar uma relação de simpatia e de confiança, isso assusta-me um bocado porque eu tenho um bocado aquela ideia que o doente tem que ser (++) não é prestável, tem que ser ... tenho ideia de um doente que seja acessível, (...) causa-me uma certa dificuldade em dar o primeiro passo para estabelecer uma ligação com a pessoa com medo da rejeição porque tenho ideia que têm de gostar todos de mim” [Ent. B-1-N](#)

Os sentimentos de medo parecem desaparecer com a aprendizagem e o conhecimento que vão adquirindo tanto dos cuidados como das pessoas que cuidam pois no final da 6ª semana surge nesta categoria uma quantidade de unidades de registo residual e um ano mais tarde os alunos apresentam uma perspectiva de desvalorização do medo pois aquilo que consideravam que iria ser mais amedrontador foi o que se revelou mais fácil e gratificante, isto é, o doente.

A ansiedade e o nervosismo são referidos ao longo de todo o percurso por poucos estudantes, acontecendo perante a execução de um procedimento mais complexo ou em que se verifica qualquer intercorrência ou apenas porque a pessoa a cuidar está gravemente doente. Isto é, o nervosismo surge associado à imprevisibilidade da actividade e eventual dificuldade de controlo. Já um ano mais tarde o estudante parece ter reconstruído a sua percepção pois as situações em que ocorreu nervosismo são recordadas apenas como tendo sido muito importantes para o seu desenvolvimento e aprendizagem.

As vivências emocionais e sentimentos expressos pelo estudante, decorrentes da prestação de cuidados são muito intensos e evidentes, enquanto o ensino clínico decorre, contudo, quando questionados um ano mais tarde as respostas são pouco circunstanciadas e por vezes denotando dificuldade em especificarem sentimentos.

Independentemente do que referem, a visão global que emerge da análise do conteúdo das entrevistas, é positiva e aquela foi uma experiência marcada pelas boas recordações e genericamente apreciada como boa.

Da análise da informação recolhida ao iniciar o ensino clínico ainda emerge um conjunto de manifestações emocionais e sentimentos que o aluno percebe em situações ligadas à **primeira experiência** de realização de uma determinada actividade. Nem todos os alunos expressaram vivenciar reacções emocionais significativas ligadas a uma primeira vez que são confrontados com uma actividade de prestação de cuidados, contudo todos os que o fizeram apresentam-no ligadas a expressões emocionais ou sentimentos menos positivos como dor,

tristeza, insegurança, nervosismo e repugnância, e nunca vivências mais positivas como a satisfação ou alegria.

A percepção altera-se com o período de formação pois à 6ª semana alguns estudantes expressam sentimentos de alegria e satisfação ligados à execução, pela primeira vez numa pessoa, de um procedimento técnico-instrumental em que há um balanço positivo, isto é, foi finalizado de acordo com os objectivos definidos.

“A primeira vez que puncionei, correu muito bem mesmo, aí foi o meu sentimento mais positivo, fui elogiada pelos dois enfermeiros e depois fui elogiada pelas docentes, fiquei toda radiante, porque era a primeira vez e senti-me bem.” [Ent. B-2-U](#)

Aparentemente os sentimentos de ansiedade e insegurança acontecem ligados a uma primeira execução técnico-instrumental pelo receio de falhar ou de não ter conhecimentos suficientes para ter uma intervenção adequada à resposta apresentada pela pessoa, enquanto o constrangimento ou repugnância surge associado ao estado de saúde da pessoa que cuida, assim como, a tristeza ou frustração que acontece em situações em que o aluno percebe dor ou sofrimento significativos no doente durante a execução de um procedimento.

“(Assistir a uma intubação com SNG) Isso foi ... E também o pânico! Os enfermeiros estavam lá a ajudar mas eu não sabia, às tantas, se devia fazer aquilo, se o doente queria, porque ela não respondia, olhava e estava sempre (:::) estava consciente e inconsciente e isso foi um bocado ...” [Ent. B-1-M](#)

Saliente-se que passado um ano da realização do ensino clínico nos discursos dos estudantes as emoções ou sentimentos ligados à primeira experiência de cuidados na pessoa não registavam qualquer alusão, mesmo tendo ocorrido algumas situações de grande carga emocional e que potencialmente poderiam ter sido traumatizantes para o aluno.

Em Síntese

O conceito dominante de ensino clínico é o de um período de aplicação dos conhecimentos que já detêm. Alguns estudantes consideram que em contexto de ensino clínico têm a percepção de falta de conhecimentos, pela exigência da sua integração nas actividades que realizam e, nessa medida, é um período de aprendizagem. A flexibilidade e a capacidade de adaptação com transferência de saberes, são requisitos fundamentais naquele momento pois o contexto tem um elemento diferenciador, o doente.

Com a vivência do ensino clínico há uma evolução deste conceito fazendo com que todos percebam e expressem que teve uma dimensão de aprendizagem com impacto no modo como vão abordar o seu desenvolvimento no futuro considerando-o muito importante para o que, em termos formativos, vai ocorrer a partir daí.

Inicialmente, alguns tinham o conceito que seria um período importante na definição sobre a profissão a seguir mas, mais tarde, praticamente todos os alunos revelam que o ensino clínico

foi fundamental para essa clarificação pois puderam validar se de facto estavam preparados para tal.

Por um lado o ambiente relacional é pesado e emocionalmente difícil tanto pela situação de saúde das pessoas ali internadas como pelo ambiente de relacionamento que percebem entre os profissionais. Por outro também o modo como se sentiram acolhidos e integrados, a juventude da equipa, o respeito e amizade que se vive ali estão a condicionar muito positivamente a representação com que ficam do ensino clínico. Estes são elementos apresentados com alguma surpresa pois só a situação os fez perceber a sua importância. Esta não é uma representação consolidada pois mais tarde o aluno volta a manifestar insatisfação sobre o ambiente recordando-o como um espaço de avaliação e uma orientação algo dirigista.

Partem de um conceito de ensino clínico como um local em que a actividade é de menor complexidade relativamente ao que pensavam, embora adequada em termos quantitativos. Emocionalmente é um período exigente para uma minoria de alunos tanto pela situação das pessoas internadas como por ter de lhes prestar cuidados. Ao fim de um ano ele surge como pesado emocional e fisicamente pela carga de trabalho e por lidarem com situações de morte.

Também a prestação de cuidados exige um maior nível de conhecimento do que aquilo que pensavam pois perante as manifestações clínicas ou outras por parte do doente ficam inseguros. O apoio à actividade está a ultrapassar aquilo que era a sua representação prévia e surge como atenuante da exigência. Salienta-se que este apoio surge sempre como proveniente do docente, a equipa não é percebida e apresentada como orientadora (por parte dos alunos). Contudo mesmo com esta orientação surgem manifestações contrárias.

Evidencia-se uma dificuldade em apresentar resposta estruturada e global, pois é uma área muito centrada no aluno e na sua capacidade de pensar e falar sobre si próprio. Estudantes aprendem pela execução seja na prestação de cuidados, na vivência das situações ou na partilha com colegas. A análise e reflexão é identificada por um baixo número de estudantes, contudo há uma mudança de percepção quando mais tarde referem o contacto com a pessoa cuidada como estruturante no modo como aprenderam mas também a análise e discussão das situações da prática tanto associada com o trabalho como à partilha com colegas.

A aprendizagem centra-se nas categorias:

- comunicação e relação, um processo mais complexo e difícil do que o esperado mas também mais significativo;
- planear cuidados, é uma tarefa complexa que nem sempre se consegue realizar se não houver repetição de situações, isto é, a mesma pessoa cuidada. Nestas condições assume a faceta de aprender a sequenciar os cuidados que habitualmente se realizam em cada turno;

- realização de procedimentos técnico-instrumentais, assume um carácter de aprendizagem de novo pois perante a pessoa a cuidar os conhecimentos adquiridos em sala de aula saem agora claramente desfavorecidos/desvalorizados.

Mais tarde esta aprendizagem deixa de ser valorizada ficando a comunicação como a área que o aluno mais reteve e valorizou, o planeamento é percebido e referido como aprendizagem significativa mas tal acontece apenas a um nível muito inicial pois não passa de uma aprendizagem de sequenciar cuidados mais frequentes e rotineiros no serviço completando, em tempo útil, essa sequência.

Nos factores influentes no processo de aprendizagem salienta-se a equipa de docentes como promotora de exigência e fulcral no desenvolvimento enquanto a equipa de enfermagem é percebida de forma díspar. Considera-se que os conhecimentos prévios são escassos pelo que houve muita necessidade de trabalho de pesquisa em simultâneo com o ensino clínico. Mas são as características pessoais como o empenho, a motivação, a auto-estima e a disponibilidade o mais significativo e determinante que restou como elemento fundamental na aprendizagem em ensino clínico.

O contexto de aprendizagem é favorável e acolhedor, o ambiente relacional entre a equipa de enfermagem e os docentes era bom o mesmo não acontecia na relação da equipa com os estudantes. A atmosfera era cognitivamente mais estimulante sempre que estavam com um dos docentes pois há discrepâncias entre o que aprenderam e o que vêem realizar. Nestes momentos são ajudados na desocultação da prática como Sá-Chaves (2000) refere.

O processo supervisivo é sempre percebido por um elevado número de estudantes numa perspectiva inspectiva, de avaliação e de controlo e, como tal, “excessivo”. Nas estratégias supervisivas adoptadas são as actividades que envolvem análise e discussão das práticas aquelas que são mais significativas tanto as que têm como objectivos o planeamento como aquelas em que se faz o balanço da actividade em que há *feedback* e avaliação da actividade ou dia de trabalho.

A orientação ou experimentação em conjunto acontece fundamentalmente entre aluno e docente e, sendo formativa, em geral resulta em mais trabalho para o aluno pelas lacunas de conhecimento que são identificadas sempre que há questionamento durante a actividade. O foco de atenção e observação do docente durante os momentos supervisivos prendem-se com a prestação de cuidados em si, a correcção do acto ou procedimento (fundamentalmente rigor técnico) e o conhecimento que o aluno detém para a realização da actividade.

Os momentos de supervisão centram-se fundamentalmente na preparação da actividade a desenvolver e na revisão ou análise sobre a sua realização o que se relaciona com o facto de ser o docente a fazer a orientação do estudante. O elevado número de estudantes a orientar faz

com que o docente não esteja presencialmente durante a realização/execução dos cuidados (exceptuam-se procedimentos tecnicamente mais complicados).

A figura do supervisor é aqui de forma dominante o docente, que assume fundamentalmente duas posturas segundo o aluno, aquele que:

- facilita, estimula e desafia o seu processo de aprendizagem dando-lhe segurança e ajuda na actividade e que ajuda a construir um espírito crítico;

- é distante, autoritário, que identifica lacunas, que adopta uma postura crítica e de reprovação.

Salienta-se a este nível a visão diferente que os estudantes têm dos docentes que assumem a orientação, salientam e retêm aquela a quem atribuíam as melhores e as piores características.

O ser supervisor assume como principal função a avaliação do aluno e o acompanhamento e orientação na prestação de cuidados. Também passa por estabelecer uma relação propícia à aprendizagem embora a este nível se expressem constrangimentos pois o conhecimento sobre o que podem ou devem fazer é insuficiente, não conhecem o nível de preparação dos alunos e neste domínio a articulação docente/enfermeiro é baixa.

A unidade de cuidados e o ambiente criado na relação com as pessoas ocasiona sentimentos positivos mas apenas numa etapa inicial embora outros menos positivos também sejam expressos tanto pela falta de comunicação e apoio como pela percepção de estar a ser alvo de uma avaliação, o que ocasiona insegurança e nervosismo. O contacto com as pessoas internadas provoca sentimentos e vivências de sofrimento emocional e tristeza. A relação e o contacto supervisory são a causa mais frequente da expressão de medo, tristeza, frustração e constrangimento, situação que só mais tardiamente se altera fazendo com que alguns alunos não se refiram deste modo ao ambiente criado na unidade. Também numa fase tardia surgem sentimentos de alguma satisfação no que se prende com o sucesso obtido.

A prestação de cuidados ocasiona manifestações ou vivências emocionais positivas pelo *feedback* que o doente dá ao aluno sobre os cuidados que lhe prestou mas também é neste contacto que pode perceber dor, tristeza ou choque emocional sempre que a pessoa a cuidar está numa situação de saúde muito grave, ou repugnância/constrangimento quando há situações que exigem manipulação contactando directamente com o seu corpo. O medo surge em múltiplas situações tais como cuidar de uma pessoa em situação de saúde grave, o receio de não saber e poder falhar ou o abordar o doente. Esta percepção com a experiência e com os conhecimentos que vão adquirindo tende a desaparecer e aquilo que era mais amedrontador foi o que se revelou mais fácil e gratificante.

A realização de uma actividade pela primeira vez, isto é, a primeira experiência ocasiona numa fase inicial de ensino clínico sentimentos menos positivos como a insegurança, o nervosismo ou

a dor mas com o decorrer do período de aprendizagem a primeira execução de um procedimento pode ocasionar alegria e satisfação pela sua finalização com êxito. O receio de falhar pode provocar ansiedade e insegurança.

3.3 – ... O ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR

Os estudantes do 3º ano ao iniciarem o ano lectivo iniciam também o seu período curricular de formação em contexto de prática clínica. Segundo as orientações e o plano de integração dos alunos no serviço a primeira semana estava destinada a actividades de acolhimento tanto na instituição hospitalar como no serviço, de observação da prestação de cuidados, de colaboração na prestação de cuidados de higiene e conforto e alimentação. Apenas no último dia se previa a atribuição de um doente ao aluno para iniciar a execução de algumas actividades de menor complexidade. A metodologia de orientação previa a orientação conjunta de um tutor e um co-tutor por aluno, e do docente que diariamente está algumas horas no serviço nesta actividade de articulação para a orientação pedagógica.

Assim, no momento em que a primeira entrevista ocorreu, o estudante tinha apenas experiências pontuais de prestação de cuidados efectiva. As primeiras questões apresentadas pretendiam conhecer o conceito de ensino clínico para o estudante e a sua representação sobre o período formativo que estava a iniciar. Partindo desta informação e de toda a obtida nos outros momentos de trabalho de campo foi realizada análise de conteúdo onde identificámos e codificámos um conjunto de categorias. É essa análise e as suas principais evidências que passamos a apresentar.

Conceito(s) e Representação(ões) do Ensino Clínico

Este período é percebido como um período de aprendizagem complementar à que realizou nos primeiros dois anos, em contexto escolar, contudo mais global e integradora, permitindo ver a pessoa de forma holística pois vai ser ajudado a integrar conhecimentos teóricos, isto é, vê uma componente de ensino importante nesta formação em contexto de prática. Também o percebe como um período de socialização com a profissão reconhecendo que é ali que vai aprender a ser enfermeiro.

“(…) na teoria vemos que se faz isto e mais isto e isto, mas nós vamos ver que, se calhar o doente pode ter um conjunto de outras componentes que pode fazer com que a nossa actuação seja completamente diferente, e é só aqui que nós compreendemos isso.” [Ent. C-1-N](#)

Muitos destes estudantes partem para o ensino clínico com conceitos ligados à aprendizagem mas tendo como base uma lógica de aplicação dos conhecimentos adquiridos no período teórico, estes foram incluídos na categoria “**aplicação e demonstração de conhecimentos anteriores**”.

A representação da actividade que vão desenvolver como um “pôr em prática”, “aplicação prática” ou “aplicar aquilo que se aprendeu” surge em primeiro lugar no conceito do aluno mas em regra é complementada com pormenorização que evidencia uma dimensão mais vasta de aprendizagem.

Para o estudante é evidente que o ensino clínico será sempre uma etapa com maior potencial formativo, de aprendizagem, que o período de formação em contexto escolar anterior. Nas suas expressões sobre esta dualidade parece transparecer alguma desvalorização do período de “teoria” que tiveram ao longo de dois anos, como se ele tivesse acontecido apenas porque é obrigatório, algo menos significativo. Agora sentem que irão ter uma aprendizagem mais centrada e dependente de si.

“(…) na parte teórica acho que há um momento que uma pessoa começa a ver que aquilo não é assim tão importante e que não é ali que uma pessoa vai aprender. Apesar de me ter empenhado sempre, sempre pensei que agora é que vou ter de dar tudo, agora é que é o momento decisivo (...) Agora é que vai ser a verdadeira pesquisa e que vamos conseguir conciliar muito as coisas, os conhecimentos com aquilo que temos de realizar” [Ent. C-1-J](#)

Ao apresentarem o conceito de ensino clínico todos os estudantes (com ênfases diferentes) têm uma visão de um tempo em que vão poder desenvolver novas aprendizagens e promover os seus conhecimentos. Este é também um período de aplicação das aprendizagens que realizaram durante os dois primeiros anos curriculares.

Quando um ano mais tarde estes estudantes são confrontados sobre o que foi o seu primeiro ensino clínico a sua representação tinha sofrido uma evolução importante. Para todos é evidente que se tratou de um período de grandes desenvolvimentos. Alguns referem aspectos ligados à sua formação durante aquele tempo, enquanto outros o definem como um período com grande significado e impacto pessoal ou como uma base e referência para os outros ensinamentos clínicos que entretanto desenvolveram.

Contrariamente ao que expressaram ao iniciar a prática clínica não se referem a aprendizagens concretas que desenvolveram, uns consideram que teve impacto no seu desenvolvimento global, outros numa dimensão mais pessoal e outros numa dimensão de conhecimento da enfermagem, enquanto profissão.

A representação de que tinham aprendido muito, de um período de descobertas, de autoconhecimento, de aprender a exercitar a capacidade de pensamento e reflexão, a conhecerem o seu papel e a representação que os outros têm de si, a questionarem as suas posições, estão entre os principais aspectos que categorizámos na dimensão global e pessoal do que aprenderam.

“(…) aquela aprendizagem mesmo, de reflectir sobre a própria prática, poder exercitar, poder (:::) aperfeiçoar a nossa prática, aprender quais são os nossos papéis, como é que podemos desempenhar realmente determinados aspectos, determinadas funções. Podemos observar modelos, seleccionar entre eles as características ... Modelos de enfermagem, os enfermeiros. Os modelos que nós temos no serviço. (...) Se eu não me tivesse apercebido de

determinados factores porque não são sempre os outros que estão mal, nós também estamos mal, nós precisamos de modificar imensa coisa principalmente a nível de personalidade.” [Ent. C-3-B](#)

Para um grupo menor de estudantes aprender ou conhecer a realidade do trabalho de um enfermeiro numa unidade de cuidados, o que é ser enfermeiro, as limitações quotidianas ao trabalho de enfermagem, como se articula o conhecimento teórico com a prática, como se pensam os cuidados, é aquilo que o seu primeiro ensino clínico representou.

Alguns dos sujeitos em estudo são menos objectivos no seu conceito remetendo-o para o significado que o período de aprendizagem teve na globalidade considerando-o uma referência do que vem a seguir, podendo esta ser positiva ou negativa.

“O primeiro contacto, a primeira vez que vamos ... sei lá! Vou saber lidar com aquilo? Não vou? E a forma como se ultrapassa tudo isso e a forma e as estratégias utilizadas, acho que acaba por determinar todo o percurso. Talvez se não tivesse aproveitamento nesse ensino clínico, talvez isso fosse determinar tudo o resto e isso tem fundamento porque a potencialidade estava lá mas a forma como tudo aquilo acontece, por isso é que eu o considere muito importante. (...) Ali não correu bem e eu muitas vezes lembro-me daquele ensino clínico quando (++) preciso dele. (...) Lembro-me muitas vezes como correu, tenho aquilo como sendo o padrão. Eu vou comparar muito àquele ensino clínico, não sei porquê.” [Ent. C-3-C](#)

Saliente-se que há dois estudantes que apresentam o conceito de que o ensino clínico foi um período significativo e importante para todo o seu percurso seguinte mas por vivências apresentadas como negativas como ilustra a unidade de texto.

“Acho que foi a queda na realidade (risos). Eu acho que sempre quis ser enfermeira desde pequenina mas a imagem da enfermagem é uma imagem romântica, perfeitamente romântica (++) e durante o curso é a mesma coisa, aprende-se muita coisa mas (:::), não entrando no hospital como a heroína que eu vi no filme quando eu tinha dez anos! Realmente é cair num serviço, especialmente Medicina que é um serviço muito duro, muito ...” [Ent. C-3-R](#)

Assim apresentado o ensino clínico teria funcionado como um desafio em que o estudante perante uma realidade contrária aos seus ideais e valores quis perceber e compreender mais profundamente tanto o ambiente de cuidados como as suas capacidades, confrontando-os e, para o conseguir teria de continuar o seu percurso formativo.

A categoria “**definição da opção profissional**” surge com pequeno relevo entre estes estudantes, pois explicitamente não se encontram unidades de texto aqui categorizáveis. Na análise do texto de algumas entrevistas há referências enfáticas ao ensino clínico como período de conhecimento daquilo que de facto é a profissão de enfermagem e ser enfermeiro, isto é, de socialização com a profissão, o que sugere que o aluno também pensa que este período será importante para a sua clarificação sobre a opção profissional a seguir.

“(…) tivemos teoria, teoria, teoria e agora é a primeira abordagem que estamos a ter em contexto prático e estamos a aprender o que realmente é a profissão porque na teoria tudo bem ... é importante ter a teoria, a base teórica, os fundamentos mas aqui estamos a ver que nem tudo é como devia ser nem tudo é como aprendemos ou ... aqui é muito mais ... É a realidade!” [Ent. C-1-J](#)

Um ano após a realização do ensino clínico os estudantes continuam a considerar o primeiro ensino clínico como significativo no início da sua construção identitária com a profissão de

enfermagem sem contudo lhe atribuírem a dimensão de importância de ajuda na actividade profissional a seguir. Assim, para estes estudantes este período (explicitamente) nunca representou um tempo de validação sobre o curso por que tinham optado.

Da representação construída sobre o ambiente que iria encontrar e dos relacionamentos caracterizadores da unidade de cuidados surge a dimensão “**ambiente relacional**” onde emergem as categorias de um ambiente acolhedor e favorável à aprendizagem, de ajuda e proximidade ou de respeito e amizade mas também pouco acolhedor e propício à aprendizagem ou hostil e emocionalmente difícil.

O ambiente decorrente da relação com a equipa de enfermagem globalmente ou com o enfermeiro tutor em particular é um aspecto referenciado por muitos alunos, o modo como se sente acolhido, a comunicação estabelecida, o envolvimento na dinâmica da prestação de cuidados e o apoio, fazem com que sintam o ambiente relacional favorável para o seu processo de aprendizagem. Consideram-no fundamentalmente um ambiente em que a relação é de ajuda e proximidade, tendo-se sentido acolhidos e a terem uma integração muito progressiva, em que a equipa é percebida como um primeiro recurso.

“Comunica-se muito bem, eu quando cheguei aqui, senti-me logo como se estivesse aqui há muito tempo, as pessoas (:::) integraram-nos muito bem na equipa. Em termos de comunicação e todos esses aspectos acho que é muito bom mesmo. Senti-me muito bem.” [Ent. C-1-L](#)

A abertura, o modo receptivo e disponível como as pessoas internadas aceitam a presença do aluno ou mesmo a sua intervenção na prestação de cuidados surpreende-os positivamente. O modo como o doente o acolhe é considerado uma ajuda para o seu desenvolvimento e constitui uma surpresa pois nas suas representações prévias o ambiente nesta relação seria muito menos facilitador do seu envolvimento e aprendizagem.

“(…) são todos muito simpáticos connosco que eu nunca pensei que fossem tão simpáticos com os estagiários, mas são. Estamos a fazer uma punção e se por acaso não conseguimos à primeira eles logo dizem: “Vá lá menino, não se preocupe, esteja à vontade, demore o tempo que for preciso” [Ent. C-1-Y](#)

A relação entre estudantes neste contexto é considerada muito favorável e adequada, de ajuda na resolução de problemas ou o recurso no esclarecimento de dúvidas, o que não estava no seu pensamento prévio.

O ambiente criado pelas relações entre os profissionais que ali trabalham não é significativamente percebido ou referido pelos estudantes, eventualmente pelo pouco tempo que têm de contacto, parece contudo que o ambiente que encontram vai ao encontro do que estava nos seus conceitos prévios.

“(…) eu tinha algum receio antes de vir para cá, era de me separar de algumas pessoas com que eu estou mais habituada a lidar e ter de lidar com outras pessoas que eu falava com elas, eram meus amigos mas não sentia o apoio que agora sinto” [Ent. C-1-S](#)

Em oposição, um grupo de alunos sente que o ambiente relacional estabelecido pela equipa nesta fase de integração se afasta da forma como a tinham imaginado consideram-no pouco favorável ou mesmo de hostilidade. Há a percepção que não se é desejado, tendo muitas vezes de impor a sua presença junto dos profissionais sentindo-se a mais, ouvindo expressões de alguma rispidez pela sua presença, que lhe ocasionam sentimentos de inferioridade e humilhação.

“(…) não sei mas tenho medo de estar a atrapalhar, por vezes as enfermeiras não mostram muita receptividade e por vezes até dizem coisas como “sai da frente, não atrapalhes” (...) fazem comentários que nos fazem sentir um bocado um bocado ... Vou utilizar a expressão, fazem-nos sentir um bocado burros e nós não somos, eu pelo menos não!”

[Ent. C-1-A](#)

Há subjacente a estas manifestações uma aparente desilusão, o aluno não parece estar minimamente preparado para aquilo a que se está a expor o que também está longe das suas representações prévias de ensino clínico pois, um enfermeiro que já teve a experiência de aluno nunca poderia deixar de estar sensível ao momento tão exigente e singular em que se encontra.

No conceito de ensino clínico apresentado surge o domínio “**exigência(s)**” onde identificámos um conjunto de categorias tais como o apoio para a actividade, a quantidade e carga de trabalho, a preparação e/ou conhecimentos necessários e o envolvimento emocional, todas relativas à actividade em ensino clínico.

A percepção de um maior apoio para a actividade a desenvolver, no início desta nova etapa da sua formação, é evidenciado por alguns estudantes. Era espectável ter um período com uma maior componente de ensino e *feedback* sobre as actividades que desenvolvem. Esta percepção é confirmada no discurso de poucos dos entrevistados.

Em simultâneo também não há percepção que o docente adopte uma atitude de apoio, ensino, identificação de lacunas de conhecimento, isto é, o estudante considera que nem o seu enfermeiro tutor nem o docente lhe proporcionam a orientação que esperaria. Pelo contrário percebe a presença do docente numa atitude de avaliação constante e desde os primeiros dias de ensino clínico, sem lhe dar tempo para se desenvolver, o que é oposto ao conceito que tinha nas suas representações prévias.

“Seria mais facilitador da nossa aprendizagem porque nós só podemos passar à parte de que vamos integrar o que nos está a ser feito e aprender depois de nos sentirmos seguros (++) , entre aspas. Tem de haver uma coisa prévia para que depois essa aprendizagem possa acontecer (...) Há muitas coisas que falham e era muito importante que alguém no fim de cada dia, professor orientador, tutor ou quem quer que fosse nos fizesse essa apreciação.” [Ent. C-1-C](#)

Passado um ano de o ensino clínico ter ocorrido os alunos continuam a ter um conceito de que o apoio que tiveram ao iniciar a sua aprendizagem em contexto de prática ficou muito aquém daquilo que era exigível e isso teve reflexos no seu desenvolvimento tornando, por exemplo,

ainda mais exigente emocionalmente o ensino clínico. Saliente-se que a maior parte dos alunos expressam nesta visão distante que aquele foi um período de grande exigência emocional pela situação de saúde das pessoas internadas. A orientação pedagógica tornou-o ainda mais pesado pela tensão e pressão que imprimiu.

“(…) abordar as pessoas de uma forma diferente, pensar que não é fácil para elas, que é o primeiro ensino clínico, mesmo nos momentos de avaliação nós somos abordados de uma forma muito forte, é muito forte a maneira como os docentes nos abordam nas avaliações. (...) prepararem psicologicamente porque é um salto muito grande na vida deles.” [Ent. C-3-L](#)

Pelos primeiros contactos com a actividade de enfermagem, a percepção do aluno revela que há uma menor exigência em termos de conhecimentos que o esperado, é menos intimidante porque tem mais apoio, a integração está a ser progressiva, há uma menor dificuldade que o esperado, ocasionando mesmo expressões muito positivas.

Contudo, há estudantes que sentem não estar preparados, pois a exigência é significativa na actividade que lhes é proposta. Seria espectável sentirem que tinham conhecimentos e preparação mas, no confronto, sentem insegurança pela tipologia de intervenções propostas ou porque não têm conhecimentos para as compreenderem e desenvolverem.

“(…) há muitas limitações que eu sinto agora, limitações práticas porque eu acho que nós esquecemo-nos de tudo, ficamos burrinhos e a mínima coisa, a mais simples parece que (risos) é extraordinário ... A coisa mais simples, a nós, faz-nos confusão.” [Ent. C-1-C](#)

Numa visão distanciada dos estudantes não há referências à dificuldade das actividades exigidas nem mesmo a carga de trabalho, sendo que esta última é percebida como elevada apenas por um aluno. Contudo, agora consideram que o seu conceito de ensino clínico evoluiu pois exige uma postura de rigor, empenho, responsabilidade, organização e humanidade para a prestação de cuidados, postura esta que não pensavam ser tão importante em ensino clínico.

“(…) para realmente acontecer a aprendizagem, tem mesmo de ser o aluno a procurar, tem de ser o aluno a questionar e questionar sobre tudo porque senão não vai aprender ou vai aprender mas por observação e imitação e pouco mais.” [Ent. C-3-C](#)

Como a citação evidencia, no período de aprendizagem as características do estudante são estruturantes para o seu desenvolvimento ou mesmo na adopção de estratégias (trabalhar em equipa, ser assertivo, saber questionar, ser cooperante, entre outras) que lhe permita adoptar a postura referida.

Aprendizagens

De acordo com o definido para a unidade curricular os estudantes deveriam orientar o seu desenvolvimento por um conjunto de objectivos de aprendizagem e actividades a realizar, tendo como finalidade desenvolver competências clínicas, psicossociais, ético-deontológicas e pessoais. A definição destes objectivos teve como pressuposto que o processo ocorra centrado na auto-aprendizagem e na auto-responsabilização do estudante a quem será proporcionado orientação e supervisão pedagógica adequada àqueles princípios. Assim, e de acordo com esta filosofia o estudante teria de ter uma atitude de auto-avaliação consciente, intencional e permanente estando, assim, preparado para ser uma fonte de informação por excelência sobre esta dimensão.

Das múltiplas fontes documentais reunidas durante o trabalho de campo uma larga maioria da informação nelas contida era directa ou indirectamente referente ao processo de aprendizagem. Foi esta informação que analisámos, sistematizámos, seleccionámos e categorizámos e agora apresentaremos dando especial enfoque às oscilações na percepção dos vários actores sobre o processo de aprendizagem em todo o período em investigação.

Ao iniciar o ensino clínico e questionados sobre as suas expectativas um dos domínios em que as expressaram é o das aprendizagens, sendo esta a grande expectativa e que todos os estudantes referem. No **processo de aprendizagem e desenvolvimento**, embora em domínios diferentes, todos expressam expectativas. Um reduzido número de alunos espera poder aplicar e treinar os conhecimentos que teoricamente aprendeu pois, em geral, vão mais longe e pensam poder promovê-los. Evidenciam alguma ansiedade e ambição de desenvolver e aperfeiçoar um conjunto de procedimentos tecnicamente considerados mais exigentes pois, durante o período de preparação em ambiente escolar, estas actividades foram muito valorizadas estando nas suas expectativas a execução com perícia.

“(…) Espero ser capaz de fazer as coisas, porque nós temos o conhecimento, falta-nos a acção. Nós para já, temos um bocado de insegurança a fazer as coisas e não as fazemos, eu espero sair daqui e fazer tudo e saber fazer tudo. (risos) (...) é fazer tudo aquilo que nós aprendemos, aquelas técnicas assim mais invasivas que, para já, é impensável nós fazermos uma coisa dessas.” [Ent. C-1-X](#)

Em termos de aprendizagem têm a expectativa de desenvolver competências e estas, para um número significativo de alunos, centram-se na promoção das capacidades de desenvolvimento pessoal. A primeira etapa de formação em contacto com a actividade do enfermeiro, tanto pela observação como pela colaboração ou substituição, é percebida como tendo exigências e desafios diferentes no desenvolvimento destas capacidades. Assim, esperam aprender a gerir

emoções, assumir responsabilidades, aprender a gerir o tempo, usar estratégias de coping, ter iniciativa, empenhar-se e serem capazes de se implicar.

“(…) espero que esta ansiedade diminua (risos) e que (++) venha ... Me sinto mais preparado cada vez que chego cá, e achar que vou ser capaz de fazer aquilo que à partida esperam de mim, ou que aquela pessoa espera que lhe seja feito. Espero manter o sentido de responsabilidade, acho que é importante. Tentar também não me deixar influenciar por (++) más práticas que vá observando, tentar manter sempre a teoria ou aquilo que teoricamente se deve fazer bem, de facto fazer bem e não me deixar influenciar, só porque os outros fazem assim” [Ent. C -1-N](#)

O ensino clínico foi ao encontro destas expectativas dos estudantes pois no final referem que de facto se desenvolveram bastante a nível pessoal e também, com alguma surpresa, no domínio das competências éticas e deontológicas pois só pelo contacto com os sujeitos que cuidaram compreenderam a sua importância. Ao fim de um ano do ensino clínico fazem uma análise mais detalhada sobre as aprendizagens de competências pessoais e psicossociais dando especial relevo ao facto de, aquele período de aprendizagem os ter ajudado e de algum modo obrigado a fazerem um trabalho de análise e reflexão intra-individual para conhecerem e se consciencializarem de algumas características da sua personalidade que até ao momento não conheciam.

“Em relação às minhas competências pessoais acho que a Medicina me fez pensar muito nas minhas características pessoais e nas falhas que eu tinha já de trás e que tentava não identificar ou que nem sequer percebia que as tinha muito em termos de autoconfiança, de poder de decisão, de ... Fui confrontado com essas mais valias (risos)! (...) Um pouco pela violência de (:::) ter que decidir, por exemplo, e estar confrontado com o tomar uma decisão, não o conseguir e ter que perceber se era por falta de conhecimentos, se era por outro motivo qualquer e a seguir chegar à conclusão que não conseguia decidir porque eu, por norma, já não conseguia decidir nas restantes coisas mesmo cá fora.” [Ent. C -3-N](#)

Este é um dos contributos que mais alunos salientam nessa visão distanciada sobre as aprendizagens durante o primeiro período de experiência em contexto de saúde.

O desenvolvimento de **capacidades operativas**, de execução é outra das expectativas importantes, a este nível, por um lado desejam realizar o máximo de procedimentos técnico-instrumentais nomeadamente os mais invasivos e, por outro, a aquisição de alguma destreza na execução tornando-se mais eficazes. O controlo sobre a capacidade operativa é o patamar base para sentir que o seu primeiro objectivo está atingido.

“(…) fazer tudo aquilo que nós aprendemos, aquelas técnicas assim mais invasivas, que para já é impensável nós fazermos uma coisa dessas. Ainda nem sequer medicação começamos a dar quanto mais uma algáliação ou (++) uma aspiração de secreções ou (++) uma coisa assim! Eu espero sair daqui e ter feito isso e ter corrido bem e saber fazer.” [Ent. C-1-X](#)

Conjuntamente com a expressão de expectativas realçam a importância que dão ao ensino clínico em termos formativos mostrando como pensam atingir o patamar de aprendizagem desejado e que estratégias complementares pensam utilizar.

O tempo e o desenrolar do ensino clínico trouxeram alguma mudança pois ao fim de seis semanas quando falam sobre o que aprenderam a ênfase já não é colocada nas capacidades

técnico-instrumentais. Embora considerem que estão mais rápidos na execução, têm maior destreza, desenvolveram muitas técnicas tanto em quantidade como em diversidade mas relativizam estas aprendizagens em detrimento de outras que apenas perceberam a sua importância quando confrontados com a actividade. Há mesmo estudantes que consideram que é exigível investir bastante mais. Esta tendência acentua-se quando um ano mais tarde são apenas quatro os estudantes a salientar as aprendizagens operativas explicitando que a sua importância esteve em adquirir capacidades mínimas para mentalmente se poder desprender e ser capaz de promover a interacção com o doente durante a realização desses procedimentos.

“Talvez a questão da técnica porque pelo menos para mim era muito complicado conjugar as duas coisas, a relação com os doentes e aquela interligação toda exige uma maturidade completamente diferente em relação à enfermagem. (...) O que se salientou mais naquele ensino clínico foi talvez (:::) foi mesmo aprender a manusear e a fazer, foi muito de técnica porque tudo o resto só pode vir depois. Depois dessa etapa ultrapassada consegui interligar tudo, as competências relacionais, éticas ... Mas primeiro esse passo tinha de ser atingido.” [Ent. C-3-C](#)

O desenvolvimento **comunicacional e relacional** com a pessoa alvo de cuidados é expresso pelos entrevistados, contudo não há unidades de texto nesta categoria que exprimam ambição de, nesta competência, se desenvolverem junto da equipa.

“(...) desenvolvimento de cariz emocional, com os doentes. Uma coisa é estarmos a falar para um boneco que está numa cama e de qualquer maneira treinarmos a verbalização, só que é completamente diferente porque o boneco não responde enquanto que os doentes nunca sabemos como é que vão responder e temos de estar preparados (...) espero melhorar, o relacionamento com os doentes.” [Ent. C-1-M](#)

Ao analisar a informação obtida no ensino clínico e um ano mais tarde parece que a expectativa dos alunos no desenvolvimento destas competências ficou aquém daquilo que a realidade do ensino clínico lhes proporcionou.

“(...) notei uma grande diferença, a comunicação é completamente diferente e consegui ganhar um traquejo completamente diferente. (...) a experiência, a prática, como eu disse a comunicação nunca foi problema para mim, só que aqui neste caso é especial. Chegar perto de um doente e ele estar completamente desorientado e ter de fazer uma coisa e o doente não deixa, nós temos de encontrar caminhos, estratégias para chegar lá” [Ent. C-2-A](#)

Consideram que aprenderam a comunicar e a relacionar-se com a pessoa cuidada mas também na equipa tanto de uma maneira formal como informal. Para além disto, reforçam que foram além destas aprendizagens, sendo capazes de fazerem juízos críticos sobre o observado ou realizado identificando formas menos correctas e/ou eficazes de actuação a este nível.

O desenvolvimento de competências de **planeamento e concepção dos cuidados** a prestar é um domínio realçado por poucos estudantes, eventualmente o tempo reduzido de contacto com aquele contexto não permitiu ao estudante perceber a sua importância no trabalho de enfermagem ou sente que as suas capacidades estão tão distantes que, de momento, essa não pode ser a sua expectativa. Situação similar decorre da análise da informação obtida ao fim de um ano, contudo durante o ensino clínico todos os estudantes se referem às suas aprendizagens no planeamento e concepção de cuidados às pessoas que lhe eram distribuídas

para cuidar. Alguns identificam que as capacidades desenvolvidas não vão muito além de propostas de reformulações de diagnósticos, baseadas na identificação de alterações e evolução nas respostas apresentadas pela pessoa cuidada relativamente ao que estava planeado. Outros expressam que não foram além do cumprimento do plano de trabalho estabelecido e sempre que este lhes falta têm grandes dificuldades na actividade a desenvolver.

“Chegar aqui olhar para ele como um todo ter de colher toda a informação que é relevante sobre ... e ainda mais todos os pormenores que o doente não sabe que são importantes e sou eu que me tenho de aperceber deles, penso que seria de certa forma capaz mas não sei se seria totalmente eficaz. (...) É evidente que o plano de trabalho orienta-me, orienta-me bastante, porque lá estão as coisas mais importantes que é necessário fazer. Seria mais trabalhoso e mais demorado mas por outro lado acho que seria mais vantajoso porque eu iria conhecer melhor os doentes.” [Ent. C -2-A](#)

A ideia expressa por este estudante é também uma preocupação de outros pois consideram que a concepção de projectos de cuidados pelas competências que mobiliza e com a exigência de conhecimentos para a tomada de decisão, que envolve, é uma actividade complexa onde deveriam implicar maiores esforços.

A promoção dos **conhecimentos de suporte à prestação de cuidados**, é expresso como uma área importante de desenvolvimento para metade do grupo de estudantes. Esperam aprender e sabem que isto acontece se houver envolvimento e trabalho complementar, de aprofundamento de conhecimentos e pesquisa, às horas de actividade em contacto directo com a(s) pessoa(s) que cuida.

“(...) os defeitos ou as minhas falhas ou aquilo que eu erro mais e tentar melhorar a par com aquilo que já faço mais ou menos. Mas a ideia será sempre estudar a parte teórica para chegar cá e sentir-me mais à vontade, com suporte e base teórica para me sentir mais confortável, no momento.” [Ent. C -1-N](#)

Saliente-se que consideram ter aprendido aos vários níveis das competências exigidas, mas sobretudo no que se prende com as capacidades de comunicação e relação e as competências do domínio pessoal e psicossocial, pois o ensino clínico e as pessoas que cuidaram permitiu-lhes ou exigiu-lhes essas aprendizagens.

As formas ou metodologias utilizadas no “**processo de aprendizagem**”, identificadas na análise da informação, foram distribuídas em categorias dentro deste domínio. Nas entrevistas dos estudantes e mesmo nas notas de campo resultantes da observação surgem algumas unidades de texto que recaem nomeadamente nas categorias “vivência e/ou execução”, “análise, discussão e reflexão”, “partilha com os colegas” e “imitação”.

Pelo que os estudantes conseguiram verbalizar, um dos modos como aprendem é por intermédio da **execução ou da vivência** de um determinado acontecimento que ocorreu com as pessoas internadas. Consideram que, deste modo, aprenderam a lidar com situações mais

complexas como o cuidar de pessoas em sofrimento ou a lidar com a morte, mas fundamentalmente pensam que esta é uma forma em que a aprendizagem está muito mais facilitada.

“Mas já revi os dois anos (++) inteiros e deram imenso jeito mas sinto que cheguei cá e já aprendi muito mais que ... eu cá aprendi, vivenciei aquilo que aprendi nos dois anos mas, é diferente!” [Ent. C-2-Y](#)

Parece que o estudante durante toda a preparação escolar prévia foi colectando um conjunto de conhecimentos mas não os valorizou para a sua preparação específica em enfermagem e para aquele momento, pois só necessitaria deles quando viesse a prestar cuidados.

A **partilha com colegas** e a **imitação** são duas formas de como os estudantes consideram aprender. Há uma maior identificação com os pares e mais facilmente há partilha de dúvidas e experiências o que por si só é considerado formativo. Mesmo com os tutores parece haver algumas limitações à partilha e debate de opiniões.

“Porque há sempre aquela noção de que há sempre alguma coisa que possa prejudicar, quanto mais não seja a relação que temos com o nosso tutor, eu acho que é esse mais o medo que nos leva a imitar as acções do que confrontar. (...) no início estamos muito mais inseguros, muito mais facilmente imitamos do que agora.” [Ent. C-2-N](#)

A aprendizagem por imitação deixa de ser uma forma de aprendizagem identificada e valorizada pelos estudantes quando apresentam a sua percepção distanciada do ensino clínico, assim como, também não identificam o trabalho individual de pesquisa e fundamentação teórica como uma categoria dentro deste domínio.

Um ano de contacto com outros contextos de ensino clínico, eventualmente metodologias de orientação diferentes e novas experiências de aprendizagem terão ajudado na reformulação das percepções dos estudantes. Consideram que aprenderam no contacto com a pessoa, pela sua vivência ou por intermédio da realização de um procedimento, complementadas com a análise, discussão ou reflexão sobre estas situações de cuidados conjuntamente com o orientador ou na partilha com os colegas.

“Mas, depende muito das vivências com que nos vamos confrontando, se nós somos confrontados com coisas que mexam connosco e que nos motivem ainda mais, teremos um impulso muito maior. Eu acho que realmente as vivências e o confronto que tivemos foi realmente muito motivador e que nos proporcionou mesmo ... (...) e depois também a parte crítica dos próprios professores ao dizerem-nos “tens que melhorar ali!”, isso também é muito importante para nós, porque nos dá a segurança e o feedback do que realmente estamos a fazer.” [Ent. C-3-J](#)

A execução ou vivência de uma situação de cuidados foi importante pois exigiu a tomada de decisão, fez o aluno pensar, permitiu-lhe identificar lacunas de conhecimento motivando-o para o aprofundamento. A análise, discussão e reflexão de uma situação de cuidados, sendo significativa, foi considerada insuficiente tanto a que ocorreu com o orientador como em grupo mais alargado com os colegas. Esta situação só na abordagem mais distante do ensino clínico é identificada pelos estudantes.

“As reuniões na altura achava que eram suficientes mas, agora não, pois havia tanta coisa a discutir que se fosse hoje eu teria discutido e teria posto assuntos em mesa, não sei agora dizer especificamente quais. (...) Naquela altura estava tão preocupada com o fazer as coisas, fazer as coisas bem que nem pensava em ... Estava mesmo presa, estava bloqueada, estava direccionada mesmo para aquilo mas não tinha essa noção.” [Ent. C-3-A](#)

Outro dos domínios identificados nesta dimensão prende-se com o que influenciou a aprendizagem, que **factores contextuais, pessoais** ou outros tiveram uma influência positiva ou negativa naquele processo.

Neste domínio enquadraram-se inúmeras unidades de registo a partir da análise das fontes documentais reunidas ao longo do ensino clínico e das entrevistas realizadas aos estudantes um ano mais tarde. Desta análise sistematizámos a informação em cinco categorias: a equipa supervisiva, o ambiente proporcionado, características pessoais, estudo e pesquisa bibliográfica e preparação e conhecimentos prévios ao início do ensino clínico.

A equipa supervisiva constituída pelos docentes e pelos enfermeiros tutores foi percebida como tendo tido uma influência significativa nas aprendizagens realizadas. Para uns ela era próxima e positiva enquanto outros a consideraram distante e pouco frequente. Há estudantes que referem sentir pouco apoio na actividade e desde uma fase muito precoce sentirem-se avaliados, não ajudados pois não percepcionavam uma atitude de ensino por parte dos supervisores. Parece que a situação é variável de acordo com a díade construída, enquanto alguns apreciam o ambiente como estimulante e promotor da sua aprendizagem outros referem que isto só ocorre quando a orientação acontece especificamente com um dos supervisores, o docente ou o tutor.

“Mas de facto sinto que em termos de orientadoras que não houve muita supervisão, se calhar pelo tipo de horário que fiz e pelo facto de aparecerem mais de manhã e eu fazer mais tardes não houve grande observação por parte delas. Por parte do tutor, é um facto que no início a supervisão era apertada mas agora sinto que é demasiado solta porque eu questiono-me como é que me pode deixar sozinho tantas vezes, eu percebo que seja para me dar confiança a fazer as coisas um bocado sozinho mas no entanto aqueles doentes não têm culpa se eu por algum motivo fizer alguma coisa errado” [Ent. C-2-N](#)

Da equipa que faz supervisão há também a percepção que a interacção e diálogo entre docentes e tutores é reduzida, considerando que um maior nível de discussão e trabalho conjunto poderia ser promotor de uma aprendizagem mais facilitada.

Um ano mais tarde os estudantes são mais incisivos no modo como abordam as discrepâncias na orientação pois apresentam os problemas relacionais que ocorreram na díade tutor-aluno como um factor inibidor do seu desenvolvimento. Contudo, há uma reavaliação do envolvimento e trabalho de proximidade, na orientação por parte do docente. Consideram que no momento do ensino clínico ele foi sentido como constrangedor por ocasionar uma maior pressão e a

percepção de estar a ser avaliado, mas agora esta atitude é percebida como muito importante em todo o desenvolvimento que tiveram.

“A pressão que nós temos sobre nós dos tutores, sempre a verem e a quererem saber mais, porque é ou não é, isso eu acho positivo. (...) Na altura ficava ... evitava até, fazia o máximo para evitar determinadas professoras e determinados tutores porque sabia que aquele tutor me ia perguntar aquilo tudo. (...) Foi uma pressão que agora acho muito positiva.” [Ent. C-3-Y](#)

Saliente-se que é percepção global na fase inicial do ensino clínico que o comportamento de toda a equipa responsável pela orientação deveria evidenciar maior proximidade e uma componente significativa de ensino.

Na categoria **ambiente de aprendizagem** evidencia-se pela análise das unidades de registo uma apreciação semelhante à anteriormente descrita. Os estudantes referem o ambiente pouco acolhedor, sem tempo e disponibilidade efectiva para a sua integração na prestação de cuidados agravado pela percepção de um ambiente emocionalmente hostil e pesado tanto pela gravidade da situação de saúde das pessoas ali internadas como pelo contacto frequente com a morte.

“(...) o ensino clínico tinha sido muito pesado não sei se eram as características do serviço porque as pessoas estavam ... Era um serviço de Medicina e algumas estavam em estado terminal ou se era por ser a primeira experiência que aquilo teve um impacto muito grande para mim (...) a pressão que é exercida sobre um aluno no primeiro ensino clínico dificulta a aprendizagem acho que não é um motor de evolução, naquela altura não pode ser.” [Ent. C-3-C](#)

Contudo há estudantes a referirem terem-se sentido acolhidos num ambiente de aprendizagem motivador. Esta foi uma das categorias onde se registaram mais unidades de texto, neste domínio.

As **características pessoais** do aluno não são percebidas como importantes ao terminar o ensino clínico mas, na terceira entrevista todos os alunos a referem considerando que características como o inconformismo, o bom senso, a motivação, a resiliência ou a força de vontade tiveram grande influência no sucesso das suas aprendizagens e consequentemente do ensino clínico.

O estudo e pesquisa bibliográfica e o grau de preparação e formação ou os conhecimentos prévios ao início do ensino clínico são considerados importantes.

“Fui-me basear nos conhecimentos que tinha e depois aprendi mesmo com o passar pela situação. (...) embora no início tivesse aquela sensação de que: “Caí aqui de pára-quedas”; “O que é que vou fazer?”; “Eu não sei como é que me vou mexer aqui!” (...) depois ao longo do tempo começando a fazer as coisas ... como também foi gradual (:::), a teoria parece que sai, eu penso: “Eu lembrava-me disto! Eu pensava que até não me lembrava mas até me lembro!” [Ent. C-2-I](#)

Os dois anos de preparação em ambiente escolar são considerados essenciais pela maioria dos estudantes, sentem que na acção nem sempre consegue mobilizar os seus conhecimentos mas com algum estudo rapidamente o relembram. Há temáticas consideradas pouco

exploradas, com uma formação insuficiente ou outras que o aluno considera não haver preparação possível pois só a vivência permite conhecer³².

Saliente-se que na informação reunida um ano após o ensino clínico não são frequentes as referências a estas duas categorias apenas alguns estudantes sentem que a entrada em ensino clínico exigiria uma preparação prévia, mais específica, detalhada e direccionada para o contexto hospitalar como elemento facilitador do seu processo de integração.

Ainda como elemento caracterizador do processo de aprendizagem e para uma compreensão mais aprofundada da percepção dos vários actores colhemos informação sobre o “**contexto**” de ensino clínico no que se prende com as condicionantes sistémicas, culturais, emocionais, didácticas e organizacionais para a aprendizagem, isto é, como refere Alarcão e Tavares (2003: 47) perceber se o processo é “(...) *envolvido exterior e interiormente por uma atmosfera cognitiva e emocional estimulante, um clima favorável à sua realização*”.

Relativamente à categoria “condicionantes sistémicas emocionais” verifica-se que este é um contexto muito marcado pelas pessoas pois há elementos que se disponibilizam para ouvir, conhecer, orientar e apoiar e assim proporcionar um bom relacionamento e de proximidade afectiva, contudo tanto na percepção do estudante como noutras fontes de dados estes, não são a maioria.

“Desde que vim para cá, sinto-me integrada na equipa e não tenho tido dificuldades mesmo em lidar com os enfermeiros seniores, embora sempre com todo o respeito. O próprio ambiente influencia muito na nossa aprendizagem e o à vontade que eles nos deixam ter, para utilizar o que precisarmos, para fazer os procedimentos sempre a supervisão deles, isso influencia muito.” [Ent. C-2-L](#)

Por outro lado, percebe-se um ambiente pouco acolhedor da pessoa do aluno enquanto jovem em início de formação num contexto de saúde, embora não existam manifestações expressas de repúdio ou afastamento mas também não há percepção de envolvimento, ajuda no contacto com situações de maior dificuldade, diálogo para conhecer as expectativas e receios do aluno ou evidências que o aluno é bem vindo e desejado.

“Também porque a sensação que eu tenho muitas vezes é que nós somos muitos e é muito complicado, digo eu, para os enfermeiros deste serviço de repente surgirem não sei quantas pessoas aqui. Acho que (:::) Não, não há nada no comportamento deles que nos faça sentir mal mas também não há uma integração de grande proximidade, acho que não há. Podia haver uma integração mais dos alunos na equipa, para também ser uma área para nos experimentarmos ... mas, não há muito isso.” [Ent. C-2-C](#)

³² Estas são áreas em geral de grande exigência emocional. A título exemplificativo apresenta-se o extracto da entrevista de um aluno ([Ent. C-2-L](#)) ao referir-se à sua preparação para prestar cuidados a um cadáver – “*Teoricamente temos só a preparação do corpo, o lidar com a morte falamos mas acho que para nós isso não (:::) a teoria não teve grande ..., não nos disse nada. Mas acho que isto só se aprende com a prática, só mesmo vivendo a situação. Os sentimentos ultrapassam qualquer teoria e uma pessoa tem de saber controlar isso, nomeadamente a ansiedade, os sentimentos e pôr travão não se deixar ir pela situação*”.

Percebe-se que o decurso do ensino clínico fez modificar aquilo que o estudante inicialmente percepcionava pois, nos primeiros dias, sentiu-se bem acolhido na equipa e tinha expectativa de que esta continuasse a colaborar, mantendo-se atenta e disponível. Neste domínio as expectativas mais elevadas centravam-se no enfermeiro tutor. Esperava ajuda e colaboração mas também compreensão, identificação de pontos para desenvolver e/ou aprofundar conhecimentos, identificação de incorrecções e *feedback* formativo.

“(…) as pessoas que estão no nosso processo de (:::), que nos envolvem, que estão no nosso processo de integração no estágio. São os enfermeiros lá da escola, são todos os enfermeiros cá do serviço independentemente de serem tutores ou não (…). Em relação aos enfermeiros tutores como tem corrido tudo bem tenho expectativas que eles continuem a colaborar como até aqui.” [Ent. C-1-B](#)

Da análise das unidades de registo enquadradas na categoria “**condicionantes didácticas**” há alguma dispersão de evidências relativamente a este ambiente. Regista-se a percepção de uma boa relação entre supervisores no que se prende com a orientação pedagógica do aluno e, nestes casos, o aluno sente-se apoiado na realização de actividades, há facilidade em solicitar colaboração a qualquer um dos elementos da equipa supervisiva. Assim, obtém e solicita colaboração directa do docente ou do enfermeiro tutor, percebe que entre eles há diálogo e proximidade das posições adoptadas com partilha de opiniões sobre a sua evolução. Independentemente de o aluno atribuir o papel avaliativo (e muitas vezes entender a supervisão como avaliação) fundamentalmente ao docente e perante a sua presença sentir sempre alguma tensão, quando colabora consigo nas actividades de prestação de cuidados esta percepção desaparece.

“(…) no outro dia estive a dar o banho com a enfermeira X (uma docente) mas eu não achei que estava a ser supervisionada, achei que ela estava ali a ajudar. Era só eu e ela e precisava realmente de alguém para ajudar e (…) não me senti realmente nada supervisionada.” [Ent. C-2-S](#)

Pelo contrário na análise da informação codificada nesta categoria há também muitas evidências de que se trata de um ambiente de pouca articulação supervisiva pois aparentemente há pouco diálogo entre tutor e docente, regista-se um nível de conhecimento baixo relativamente aos objectivos de aprendizagem e actividades a desenvolver em ensino clínico, por parte dos tutores, o aluno desenvolve muitas actividades com a presença e colaboração de um colega, sem um profissional.

“Repare não está aqui nenhum enfermeiro connosco e os doentes são dele, estão sob a sua responsabilidade. Se nós somos estudantes e estamos a aprender, é claro que para aprendermos temos de fazer mas ele tem de estar connosco para nos ajudar, para nos corrigir, senão assim não evoluímos!” [NC C 06-10-25](#)

Perante a orientação é frequente o estudante obter apreciações discrepantes do docente ou do enfermeiro responsável pela pessoa que hoje tem atribuída para cuidar o que conduz a que seja proposto mais diálogo, reuniões entre supervisores para partilha e preparação do trabalho do aluno e também reuniões com o próprio aluno.

Saliente-se que tanto os estudantes como os orientadores consideram que há uma definição mais ou menos clara sobre o que compete ao docente e ao tutor. Isto é evidente nas palavras de um aluno e de um tutor, numa entrevista de explicitação (etnográfica).

“Com o meu tutor procuro mais aquelas questões das tais necessidades básicas ou dos cuidados de facto da prática e quando são questões mais éticas, mais relacionais e da comunicação mais facilmente procuro as orientadoras do que o tutor.” [Ent. C-2-N](#)

“Há um princípio que está subjacente ao facto de as docentes estarem um pouco mais distantes deles, observarem-nos e avaliarem-nos mais à distância, que é para lhes permitirem estarem mais à vontade com os enfermeiros, também estarem mais próximos de pessoas que estão na prestação directa de cuidados. Mas os nossos papéis também se complementam porque também passam algum tempo junto deles, colaboram com eles. O meu papel é mais específico para a orientação directa na prestação directa de cuidados.” [NC C 06-10-23](#)

Naquilo que condiciona ao estudante e no modo como as unidades de texto se repartem a categoria **condicionantes culturais** surge com uma estreita ligação às condicionantes didácticas, pois pela sua análise encontramos evidências significativamente diferentes, de acordo com as fontes de dados e os actores.

Pela análise das unidades de texto categorizadas podemos dizer que este é um ambiente de rigor no desempenho das actividades, há uma envolvimento que estimula à capacidade de análise pelo questionamento do aluno, apoio para a actividade e responsabilização pela execução, rapidez na execução e cumprimento atempado, o que é percebido como cognitivamente estimulante e desafiador.

“Pergunta-me se correu tudo bem ou não se consegui fazer tudo e depois pede-me informações relevantes, por exemplo, sobre a pele do doente sobre coisas que eu tenha observado durante o banho, se colabora ou não ... Mas normalmente interessa-se sempre por saber mas só isso. (...) a minha tutora tem plena consciência e orientação na minha (:::) enfim ela neste momento ajuda-me (...)” [Ent. C-2-A](#)

Contudo, também emerge da análise da informação uma situação oposta em que o contexto de ensino clínico é percebido como pouco estimulante e limitador nas propostas de intervenção, em que a actividade de prestação de cuidados se limita ao planeado, o aluno não sente abertura para propor ou discutir formas alternativas de intervenção, não há confronto com novos desafios, pouco *feedback* e as consequentes pistas de desenvolvimento, discrepâncias entre os princípios teóricos que foram apresentados em contexto escolar e as práticas que observam ou têm de desenvolver.

“Neste momento não me sinto a evoluir porque no início sim, neste momento não o sinto. Mas também acho que era preciso (:::) acima de tudo eu estou num processo de avaliação e era preciso que as pessoas me questionassem, além daquilo que têm vindo a questionar, porque isto já toda a gente sabe como é que acontece. Eu acho que neste momento estou absolutamente parada eu não estou a evoluir e acho que isso poderia ser uma coisa feita pelas enfermeiras que estão comigo.” [Ent. C-2-C](#)

Tudo isto faz com que o aluno sinta que não está a evoluir, pois o ambiente é de algum modo constrangedor, pouco exigente. Saliente-se que os estudantes globalmente expressam um ambiente mais exigente e estimulante do ponto de vista da fundamentação das actividades, do

feedback recebido e das orientações para o desenvolvimento quando estão sob orientação dos docentes embora mesmo entre estes estabelecem uma diferenciação.

De algum modo este ambiente de articulação supervisiva e cultural não estava nas expectativas dos alunos ao iniciarem o ensino clínico pois manifestaram esperar vir a ter e sentir apoio por parte dos vários actores que podem influenciar no seu processo de aprendizagem nomeadamente a equipa e o docente ou mesmo seus pares.

Das docentes tinham expectativas de serem estimulados e desafiados para a aprendizagem, e apoiados na articulação com a equipa ou mesmo a nível emocional. Pelo contacto e conhecimento prévio com as docentes também esperavam proximidade em termos afectivos e algum grau de cumplicidade, em simultâneo com a exigência técnica e científica, isto é, esperavam continuar a ter ajuda e colaboração numa vertente de amizade num momento de alguma fragilidade ou problema pessoal.

“(…) se tiver problemas relativamente a uma técnica elas me ajudam, eu sei que se tiver um problema, um conflito emocional com certeza elas vão ajudar-me (…) é isso que eu penso, pelo menos foi isso que aconteceu até agora, então é isso que eu espero delas a partir daqui.” [Ent. C-1-A](#)

Mas também gostariam de contar com os colegas para troca de informações, esclarecer dúvidas e apreciação crítica, no fundo uma colaboração e cumplicidade no desenrolar do ensino clínico algo incondicionais. Contudo, é de salientar que, há mais estudantes a referirem esperar apoio das docentes ou dos colegas do que dos seus tutores ou da equipa de enfermagem.

A unidade de internamento tem uma população de pessoas internadas de uma faixa etária elevada frequentemente com situações de doença grave, em grande sofrimento ou em estado terminal de vida sendo frequente ocorrer a morte durante o internamento o que faz com que seja vivenciado como um ambiente hostil, pesado e portanto emocionalmente muito difícil. Tudo isto é agravado por se tratar da primeira experiência de trabalho em contexto de saúde em que muitos dos estudantes estão também pela primeira vez a contactar com esta realidade. Um extracto da entrevista do mesmo estudante referido anteriormente parece-nos ser representativo do que foi descrito.

“Eu nunca tinha passado por uma situação de óbito e num dia, de azar, não sei, para além da minha doente ter falecido nas minhas mãos outra doente que tinha sido minha doente no dia anterior e que eu conhecia muito bem, faleceu também. Nessa semana, depois aconteceu-me outra situação bastante semelhante e eu estava bastante em baixo, pensava “ando mesmo com azar”. Ficava sempre, naquela semana, ficava sempre com doentes em situação terminal, depois daquilo fiquei sempre com o senhor F (*adulto em situação agónica por doença oncológica que morreu internado*), sempre!” [Ent. C-2-A](#)

Saliente-se que o apoio da equipa continua a ser uma atenuante apresentada por muitos dos estudantes enquanto outros não se referem a qualquer tipo de ajuda que lhes tenha sido proporcionada.

À distância de um ano o contexto de aprendizagem continua a ser recordado como emocionalmente difícil pela situação de doença das pessoas internadas agravado pelo distanciamento da equipa (docente ou tutor) relativamente aos problemas e dificuldades que o aluno atravessava naquele momento. Contudo, nas categorias relativas às condicionantes culturais, didácticas e organizacionais não emergem unidades de registo que permitam atribuir-lhe um significado marcante na aprendizagem do estudante, pois o contacto com outras realidades contextuais em outros ensinamentos clínicos e o distanciamento afectivo das vivências no primeiro ensino clínico fizeram com que outros domínios e categorias sejam agora considerados como de maior impacto no seu processo formativo.

Processo Supervisivo

No processo supervisivo o modo como a orientação acontece no quotidiano de ensino clínico pode ser muito variável depende do contexto ou atmosfera envolvente em que ocorre, da preparação e disponibilidade dos sujeitos envolvidos, da actividade a desenvolver e da finalidade do momento supervisivo e do que se pretende que o supervisando desenvolva. Como tal, é importante na compreensão do fenómeno em estudo perceber que estratégias são usadas neste processo de ensino-aprendizagem, quais as que são identificadas pelo estudante, que valorização lhes atribui e o impacto percebido no seu desenvolvimento.

No domínio **estratégias de supervisão** foram identificadas algumas categorias como: i) os encontros para análise, discussão ou reflexão que poderiam ocorrer em díade (aluno e supervisor - docente ou tutor) ou em grupo (alunos, docentes e eventualmente tutores) e os encontros formais de avaliação; ii) a observação; iii) o questionamento e; iv) a prática orientada. Alguns destes meios supervisivos poderiam ser utilizados conjuntamente.

Na percepção dos estudantes, dos enfermeiros seus tutores e pelas notas de campo são estratégias significativas os encontros ou reuniões para análise, discussão ou reflexão sobre uma actividade que ocorrem entre o aluno e o supervisor, os encontros formais de avaliação e as situações de prática orientada.

Os momentos em que o estudante se reúne com o supervisor para analisar uma actividade que desenvolveu ou discutir uma reflexão da prática sob a forma de diário de aprendizagem (denominado reflexão crítica)³³ ou planeamento de cuidados que o estudante elaborou, são

³³ No documento orientador da unidade curricular (Ensino Clínico de enfermagem Hospitalar 2006/07) são apresentados o: i) conceito de diário de aprendizagem; ii) objectivos; iii) instruções de execução; iv) questões

meios com grande importância. Contudo, são referidos como insuficientes, especialmente as revisões da actividade de prestação de cuidados com o tutor. A sua importância advém do questionamento e da discussão que ocorrem naquele momento e da ajuda na identificação do que tem de ser promovido, modificado, iniciado, implementado ou reforçado para a continuidade do desenvolvimento ao longo do ensino clínico. Deste modo, vão ao encontro do estágio de desenvolvimento do aluno e eventualmente atendem às principais características da sua personalidade, há uma atenção individualizada.

“Eu por acaso aquilo que falo com a minha tutora ... Falo pouco sobre a minha prestação ao longo do turno. Ela tem-me dado pouco feedback e eu preciso ao final de cada turno de saber como é que eu estou, de saber quais são os aspectos menos bons. Eu tenho consciência de algumas coisas mas na perspectiva de quem já cá está a trabalhar há muito tempo!” [Ent. C-2-B](#)

As **reuniões para avaliação** são uma das estratégias que reúne um número maior de unidades de registos, quase exclusivamente provenientes das entrevistas dos estudantes. Consideram este encontro com os docentes e tutor fundamental para obterem *feedback* sobre si, parece que todos os momentos em que houve apreciações sobre as actividades desenvolvidas não foram valorizadas, o aluno não lhes atribuiu significado.

“Aquele momento de avaliação intercalar é muito importante para nós termos consciência não só do mau mas também do bom porque é precisa a confiança, nós temos alguma mas é importante que exteriormente também seja... Porque eu até achava que as coisas me estavam a correr mais ou menos bem mas de eu achar a ouvir as enfermeiras a dizê-lo foi (++) diferente!” [Ent. C-2-C](#)

A importância que lhes é atribuída leva-os a considerarem que deveriam acontecer mais reuniões com este objectivo, e sendo dirigidas para a identificação de experiências a desenvolver ou estratégias a utilizar. As poucas referências a esta estratégia supervisiva parece decorrer da baixa frequência destes momentos durante as primeiras semanas, pois um ano mais tarde, depois de terem outras experiências há alunos a salientarem a sua importância e a considerarem que foram poucos estes momentos.

A **prática orientada** é uma estratégia frequentemente observada embora sejam poucos os alunos a referenciar situações em que esta tenha sido utilizada consigo, contudo quando ocorre o aluno sente que fica mais seguro a prestar cuidados, não há a hesitação constante e medo de errar porque o tutor ou docente ao estarem por perto não permitem que tal aconteça. Parece que, por parte do supervisor, a sua principal intenção ao utilizar a orientação directa, e fisicamente próxima, das práticas do aluno é assegurar o bem-estar da pessoa cuidada. Actua deste modo sempre que há um procedimento mais exigente a realizar como o tratamento de

orientadoras para a análise da actividade após descrição: “Porque é que agi desta maneira? Quais foram as consequências das minhas acções? Como me senti depois dela ter ocorrido? Que factores influenciaram as minhas tomadas de decisão? Poderia ter agido de outra maneira? Poderia ter feito outras escolhas? De que recursos necessitava? Como me sinto agora após esta experiência? O que aprendi através dela?” Salienta-se que este tipo de tarefa pode ser solicitado ao estudante em qualquer momento do ensino clínico pelo docente/orientador.

uma ferida, um cateterismo, a avaliação da evolução do estado do doente, entre outros. Deste modo assume um papel de complemento ao aluno como, por exemplo, dialogando com o doente durante a acção e em simultâneo vai questionando e orientando o aluno sobre o que está a realizar.

“Eu já estive com elas e normalmente nos primeiros dias em que estou com os alunos, estou mesmo muito em cima delas para ver de facto ... Até que ponto elas fazem e, só depois, mais tarde, à medida que as vou conhecendo (...) não lhes posso dar o espaço todo que eles querem, não me sentirem lá, porque para eles é mais fácil estarem sozinhos mas a responsabilidade perante o doente não me permite deixá-los sozinhos.” [NC C 06-10-17](#)

A observação e o questionamento são utilizadas em simultâneo com a prática orientada, mas as referências que lhe são feitas reflectem que são entendidas pelo aluno como promotoras de um maior trabalho de análise, reflexão e aprofundamento do que realizam. Verifica-se que esta percepção dos alunos evolui pois, no terceiro momento de recolha de dados, há mais estudantes a abordarem estas estratégias criticamente compreendendo a sua importância e identificando como poderiam ter sido promovidas.

“Agora sinto que foi importante mas na altura sentia-me inibido completamente. Ainda hoje se estiver uma pessoa que sei que me está a avaliar, porque apesar de tudo é uma avaliação, apesar de tudo o que digam, se isso acontecer ainda hoje apesar de sentir que é importante, sinto-me inibido.” [Ent. C-3-M](#)

Saliente-se que, um ano após a realização do ensino clínico, as estratégias que a maioria dos alunos salientam como mais significativas são as reuniões para análise, discussão e reflexão sobre uma acção, em díade aluno-supervisor, e a prática orientada. A análise explícita que frequentemente o uso destas estratégias foi insuficiente ou pouco adequado para aquilo que os estudantes considerariam adequado às suas necessidades por estarem numa fase inicial do seu processo formativo em contexto de saúde e como tal confrontados com condições contextuais e de actividade que exigiriam maior apoio, proximidade, interacção e atenção individualizadas.

Na actividade supervisiva durante o ensino clínico a **atenção e observação do supervisor** pode recair num conjunto de variáveis que poderão ser diferentes fundamentalmente dependendo do grau de desenvolvimento (pessoal) e do nível de conhecimentos (ensino clínico e disciplina de enfermagem, pedagogia, ...) do supervisor mas também do supervisando e do conhecimento prévio que têm entre si. Na análise da informação reunida e neste domínio supervisivo, foram identificadas as categorias: a pessoa alvo de cuidados, a prestação de cuidados em si tanto em termos da sua realização ou não realização como no que se prende com o rigor, a sequência e a profundidade, o conhecimento do aluno para a actividade a realizar e o aluno enquanto pessoa (numa vertente física e emocional).

Em conformidade com a análise de alguns dos domínios, nomeadamente as estratégias de supervisão, já apresentados a maior parte destas categorias reúne um número baixo de unidades de registo. Salientam-se a prestação de cuidados e o conhecimento do aluno para a actividade.

A **pessoa alvo de cuidados** é foco de atenção pontual quando o supervisor orienta o aluno na realização de um qualquer procedimento e o substitui naquilo que, no momento, lhe é mais complexo realizar, nomeadamente na comunicação com o doente em simultâneo com a realização de tarefas do domínio operativo. Também se evidencia que o enfermeiro focaliza muitas vezes a atenção na pessoa pois a responsabilidade pela prestação de cuidados é sua, daí que tenha de intencionalmente garantir a segurança dos cuidados que lhe estão a ser prestados.

A **prestação de cuidados** em si é de forma mais frequente foco de atenção do enfermeiro tutor especialmente no que se prende com o cumprimento das actividades planeadas. A situação evidencia-se quando ao iniciar um período de trabalho proporciona ao aluno o plano de actividades para a pessoa que tem distribuída para cuidar e, quando ao terminar o turno, faz com o estudante a revisão dos cuidados prestados para registo e documentação dos cuidados de enfermagem.

“(...) pergunta-me se eu sei aquilo que tenho que fazer eu digo-lhe que sim ... Em geral trabalhamos as duas, mas ela dá-me (:::) a minha própria (:::) independência (entre aspas), deixa-me fazer tudo sempre supervisionando aquilo que faço, nunca muito em cima (...) Questiona-me. Pergunta-me se correu tudo bem ou não se consegui fazer tudo e depois pede-me informações relevantes, por exemplo, sobre a pele do doente sobre coisas que eu tenha observado durante o banho, se colabora ou não, ... Mas normalmente interessa-se sempre por saber mas só isso.” [Ent. C-2-A](#)

Nas situações em que acompanha o aluno na realização de procedimentos o seu foco de atenção recai nos aspectos do rigor, sequência e profundidade. Saliente-se que o seu foco de observação pode recair conjuntamente no conhecimento do aluno para a actividade pois há um contacto mais próximo entre ambos. As situações de orientação directa do estudante na prestação de cuidados, se realizadas pelo docente, centra-se nos conhecimentos do aluno usando meios como o questionamento, a explicitação, a reformulação antes e depois da actividade.

A categoria **“aluno enquanto pessoa”** apenas surge pontualmente na informação expressa pelos alunos contudo, pelos registos dos períodos de observação constantes nos diários de campo, há evidências de uma atenção e observação durante o acto supervisivo especialmente quando se trata de estudantes com alguns traços de personalidade ocasionadores de maiores níveis de ansiedade e stress, como a seguinte unidade de registo exemplifica.

“- Tem. Temos que administrar. Já o fizeste alguma vez?” (tutor)

“ – Não. Ainda nunca administrei, não sei como é.” (aluno)

Ajuda-o fazendo-o fazer o raciocínio por partes, com tempo para que o aluno pense, este começa a gesticular e fazer movimentos com a cabeça que evidenciam incómodo e ansiedade por não dar uma resposta correcta. O tutor diz-lhe “Começa de novo. Tu tens muito tempo, basta pensares.” (*Preparação de um medicamento*) Dá-lhe as referências necessárias para que o aluno faça o exercício, vai também tranquilizando e dizendo que ele sabe e que vai concluir sozinho.” [NC C 06-10-19](#)

Momentos de Supervisão - As estratégias de supervisão e os focos de atenção e observação do supervisor durante o processo supervisivo em ensino clínico ocorrem em situações de preparação, de prestação e de revisão, análise e reflexão sobre a actividade de prestação de cuidados de enfermagem desenvolvida pelo aluno em contexto.

As situações de orientação na preparação para a actividade de prestação de cuidados são as menos frequentes pela análise da informação reunida. Encontram-se alusões pontuais sobre a orientação ou indicação da actividade a realizar contudo sem detalhe de pormenorização e discussão o que condiciona que surjam no estudante muitas dúvidas, indecisões, questões complementares durante a actividade podendo mesmo ser o aluno a pedir ajuda para rever o procedimento com o orientador antes de o iniciar.

A prestação directa de cuidados é um momento em que frequentemente o tutor ou o docente fazem supervisão da actividade do aluno em geral associado a procedimentos que envolvem um maior risco para a pessoa cuidada ou actividades interdependentes, como a preparação e administração de medicação e colheitas de espécimens para análise. O estudante pode assim ser ajudado no confronto com a resolução do problema, pela possibilidade que vai tendo de descodificação à medida que as dúvidas surgem, orientado gesto a gesto, alertado para possíveis intercorrências pelo levantamento de hipóteses, reforço ou correcção do que realiza, o que lhes dá segurança fazendo com que se desfocalizem que estão perante o supervisor que os vai avaliar. Esta é uma situação por vezes referenciada como muito positiva e importante para transformar alguns dos pré-conceitos que o estudante tinha sobre o supervisor.

“(…) no outro dia estive a dar o banho com a enfermeira X (*uma docente*) mas eu não achei que estava a ser supervisionada, achei que ela estava ali a ajudar. Era só eu e ela e precisava realmente de alguém para ajudar e (...) não me senti realmente nada supervisionada.” [Ent. C-2-S](#)

Os momentos supervisivos que ocorrem após a prestação de cuidados para a sua análise, revisão com identificação de lacunas são assumidos preferencialmente pelos docentes, podendo ocorrer imediatamente após a acção ou posteriormente associados à discussão de trabalhos desenvolvidos no âmbito do ensino clínico como as reflexões críticas ou os planeamentos escritos de cuidados. Estes momentos são propícios à ajuda na identificação de erros ou lacunas, consciencialização da sua ocorrência, identificação de estratégias formativas adequadas para a sua minimização e recursos disponíveis.

“As discussões das práticas quando estamos com as enfermeiras que ajudam-nos a ver o nosso nível de conhecimentos, ajudam-nos a identificar certos aspectos menos positivos e depois um (:::) porque nós podemos ter uma ideia que aos olhos de quem supostamente nos está a avaliar ou de quem tem maior nível de conhecimentos não é a mesma.” [Ent C-2-M](#)

Na compreensão do processo supervisivo é fundamental conhecer a pessoa que assume o papel de acompanhamento do estudante no seu período de formação em contexto de saúde. O conhecimento daquilo que o estudante percepção sobre o seu orientador ou as atitudes e comportamentos que este adopta na orientação, ajuda na compreensão e caracterização da **figura do supervisor**. As percepções e vivências que os supervisores têm e expressam sobre o seu papel e funções, enquanto orientadores da aprendizagem do aluno em contexto de saúde, a par com a análise crítica sobre as limitações, constrangimentos e potencialidades que esta actividade condiciona, permitem caracterizar o que é “ser supervisor”.

Pela análise da informação referente às alusões dos estudantes sobre a pessoa que orientava as suas actividades em ensino clínico e aos portfolios reflexivos, nomeadamente aos diários de campo, onde se registavam observações sobre momentos de interacção supervisiva surgiu este domínio e dentro dele foram codificadas as várias unidades de registo em três categorias de acordo com as principais funções que assume: empático, facilitador e directivista.

No modo como o aluno genericamente se expressa sobre o seu supervisor, tutor ou docente³⁴, a percepção é bastante positiva tendo a categoria facilitador reunido um número muito elevado de unidades de registo. A ajuda ao aluno na compreensão das actividades que tem para solucionar, demonstrando ou pensando conjuntamente o processo de cuidados e acompanhando na sua implementação são actividades identificadas por um número significativo de estudantes. Consideram que são muito positivas pela segurança que lhes proporciona.

“Ele observa, observa e orienta ao mesmo tempo. Está fisicamente próximo, acompanha-me. É uma supervisão em que orienta mesmo, está ali presente e que nos diz ... Quando temos dúvidas vamos lá perguntar que ele diz, ... Está próximo. (...) Ou vai fazer mal ele está sempre lá e então dá aquela segurança.” [Ent. C-2-J](#)

Complementarmente ajuda o aluno a identificar a etapa do seu desenvolvimento e a consciencializar-se sobre as lacunas que persistem, adoptando uma atitude dialogante e aberta mas ao mesmo tempo estimulante e desafiadora.

Saliente-se que, nesta categoria comportamentos de orientação do aluno para aprofundamento de conhecimentos pela pesquisa bibliográfica, ajuda no desenvolvimento de um espírito crítico

³⁴ No documento orientador do Ensino Clínico refere-se que “A responsabilidade da orientação/supervisão/avaliação dos alunos é do docente coadjuvado pelo enfermeiro de referência/tutor do local de estágio”. Por razões que se prendem com a orgânica deste contexto de ensino clínico foi definido que cada aluno tem um tutor e um co-tutor (sendo que um enfermeiro é tutor de um aluno e co-tutor de outro) sendo o aluno sempre orientado por um destes elementos.

sobre a realidade observada e ajuda na criação ou desenvolvimento de um conjunto de valores no aluno, apenas pontualmente são referidos.

A análise também mostra com especial relevo um supervisor percebido pelos estudantes como distante, autoritário e directivista que não orienta e acompanha o aluno deixando-o sozinho na realização de tarefas por vezes complexas, solicitando intervenções não adequadas ao seu nível de desenvolvimento.

“Porque acho que a pressão exercida, por vezes, pelos tutores é exagerada. Eles esquecem-se que nós estamos aqui ainda a aprender, esquecem-se que somos pessoas com sentimentos e às vezes ultrapassam um bocado isso. (...) Mas, por vezes, sente-se bastante a pressão exercida pelos outros, principalmente pelos tutores. Isso claro também faz parte da personalidade de cada um e no meu caso foi mesmo assim, pôs-me mais abalado.” [Ent. C-2-](#)

M

Saliente-se que há uma apreciação variável entre os alunos relativamente às docentes e ao estilo de supervisão que adoptam. Assim, surgem referências a comportamentos de hostilidade, afastamento e directividade, em geral associados à identificação e confronto com as lacunas de aprendizagem ou de actuação, à percepção de uma orientação e acompanhamento insuficiente e à atitude que adoptam no contacto com o aluno, ocasionador de sentimentos menos positivos.

Um contacto pouco assertivo e um clima de envolvimento relacional distante em que, pelo modo como dialoga e actua com o aluno, ocasiona-lhe sentimentos menos positivos são outras das manifestações expressas nas unidades de registo e que reforçam esta caracterização da figura do supervisor.

Supervisores empáticos e atenciosos que recorrem em várias momentos àquilo que consideram que é o melhor para o aluno, colocando-se na sua posição de estudante, que actuam frequentemente pela demonstração e explicação ao aluno sem directamente o envolverem ou conhecerem a sua pretensão e capacidade e o estimularem, são situações menos frequentes.

Assim, os supervisores assumem de forma mais frequente uma postura de facilitação e apoio, com estimulação e desafio cognitivo e uma postura de maior distancia e directividade. Saliente-se que a não orientação e acompanhamento da actividade é sempre referente aos tutores, e o contacto que induz sentimentos menos positivos acontece muito frequentemente em referência a um docente.

Ser supervisor

Nos vários momentos de contacto que ao longo do trabalho de campo ocorreram com os supervisores do ensino clínico múltiplas foram as situações que originaram entrevistas etnográficas. Nestas foram explicitadas vivências relativamente às funções assumidas na

supervisão dos estudantes e alguns conceitos norteadores das suas práticas. Da análise desta informação emergiram algumas categorias: funções a desempenhar pelo supervisor; preparação para assumir o papel superviso; contributos; constrangimentos e; aptidões ou competências para ser supervisor.

Consideram que têm uma multiplicidade de funções a desempenhar perante um aluno a iniciar a sua aprendizagem em ensino clínico: i) acompanhar e orientar o aluno, na prestação de cuidados ou noutra acção a ela associada, na dinâmica do próprio ensino clínico ou no que lhe é inerente; ii) avaliar, analisar e reflectir com o aluno a actividade que desenvolve, a evolução do seu desempenho e com os seus pares analisa a evolução do seu supervisando sempre que estes o substituem; iii) orientar para aprofundamento de conhecimentos quando detecta falhas de conhecimento que sustentem a acção ou que considera importante para promover/preparar a sua actividade; iv) estabelece critérios para o aluno, clarificando objectivos de aprendizagem, apresentando pistas a serem seguidas pelo estudante, impondo limites em termos de classificação e temporais ou simplesmente referindo o que o aluno tem de fazer; v) estabelece uma relação propícia ao processo superviso, um clima de diálogo e proximidade, dando reforço e *feedback*.

“Eu pessoalmente gosto sempre de falar com os colegas para saber a evolução, como passaram os turnos, as dificuldades que eles sentiram da parte dos alunos. Tento sempre perguntar-lhes como é que foi, o que viste de diferente, o que achaste, o que fez bem ou o que fez menos bem. Para tentar ver se nos meus turnos e nos deles as dificuldades são as mesmas (...) Técnicas, atitudes, comportamentos, perante o doente, perante a família, perante o enfermeiro, tudo. Fazemos uma apreciação exaustiva do que se passa com o aluno.” [NC C 06-10-11](#)

É de relevar que as **funções** “acompanhar e orientar” e “avaliar, analisar e reflectir” são as mais frequentemente percebidas e referidas pelos tutores e docentes. Embora residual há referências a funções consideradas específicas por se tratar do primeiro ensino clínico. Entre estes destacam-se a maior actividade de ensino, a presença física junto do aluno na prestação de cuidados com maior disponibilidade de tempo e atenção, o trabalho de ajuda sobre o como assumir responsabilidade e a iniciação no conhecer o que é a prestação de cuidados.

“Para além de ser o primeiro estágio eles vêm para aqui sem conseguirem sentir a responsabilidade, saber verdadeiramente o que é um estágio e isso traz-nos dificuldades em os fazer sentir isso, em saber o que é prestar cuidados a uma pessoa. (...) ter de os consciencializar do que é um estágio e do que é o verdadeiro sentido de ser enfermeiro e de prestar cuidados directamente ao doente. (...) Isto exige uma presença mais ou menos constante, por um lado eles exigem-na mas por outro eu também acho que a tenho de ter.” [NC C 06-10-19](#)

Para assumir estas funções a maior parte dos enfermeiros tutores sente falta de uma preparação específica. Consideram que ela os ajudaria a promoverem os seus conhecimentos para o desenvolvimento de algumas capacidades e competências nomeadamente no domínio pedagógico. Têm dificuldades na orientação do aluno especialmente na transição entre os aspectos teóricos que aprenderam e a prática que estão a começar a aprender.

A **formação** poderia dar-lhes algumas estratégias ou ferramentas pedagógicas. Deste modo orientam a sua acção, enquanto tutores, por aquilo que gostariam que fosse feito com eles. As referências que têm do seu tempo de estudantes, aquilo que consideram uma boa ou má orientação, aqueles que foram os seus orientadores-modelo, a ajuda dos docentes, a aprendizagem pela prática, a partilha com os colegas tutores e o bom-senso são apontados como os recursos usados para se orientarem na actividade.

“Nunca tive nenhuma formação, é mesmo aquilo que a minha experiência me foi dando nem sei se estarei a fazer da melhor maneira, vou aprendendo de umas vezes para as outras. (...) aquilo que me aconteceu a mim quando era aluna e agora tento transmitir isso aos alunos. Foi a prática que me ensinou, não há regularmente nenhum trabalho aqui por parte das docentes ou outra coisa qualquer.” [NC C 06-10-20](#)

São poucos os tutores que realizaram alguma formação específica mas mesmo esses referem ter sido pouco formativo pois consideram que aprenderam princípios teóricos mas nada de prático, faltou ajuda na transição daqueles princípios para o “ser tutor” no dia-a-dia do ensino clínico.

Sentem que a função de tutor lhes traz alguns **contributos** muito importantes. Desde logo obriga-os a reflectirem mais sobre as suas práticas, torna-os mais responsáveis, têm de aprender a vários níveis por exemplo, a serem mais desafiadores, mais organizados, a realizarem mais trabalho de preparação pessoal e profissional. Contribui também pelo reconhecimento das suas competências ou pela exigência que têm por ter de trabalhar de forma irrepreensível.

“Eles aceitam de bom grado mas também não têm muita alternativa, mas à partida eles gostam, até porque é um reconhecimento de que eles têm essa capacidade, isto é, é-lhes reconhecida essa capacidade de orientarem alunos. (...) é muito desafiador, obriga-me a fazer muito trabalho de casa. Obriga-me a em casa perder algum tempo a estudar e também a raciocinar como é que vou explicar aquilo ao aluno.” [NC C 06-10-23](#)

Embora as categorias **aptidões ou competências** e constrangimentos se complementem, pela análise da informação parece que aspectos ligados a estar bem preparado, estar seguro, estar atento, saber avaliar, saber gerir situações com bom senso e conhecimento, ter competências para ajudar são percebidos como requisitos base para ser tutor na orientação dos estudantes do primeiro ensino clínico na sua aprendizagem em contexto de saúde hospitalar. Também consideram que as competências relacionais são fundamentais para se conhecer o aluno e para lhe dar a ajuda emocional que frequentemente percebem necessitar assim como, as capacidades de gestão do tempo, do stress e do número de alunos.

Os grandes **constrangimentos**, sentidos pelos enfermeiros tutores na sua função supervisiva são fundamentalmente do domínio relacional ou emocional e do domínio operativo. Assim, expressam que conhecer os alunos é muito importante mas complexo pois em geral são muito reservados. Percepcionam e exprimem dificuldades em não se colocarem no papel de aluno

isto é, conseguirem um distanciamento afectivo que lhes permita assumir o seu papel efectivo de supervisor. A angústia e dúvidas que surgem ao longo do processo (na orientação mas fundamentalmente na avaliação) sobre a correcção, a segurança e a imparcialidade com que actuam são aspectos difíceis de saber lidar.

“Se eles não falam é mais complicado para nós e esta primeira fase além da parte psicológica deles também a parte prática tem de ser muito acompanhada e nós além do aluno temos mais cinco doentes, por exemplo, é muito complicado. As actividades demoram muito mais tempo, o que é normal e as pessoas nem sempre compreendem isso. (...) Eu por vezes identificava-me mais com os alunos e tentava-me colocar no lugar deles.” [NC C 06-10-26](#)

Como este extracto refere os constrangimentos mais operativos e do local de trabalho tem a ver com a gestão da carga de trabalho que o supervisor tem à sua responsabilidade, pois tem de proporcionar orientação e acompanhamento do aluno tendo subjacente as experiências de aprendizagem adequadas e o tempo acrescido que este necessita para desenvolver qualquer procedimento.

Vivências Emocionais

O domínio **sentimentos e emoções** emergiu da análise da informação recolhida junto dos estudantes e do que os estudantes referem ter **experimentado** ao longo do primeiro ensino clínico assim como daquilo que recordam um ano mais tarde como tendo representado vivências emocionais significativas, as situações que estiveram na sua origem e o que afectivamente representa esse período de aprendizagem.

O contacto com o serviço, com as pessoas alvo de cuidados, com a equipa e mesmo com o desenvolvimento de algumas actividades pela primeira vez são percebidos pelos estudantes de modos diferentes. Independentemente do que referem sentir, este primeiro impacto não é indiferente para nenhum estudante pois todos manifestam emoções e/ou sentimentos a ele associados.

A **primeira** vez que o estudante se vê confrontado com a **realização de uma actividade** na unidade faz com que experimente sentimentos que refere serem sempre intensos contudo, pelo menos aparentemente, não há dificuldade em os exprimir, com algum à vontade. Embora nem todos os estudantes se manifestem relativamente a esta situação e ao que sentiram.

Alguns tiveram a percepção de se sentirem úteis quando tiveram que realizar procedimentos pela primeira vez e perceberam a importância que teve para a pessoa alvo desse cuidado, especialmente porque houve expressão de agradecimento com consequente percepção de satisfação por parte do aluno.

“(…) pela primeira vez, (dar um banho) pegar numa pessoa, mobilizar, ter de saber se vou aleijar se não vou aleijar (:::). Mas peguei, comecei logo a fazer e correu bem, a pessoa depois também elogiou a maneira como fiz, que fui carinhoso e isso deu-me uma satisfação enorme.” [Ent. C-1-J](#)

Vivências de ansiedade, nervosismo e medo são expressas por alguns alunos quando se deparam com a realização de procedimentos técnico-instrumentais pela primeira vez, sentem que estão perante o assumir de uma responsabilidade para a qual não sabem se estão preparados, se vão falhar, pois há sempre uma carga de imprevisibilidade, na sua execução. Estas são percepções que fogem ao seu controlo e como tal são momentos carregados de emoções e sentimentos.

Decorridas seis semanas da colheita destes dados e perante questões similares as referências a sentimentos de alegria continuam a estar dependentes do êxito perante um primeiro procedimento técnico-instrumental, por exemplo uma punção venosa (a percepção de êxito está dependente de apenas um critério “acertar na veia”).

Situações de medo e insegurança ou de repugnância e constrangimento são expressos quando o aluno se viu confrontado pela primeira vez com o óbito da pessoa que tinha atribuída para cuidar. Regra geral, o aluno tem dificuldades e algum constrangimento por ter de contactar com o corpo já cadáver nos cuidados *post-mortem*. A situação acontece porque tinha construído um conceito que não o iria conseguir fazer, não iria conseguir lidar com esta situação.

“Foram assim duas situações ... Eu nunca tinha feito nenhuma múmia e nesse próprio dia fui ajudar a fazer duas múmias, nunca tinha visto um corpo (++), um cadáver e assim de um momento para o outro tive de tocar em dois, para mim fez-me muita confusão (++).” [Ent. C-2-A](#)

A vivência ligada ao primeiro contacto com a morte, eventualmente pela intensidade com que emocionalmente foi vivida, surge expressa como tendo ocasionado também ansiedade, nervosismo, tristeza e frustração. Contudo o choque, o medo e a repugnância são as expressões mais frequentes.

“Para mim fez-me muita confusão, passei noites sem dormir a pensar nisso e não andei ... Andei um bocado mal, porque também foi uma altura em que se deram alguns óbitos aqui na enfermaria e era todos os dias aquela situação de stress de chegar aqui ao serviço e saber se aquele doente tinha falecido ou não se (:::) (...) Na hora, o choque foi tão grande que eu (:::) eu pensei que ia reagir pior, porque eu sou uma pessoa que controla as lágrimas muito dificilmente e então pensei que tinha medo do que pudesse acontecer, de como pudesse reagir.” [Ent. C-2-A](#)

As perturbações do sono associadas a outras situações traumáticas, como cuidar de uma pessoa em estado de coma são também comuns e referidas pelos estudantes.

Saliente-se que a ansiedade é descrita por um estudante numa situação em que pela primeira vez se viu confrontado com o ter de iniciar um turno sem um plano de trabalho escrito como era habitual (situação intencionalmente provocada pelo seu tutor que considerou ser o momento adequado para fazer este desafio ao aluno). Outro estudante perante uma recusa à sua intervenção na prestação de cuidados por parte do utente experimentou a frustração.

No contacto com a unidade e decorrente do **ambiente** proporcionado alguns estudantes referem sentimentos positivos. O modo como estão a perceber a atitude dos profissionais na sua integração é muito favorável, sentem-se bem acolhidos e o envolvimento na actividade permite-lhes atenuar a apreensão inicial com que chegaram ao ensino clínico.

“(…) uma pessoa sente-se bem porque está a começar a sentir-se útil, há momentos em que uma pessoa está parada e há outros momentos em que ... E quando está a fazer está melhor, passa mais rápido o tempo, uma pessoa sente-se útil.” [Ent. C-1-J](#)

Ao terminar o período de ensino clínico são poucos os alunos a referirem sentimentos positivos como o sentir-se acolhido ou alegria e satisfação decorrente do ambiente e do envolvimento da equipa. Contudo ao fim de um ano a situação sofreu evolução e mais estudantes recordam o período de aprendizagem com sentimentos positivos como: i) a satisfação pelo desenvolvimento que teve em grande parte atribuído ao empenho de todas as pessoas que o apoiaram e; ii) o carinho associado ao modo como se sentiu acolhido e integrado pela equipa, pelos doentes e serviço em geral.

“(…) carinho enorme pelos enfermeiros de lá, com quem me dou lindamente ainda, com quem mantenho contactos porque ainda agora me continuam a ajudar mesmo estando em serviços diferentes. Tenho a noção que vai ser sempre o meu primeiro serviço. O meu primeiro estágio hospitalar foi feito em medicina naquele hospital, com aqueles professores e com aqueles doentes, mantenho isso e tenho um enorme carinho por eles.” [Ent. C-3-Y](#)

Saliente-se que há dois estudantes que referem ter saudade daquele ensino clínico como justificativa de como têm uma percepção positiva de toda a atmosfera que o envolveu.

As categorias referentes a sentimentos negativos ligados ao ambiente em que o ensino clínico está a ocorrer, têm uma expressão muito significativa englobando um elevado número de unidades de registo por categoria.

A ansiedade e nervosismo surgem associados ao facto de o aluno estar inseguro e não saber o que o espera, pois não sabe se está preparado para estar perante uma pessoa doente com toda a carga emocional e de responsabilidade que isso acarreta. Por outro lado, a pressão para uma execução rápida e sob observação ainda o faz vivenciar um maior nervosismo. O facto de estar no início deste momento de aprendizagem, a situação nova em que se encontra é suficiente para perceber sentimentos de insegurança, o que para alguns é agravado pela percepção de falta de apoio em termos supervivos ou pelo distanciamento e aparente descentração das suas necessidades por parte do supervisor.

“(…) a integração dos alunos deveria ser feita de forma diferente. Não me senti apoiada nestes primeiros dias nas necessidades que tive, mesmo nada. (...) senti-me desorientada, muito pouco apoiada, largada, perdida, falta de um enfermeiro ...” [Ent. C-1-C](#)

A sensação de incapacidade, acontece por um lado ligada à situação de prestação de cuidados quando as pessoas a cuidar estão gravemente doentes em que o aluno se sente impotente para actuar mas também quando sente que os seus conhecimentos não lhe permitem dar resposta adequada pois está numa fase muito inicial do seu processo de aprendizagem.

A percepção de sentimentos de tristeza e choque emocional acontece no contacto com pessoas internadas (ou os seus familiares) com manifestações clínicas de grande sofrimento ou em estado terminal de vida. Esta é a situação mais referida como marcante e ocasionadora de sentimentos de alguma angústia fazendo com que o estudante frequentemente manifesta que esta tristeza e angústia o acompanha para além da unidade de cuidados, perseguindo-o até nos tempos de descanso, e como tal, não lhe permite recuperar do estado de tensão que sente. Tudo isto é atribuído ao facto de estar na fase inicial de ensino clínico e não terem desenvolvido meios adequados que os ajudem a lidar com estas vivências.

“(…) quando saio do hospital vou pensando, pensando, pensando nas coisas e claro que é muito difícil. Nós temos cá doentes com patologias muito complicadas mesmo, muito, muito. (...) Cá eu consigo estar mesmo bem, eu vejo situações como aqui se passam diariamente mas chego a casa e é aquela coisa ... Também não tenho muitas pessoas com quem partilhar isso “ [Ent. C-1-B](#)

Ao terminar as seis semanas de observação os sentimentos negativos dos estudantes recaem fundamentalmente nas categorias **ansiedade e nervosismo** e **tristeza ou frustração**. A ansiedade também é desencadeada por situações ligadas à presença de um docente, junto do aluno quando realiza actividades o que faz com que se sinta observado numa perspectiva inspectiva, de controlo, de identificação das falhas e erros, pois o aluno não consegue separar/distanciar o docente da avaliação (classificação) que este terá de realizar (uma das principais funções atribuídas pelos alunos aos docentes). A reunião de avaliação intercalar e o ambiente ali criado de alguma tensão tanto pelo número de pessoas presentes como pelo que é referido, ao estudante também origina a mesma tipologia de vivências.

Já as situações de tristeza e pontualmente de medo e insegurança surgem ocasionadas por estarem num ambiente onde morrem pessoas e onde a maior parte estão em sofrimento, gravemente doentes.

“Acho que o grande sentimento que eu tenho trazido é que me sinto ... Sentimento é e não é, sinto-me bem mais pesado. Isto de facto traz uma carga emotiva muito grande e a consciencialização que de facto há pessoas que estão muito doentes e há pessoas que morrem e assim, umas atrás das outras e há sempre pessoas assim neste estado que eu acho que nós ficamos mais pesados (...)” [Ent. C-2-N](#)

O decurso de um ano fez alterar significativamente esta percepção pois os sentimentos de tristeza e frustração desaparecem e as situações de ansiedade são pouco recordadas embora surjam o medo e a revolta. Alguns problemas que surgiram no decurso do ensino clínico fizeram

com que esta represente uma experiência marcadamente negativa no percurso formativo do estudante e neste momento o lembre e fale sobre ele de uma forma amarga e angustiada.

“Relativamente ao primeiro ensino clínico guardo aquela sensação de terror de ir para lá todos os dias, de ter de ir para lá todos os dias. É tristeza e amargura e ainda uma coisa que eu nunca tinha experienciado que é sentir rancor (...)” [Ent. C-3-I](#)

Saliente-se que o número de unidades de registo baixou significativamente ao fim de um ano assim como a percepção global que se tratava de um ambiente de pressão e tensão. Agora, a pressão é considerada, pelo aluno, importante, mesmo fundamental para que se tenha desenvolvido e obtido sucesso naquele período de aprendizagem. Genericamente continua a haver uma subdivisão das estudantes quando se referem às suas vivências emocionais ligadas ao ambiente geral da unidade de cuidados.

Do conjunto de unidades de texto relativos às vivências emocionais na **prestação de cuidados** emergiram um conjunto de categorias. A percepção de sentimentos de alegria ou satisfação e gratificação ou recompensa são experimentados por um elevado número de alunos fundamentalmente ligados a duas situações: i) quando a pessoa que o aluno cuidou lhe manifesta que esteve bem e se sente bem; ii) quando o aluno realiza um procedimento eficazmente e tem a percepção que não causou mais sofrimento ao doente. Parece que basta o doente que cuida estar bem ou exprimir qualquer indício de alegria ou felicidade para também ele ficar bem. O facto de já estar a iniciar actividade e o sentimento de utilidade a ela ligado são elementos suficientes para que sinta satisfação.

“(...) quando estou a falar com algum doente e percebo que, só (++) o estar ali, mesmo só a conversar sem outro tipo de cuidado mais físico, mais técnico, de facto as pessoas reagem bem. Já consegui que alguns doentes me dissessem olá e sorrissem, ou seja, isso faz-me sentir bem.” [Ent. C -1-N](#)

Parece que o aluno não esperava um acolhimento tão bom por parte do doente ou pelo menos que este fosse explícito. É evidente que a opinião do doente é para o aluno a melhor forma de avaliação do seu trabalho e empenho ocasionando motivação e vontade de continuar a investir na sua actividade.

“(...) fiquei contentíssima por sentir que ... Porque devo ter feito alguma coisa que ela considerou positivo na estadia dela cá e fiquei-lhe agradecida pelo reconhecimento dela (...) Soube muito bem mesmo, ficou o dia ganho (risos) Isto faz com que uma pessoa queira dar mais ainda.” [Ent. C-1-R](#)

Durante o ensino clínico e um ano mais tarde a análise das categorias referentes a sentimentos de alegria e gratificação são expressos por menos estudantes no entanto continuam a ocorrer ou a serem lembrados por motivos semelhantes sempre decorrentes das manifestações da pessoa que cuidaram e do êxito ou resultado final dos procedimentos realizados.

Também são as situações de prática de cuidados em que há manifestações (em geral clínicas e não verbais) por parte dos doentes de dor, de sofrimento físico, de agravamento do seu estado de saúde, durante o tempo em que o aluno lhe presta cuidados, que lhe ocasionam estados emocionais mais complexos de gerir, de choque.

“(...) aquela respiração assim (:::) angustiada (:::) de olhos abertos mas completamente ausente, fez-me alguma confusão. Foi, se calhar, o momento que mais me marcou por ser mais (:::) por ser tão (++) pesado, por ser assim ...”

[Ent. C -1-N](#)

A prestação de cuidados em situações que envolvem a visualização ou manipulação do corpo do outro especialmente quando se trata de uma pessoa do sexo oposto surge como constrangedor. Este é um dos factores manifestados por dois estudantes do sexo feminino que sentiram maiores dificuldades quando na ansiedade de terem pela primeira vez uma pessoa atribuída para cuidarem se confrontaram com esta dupla dificuldade.

“(...) queria ... Não é medo mas, por exemplo, hoje vi uma úlcera de pressão e fiquei enjoadíssima. (...) os aspectos da intimidade são complicados, o contacto com o corpo das pessoas do sexo contrário, o corpo das pessoas mais idosas é estranho para mim ainda é um bocado confuso” [Ent. C-1-Y](#)

A transição entre o período de preparação em ambiente escolar e o ambiente hospitalar é percebida como factor de tensão e medo pelo que a apresentam como tendo de ser mais gradual e suave do que aquela a que estão a ser expostos pois, o assumir de responsabilidade pelo acto de cuidar é assustador e necessita de tempo para a aprendizagem. Não se sentem capazes de cuidar de uma pessoa com uma situação de saúde complexa, pelo medo de poderem ser lesivos para o outro ou não saberem como esta reagirá o que lhe ocasiona ansiedade.

“(...) atribuírem-nos um doente que seja mais simples, menos dependente com menos patologias isso facilitaria a nossa aprendizagem ser mais graduada (:::) mais ... Não ser assim um choque tão grande, de ter aquela pessoa muito dependente de mim, com uma carga tão grande de cuidados. (...) é importante nos primeiros dias não sermos assustados com um doente que precisa muito de mim.” [Ent. C-1-I](#)

Na evolução do ensino clínico persistem os sentimentos de constrangimento e os de tristeza sendo estes os que são expressos por mais de metade do grupo de estudantes. Tanto uns como outros ocorrem pelo facto de o aluno ter de contactar com as situações de óbito ou por este ter ocorrido durante o turno em que era responsável por cuidar daquela pessoa e, assim, ter de cuidar do corpo cadáver directamente ou ajudando um colega nesta actividade.

O distanciamento do ensino clínico e vivências noutras contextos, fizeram alterar a visão da primeira experiência clínica e só residualmente surgem sentimentos de medo associados à novidade ou à capacidade para responder ao desafio. A tristeza é agora considerada resultante de comportamentos e posturas individuais que poderão ter condicionado um desenvolvimento e aprendizagem aquém do possível e ambicionado.

“(…) eu valorizava mais aspectos de relação, valorizava mais a qualidade nos cuidados do que necessariamente a quantidade. Isso causava em mim situação de quase (:::) de desespero, de chegar a casa e não perceber como é que eu conseguia passar para aquele tipo de cuidados que eu não gostava e não me identificava.” [Ent. C-3-N](#)

Os sentimentos de tristeza e frustração também continuam a ser lembrados associados às situações das pessoas que cuidaram, ao seu sofrimento e incapacidade ou impotência do aluno para ajudar na resolução da situação.

Em síntese

O primeiro conceito de ensino clínico surge associado a um período em que o aluno vai pôr em prática o que aprendeu embora considere que também vai desenvolver aprendizagem pois tem muito mais potencial formativo que o período de ensino teórico. Com a vivência do ensino clínico desaparece o conceito de aplicação para todos passarem a considerar que é uma fase de grandes desenvolvimentos e, a vários níveis. Alguns estudantes referem um conceito de ensino clínico que foi significativo mas porque tiveram vivências negativas tendo-os marcado negativamente. É também um período de conhecimento da profissão e do ser enfermeiro, de construção identitária mas não de clarificação sobre a opção profissional a seguir.

Um conceito de ambiente relacional favorável, acolhedor e com envolvimento na dinâmica de prestação de cuidados, mas também em que as pessoas internadas marcam positivamente pela sua receptividade o que não estava na sua concepção construída previamente. Saliente-se a percepção de alguns estudantes que consideram o modo como foram recebidos de forma menos positiva. Têm um conceito de uma etapa inicial de aprendizagem em contexto clínico menos exigente do que se estão a confrontar pois:

- esperavam mais apoio em termos de ensino por parte da equipa que os orienta;
- pensavam estar melhor preparados ou terem no início uma actividade com uma menor complexidade;
- é necessário adoptar uma postura de rigor, empenho, disponibilidade, organização e humanidade que não esperavam ser tão importante.

Desde início que o aluno tem expectativas de desenvolvimento das suas características pessoais. Com o ensino clínico esta categoria assume um maior relevo pois perceberam e passaram a atribuir grande importância ao trabalho segundo os princípios ético-deontológicos, mas também a fazerem um trabalho de análise e reflexão consigo próprios passando a conhecer-se melhor.

O desenvolvimento obtendo uma execução com perícia de procedimentos técnicos e instrumentais é uma expectativa importante. Contudo o período de aprendizagem transformou-a, considerando que a importância daquele desenvolvimento residiu no facto de conseguirem desprender-se do gesto e deste modo poderem integrar a relação e interacção com o doente quando realizam os procedimentos.

A comunicação e relação inicialmente não assumiam um relevo significativo enquanto expectativa, mas o ensino clínico transformou a sua visão fazendo com que lhe atribuam e considerem que aprenderam muito. O seu desenvolvimento a este nível capacitou-os para discutir e identificar formas menos correctas e/ou eficazes de actuação.

A concepção e planeamento de projectos de cuidados foi uma categoria de aprendizagem apresentada como tendo tido uma evolução que não foi além das etapas iniciais, sendo capazes de propor reformulações de diagnósticos pela identificação de alterações ou evolução nas respostas apresentadas pela pessoa mas tudo isto sempre muito dependente de um plano já previamente elaborado.

Saliente-se que os estudantes consideram que aprenderam aos vários níveis das competências exigidas, mas sobretudo no que se prende com as capacidades de comunicação e relação e as competências do domínio pessoal e psicossocial, pois o ensino clínico e as pessoas que cuidaram permitiu-lhes ou exigiu-lhes essas aprendizagens.

Aprende-se pela execução ou vivência de um determinado acontecimento que ocorreu com a pessoa internada mas também na partilha com os colegas e mesmo pela imitação. Apenas, mais distanciados temporalmente do ensino clínico consideram que a análise, discussão ou reflexão sobre as situações de cuidados com o orientador e a partilha com os colegas foram meios eficazes para a aprendizagem. Esta estratégia foi insuficiente ou deficitária dada a sua importância formativa.

Como factores influentes no processo de aprendizagem saliente-se:

- A equipa supervisiva que é percebida por uns como tendo tido uma influência positiva enquanto outros a consideram distante e, por vezes, enfatizando a avaliação. Há evidência de díades em que se verifica um bom envolvimento e outras em que tal não aconteceu. Numa visão mais distanciada a orientação do docente é percebida como importante em todo o desenvolvimento que teve no ensino clínico.
- O ambiente da unidade foi um factor que influenciou dado o clima pouco acolhedor e sem grande disponibilidade para a integração do aluno na prestação de cuidados mas, também, pela

carga emocional que a gravidade da situação das pessoas ali internadas condicionava. Saliente-se que maioritariamente os alunos consideraram o ambiente acolhedor e favorável.

- As características pessoais do aluno só surgem como um factor influente quando o aluno fala de uma forma distanciada sobre o ensino clínico em que o inconformismo, o bom senso, a motivação, a resiliência, tiveram muita influência no sucesso obtido.

O ambiente afectivo e relacional daquele contexto tem uma apreciação muito marcada pelas influências das pessoas que o constroem caracterizando-se por um lado pelo acolhimento, apoio e proximidade e por outro pelo afastamento e não envolvimento do aluno. Com a vivência do ensino clínico verifica-se uma evolução modificando a percepção do aluno pois inicialmente havia uma expectativa mais positiva.

A articulação entre supervisores para a orientação pedagógica é boa, o aluno recorre ou pode recorrer a qualquer pessoa para o orientar, embora ao docente seja sempre atribuído o papel avaliativo. Também neste âmbito há constrangimentos pois, muitas vezes, regista-se a falta de articulação para a orientação do aluno, falta de conhecimento sobre os objectivos de aprendizagem do aluno ou a orientação directa da actividade do tutor.

O ambiente, em termos cognitivos, é também caracterizado por um lado como um ambiente de rigor no desempenho e na envolvimento que estimulam a capacidade de análise e questionamento e a responsabilização e, por outro, como pouco estimulante, sem abertura à discussão e com práticas discrepantes dos princípios teóricos.

A orientação dos docentes faz com que o ambiente seja mais exigente e estimulante pelo questionamento em termos de fundamentação das intervenções. Também era expectável maior apoio, apreciação crítica ou mesmo ensino. Tudo isto, a par com a tipologia de pessoas ali internadas e a sua situação de saúde ou de vida, contribui para a percepção de uma atmosfera emocionalmente mais difícil e hostil.

São estratégias supervisivas especialmente importantes i) a experimentação em conjunto, porque dá segurança ao aluno, este fica sem hesitações e medo de errar; ii) encontros formais de avaliação, aos quais é atribuído um maior significado do que as informais; iii) reuniões para análise, discussão ou reflexão sobre a actividade, especialmente se estes momentos ocorrem para discutir um trabalho desenvolvido pelo aluno, pois nestes momentos há questionamento e discussão. Estas assumem especial relevo para o aluno quando ele pensa retrospectivamente sobre o que aconteceu. Nestes momentos são capazes de abordarem as estratégias e meios formativos criticamente identificando como poderiam ser promovidos.

A prestação de cuidados (com rigor, sequência, profundidade, ...), o conhecimento do aluno para a actividade a realizar (nomeadamente quando há supervisão do docente) e, pontualmente, a pessoa alvo de cuidados são os principais focos de atenção e observação do supervisor.

4 - SÍNTESE TRANSVERSAL DOS CASOS EM INVESTIGAÇÃO

4.1 – SÍNTESE TRANSVERSAL DOS CASOS EM INVESTIGAÇÃO: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A investigação presente, como já foi largamente referenciado, socorreu-se de locais e sujeitos múltiplos implicando a combinação e recolha de dados com a sua análise. Apresentados os resultados da análise da informação de cada um dos casos em investigação e de acordo com a metodologia proposta por Yin (2003:177) deve proceder-se a uma análise comparativa entre casos, constando “(...) *no relatório um capítulo ou seção que apresente a análise e os resultados de casos cruzados.*”

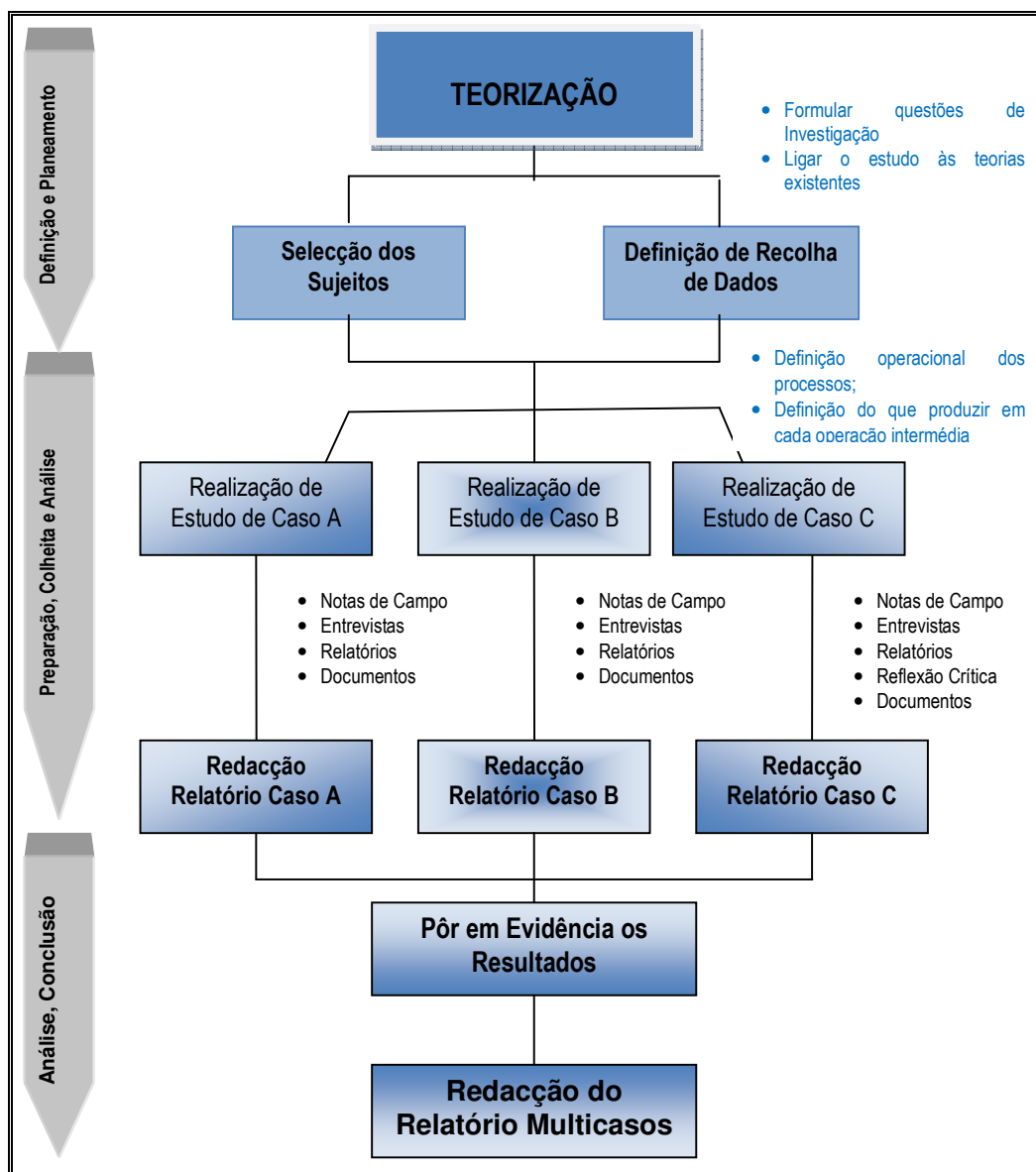
Com esta comparação multicase pretende-se evidenciar pontos de convergência e divergência entre os casos, o que pressupôs, durante o período de recolha de informação de um maior controlo (comparativamente ao estudo de caso único) do campo de investigação fundamentalmente ao nível da determinação das unidades ou categorias de observação, das áreas temáticas de recolha de dados da situação em estudo e, anteriormente, na selecção dos casos a estudar. Esta comparação baseia-se no estudo aprofundado de cada um dos casos (Lessard-Hebert, Goyette & Boutin, 1994), para tal seguimos a metodologia proposta por estes autores e por Yin (2005) como se apresenta na figura 11.

Este procedimento facilita que nesta apresentação se siga a sequência das principais dimensões em que subdividimos o capítulo anterior. Não obstante a comparação permanecer aberta ao real, isto é, baseando-se no estudo aprofundado de cada um dos casos.

Numa primeira abordagem comparativa evidencia-se uma diferença quantitativa no *corpus* de análise dos casos, nomeadamente do que resultou das entrevistas semi-estruturadas realizadas aos estudantes. Desde os primeiros momentos de análise foi notória a diferenciação nas respostas, mais ou menos evidente na: fluidez de pensamento e resposta; abordagem de todas as questões apresentadas; constrangimentos ou temas de difícil resposta; pormenorização das ideias expressas; justificação e/ou explicação dos conceitos apresentados; questões que o estudante realizava enquanto a entrevista ou a observação decorriam; grau de elaboração das suas argumentações.

Estas evidências são directamente proporcionais à idade dos sujeitos e tempo de preparação em ambiente académico. Por isso alguns domínios ou categorias emergiram muito facilmente e foram analisados e interpretados mais facilmente num caso (Caso C - estudantes do 3º Ano) relativamente a outro (Caso B - estudantes do 1º Ano).

Figura 11 – Metodologia de Estudo de Casos Múltiplos adaptado de Yin (2005) e Lessard-Hebert (1994)



De acordo com a metodologia apresentada, terminada a etapa de preparação, colheita e análise e cumprida a 1ª fase de evidenciar resultados estaremos perante o momento em que uma análise transversal entre as principais dimensões nos três casos e extrair as principais conclusões. Optámos por fazer esta comparação subdividindo-a em conceitos e representações, aprendizagem e processo supervisivo, integrando as vivências emocionais.

Conceitos e Representações

Ao expressarem o que é o seu conceito de ensino clínico os estudantes dos três casos em estudo ao iniciarem este período formativo referem-no como mais uma etapa em que consideram que vão aprender de uma forma muito significativa, centrando-o num nível de excelência em termos de potencialidade para o seu desenvolvimento e aprendizagem.

Com uma maior ou menor divagação conceptual, é um conceito que prevalece no conjunto dos estudantes inquiridos. No domínio formativo, centram-se por um lado num período de promoção das suas aprendizagens (por vezes sem conseguirem explicitar o porquê apenas o associam ao seu desenvolvimento) e, por outro, a um período de aplicação e demonstração de conhecimentos. Assim, os seus objectivos passam por poderem pôr em prática, testando o conjunto de conhecimentos que já lhes foi ensinado. É uma visão de ensino clínico existente em estudantes dos três grupos mas mais frequente naqueles que estão no primeiro ano em que praticamente todos se referem a esta demonstração de conhecimentos e ao treino o que é reforçado quando a associam à sua avaliação.

Quando voltam a ser questionados sobre a representação que têm daquele período da sua formação, não há referências ao ensino clínico como tempo de treino, aplicação ou demonstração dos conhecimentos prévios, teóricos ou práticos. Os conceitos e representações, embora com ênfases diferentes entre casos, apenas expressam categorias que reforçam a ideia de que o ensino clínico foi um período de aprendizagem e desenvolvimento mesmo nas situações em que os estudantes identificam a existência de factores dificultadores deste processo. Assim, parece que o ensino clínico fez com que o estudante se afastasse dos seus pré-conceitos, identificando-lhe uma dimensão formativa mais vasta que o expectável reconstruindo o seu conceito.

Para os estudantes do caso A e C ensino clínico é um período de aprendizagem em que têm de aprender a utilizar conhecimentos que já lhes foram leccionados, que tem uma maior e mais significativa dimensão formativa comparativamente com o período de ensino teórico. As vivências nesta unidade curricular e a continuação da formação, pela frequência do curso, fizeram evoluir o conceito passando a ser identificado como um tempo em que o aprender e o conhecer são linhas dominantes das percepções e análises conceptuais. Assim, consideram-no uma etapa da sua formação com impacto no seu crescimento global, tanto numa dimensão de construção pessoal, de descobertas, de auto-conhecimento, de desenvolvimento da sua capacidade de pensamento, reflexão e questionamento, como numa dimensão de conhecimento da enfermagem enquanto profissão, do que é ser enfermeiro, das suas limitações e potencialidades no trabalho que desenvolve e no *como* o desenvolve.

Para os sujeitos do caso B é um período maioritariamente visto como de aplicação de conhecimentos que progressivamente se transforma e passa a ser percebido e referido como de aprendizagens significativas para o desenvolvimento posterior e para um melhor auto-conhecimento. O estudante vai conhecer como consegue lidar e comportar-se na situação de prestação de cuidados no contexto de um serviço de saúde hospitalar. Assim é, também, uma etapa de definição sobre a opção em termos profissionais, isto é, o curso que frequentam, havendo uma clarificação sobre as suas potencialidades para o desempenho da actividade de enfermagem que lhes fez ter certezas, confirmando-se a continuidade no curso com uma motivação e força acrescidas.

O mesmo acontece para os estudantes do 2º ano que perante as muitas dúvidas e indefinições expressaram que clarificaram e reforçaram a sua identificação com a actividade, em que iniciaram o processo de socialização, servindo o primeiro ensino clínico como referência para o que posteriormente aconteceu em termos formativos. Ao fim de um ano, a maioria dos estudantes exprime as indefinições que sentia antes de iniciar aquele período de aprendizagem em contacto directo com a pessoa alvo de cuidados. Apenas para os estudantes do terceiro ano não há ênfase na perspectiva de um período de definição e validação da opção em termos profissionais. Estes resultados remetem-nos para as conclusões de Abreu (2001) que também identificou diferentes estadios de construção identitária entre os estudantes dos casos que investigou.

Assim, e para os estudantes dos três casos em estudo do primeiro ensino clínico ficou uma representação de: aprendizagem; construção pessoal; conhecer aquilo que é ser enfermeiro e a enfermagem e; conhecer os contextos de saúde. Uma experiência formativa qualificada como marcante no seu percurso de formação.

O **ambiente relacional** que existe no contexto onde a aprendizagem clínica estava a iniciar-se é marcadamente positivo (relativamente à sua concepção prévia que era marcadamente negativa), caracterizando-se como um ambiente de acolhimento, integração, em que há ajuda, proximidade e respeito pela sua presença e pela sua situação de aluno. É pelo encontro com um ambiente com estas características que estão a conseguir responder às exigências que a prestação de cuidados está a colocar pois as dificuldades para a sua realização e os conhecimentos exigidos fazem com que se sintam pouco preparados pelo que o apoio de um supervisor é fundamental.

Para os estudantes do caso A, o envolvimento e proximidade que estão a ter tanto por parte da pessoa cuidada como da equipa é percebido como compensador e de ajuda às limitações e constrangimentos sentidos na realização das tarefas (situação de todo não esperada). Já, para os estudantes do 1º ano, a atmosfera relacional que se vive na unidade de cuidados é

considerada pesada e emocionalmente difícil pela situação das pessoas ali internadas, o que é atenuado pelo modo como se sente acolhido pelos enfermeiros da unidade e que vai além daquilo que eram os seus conceitos prévios ao conhecimento e confronto com este contexto. Esboçam-se algumas percepções de afastamento dos enfermeiros relativamente ao aluno e às suas necessidades o que mais tarde é identificado como significativo pois o ambiente é explicitamente caracterizado por ter alguma directividade e muito voltado para a avaliação.

A percepção do ambiente relacional para um grupo de estudantes do 3º ano, afasta-se do que estava nos seus conceitos prévios o que torna a prestação de cuidados difícil, a carga de trabalho elevada e há exigência de rapidez no desenvolvimento das actividades. São as pessoas cuidadas com a abertura e receptividade demonstradas, à sua presença e intervenção, o factor promotor do seu envolvimento e motivação.

A apreciação relativamente à realização de actividades de prestação de cuidados parece relacionar-se directamente com a forma como se sentem envolvidos e acolhidos pois à excepção dos estudantes que consideram o contexto relacional menos favorável todos os restantes caracterizam a prestação de cuidados como menos exigente, o seu grau de complexidade é, numa primeira percepção, menor que o esperado pois o apoio que sentem esbate essa exigência. Contudo, os conhecimentos para a realização da actividade vão além do esperado pelo que, os alunos nomeadamente do 1º e 2º anos, têm de constantemente os reforçar, ampliar e aprofundar. Mesmo os do 3º ano consideram que a actividade de enfermagem é menos intimidante que o esperado embora pensassem estar melhor preparados, com conhecimentos que permitissem uma melhor compreensão e desenvolvimento da prestação de cuidados.

De algum modo todos sentem que estão pouco preparados perante a amplitude de respostas que as pessoas que cuidam apresentam. Este é um aspecto menos valorizado pelos estudantes que têm uma maior preparação. A exigência de conhecimentos para a prestação de cuidados e o trabalho que daí decorreu foi um dos aspectos mais marcantes e significativos na 1ª experiência de trabalho salientado, um ano mais tarde, pelos estudantes do 2º ano.

Também a exigência emocional e a quantidade de actividade é maior do que aquilo que tinham nas suas representações prévias. Contudo numa visão mais distanciada a exigência emocional terá sido especialmente marcante para os estudantes do caso C e para um sub-grupo do caso B o que poderá estar relacionado com o ambiente emocional pesado decorrente da situação de sofrimento ou morte das pessoas internadas e com a percepção de pouco apoio e envolvimento na orientação.

O ambiente de apoio, acolhimento e estímulo que o aluno do 1º ano percepcionou surpreendeu-o fazendo desaparecer um pouco a sua ideia inicial de estar ali para prestar cuidados e ser avaliado por isso. O facto de o docente estar sempre presente, durante todo o tempo que o aluno está em actividades na unidade de cuidados, orientando-o faz com que as expectativas de apoio na orientação e ajuda no seu desenvolvimento estejam completamente centradas nos docentes e nos colegas.

Salienta-se que numa visão distanciada sobre o que representou aquele período formativo muitas destas evidências se esbatem, pois ao fim de um ano, surge uma categoria “postura a adoptar” que não tinha englobado inicialmente qualquer unidade de registo. A exigência que teve um maior impacto na representação que ficou de primeiro ensino clínico prendeu-se com a postura a adoptar ou a procura de estratégias que lhes permitam ter uma postura de rigor, empenho, responsabilidade, honestidade, respeito, organização e humanidade na prestação de cuidados.

O conteúdo da aprendizagem

Os objectivos de aprendizagem definidos para os três grupos de estudantes apresentavam um nível próximo de exigência que incluía: i) integrar-se no ambiente da unidade de cuidados; ii) desenvolver capacidades comunicacionais e relacionais com a pessoa alvo de cuidados e; iii) prestar cuidados de enfermagem passando pela identificação de alterações, pelo planeamento dos cuidados até à avaliação. É de salientar que para os casos A e B havia a especificação da realização com ajuda das actividades de planeamento de cuidados, situação que também estava implícita para o caso C, nas orientações sobre a supervisão pedagógica.

Na abordagem comparativa entre os três grupos de estudantes em investigação relativamente aos conteúdos das aprendizagens salienta-se que ao iniciarem o ensino clínico as suas principais expectativas recaem fundamentalmente nas categorias: comunicação e relação; desenvolvimento pessoal e psicossocial; aquisição e desenvolvimento de aprendizagens de suporte à prestação de cuidados e; habilidades ou competências na execução de procedimentos técnico-instrumentais. O decurso do ensino clínico e o percurso formativo subsequente fizeram emergir diferenças entre os grupos e nos grupos de estudantes.

Pelas condições contextuais, nomeadamente a tipologia de pessoas internadas e a sua dependência em cuidados de enfermagem, houve a possibilidade de concretização de múltiplas actividades de realização de procedimentos técnico-instrumentais e a conseqüente percepção

de desenvolvimento a este nível. Esta é uma área em que a pretensão de desenvolvimento foi evidente, tendo-se posteriormente verificado a sua concretização.

Contudo, não foi este o domínio que os estudantes do 2º e 3º anos mais valorizaram considerando que o grande impacto destas aprendizagens e simultaneamente a sua grande dificuldade, está na integração dos múltiplos critérios a que a execução de qualquer um destes procedimentos obriga (ex: a interação com a pessoa durante a execução) para que sejam considerados *boas práticas*. A sua importância em termos formativos é salientada pela promoção da destreza, mas simultaneamente é desvalorizada em função de outras áreas consideradas mais estruturantes. Para os estudantes do 1º ano esta assumiu uma parcela importante e diferente do que consideram ter aprendido, pois: i) toda a envolvimento em que aconteceram conferiu-lhe uma dimensão de novidade, especialmente a presença do doente; ii) a componente de preparação prévia seja desvalorizada ou questionada a sua eficácia pois o aluno não identifica na realização dos procedimentos a necessidade de inclusão de todos os princípios teóricos que aprendeu nas aulas em laboratório.

Os aspectos referentes à comunicação e relação levantam múltiplas expectativas e questões, nos estudantes ao iniciarem o ensino clínico, saldando-se este período com um balanço muito positivo. As vivências na prestação de cuidados e o confronto com a necessidade de comunicar, especialmente com o doente (que se revelou mais exigente que o esperado), fez com que as aprendizagens fossem muito mais além do que o esperado especialmente para os estudantes do 1º e 3º anos. Saliente-se que estes últimos são capazes de fazer juízos críticos sobre o observado ou realizado identificando formas menos correctas e/ou eficazes de intervenção a este nível. No caso dos primeiros, a comunicação não ultrapassa o nível da conversação com as pessoas cuidadas, a equipa ou uma tentativa de reprodução daquilo que observam nos outros.

Para os estudantes do caso A esta área de desenvolvimento fica referenciada como uma alavanca para que outras tivessem sido desenvolvidas.

Na aquisição de uma maior capacidade ou consciência crítica sobre si e sobre o que tem de orientar a sua actuação, foi determinante o contacto com a pessoa alvo de cuidados e surpreendente para os estudantes do caso A e C mesmo no decurso do ensino clínico. É especialmente significativo quando ao fim de um ano percebem e exprimem que este período formativo lhes permitiu análise e reflexão intra-individual e assim conhecerem algumas das características da sua personalidade. Os estudantes do caso B só se consciencializaram (e expressaram) deste desenvolvimento de competências pessoais e psicossociais numa

abordagem temporalmente distanciada de um ano, depois de se confrontarem com outras experiências de ensino clínico.

As aprendizagens que levaram à promoção dos conhecimentos de suporte à prestação de cuidados surgiram no confronto com a própria actividade quando o estudante percebe a sua complexidade e a pequenez dos seus conhecimentos não havendo diferenças significativas entre os casos. Apenas para os casos B e C é especialmente referenciado o domínio do conhecimento ético com a valorização de alguns princípios e regras que a própria prática exige e promove (em função das pessoas) situação que constitui alguma surpresa para os estudantes, pois a sua preparação não o fazia prever.

Aprender a conceber e planear projectos de cuidados não estava entre as expectativas de desenvolvimento dos grupos em estudo. Contudo, o ensino clínico evidenciou diferenças significativas.

Os estudantes do 2º ano consideram que os desenvolvimentos nesta categoria passavam pela realização e cumprimento de um plano de trabalho diário onde enquadravam as intervenções autónomas e interdependentes à pessoa que cuidavam e outras actividades que tinham previsto realizar naquele turno de trabalho.

Para os sujeitos do caso C o planeamento de cuidados correspondia em larga medida ao plano de actividades que no início de cada turno lhes era disponibilizado pelo aplicativo informático, Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), onde estavam incluídas e sequenciadas todas as intervenções a realizar junto dos doentes desde que previamente tivesse sido feita a definição diagnóstica e propostas intervenções (Pereira, 2009). Contudo, estes estudantes consideram que sem o apoio deste instrumento, que no seu caso funcionava como se de uma prescrição se tratasse, tinham grandes dificuldades em desenvolverem e implementarem, em tempo oportuno, um plano de cuidados adequado às necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas que tinham para cuidar.

Para os estudantes do 1º ano a concepção e planeamento de projectos de cuidados foi uma aprendizagem significativa mas que só se torna possível quando mantêm a mesma pessoa sob a sua intervenção durante vários dias, assumindo assim, o planeamento, um carácter de repetição das actividades. Referem também que as suas aprendizagens a este nível são significativas referenciando-as à implementação do plano de cuidados que previamente haviam elaborado sem enquadrarem a apreciação da pessoa e o processo de negociação que, em cada momento, é exigível. Isto é, pensar e planear os cuidados, para estes estudantes, passa pelo cumprimento de uma sequência de actividades em tempo oportuno, surge apenas como a sua capacidade de dar cumprimento a um conjunto de tarefas de prestação de cuidados mais

frequentes naquele turno de trabalho (vulgarmente designadas por rotinas) em tempo oportuno e sem perturbar significativamente a dinâmica da unidade.

A valorização das etapas iniciais de aprendizagem do processo de planeamento, como se descreve, atribuindo-lhe o significado de uma aprendizagem já sustentada desaparece, para todos os estudantes (à excepção do 1º ano), quando ao fim de um ano questionados sobre as suas aprendizagens no ensino clínico expressam que em termos de planeamento de cuidados não foram além da compreensão dos seus fundamentos. Só a continuação da sua formação em ensino clínico permitiu perceber que o seu conhecimento se situava num nível muito incipiente pois este será o domínio de maior complexidade dentro da prestação de cuidados de enfermagem.

Saliente-se que numa visão distante emerge aprendizagem e desenvolvimento significativos nas categorias “comunicação e relação” e “desenvolvimento pessoal e psicossocial”. Todas as aprendizagens aconteceram a partir destas onde valorizam a capacidade de gestão dos seus próprios recursos, tornando-se mais responsáveis e maduros, a conhecerem melhor o seu potencial e as suas fragilidades. Permitiu análise e reflexão intra-individual e a consciencialização de algumas das suas características de personalidade. Para os estudantes do 2º ano os procedimentos técnico-instrumentais ficaram como uma das áreas mais importantes do seu desenvolvimento pois a equipa possibilitou-o, permitindo-lhe executar alguns procedimentos várias vezes adquirindo assim, algum grau de proficiência. Contudo, a maior importância advém do facto de terem conseguido integrar utilizando conjuntamente outros domínios como o da comunicação e relação. Para aqueles que se encontravam no 1º ano a importância advém do cumprimento rigoroso das etapas sequenciais de execução.

Processo

A forma principal como os estudantes consideram que aprenderam é por intermédio da execução de um determinado procedimento ou vivência de uma situação em contacto com as pessoas cuidadas. Permite aumento de destreza, rapidez e eficácia e ainda requer a integração, na acção, de conhecimentos noutros domínios como comunicar ou transferir e adequar princípios que conhece, à situação da pessoa cuidada e às condições contextuais. A preparação prévia (para os estudantes do 2º e 3º anos) não se revelou tão significativa como o esperado dado o aluno pensar que durante o tempo de formação em contexto escolar não trabalhou da melhor forma para que agora ela seja um ponto de ancoragem para o seu desenvolvimento no ensino clínico.

Os dois grupos de estudantes do 1º e 3º anos ao terminarem as primeiras seis semanas de experiência em contexto de prática num serviço de saúde consideram que aprenderam fundamentalmente pela partilha com os seus colegas (justificado pelo facto de frequentemente na prestação de cuidados serem ajudados por colegas) e pela execução ou vivência das situações. Saliente-se que um número significativo de estudantes do terceiro ano, percebem a aprendizagem por imitação como um dos meios como aprenderam, o que acontece porque se confrontaram com a realização de procedimentos de acordo com alguns critérios diferentes daqueles que lhes tinham sido ensinados, contudo estas formas diferentes de execução mostraram-se muito eficazes. Estando numa fase tão inicial de aprendizagem, em contexto de saúde, esta situação provoca insegurança pondo em causa a validade e a pertinência dos seus conhecimentos. Acresce que sentem medo de apresentar dúvidas ou questionar sobre esta diferenciação pois, há percepção de fragilidade dos seus conhecimentos e de uma baixa receptividade a estas discussões por parte do supervisor e é este o responsável pela sua avaliação, o que faz com que se limitem à imitação.

É uma percepção transitória sobre o modo como aprendeu pois um ano mais tarde não há qualquer estudante que considere que o seu desenvolvimento se tenha baseado na aprendizagem por imitação. Parece que a imitação apenas teve um carácter imediatista para a resolução de um problema que teve naquele momento e não uma aprendizagem efectiva.

Também mais tarde, há uma evolução quando passam a identificar o contacto com a pessoa alvo de cuidados (situação similar acontece no caso A) uma das formas como aprenderam.

Para o caso A o processo de análise da actividade feito conjuntamente com o supervisor faz emergir o conhecimento que lhe esteve subjacente e as lacunas que persistem para trabalho complementar de fundamentação. Assim, naquilo que expressam um ano mais tarde o trabalho individual de aprofundamento teórico é considerado estruturante durante o primeiro ensino clínico sendo este que também faz o aluno perceber a importância do conhecimento que tem de estar subjacente para que haja uma aprendizagem efectiva.

Foi o ensino clínico que permitiu identificar a importância de conhecer o que está subjacente à actividade e assim fundamentar as suas práticas. A tipologia de respostas à situação de saúde, apresentadas pelas pessoas internadas que exigiam múltiplas intervenções e procedimentos, a metodologia de orientação sempre muito apoiada e sustentada no questionamento e promoção da reflexão, fizeram com que o aluno se tenha desenvolvido. Da mesma forma também a execução sai valorizada como forma de aprendizagem. São situações precipitadas pela postura do docente e pela exigência e atitude da equipa que são percebidas e referidas como estruturantes e impulsionadoras desta forma de aprendizagem e desenvolvimento.

Assim, em todos os grupos, a reflexão sobre as situações de cuidados com o orientador, a partilha com os pares, a execução ou vivência da situação em si e o contacto com a pessoa alvo de cuidados parecem ter deixado marcas em termos do processo formativo. Uma situação comum a todos os grupos é a importância atribuída aos momentos de análise, discussão e reflexão sobre as práticas que aconteciam em díade ou em grupo, no momento ou distanciado da situação em análise. Esta análise torna-se mais evidente quando, no caso C, um ano mais tarde, os estudantes expressam que estes momentos foram de grande relevância mas insuficientes o que constituiu uma lacuna importante em termos de estratégia formativa.

Saliente-se que os estudantes do 1º ano tiveram de se distanciar temporalmente do ensino clínico para elaborarem uma análise mais detalhada sobre a sua aprendizagem, contudo a preparação e o trabalho individual nunca foi considerado estruturante. A metodologia de supervisão em uso pelos docentes, terá contribuído para esta situação. Quotidianamente os docentes explicitavam ao aluno pontos para estudo e aprofundamento de conhecimentos decorrentes da prestação de cuidados em que acompanhavam o estudante e onde emergiam lacunas de fundamentação sobre o que sustentava aquelas práticas. Este trabalho não emergia das necessidades (sentidas) formativas do aluno, era obrigatório. Assim, o estudante procurava a resposta para a dúvida ou questão, no imediato, e com o objectivo de poder executar a actividade, sem a intenção de promoção dos seus conhecimentos.

Contexto

Nas expectativas de todos os estudantes está confrontarem-se com um contexto de grande aprendizagem marcado pela obtenção de apoio e um ambiente propício ao seu envolvimento, trabalho e empenho, tudo isto proporcionado ou facilitado tanto pelos profissionais como pelos docentes e mesmo pelos colegas. Saliente-se que os estudantes do 2º ano expressam menos expectativas de apoio dos colegas e mais na equipa de enfermagem enquanto os do 1º ano apresentam uma percepção oposta o que poderá estar relacionado com o modo como estão a ser acolhidos e com os modelos de orientação em implementação.

Os estudantes do 3º ano manifestam, desde os primeiros contactos, algum desconforto no relacionamento com a equipa de enfermagem que irá fazer supervisão pois sentem que há uma exigência que os faz sentir menos à vontade. Expressam a percepção que deveriam responder às solicitações que o supervisor (nomeadamente o tutor) lhes faz em termos de desenvoltura. Isto condiciona-lhes alguma inibição, evitando assim, questionar e pedir ajuda perante as

dúvidas e os problemas a que não conseguem dar resposta, recorrendo aos seus colegas ou a um dos docentes, aquele que sentem ser afectivamente mais próximo e envolvente.

Nos casos A e C emerge ao longo do tempo de ensino clínico um ambiente desafiador, estimulante do ponto de vista do conhecimento, cultural e sócio-profissionalmente sustentado. Há a percepção de um contexto com uma filosofia de trabalho de qualidade voltado para a formação tanto da equipa como do aluno. Contudo são percebidas algumas descontinuidades pontuais nas metodologias de trabalho e no confronto entre os princípios teóricos e as práticas. Também há percepção de complementaridade, coerência e articulação no processo de supervisão marcado pela disponibilidade e diálogo.

As condicionantes culturais não são percebidas de forma similar entre todos os estudantes do 3º ano, por um lado há um clima de envolvimento e estímulo à capacidade de análise e questionamento do aluno mas também e, por outro lado, um ambiente limitador a outras propostas de intervenção, sem abertura à possibilidade de as apresentar e/ou discutir, com poucos desafios e algumas discrepâncias entre as práticas a desenvolver e os princípios teóricos que as sustentam. Os estímulos e desafios nem sempre se prendem com o desenvolvimento cognitivo do aluno mas sim com a eficácia, a rapidez na execução e o cumprimento atempado das tarefas. O mesmo acontece com as condicionantes emocionais e didáticas pois há uma repartição na percepção geral sobre elas, por um lado um ambiente marcado pela disponibilidade, apoio e orientação e por outro um ambiente pouco acolhedor e de afastamento.

Entre supervisores, há a percepção de uma boa interacção na orientação pedagógica do aluno podendo este obter com facilidade, colaboração e apoio, na realização de actividades tanto por parte do docente como do tutor. Mas, a situação contrária também é percebida e expressa, isto é, pouco diálogo entre supervisores (nomeadamente na avaliação formativa) com repercussão no conhecimento do tutor sobre objectivos e actividades a desenvolver pelo aluno. Evidenciam falta de momentos de diálogo, partilha e preparação do trabalho a desenvolver com o aluno.

Para os estudantes do 1º ano as **condicionantes culturais** não emergem como tendo muito significado no seu processo de aprendizagem o que acontece com as emocionais e didáticas. É um contexto marcado (não é expresso uniformemente pelo grupo) por um conjunto de condicionantes didáticas com desajuste e discrepância das práticas, baixo envolvimento dos enfermeiros da equipa na orientação directa do aluno ou o pouco trabalho conjunto entre docentes e equipa para a orientação do estudante. Tudo isto faz com que manifestem a sua percepção de estarem perante enfermeiros afastados a quem dificilmente se acede e como tal a quem não recorrem com frequência. Há pouco apoio à sua actividade mas, em oposição, também referem que foram bem acolhidos e quando solicitados alguns elementos da equipa

estão disponíveis para os orientarem envolvendo-se no processo com uma atitude pedagógica adequada e formativa. Da parte dos docentes não há a percepção de grande apoio em termos emocionais e restaurativos, o docente é apenas quem avalia, orienta e dá trabalho. Física e estruturalmente a unidade condiciona positivamente embora o grande movimento de pessoas e a perturbação da actividade, pontualmente seja um constrangimento.

O contexto de aprendizagem para os estudantes do 2º ano é emocionalmente envolvente, de ajuda e apoio, o que transmite uma sensação de segurança e tranquilidade. Todo o contexto é tão positivo que as condicionantes organizacionais não são referenciadas como relevantes. O ambiente emocional surge como uma referência justificativa e atenuadora das condicionantes organizacionais (nem sempre as mais favoráveis) que o contexto apresenta.

Mais tardiamente o contexto é sentido como tendo deixado marcas pelo estímulo, desafio, abertura, diálogo, disponibilidade para a orientação e complementaridade entre supervisores, para todos os casos. O contexto de aprendizagem do primeiro ensino clínico continua a ser lembrado (um ano mais tarde) por alguns estudantes do 3º ano como emocionalmente pesado tanto pela situação das pessoas que cuidaram como pelo distanciamento da equipa. Persiste um peso emocional importante decorrente da gravidade da situação de saúde das pessoas internadas o que tornou o ambiente emocionalmente difícil, porque hostil e pesado. O lidar com este ambiente emocional só foi possível pela percepção de suporte e apoio da equipa de supervisão, dos amigos ou dos familiares. As condicionantes culturais, didácticas e organizacionais não tiveram um significado particularmente marcante no modo como o contexto de aprendizagem é apresentado na entrevista dos alunos um ano mais tarde.

Factores de influência

O que de mais significativo é percebido como tendo influenciado a aprendizagem, facilitando-a, são factores como, a equipa supervisiva (integrando docente e equipa de enfermagem pelo modo como foram acolhidos e integrados), o ambiente proporcionado na unidade de cuidados e a preparação ou conhecimentos anteriores. Embora a preparação prévia ao ensino clínico, como um conjunto de conhecimentos de suporte à actividade que estão a iniciar, seja sentida como um elemento facilitador, também são considerados insuficientes e como tal menos facilitadores pois há exigência de muito trabalho complementar ao tempo de actividade na unidade e na prestação de cuidados. Contudo, este factor deixa de ser valorizado quando um ano mais tarde há poucas referências e aquelas que ocorrem são sugestivas de uma visão positiva, sempre complementadas com a necessidade que o aluno sentiu de aprofundar

conhecimentos, saber mais e assim o factor estudo e pesquisa bibliográfica surge como um pilar base na aprendizagem durante o primeiro ensino clínico. Tudo isto acontece nomeadamente para os estudantes do caso A, o que terá relação com o processo de orientação pedagógica que se centrava muito na discussão e identificação (individualizada) de pontos de aprofundamento dos seus conhecimentos.

O facto de o estudante ter de desenvolver muito trabalho complementar perante a complexidade das actividades a desenvolver é potencialmente percebido como tendo tido uma influência menos facilitadora. A falta de algumas unidades curriculares subsidiárias da compreensão da actividade de prestação de cuidados, como a Farmacologia, a Patologia ou a Ética (no caso B) teve reflexos na aprendizagem pela insegurança condicionada pela falta de certezas. Já para os estudantes do caso C a sua insuficiente preparação é percebida por estarem numa etapa tão inicial de aprendizagem em contexto clínico. Sentem necessidade de de uma integração mais gradual, com mais tempo e apoiada, isto é com uma maior componente de ensino. Tudo isto se revelou surpreendente, não esperado, além daquilo que pensavam que lhes iria ser solicitado e das dificuldades que iriam ter.

Um ano mais tarde não há grandes referências aos contributos dos conhecimentos teóricos de preparação anterior ou à sua aquisição durante o ensino clínico como elementos menos facilitadores em termos formativos. O que pode ser revelador como o estudante se sentiu pouco preparado, com pobres recursos de conhecimentos perante a complexidade das tarefas que teriam que realizar e a grande necessidade de apoio para a realização de uma aprendizagem mais orientada, em ensino clínico.

O ambiente para os estudantes do 1º e 3º anos também não é uniformemente percebido apenas como facilitador pois as situações de maior tensão ou pelo estado da pessoa alvo de cuidados ou pela observação e chamadas de atenção do supervisor, é um factor de influência pouco facilitador pelo condicionamento emocional que acarreta o que está de acordo com as percepções diferentes que já surgiram (para estes casos) no que se prende com o contexto de aprendizagem.

Nos casos em estudo a influência da equipa supervisiva é percebida como positiva, salientando-se alguns factos que explicitam diferenças entre eles:

- os estudantes do 1º ano centrem as suas referências (apenas no que se prende com a equipa) nos docentes pelo *feedback* que davam, a orientação exigente que imprimiam colocando desafios formativos. Este factor mantém-se como muito importante embora nesta função sejam explicitamente diferenciados os dois docentes como tendo graus de exigência díspares.

- a equipa que faz a supervisão, para os estudantes do 3º ano, também é percebida como um factor menos facilitador do processo de aprendizagem pois as discrepâncias na orientação, condicionantes de alguns problemas na relação tutor-aluno, ficaram como factor significativo na aprendizagem, sendo ainda referido este facto um ano mais tarde. Também o envolvimento e trabalho de proximidade com o docente que inicialmente era considerado inibidor passa a ser percebido e valorizado como um factor influente e positivo na aprendizagem.

Para os alunos do 2º ano a equipa é percebida como um factor marcante pois mesmo um ano mais tarde está entre os factores mais apresentados como facilitadores embora neste momento os alunos consigam diferenciar a influência do docente e da equipa.

Também um ano após o *feedback* e as características pessoais unanimemente foram salientados como tendo sido facilitadores do processo. Nesta visão distanciada o factor características pessoais assume um valor diferente para alguns estudantes que agora percebem como o interesse, empenho, motivação, inconformismo, disponibilidade e nalgumas situações a resiliência, foram fundamentais, no seu crescimento pessoal e pré-profissional.

O *feedback* ou a falta dele assumem uma particularidade diferente no caso C, é percebido e expresso como tendo uma influência diferente de caso/aluno para caso/aluno pois enquanto uns o consideram um elemento muito importante ou até determinante para o seu desenvolvimento, outros referem-no como insuficiente.

Processo Supervisivo

Nas **estratégias de supervisão** os encontros entre supervisor e estudante, em díade ou em grupo mais alargado, com a finalidade de analisar, rever ou discutir a actividade desenvolvida ou a desenvolver, são as estratégias mais frequentemente usadas, observadas, registadas e percebidas durante o ensino clínico e para os três casos em investigação. Contudo revestem-se de algumas particularidades e em cada caso registam-se ênfases diferentes nas modalidades que adoptam e/ou valorizam.

Há convergência entre os três casos em estudo quando todos identificam a análise e discussão de situações referentes a uma actividade ou ao ensino clínico como uma das estratégias mais formativas. No caso A os momentos em que há reunião de um grupo mais alargado de ensino clínico ou aqueles que têm como finalidade a avaliação são referenciados como meios fundamentais neste momento formativo do aluno, pela estratégia (análise e reflexão) utilizada. O mesmo acontece quando se processa individualmente em que o supervisor analisa e dá uma atenção particular à situação vivida pelo estudante. A importância decorre dos meios utilizados

em que há reapreciação, levantamento de hipóteses, reformulação, instruções, sugestões e especialmente há orientação individualizada.

Para os estudantes do primeiro ano são as reuniões para análise e discussão em grupo (alunos e supervisores) as mais referenciadas pelos estudantes. A proximidade temporal destes encontros com a realização da actividade é sentida como importante pela avaliação que é feita ao dia de trabalho. São estes dados que permitem ao estudante ter uma percepção sobre a sua evolução e desempenho. As reuniões de todo o grupo que ocorriam em contexto escolar, para discussão sobre as práticas, pelo distanciamento da acção e pelo carácter de repetição são menos valorizadas.

O questionamento e atenção individualizada que o aluno percebe nos encontros com o supervisor para análise e discussão de um documento que tenham desenvolvido (reflexão crítica ou planeamento de cuidados) ou uma actividade de prestação de cuidados, conferem significado a esta estratégia de supervisão para os estudantes do 3º ano. Contudo a sua frequência fica muito abaixo do desejado pelo aluno. Convergindo no mesmo sentido, as reuniões para avaliação, pelo facto de reunirem aluno, tutor e docente e por permitirem ao aluno obter *feedback* são consideradas como uma das estratégias mais importantes e de maior impacto em termos formativos. Saliente-se que é entre os estudantes deste caso que a orientação é referida como distante e afastada das suas necessidades e da componente de ensino.

O carácter formal dos encontros para apreciação (intercalar ou não) sobre o desenvolvimento, parece conferir um significado de relevo, a estes momentos, em todos os casos em investigação.

Os momentos de reflexão continuam a ser percebidos como a melhor e mais eficaz estratégia supervisiva um ano mais tarde e para todos os casos em estudo. Esta se aprendida, treinada e integrada vai ser mandatória da actividade do aluno em contexto de prática no futuro. É uma estratégia de relevo e que deixou marcas na aprendizagem durante o ensino clínico. Saliente-se que nesta análise distanciada não há referências aos encontros de avaliação.

A orientação directa das práticas, que o aluno desenvolve, é uma estratégia frequentemente identificada e importante no processo supervisivo durante o ensino clínico ou mesmo um ano mais tarde. O aluno tem uma orientação individualizada, demonstração e questionamento que o faz identificar e compreender melhor a sua prestação de cuidados, faz conhecer os seus saberes e não saberes, ajuda na construção de um pensamento crítico sobre a situação, assumindo-se assim potencialmente como motivadora e formativa. Pelo facto de ser o primeiro ensino clínico e de o aluno necessitar de ter alguém que valide ou corrija, em cada momento, o que está a desenvolver e a partir daí dê uma instrução ou sugestão ou ajude a construir como

pode continuar ou ainda a tomar uma decisão, é uma estratégia considerada estruturante no 1º momento de actividade em contexto de saúde.

Saliente-se que no caso dos estudantes do 1º ano estas estratégias são sempre centradas na pessoa do docente que assume o processo supervisão de uma forma integral o que faz com que o aluno sinta uma maior tensão e medo pela imediata associação à avaliação. Mesmo um ano mais tarde alguns alunos continuam a ter a percepção da supervisão numa perspectiva inspectiva de avaliação ou classificação.

Para os estudantes do 3º ano as situações de prática orientada são insuficientes dado o momento formativo em que se encontram, este exigiria uma presença supervisa constante enquanto prestam cuidados dada a sua ansiedade e insegurança perante a eventualidade de ocorrer uma situação a que não sabem dar resposta. O recurso a esta estratégia acontece fundamentalmente quando se trata da realização de um procedimento mais exigente, regra geral actividades interdependentes que poderão envolver um maior risco de acidentes para a pessoa ou uma maior exigência de perícia.

Nas actividades em que há realização de práticas conjuntamente, o supervisor assume um papel de complemento ao trabalho do aluno, substituindo-o naquilo que ainda não consegue integrar na acção (por exemplo a interacção com a pessoa). A importância atribuída a esta estratégia esbate o peso da observação que lhe está subjacente pois o supervisor passa a ser sentido como um par em que há cooperação para o êxito da acção e não como alguém que tem subjacente uma postura de avaliação, simultaneamente faz com que se sinta seguro no que realiza.

Foco de atenção e observação nos momentos supervisivos

No processo de supervisão do aluno durante a sua actividade em ensino clínico o supervisor centra a sua atenção e observação fundamentalmente na prestação de cuidados sendo esta intencionalidade explicitamente referida por muitos sujeitos. Sempre que se trata da realização de um procedimento o seu foco mais específico de observação é a correcção técnica do procedimento, para todos os casos em investigação.

Nos casos A e C, o docente centra-se na correcção da prestação que observa no aluno intervindo menos directamente durante o seu decurso, enquanto o enfermeiro/tutor tem uma atitude mais colaborativa, de ajuda e alerta do aluno, antecipando-se ao gesto ou atitude que o aluno possa tomar para que não haja compromisso da prestação de cuidados, do bem-estar e da segurança da pessoa cuidada, centrando assim, a sua atenção na pessoa alvo de cuidados.

Saliente-se que no caso C a prestação de cuidados é um foco de atenção mais frequente do tutor pela necessidade de cumprimento do plano de cuidados que o sistema de documentação exige.

Já o docente (independentemente do caso em análise) quando orienta o aluno na prestação de cuidados, o seu foco de observação vai incidir de modo mais significativo nos conhecimentos que ele tem para o desenvolvimento da actividade.

Os enfermeiros que fazem supervisão do grupo de estudantes do 2º ano adoptam uma postura de explicitação e pormenorização pois consideram essencial que o aluno se habitue a pensar e a fazer escolhas devidamente fundamentadas. O ambiente criado, assim como a postura que adoptam perante os supervisandos evidenciam que há intencionalidade na atenção e valorização dada ao aluno enquanto pessoa.

Exceptuando-se alunos que têm traços de personalidade mais ansiogénicos, a pessoa do aluno na sua individualidade, com os seus problemas e constrangimentos, raramente são foco de atenção por parte do supervisor.

Saliente-se que no caso B alunos e docentes reuniam-se semanalmente na escola com o objectivo de abordarem as dificuldades vividas em ensino clínico e pontualmente tiveram o apoio de um especialista da área da saúde mental. Contudo, estes encontros tiveram pouca repercussão na supervisão do aluno durante a actividade de prestação de cuidados em contexto de saúde. Também, para o estudante, houve pouco impacto (restaurativo e formativo) pois não há referências nas fontes documentais de informação fornecida pelos estudantes sobre estes momentos. Entre estes, o conhecimento para a actividade é um dos principais focos de atenção observados tanto por parte do docente como do enfermeiro.

Partindo da subdivisão apresentada por Alarcão e Tavares (2003), relativamente ao ciclo de supervisão e adaptando-a à situação de ensino clínico verifica-se que raramente acontece um destes ciclos completo desde a fase de preparação, acompanhamento e observação até à revisão e análise após o desenvolvimento da actividade. Os momentos de supervisão coincidentes com a prestação directa de cuidados em que o supervisor (docente, enfermeiro ou tutor) orienta a actividade do aluno são os mais frequentes. Exceptua-se o caso B em que os momentos de supervisão são fundamentalmente ou de preparação para a actividade a desenvolver, em que o conhecimento para a actividade é o principal foco de atenção observado, tanto por parte do docente como do enfermeiro, ou de revisão sobre o realizado. A preparação da prestação de cuidados, do dia de actividade ou os momentos de análise e revisão da actividade ocorrem em grupo e sob a supervisão do docente. Situação que é decorrente da metodologia de orientação em uso.

No caso A, a supervisão com a intencionalidade de preparação da actividade quando acontece é mais frequente sob a orientação do docente, associada ao questionamento sobre o que fundamenta o acto que vai realizar. Já os momentos de análise e reflexão sobre a actividade ocorrem sob a supervisão de qualquer um dos supervisores e são considerados muito positivos por parte do aluno contudo, são especialmente valorizados quando é o docente a realizá-los, aparentemente é-lhe atribuída e reconhecida uma intencionalidade formativa diferente, pela pormenorização, detalhe e disponibilidade concedido a estes momentos.

Os momentos de supervisão após a prestação de cuidados, com a finalidade de análise e reflexão acontecem fundamentalmente com o docente, no caso C e, a importância que lhe é atribuída centra-se na ajuda na identificação de áreas de desenvolvimento e aprofundamento de conhecimentos por parte do aluno.

Saliente-se que tanto para os estudantes do caso B como C a sua orientação durante a prestação directa de cuidados acontece em situações que envolvem maior risco para a pessoa cuidada ou sempre que se trata de procedimentos técnico-instrumentais invasivos, podendo o aluno ser ajudado no confronto com a resolução do problema. Parece relevante que noutras situações, nomeadamente prestação de cuidados autónomos mesmo que seja a primeira vez que o aluno se vê confrontado com a sua realização estes podem não constituir momentos de trabalho directamente orientado o que de algum modo vem ao encontro do estudante enquanto pessoa não ser foco de atenção e observação ou do conhecimento dos objectivos de formação e consequentemente de se tratar do primeiro ensino clínico.

A situação descrita não acontece com os estudantes e no contexto do caso A em que há trabalho conjunto e de maior proximidade aluno-supervisor.

O Supervisor – figura

O supervisor entendido como alguém, um profissional, com experiência e com conhecimentos mais fundamentados e consolidados sobre os problemas com que o estudante se está a confrontar e para os quais procura uma solução, tem no processo supervisivo um papel de ajuda e de formação, adoptando uma relação dialogante e de abertura com o supervisando permitindo assim o seu desenvolvimento e aprendizagem.

O modo como se estabelece a inter-relação supervisor-supervisando, sempre muito dependente das características e do estágio de desenvolvimento de ambos, faz com que o estudante identifique e caracterize o profissional que o orienta de formas diferentes. Assim, no quotidiano do ensino clínico, o papel de supervisor configura-se em diferentes perfis consoante estes

adoptam uma postura mais ou menos aberta, uma atitude mais ou menos empática, de maior ou menor colaboração, envolvimento e exigência na actividade.

Saliente-se que, nos casos em estudo, este papel é assumido pelo docente, tutor ou um enfermeiro da equipa, à excepção do caso B em que a orientação do estudante é exclusivamente do docente.

Em todos os casos em investigação o supervisor não é caracterizado apenas de acordo com um perfil, contudo há características mais prevalentes em cada um deles.

O supervisor e a postura que assume na orientação caracteriza-se por: i) ajuda ao supervisando no desenvolvimento de um espírito crítico e de um quadro de valores na interacção que estabelece com a pessoa cuidada; ii) identificar a etapa de desenvolvimento do aluno pela realização de balanços sobre a forma como a actividade ocorreu e; iii) identificar lacunas e potencialidades para que continue e promova o seu processo de aprendizagem usando as metodologias mais adequadas. Isto é, o supervisor assume fundamentalmente um papel de facilitador e de estímulo à aprendizagem do aluno.

Há uma percepção positiva, de uma pessoa que ajuda na compreensão das actividades que o aluno tem para solucionar, demonstrando, dialogando e acompanhando ou trabalhando conjuntamente na sua implementação ou apenas dando segurança (para a realização da actividade) com a sua presença, isto é um facilitador com uma atitude dialogante e aberta mas também que estimula e desafia o aluno a desenvolver-se.

Por outro lado o supervisor nos casos B e C é visto como uma figura distante, autoritária e directivista. Os estudantes do 1º ano identificam uma postura autoritária e de directividade pela crítica e reprovação de que são alvo sempre que há identificação das suas lacunas de desenvolvimento e conhecimentos com explicitação das consequências;

Os estudantes do 3º ano, pela percepção de situações em que não se sentem orientados e acompanhados ou pela solicitação de intervenções pouco adequadas ao seu grau de desenvolvimento e ao momento do seu percurso formativo. Identificam no supervisor e na sua orientação pedagógica afastamento relativamente às necessidades sentidas e um baixo grau de abertura ao diálogo e à negociação. Este é um dos factores condicionantes de vivências emocionais negativas e limite ligadas ao ambiente da unidade de cuidados.

Refira-se que no caso A raramente há alusões a um supervisor distante, directivista ou autoritário e quando ocorre prende-se com situações em que o aluno está a ter dificuldades de desenvolvimento pelo baixo empenho no ensino clínico ou quando este não se consegue desligar da visão de que o seu supervisor é a pessoa que o avalia e lhe vai atribuir uma classificação.

Pontualmente o supervisor é visto como uma figura empática e atenciosa que está atento a situações de isolamento e sofrimento do supervisando ou adopta com ele comportamentos que promovem uma identidade positiva. É o docente quem mais frequentemente é identificado com estas características.

Na apreciação distanciada de um ano do ensino clínico não há diferenças significativas no modo como o supervisor é visto pelo aluno embora a pessoa que os marcou, em termos de orientação, foi o docente. Para os estudantes do 1º ano aquilo que mais significativamente ficou registado na sua visão foi um dos docentes que na prática assumia uma atitude de liderança e “coordenação” daquele período formativo e a quem simultaneamente os alunos atribuíram a liderança da orientação pedagógica.

Ser Supervisor

O assumir a função de supervisor passa pelo desempenho de um conjunto de actividades e tarefas mais ou menos específicas cujo desempenho não é independente da concepção que o próprio tem sobre o que é a supervisão e os seus papéis enquanto actor neste processo. Assim, é importante conhecer a forma como estes supervisores (enfermeiros, sejam eles tutores ou não e docentes) percebem sobre “ser supervisor”. Genericamente o que emergiu de todo o corpus de análise da investigação relativo ao que é ser supervisor enquadrou-se nas mesmas categorias de análise.

Na sua perspectiva, exige, um conjunto de **aptidões e competências** de âmbito pedagógico, tais como, saber acolher o aluno, disponibilizar-se, saber identificar as suas características e ser capaz de encontrar as melhores e mais adequadas estratégias para a sua orientação e avaliação. O que passa por conhecer o momento de aprendizagem do aluno, estar preparado e seguro na função que assume, usar o bom senso e ter um adequado desenvolvimento de competências no domínio relacional e de gestão (tempo e stress). Em virtude de todo este conjunto de características consideram que o supervisor deve ser um enfermeiro mais experiente a assumir esta função pois algumas destas aptidões adquirem-se com o exercício profissional.

No conceito destes supervisores a actividade passa por ser capaz de dar resposta e assumir com maior ou menor dificuldade uma multiplicidade **funções e tarefas**. Nestas têm primazia a avaliação, o acompanhar e orientar estudantes na ou para a actividade de prestação de cuidados e no aprofundamento de conhecimentos ou ajudá-los a analisar e reflectir sobre as actividades que realiza ou mesmo sobre o próprio ensino clínico. Dentro desta categoria os

superiores do caso B e C salientam a função de estabelecer uma relação propícia para que a orientação ocorra sem constrangimentos mas também ser capaz de estabelecer alguns critérios a serem cumpridos e a explicitar as consequências do seu não cumprimento.

Contudo, a função de ser supervisor de estudantes de enfermagem durante o seu primeiro ensino clínico traz consigo um conjunto de **contributos** para o próprio pois, obriga a ter na sua actividade quotidiana, junto das pessoas que cuida, um trabalho mais calmo, mais reflectido e organizado tanto perante o aluno como perante a pessoa alvo dos seus cuidados. É intencionalmente rigoroso e ponderado, realiza mais trabalho de pesquisa para actualização dos seus conhecimentos pois ao adoptar uma postura de estímulo e desafio para o aluno, tem de ter uma melhor auto-preparação e trabalhar na promoção dos seus conhecimentos. Mas esta é também uma forma de reconhecimento exterior das suas capacidades individuais o que é motivo de satisfação mas também ao ser-lhe atribuída esta actividade consciencializa-se sobre as suas aptidões, competências e fragilidades promovendo o conhecimento que tem de si próprio.

A falta de tempo para poder fazer um trabalho com qualidade mas especialmente com disponibilidade, pela carga de trabalho acrescida que a orientação do aluno lhe traz são **constrangimentos** identificados no seu desempenho.

Para os tutores que orientavam os estudantes do 3º ano outra fonte de dificuldade ou constrangimento, ocasionadora de angústias e dúvidas, é do domínio relacional e operativo, o ser capaz de se colocar no papel do aluno e ao mesmo tempo conseguir distanciar-se dele para assumir o seu papel de supervisor.

O deficit de conhecimentos ou de preparação sobre o que são os objectivos de aprendizagem deste ensino clínico, especificamente, e do momento de desenvolvimento do estudante é o constrangimento sentido pelos enfermeiros que colaboram na orientação dos alunos do 1º ano. Esta dificuldade estará dependente da metodologia de orientação dos estudantes em que a equipa docente assume esta actividade de forma quase integral não sendo necessária articulação e um trabalho de maior proximidade entre as equipas.

A preparação para a função de supervisor é assumida como insuficiente em todos os casos. Genericamente, se houve preparação ou um programa de formação, não foi alargada a toda a equipa havendo muitos enfermeiros ou tutores que manifestaram que os seus conhecimentos foram adquiridos na prática e no contacto com outros colegas. Especificamente para este ensino clínico expressam a necessidade de preparação para que os estudantes possam ser previamente conhecidos pois é o primeiro momento em que contactam com a actividade de prestação de cuidados. A preparação ajudaria, esbatendo as dificuldades que sentem na articulação entre o que o aluno aprendeu e aquilo que agora tem de desenvolver, isto é, em

articular a teoria com a prática. O trabalho de proximidade e articulação com o docente responsável pela orientação pedagógica minimiza este constrangimento. Os enfermeiros e tutores pela falta de uma preparação específica assumem como referência na orientação do aluno aquilo que ocorreu consigo enquanto estudantes. Assim, o modo como foram orientados em períodos semelhantes, os supervisores que mais os marcaram enquanto supervisandos, são agora os seus modelos ou referentes em termos supervisivos.

4.2 - O SIGNIFICADO DO PRIMEIRO ENSINO CLÍNICO NO PERCURSO FORMATIVO DO ESTUDANTE

A informação reunida, analisada e apresentada nos capítulos anteriores resultou do conjunto de fontes de dados utilizados, isto é, das várias entrevistas realizadas junto dos alunos, dos professores e dos enfermeiros que participavam no processo de orientação, e do portfólio de investigação realizado durante todo o trabalho de campo. Na apresentação optámos fundamentalmente pela descrição sem introduzirmos comentários ou contributos de outros autores reservando essa discussão para este capítulo. Assim, propomo-nos analisar os aspectos mais marcantes de cada um dos casos em estudo estabelecendo relações e comparando-os entre si e com resultados encontrados noutras investigações submetidos a esta temática ou temáticas afins. Numa atitude de abertura e descoberta, tentaremos situar-nos nesta apresentação incidindo sobre as evidências que, de algum modo, sobressaem não apenas, pela frequência com que são referidos mas sobretudo, pelo significado relativo à problemática em estudo. Assim, por vezes mais do que a generalização da interpretação, importa a análise do discurso em si, os contrastes, as indefinições ou aquilo que não é referido para percebermos o sentido e a pertinência dos textos e do seu conteúdo.

Actualmente a formação inicial de enfermeiros desenvolve-se em dois contextos com características diferentes mas com finalidades complementares em termos formativos. Por um lado o contexto escolar, onde se privilegia uma componente teórica, teórico-prática ou de prática laboratorial e por outro o dos serviços de saúde onde decorre a maioria do ensino clínico e se processa a aprendizagem da prestação de cuidados directamente com a pessoa alvo desses cuidados. Estes contextos diferenciam-se pelo objecto de intervenção do estudante, pelos actores que intervêm no processo formativo, pelo momento, tempo e espaço da aprendizagem, pelo trabalho e aprendizagens que se espera que o estudante desenvolva, pelo processo de avaliação ou até pelas competências e conhecimentos a desenvolver que poderão ter uma natureza diferente.

Dos pré-conceitos às representações construídas

Ao iniciar a componente de formação do Curso de Licenciatura em Enfermagem “Ensino Clínico” e na tentativa de compreensão da sua primeira componente e do que ela constitui para o estudante, seria fundamental perceber que conceito(s) e representação(ões) estes sujeitos têm sobre ensino clínico. Atenda-se que a entrada de um jovem pela primeira vez no mundo profissional se traduz num conjunto de desafios e dificuldades pois, passa a frequentar um

contexto profissional, a integrar as suas normas, regras, rotinas e padrões e todo este processo se faz acompanhar de medo, ansiedade e stress pelo desconhecido que vai ter de enfrentar e das suas capacidades para lidar com esta nova realidade (Paulino, 2007; Abreu, 2007).

Tratando-se de um período de aprendizagem com estas características, seria importante conhecer o que pensam sobre o seu papel neste processo, as suas crenças relativamente ao que é aquela unidade curricular em si ou sobre a doença, o sofrimento ou o ambiente de um serviço de saúde.

As crenças criam dificuldades ao processo de aprendizagem e constituem obstáculos difíceis de ultrapassar que requerem muito mais que a simples informação sobre os processos, é uma referência de Zeichner (1996) quando aborda estas questões relativamente aos aprendizes de professor (d'Espiney, 1999).

Num estudo referente às preferências dos estudantes com o trabalho com idosos Ganz & Kahana (2006) concluem que os seus contactos prévios, os factores e experiências pessoais são mais influentes nas suas representações do que as experiências clínicas que desenvolvem. Contudo, na presente investigação, os estudantes manifestam à partida pela sua motivação, uma representação positiva da etapa formativa que vão iniciar mas também algum receio e expectativa do que vai ocorrer dadas as suas características pessoais e o facto de não terem experiências de trabalho prévias. Tudo isto poderia antever que os estudantes não iriam alterar as suas concepções iniciais com o decurso do ensino clínico.

É consensual entre os autores que os serviços de saúde, contextos onde decorre o ensino clínico, são locais privilegiados de formação pelo contacto com a prática profissional. Os períodos de prática clínica são uma oportunidade de transferir “*para a acção os conhecimentos teóricos*” (Abreu, 2001: 236). São, também, espaços de promoção de conhecimentos e competências só possíveis por esta via, isto é, são períodos de aprendizagem em que são evidentes “*as capacidades formativas da prática*”.

É assim, consistente com estes resultados, que os estudantes desta investigação, percebem o ensino clínico. Consideram que é uma **experiência formativa** em que vão desenvolver-se muito significativamente pelas potencialidades que encerra na promoção das suas aprendizagens. O seu conceito inicial é o de que o processo de aprendizagem se está a mostrar mais facilitado, mais rápido, embora com uma dimensão mais vasta do que são os conhecimentos de conteúdo profissional, do que era expectável. Sentem que deste modo estão a aprender as dimensões do conhecimento que não se podem ensinar. Manifestam-no quando descrevem o que sentiram ao realizar ou observar, pela primeira vez, uma actividade na pessoa internada em que as vivências emocionais são as suas principais aprendizagens. Tanto

vivências emocionais positivas (alegria, satisfação, recompensa) como negativas (tristeza, frustração, medo, repugnância) são importantes e constituem surpresa pois o estudante não conhecia aquelas dimensões de si. Considera que os comportamentos, as atitudes que deveria adoptar, o modo como deveria reagir, são conhecimentos que não podem ser ensinados, são aprendizagens que apenas podem ser acompanhadas.

Entre os grupos que têm menos tempo de preparação no curso (estudantes do 1º ano fundamentalmente) as suas manifestações expressam uma importante dimensão de aplicação dos conhecimentos leccionados e de treino contudo, continuam a evidenciar expectativas de aprendizagem. A este nível a preparação em laboratório, de técnicas e procedimentos em fundamentos de enfermagem, mais intensiva no período que antecedeu a prática clínica assim como a leccionação de menos temáticas e unidades curriculares terão ajudado a construir esta concepção. Parecem iniciar este período com a convicção que os saberes processuais ensinados na escola darão resposta à maioria dos problemas com que se irão deparar, situação similar foi encontrada por D' Espiney (1999).

O facto de os estudantes possuírem menos recursos de conhecimentos, pois o seu tempo de preparação é menor, leva a que não se percepcionem como “*o principal recurso para a sua formação*”, Canário (2000: 107). O menor tempo de preparação em contexto escolar poderia antever uma representação de um período mais voltado para a aprendizagem do que para a demonstração, admitindo a alternância composta por escola e instituição de saúde, como espaços formativos diferentes que se vão integrando continuamente no seu processo de formação construindo, assim, outros saberes. Estes estudantes têm uma visão de ensino clínico como um período em que vão poder aplicar regras e processos que já estudaram apenas não tiveram a possibilidade de os utilizar directamente no seu objecto de intervenção. No seu pré-conceito parece não estar a perspectiva da construção de um conhecimento contextualizado, a partir das situações vivenciadas, e ancorado no conhecimento científico e técnico que já detêm. Admitindo, em simultâneo, que estes últimos sejam promovidos. Um resultado similar é identificado por Leitão (2000) e que o justifica pelas concepções de formação (na sua investigação) continuarem muito ligadas ao modelo tradicional.

Poderá questionar-se a influência de uma preparação específica e prévia ao início do ensino clínico. A familiarização do estudante com os objectivos definidos para a sua aprendizagem, as metodologias de ensino-aprendizagem a adoptar mas fundamentalmente um debate sobre a concepção de formação subjacente a este período de aprendizagem, os critérios de avaliação e o plano de desenvolvimento de actividades fariam com que os estudantes enfrentassem o ensino clínico mais informados. Saliente-se que não houve um encontro prévio com esta finalidade entre supervisores e supervisandos. Carvalho (1996) na sua investigação concluiu

sobre a importância da adopção deste tipo de meios no esbater desta transição como um elemento importante na redução da ansiedade no estudante.

Uma dimensão, do conceito do primeiro período de prática em contexto clínico, apresentada é a do **conhecimento sobre as capacidades e potencialidades pessoais** para o desempenho da actividade de enfermagem e deste modo poder, em definitivo, ter certezas sobre a sua opção em termos profissionais. Por intermédio de um exercício de auto-conhecimento que passa por um trabalho de reflexão sobre si próprio, o estudante vai tentar construir um sentido para as situações com que se vai confrontar, perceber-se como actor no contexto da prática e projectar-se como futuro profissional. Situação similar foi identificada por Ramos (2003: 9) quando concluiu que os estudantes durante o estágio adquiriram auto-conhecimento e competências de *“tomada de consciência das suas capacidades e limitações”*.

A actividade permitiu essa clarificação mas também o confronto consigo próprio pois fez emergir no estudante múltiplas dúvidas e indefinições sobre a profissão e os recursos pessoais para a desempenhar que até aí não tinham surgido, passando a questionar-se. Isto evidenciou-se quando no final do ensino clínico ou um ano mais tarde um maior número de estudantes explicitaram as interrogações que tinham antes de o iniciarem, e todas as que foram emergindo ao confrontarem-se com a actividade de prestação de cuidados. Independentemente da apreciação que fazem do ensino clínico, o desempenho da actividade fez-lhes ter certezas, reforçando a motivação e a convicção de que era esta a formação que pretendiam continuar. Resultados similares são identificados em outros estudos como o de Shin (2000: 266) em que identifica o primeiro período de prática dos estudantes em contexto clínico como o elemento chave no processo de socialização com a profissão. É a partir da vivência do período que denomina *“period of confusion”* em que: i) há choque pelo conhecimento da realidade; ii) percebem a insuficiência da sua preparação anterior; iii) contactam com bons e maus modelos ou; iv) experimentam sentimentos de abandono em situações mais exigentes, que os estudantes se questionam e alteram a sua visão motivando-se e tornando-se mais fortes e responsáveis intensificando o desenvolvimento da sua identidade. Considera que *“the confusion arising from their clinical education experience intensified that of identity development”*. Também, de acordo com estes resultados, em 2008, num trabalho de revisão sistemática de literatura, Allan, Smith & Lorentzon identificam relativamente à questão da identidade profissional que embora os estudantes gostem de aprender a cuidar num ambiente livre de dúvidas, preocupações ou conflitos é exactamente quando estes surgem que estão criadas as condições para que as indeterminações possam ser resolvidas e surjam ideias mais claras sobre a sua identificação com a profissão para que se estão a formar.

O ter feito parte daquela comunidade, ter sido um dos seus membros, contactado com os seus valores iniciando-se a sua aprendizagem e partilhando-os, foi o início da sua socialização na profissão. Este parece ter sido uma aprendizagem em que há reconhecimento da importância da experiência e que se enquadra, de acordo com Canário (2000: 109) *“como um processo interno ao sujeito e que corresponde ao processo da sua auto-construção como pessoa.”*

Também numa abordagem relativa à formação de professores sobre o papel das representações na construção de uma “identidade para o ofício” Baillauquès (2001: 52) considera que as relações entre identidade do ofício e a percepção pelo estudante da sua própria identidade para o ofício são marcadas por dúvidas entre forças opostas e conflituosas que surgem quando há conhecimento da realidade profissional *“entre as imagens e expectativas do ofício e as realidades deste”* dando lugar a interrogações em que a *“mais importante é a avaliação feita pelo estudante (...) de si próprio em relação aos saberes, ao savoir-faire e às atitudes requeridas pelo exercício profissional”*

Para a evolução e transformação dos conceitos dos estudantes contribuiu o **ambiente** de acolhimento e apoio com que foram confrontados na unidade de cuidados, por parte da equipa. O acolhimento fez-lhes sentir proximidade nas relações o que constituiu surpresa pois, a expectativa era de um ambiente menos envolvente, de compreensão e respeito pela sua condição de aluno. Estes resultados vão ao encontro daqueles que Paulino (2007) identificou. São estes comportamentos da equipa que ajudam os estudantes do 1º ano a lidarem com a atmosfera pesada e emocionalmente difícil que a situação das pessoas internadas lhes transmite. Mas de forma surpreendente são também algumas destas pessoas que o ajudam a sentir-se melhor naquele ambiente pois transmitem-lhe sentimentos de utilidade pelos cuidados que lhes presta.

O mesmo acontece com alguns estudantes do 3º ano, que embora sentindo-se bem acolhidos pela equipa, esperavam mais receptividade e abertura para uma dimensão de ensino e ajuda na aprendizagem. Pela sua capacidade de observação e análise das atitudes e posturas da equipa são mais críticos e simultaneamente mais exigentes e afirmativos não aceitando, desde início, acriticamente o ambiente de relacionamento que lhes é proporcionado. Justificam a necessidade (ou exigência) de se sentirem acolhidos de modo diferente pela fase de aprendizagem em que se encontram. Na sua expectativa também estava um ambiente de maior envolvimento e ensino atravessado por uma maior tranquilidade na interacção e desafios nas propostas de actividade para se poderem envolver num cuidar efectivamente holístico, contudo nas suas expressões aconteceu com alguma frequência o contrário.

Deste modo, vão encontrar motivação e atenuantes para esse ambiente no contacto com as pessoas cuidadas e com os pares, isto é, pelo *feedback* que estas lhes transmitem.

De forma algo contraditória, com estes resultados, Jones (2007) num estudo sobre competências interpessoais concluiu que o comunicar com o doente durante o ensino clínico, era a fonte de medo mais comum entre os estudantes refugiando-se frequentemente na adopção de comportamentos comunicacionais de interacção modelados por tarefas institucionais.

No conceito de ensino clínico também englobavam alguns aspectos definidores daquilo que seria exigível para a actividade de prestação de cuidados (**exigências**). Tinham construído um conceito de uma actividade complexa e exigente o que associado à insegurança sobre si próprios e à sua preparação, é frequentemente justificativo de vivências emocionais de apreensão, ansiedade, nervosismo e medo manifestados tanto no contacto com o ambiente da unidade de cuidados como na própria prestação de cuidados. Isto é especialmente evidente por se tratar da primeira experiência em contexto de saúde. Mas ao iniciarem a prestação de cuidados consideram que a complexidade é menor que o esperado, embora as exigências emocionais e de conhecimentos que sustentem a acção vão além do esperado, pensavam estar melhor preparados. Terá sido o ambiente de apoio e orientação por parte dos supervisores que permitiu esbater a percepção de exigência tornando a actividade de enfermagem menos intimidante que a construção que globalmente tinham feito. No que se prende com as referidas exigências emocionais estes resultados vêm confirmar os apresentados por Oliveira (2002) e Paulino (2007).

Uma situação similar foi apresentada por Suikkala, Leino-Kilpi & Katajisto (2007: 547) quando encontram em estudantes ao iniciarem a sua aprendizagem em contacto com pessoas doentes, que o terem de contactar com elas é uma actividade percebida *“como uma das mais difíceis e complexas no ambiente da prática clínica”*³⁵. Por outro lado concluem que o envolvimento dos estudantes com os doentes é promovido se da parte destes houver conversação e aceitação dos cuidados que os primeiros propõem.

No discurso dos alunos, é particularmente relevante a alusão à importância dos saberes teóricos para o desenvolvimento da prática profissional, mas em simultâneo também surge a constatação que os mesmos não comportam referenciais operatórios directos com as práticas o que faz com que haja uma necessidade constante de mais aprofundamento de conhecimentos e uma prática orientada. Este é um aspecto a que outros investigadores chegaram, tal como Abreu (2001: 236) também concluiu, referindo que o *“saber teórico não é normativo mas permite agir com maior clarividência”* tendo como efeito *“fazer conhecer e não o de fazer-fazer”*.

³⁵ Tradução nossa

Foi evidente nos discursos dos estudantes que esperavam encontrar diferenças entre o que tinham aprendido e as práticas (D' Espiney, 1999; Longarito, 1999; Coelho, 2000; Leitão, 2000; Belo, 2003), situação que ao longo do ensino clínico emergiu contudo, naquilo que ficou como representação deste primeiro período de prática clínica esta não assume significado de relevo.

Saliente-se que esta não é uma percepção uniforme entre os casos em investigação pois os estudantes do 2º ano identificam as práticas clínicas realizadas ou observadas, com os quadros de referência que lhes tinham sido leccionados. A proximidade, o envolvimento e a exigência por parte da equipa supervisiva, para um trabalho fundamentado, fez com que nesta relação descubram constantemente a dimensão do seu “não saber”, como Sá-Chaves (2000) defendeu. Foi deste modo que foram conduzidos a um trabalho complementar de estudo e pesquisa bibliográfica para uma melhor compreensão da actividade a desenvolver mas também ser capaz de a realizar com uma “clarividência” crescente (Abreu, 2001).

Podemos analisar a diferença de percepções entre os estudantes dos três casos relativamente aos referenciais operatórios dos conhecimentos teóricos que traziam quando chegaram ao ensino clínico à luz da orientação que tiveram. Apenas para o caso A se verifica consenso relativamente ao envolvimento da equipa supervisiva seguindo princípios de desocultação da prática, seguindo meios formativos que envolviam fundamentalmente a demonstração e a prática orientada em que na “fase inicial” (Abreu, 2007) não se pretendia que fosse uma imitação mas um espaço de verificação de alternativas possíveis para agir em situação (Alarcão, 1996; Schön, 2000). A este nível e para este caso parece verificar-se alguma evolução relativamente aos resultados de Leitão (2000) pois parece começar a existir eficácia na alternância composta por espaços formativos diferentes que se complementam pela integração dos conhecimentos que o estudante tem, reconhecendo que eles existem, e ajudando-os na articulação entre diferentes saberes e a pô-los em acção no quotidiano.

Na representação construída e expressa um ano mais tarde o primeiro ensino clínico continua a ser referido como emocionalmente difícil (à excepção do caso A), em que os conhecimentos subjacentes à actividade de prestação de cuidados são estruturantes e o aluno tem de adoptar uma postura de empenhamento pessoal, rigor, responsabilidade, respeito e organização, isto é um período formativo de grandes exigências e a necessitar de implicação pessoal. Frequentemente a prática neste ensino clínico surge como uma etapa (trans)formativa em que houve descoberta de características e capacidades que desconheciam em si, o que é concordante com resultados de Abreu (2001: 237) quando refere que há “*a concepção da prática enquanto espaço de conhecimento de si*”. O tempo de actividade em contexto de prática profissional influenciou na representação que possuem de si como enfermeiros mas, também

enquanto pessoas, pelos alicerces que construíram em termos da formação pessoal e profissional.

Para os estudantes dos três casos em estudo a representação construída de primeiro ensino clínico e expressa um ano mais tarde está marcada por ter sido vivenciada como uma experiência formativa com desenvolvimento e aprendizagem, construção pessoal conhecimento do que é ser enfermeiro, conhecimento do que é a profissão de enfermagem e conhecimento dos contextos de saúde. Um período qualificado como marcante no percurso académico, o que pensamos que se deve ao significado que vão atribuindo às vivências que tiveram naquele período, quando na continuação do seu curso são confrontados com situações que, para a sua resolução, têm implícitos saberes adquiridos no primeiro ensino clínico. Isto é, vão identificar como os saberes construídos, durante o primeiro ensino clínico, conferem um carácter diferenciador e facilitador à sua intervenção o que está de acordo com o princípio da consciencialização que Alarcão e Sá-Chaves (2000), apresentam.

Dos Recursos Mobilizados

Sendo o principal objectivo, a prosseguir durante o ensino clínico, o desenvolvimento de competências ligadas à intervenção junto de pessoas a necessitarem de cuidados de enfermagem e directamente com elas, o estudante vai, para tal, poder dispor de um conjunto de recursos de ordem pessoal e supervisiva.

No ensino clínico é proporcionado ao estudante um conjunto de vivências, em contexto de uma unidade de saúde, junto de pessoas a necessitarem de cuidados, para que se desenvolva e aprenda e este constitua um período de formação ímpar.

Sendo a primeira experiência clínica que os estudantes vão vivenciar e estando a formação sedimentada numa filosofia que promove o envolvimento activo do sujeito em formação na sua construção pessoal, conhecer os recursos que mobiliza no processo é uma premissa base quando se investiga o fenómeno. Para conhecer e compreender os recursos que são mobilizados, importa também compreender o que aprendeu e como se processou esta aprendizagem, isto é, o conjunto de elementos que contribuíram, de forma mais ou menos facilitadora ou foram estruturantes no processo.

Na expectativa dos estudantes ao iniciarem o ensino clínico estava o confronto com um contexto propício à aprendizagem, marcado pelo apoio proporcionado e facilitado pelos profissionais de enfermagem da equipa, pelos docentes, pelos pares e até pelas pessoas a cuidar. Tratava-se de um ambiente favorável e facilitador do seu envolvimento, trabalho e

empenho, e deste modo, a equipa de ensino clínico foi percebida como um dos recursos mais importantes na co-construção desta aprendizagem.

Além dos aspectos contextuais, a manifestação expressa dos estudantes foi a de uma vontade de auto-implicação, de disponibilidade, envolvimento e motivação considerando que estas foram premissas fundamentais para o atingir das expectativas de aprendizagem. Deste modo, e centrando em si uma parte significativa da responsabilidade do processo, o aluno assumiu-se como um recurso fundamental nesta construção.

As características das pessoas internadas, e a sua dependência em cuidados de enfermagem permitiram aprendizagens significativas pela concretização de múltiplas actividades de realização de procedimentos técnico-instrumentais, situação que estava entre as principais expectativas dos estudantes. Sendo uma área de desenvolvimento importante para todos, ela teve um impacto diferente entre os grupos de estudantes em investigação.

Para os estudantes com um tempo de preparação, em contexto escolar, maior salienta-se que a importância desta aprendizagem advém da promoção da destreza tornando-se mais rápidos e eficazes o que por si só ocasiona sentimentos de alguma tranquilidade e confiança em si, pois havia algum receio prévio relativamente à sua capacidade individual de execução, isto é, como é que iria ser o seu comportamento ou desempenho a esse nível. Contudo, em simultâneo identificam a dificuldade de integrarem a interacção comunicacional com a pessoa a quem estão a prestar estes cuidados. Para os estudantes do primeiro ano o maior significado esteve na quantidade de procedimentos realizados e na sua capacidade de darem cumprimento seguindo sequencialmente um conjunto de passos e orientações técnicas de acordo com o que tinham aprendido e, em tempo oportuno.

O maior conhecimento da situação prática é de acordo com Malglaive (1995: 78) o que *“faz intervir o próprio sujeito que age, não somente as competências de que deve dispor, mas também as interacções com o objecto sob o qual age, com os meios pelo qual age, com a organização na qual age e os parceiros que aí participam”*. De acordo com o defendido pelo autor, os estudantes do segundo e terceiro anos evidenciaram uma leitura dos problemas que a acção lhes colocou mais abrangente e global. A esta situação não será alheio o facto da sua matriz de referência conceptual ser mais vasta, os seus conhecimentos teóricos serem mais sólidos e sustentados. Isto é, no confronto com a realização da actividade de prestação de cuidados o estudante compreendeu que aquele procedimento exige o recurso simultâneo de várias competências e que ainda não é detentor de alguns conhecimentos que necessita para actuar adequadamente pois o saber *“constrói-se na própria acção”*.

O 1º ensino clínico é um tempo de aprendizagem, por excelência, de competências no domínio da comunicação e relação que assumem estas, na percepção dos estudantes, a sua

aprendizagem mais significativa. Desde a apresentação de expectativas até ao relembrar um ano mais tarde o que tinha sido este período de formação, os processos da interacção comunicacional foram emergentes. Deste modo evidencia-se que esta tarefa de aprendizagem foi potencialmente significativa e que se coaduna com a concepção de Ausubel (2003), isto é, relacionando-se de forma não arbitrária e substantiva com os conhecimentos dos estudantes havendo simultaneamente disposição para aprender.

A preparação anterior terá permitido a assimilação do conceito que a actividade de enfermagem tem na sua génese, ser uma profissão de relação e interacção.

As aprendizagens no domínio da concepção e planeamento de projectos de cuidados exigiram níveis de análise e síntese que para estudantes a iniciarem o ensino clínico poderiam ser difíceis de concretizar. Os resultados expressam que a percepção é a de um desenvolvimento de conhecimentos de base, não conseguindo ir além de uma etapa em que não houve mais do que a inclusão de algumas variáveis, isto é, sem conseguir integrar uma visão holística da pessoa a cuidar.

Exceptuam-se os estudantes do caso B que exprimem terem aprendido a este nível, manifestando que ao terminarem o ensino clínico sabiam conceber e planear projectos de cuidados. Contudo, a análise do seu discurso permitiu perceber que planear um projecto de cuidados, passava por completar atempadamente, e sem perturbar significativamente o funcionamento do serviço, o conjunto de cuidados habitualmente realizados naquela pessoa. D'Espiney (2000) na sua investigação chega a uma conclusão de algum modo diferente pois os seus estudantes, embora considerem importante a concepção e o planeamento de cuidados pela construção de uma imagem antecipatória, não o conseguem realizar pela pressão que sentem para rapidamente responder aos problemas e deste modo as *rotinas* transformam-se no centro da sua acção ganhando a dimensão de finalidade de toda a sua actuação.

Uma das principais formas como os estudantes consideram que aprenderam é por intermédio da execução de um determinado procedimento ou vivência de uma situação no contacto com as pessoas cuidadas. São estas que dão à situação de prestação de cuidados um carácter diferenciador relativamente àquilo que o aluno já aprendeu pois é necessário integrar e adequar múltiplos critérios para a execução de um qualquer procedimento ou estar, em interacção naquele contexto, perante a pessoa internada. Deste modo a pessoa internada é sentida como um recurso pela sua individualidade, pela sua experiência de vida mas também pela sua abertura e receptividade a “partilhar-se” com o estudante. Assim, esta é percebida, tal como Rua (2009) identificou uma “fonte de aprendizagem” porque o contacto levanta-lhe um conjunto de interrogações completamente novo que nenhuma outra situação formativa permite. Num

estudo que teve como objecto o primeiro ensino clínico Braga (2007), identificou que a relação estabelecida com o doente é sentida como uma vivência positiva mas fundamentalmente pela aquisição de saberes processuais. Pelo contrário, Longarito (1999) não encontra referências, no *corpus* de análise do seu estudo (realizado com estudantes a terminarem o Curso de Bacharelato), ao doente como um recurso na formação do estudante.

Esta é uma situação bem evidente nos desenvolvimentos que os estudantes sentem ter tido no domínio da sua capacidade de **comunicação e relação** durante o ensino clínico. A promoção destes conhecimentos evidenciou-se pela facilidade de abordar a pessoa que tinha atribuída para cuidar, envolvendo-a e integrando-a no processo. Os modelos da prática não terão tido uma influência muito significativa neste âmbito pois alguns dos contextos em que o ensino clínico ocorreu (pela sobrecarga de trabalho bem evidente no número de pessoas a cuidar e pela exigência de resposta a um conjunto de exigências organizacionais por parte dos enfermeiros), não o evidenciavam. Esta é uma situação que está de acordo com os resultados de Fernandes em 2006. De forma diferente Jones (2007) identificou que os estudantes têm dificuldade na transferência dos princípios de uma boa “comunicação” da sala de aula para as suas próprias interacções com os doentes.

Num estudo, sobre os estudantes principiantes na sua aprendizagem prática Orland-Barak (2007) conclui que estes produzem representações de experiências de aprendizagem em enfermagem centradas numa prática instrumental marcada por descrições técnicas da acção, por comportamentos de cuidar com ênfase nos resultados relativos ao comportamento do doente em detrimento de competências de cuidar, dos processos de interacção enfermeiro-doente ou do bem-estar do doente. É um conceito em que as descrições procedimentais, centradas nas deliberações emergem, sem valorização dos dilemas da prática.

Podemos dizer que a pessoa (nestes casos o doente), é um elemento facilitador deste processo directamente quando permite e aceita a intervenção do aluno solicitando-a, por vezes, disponibilizando-se assim, para colaborar na sua aprendizagem ou dando-lhe uma resposta favorável sobre o que desenvolveu fazendo com que o aluno experiencie sentimentos positivos como a gratificação e recompensa. Ao mesmo tempo faz com que se coloque perante problemas éticos que só nesta situação poderiam emergir.

Também, a vivência de uma situação de cuidados, pode indirectamente ser um elemento facilitador da aprendizagem, quando o doente fala sobre as suas experiências de vida, a sua situação de saúde actual, as suas angústias, medos ou alegrias, fazendo com que o estudante se confronte e pense sobre si próprio, e o que tem de orientar a sua actuação. É neste processo introspectivo e de reflexão individual, desencadeado pela relação interactiva, que vai

desenvolver a sua capacidade de pensamento e de análise crítica, constituindo-se assim, como um desafio ao trabalho individual de aprender pela reflexão, sobre o vivido, que suscita.

Assim, terá sido o estar em situação e a emergência de lhe dar resposta (associada tanto aos conhecimentos teóricos aprendidos em sala de aula como a análise e reflexão individual sobre a pessoa cuidada) que dão, na percepção do aluno, uma dimensão tão significativa às aprendizagens relacionais.

Neste processo parece começar a esboçar-se por parte do estudante, o desenvolvimento de algumas variáveis que Sá-Chaves (2000), engloba no conhecimento de si próprio que adaptando o seu conceito poderemos dizer que é a capacidade de identificar, conhecer e controlar de forma consciente algumas das múltiplas variáveis que são inerentes ao acto da prestação de cuidados, incluindo-se neste, como uma das variáveis mais determinantes. Este também foi uma conclusão na investigação de Rua, em 2009.

A **execução** ou **realização** de uma **actividade de prestação de cuidados** em situação real perante e na pessoa tem um valor formativo e uma complexidade diferentes daquele que o trabalho em laboratório teve, pois: i) os seus gestos podem ter um efeito directo provocando sofrimento e dano ou, pelo contrário, alívio; ii) obriga a perceber e integrar na acção as respostas que a pessoa apresenta; iii) exige a adopção de postura adequada com um saber-estar e capacidade de gestão e controlo das emoções; iv) há ansiedade ou mesmo medo pelo risco de errar ou não ter as estratégias e conhecimentos mais adequados para actuar; v) sente-se responsável pela situação e pessoa cuidada; vi) há o medo da rejeição, vii) proporciona a satisfação pela aceitação e permissão da sua intervenção; viii) surpreende-se por ser solicitado, pela pessoa cuidada, a intervir disponibilizando-se para colaborar na sua aprendizagem; ix) há a recompensa das respostas, agradecimento e *feedback* positivo à sua intervenção e; x) surpreende-se consigo próprio pelas capacidades evidenciadas na realização, com êxito, de uma actividade.

Deste modo **a pessoa cuidada** constitui-se, mais uma vez, como um recurso em termos de aprendizagem para o estudante assumindo valores diferentes. Saliente-se que, para os estudantes do 1º ano o “seu doente” surge associado a um conjunto de acções que tem de desenvolver sem que se evidencie e integre as suas necessidades, vontades, tempos e exigências, valorizando uma visão utilitária e instrumental em detrimento da dimensão relacional da intervenção. A valorização da componente instrumental da intervenção durante a aprendizagem no primeiro ensino clínico parece apontar para um estilo de aprendizagem acomodativo marcado fundamentalmente pela interiorização por apreensão mais do que pela

transformação por extensão (Kolb, 1994). Resultados que reforçam os que Abreu, em 2001, identificou nos estudantes no estágio em contexto hospitalar.

Apenas numa visão distanciada de um ano o contacto com as pessoas cuidadas é percebido como tendo tido um efeito decisivo/determinante na aprendizagem. Em 2007, Abreu problematiza esta situação (a partir de estudos de outros autores), salientando a falta de pré-requisitos para a prática clínica, a experiência de relação ou o contacto com os problemas das pessoas em sofrimento como origem desta percepção (Abreu, 2007). Considera que nestes períodos pode não existir aprendizagem ou ser uma experiência negativa. Saliente-se que estes são estudantes do primeiro ano com menor tempo de preparação e com maiores dificuldades em mobilizarem outros recursos.

Esta situação espelha-se ao analisar as aprendizagens consideradas mais significativas para os estudantes que acontecem fundamentalmente na **execução de procedimentos técnico-instrumentais e na comunicação e relação**. Embora todos os grupos em estudo as considerem importantes, os do 2º e 3º anos salientam a dificuldade da sua integração conjunta e consideram que o seu especial valor formativo esteve no facto de passarem a distanciar-se da execução apenas pela execução valorizando a interacção com a pessoa em todas as fases do procedimento, considerando-a o elemento a partir do qual se estruturam os cuidados a prestar. Isto é tanto mais significativo quando consideram que o desenvolvimento da comunicação foi promotor de outros desenvolvimentos e aquilo que mais relevante lhes ficou do primeiro ensino clínico, pois as aprendizagens em termos mais operatórios poderão ser aperfeiçoadas e treinadas a partir daí e da obtenção de alguma perícia em termos de interacção com a pessoa alvo de cuidados ou com os restantes actores do contexto clínico. O que evidencia que os estudantes durante o ensino clínico desenvolvem um estilo de aprendizagem com uma ênfase significativa nas competências de relação (Kolb, 1984). Resultados que são coincidentes com os apresentados por Abreu (2001) no grupo de estudantes que investigou mas neste caso a realizarem ensino clínico em cuidados comunitários.

Estes resultados são similares aos encontrados por Orland-Barak (2007) que concluiu que nas práticas clínicas os estudantes principiantes e de acordo com os conhecimentos desenvolvidos transformam os factos clínicos em princípios clínicos que guiam a acção. A transformação de detalhes em conceptualizações (heurísticas, processuais ou procedimentais) só é discernível no contexto da prática e exige recurso a processos de compreensão e interpretação dos paradigmas reflexivos e como tal produzirá um elevado nível de pensamento clínico. Também verificou na sua investigação que são os conhecimentos científicos aqueles que se evidenciam na prestação directa de cuidados enquanto que o conhecimento estético, pessoal e ético em enfermagem são os mais problemáticos e difíceis de controlar e dominar não se evidenciando a

sua aquisição nos estudantes principiantes na aprendizagem em contexto de prática. Este resultado reforça os desta investigação pois só ao terminar o primeiro ensino clínico ou mesmo um ano mais tarde, nomeadamente nos estudantes do 2º e 3º anos, estes aspectos se começam a evidenciar.

Desde início, os estudantes colocaram-se e apresentaram uma postura de motivação e envolvimento, a sua expectativa era de um período de grandes exigências em termos de trabalho, contudo sentiam-se preparados pelos subsídios teóricos que a preparação anterior lhes proporcionou. As suas características pessoais e conhecimentos iriam facilitar todo o processo de aprendizagem. Contudo, a preparação prévia não se revelou tão significativa como era expectável pois durante a leccionação de algumas unidades curriculares não houve empenho e apropriação desses conhecimentos pois não foi entendida a sua utilidade e aplicabilidade e agora são identificadas lacunas nos seus conhecimentos que ajudariam a conferir sentido à prática. Acresce a esta situação que a prática surge mais complexa do que o esperado pois vai além da aplicação daquilo que tinham aprendido (esta era uma das concepções iniciais de alguns estudantes), os saberes teóricos não esgotam as possibilidades de compreensão dos problemas que a vida real lhes apresenta. Neste domínio, Fernandes (2006: 339) não identificou constrangimentos pela preparação prévia mas a percepção de contextos que em vez de permitirem *“a expansão do plano teórico, pelo contrário, constituiu um obstáculo à mudança”*

Há a evidência e a percepção manifesta que os seus recursos de conhecimentos têm de ser promovidos embora a aprendizagem agora se faça de outro modo pois não encontram com facilidade a transferência linear entre o que aprenderam e as práticas que realizam ou observam. Assim, de acordo com a teoria de Kolb (1984) os estudantes desenvolvem um estilo de aprendizagem convergente em que oscilam entre a conceptualização abstracta desenvolvida na sua preparação teórica e a experiência activa a partir da qual desenvolvem processos intelectuais de reflexão promovendo a sua capacidade de resolução dos problemas que a prática coloca. A este nível o supervisor desempenha um papel significativo pelo contributo que pode trazer nos desafios aos processos de análise e reflexão sobre as acções desenvolvidas. Na sua investigação sobre o desenvolvimento de competências Rua, em 2009, corrobora este resultado.

O supervisor influencia aos níveis técnico e prático, pois colabora problematizando as técnicas e ajudando na identificação dos fundamentos das práticas. Assim, há identificação da equipa supervisiva como um factor de influência positiva no seu desenvolvimento tanto durante o ensino clínico como posteriormente. Essa influência é atribuída tanto à colaboração sentida no

desenvolvimento da actividade colmatando lacunas ou retirando dúvidas e consequentemente dando segurança, como ao questionamento como via para a decisão e para fazer identificar os seus próprios conhecimentos e aqueles que tem de adquirir. Deste modo o aluno percebe as potencialidades que detém e o empenhamento auto-formativo que tem de imprimir neste processo. Saliente-se que esta é uma situação menos evidente entre os estudantes do caso C para quem a equipa supervisiva foi percebida como um elemento facilitador mas também menos facilitador pois frequentemente não constituem um recurso para o estudante nesta dinâmica de envolvimento na sua aprendizagem. O conhecimento anterior não é suficiente como uma matriz de leitura das situações da prática.

Esta é uma situação menos evidente entre os estudantes do 1º ano que descrevem a importância dos seus conhecimentos prévios pela facilidade que têm em dar cumprimento às actividades técnico-instrumentais, aparentemente tentando seguir protocolos de actuação aprendidos para determinado procedimento. São também estes estudantes que identificam a sua **preparação teórica** como menos facilitadora do seu processo de aprendizagem pela falta de unidades curriculares como a Farmacologia ou a Patologia, potencialmente subsidiárias das acções a desenvolver. Assim na prestação de cuidados que exigiam subsídios teóricos de áreas não leccionadas utilizavam como recurso a pesquisa bibliográfica e as indicações do orientador que transmitia informação, descrevia princípios teóricos ou exemplificava assumindo uma forma de ensino mais tradicional, isto é, directivo que de acordo com Alarcão (1996) e Alarcão e Tavares (2003) também se adequa aos formandos na sua etapa inicial de formação. Há deste modo valorização de competências de acção sem que se verifique trabalho de conceptualização sobre estas.

A situação tem duas consequências importantes, por um lado o assumir o estudo e pesquisa bibliográfica complementar ao ensino clínico como um recurso importante para o seu desenvolvimento, e por outro o assumir os restantes actores daquele contexto de saúde como recursos fundamentais na ajuda na “desocultação da prática”, como Sá-Chaves (2000) refere.

Em todos os casos em estudo as características de personalidade do aluno não emergem de forma significativa ao longo do ensino clínico como elementos influentes no seu processo de aprendizagem embora alguns deles identifiquem a dificuldade em lidar com o stress, a sua inibição ou o serem menos positivos na análise das situações como elementos menos facilitadores. O que está em oposição ao que expressaram inicialmente, pois aí uma grande parte dos estudantes apresentavam e depositavam em si, nas suas características de personalidade grandes expectativas. Assim, mais uma vez, se evidencia a dimensão de auto-conhecimento que Sá-Chaves (2000) identifica quando há uma análise retroactiva sobre as práticas.

Contudo um ano mais tarde as características pessoais emergem como tendo tido um papel marcante naquele período de trabalho e na sua formação. Características de motivação, empenho, bom senso, capacidade de trabalho, sentido de oportunidade e mesmo a resiliência são apontados como determinantes na construção de um processo de sucesso na formação na primeira experiência clínica em contexto de trabalho. Deste modo, os alunos passam a centrar em si a grande responsabilidade pelo seu percurso, e nesta visão mais distanciada, identificam-se como recursos importantes, com um papel activo e central na aprendizagem.

Os restantes actores do ensino clínico especialmente a equipa de enfermagem, os docentes responsáveis pela supervisão pedagógica e os pares são identificados como recursos muito significativos de que se socorrem durante o seu processo de aprendizagem. Os colegas surgem como um apoio nas situações de prestação de cuidados fundamentalmente para os estudantes do 1º (pelo modelo de supervisão em implementação) e 3º (pelo envolvimento da equipa) anos. No caso dos primeiros funcionam como um primeiro recurso quando lhes surge uma dúvida e necessitam de responder a uma questão apresentada pelo docente sobre a fundamentação de uma actividade que vão realizar, e assim, os pares podem partilhar conhecimento. Estabelece-se entre eles um ambiente de alguma amizade e apoio em que partilhar informações e situações a que já estiveram expostos, criando uma rede informal, não explícita de formação e troca de conhecimento. Resultados similares/concordantes foram encontrados por Roberts (2008) ao reconhecer que a aprendizagem pelos pares e no local da prática clínica tem um papel que não pode ser ignorado. Os estudantes aprendem uns com os outros aspectos relativos ao contexto em que se encontram, os aspectos mais subtis, não explícitos, as regras tradicionais e que não é possível aprender por consulta bibliográfica ou de protocolos e a lidarem com as exigências da prática clínica, desenvolvendo em simultâneo um relacionamento de amizade que se vai fortalecendo e tornando mais duradouro. O apoio dos pares é uma conclusão de Kelly (2007), especialmente quando o grupo de estudantes se mantém estável por um período longo.

Saliente-se que a orientação estava centrada no docente, muitas vezes associado a uma figura autoritária e directivista, sem que haja envolvimento da equipa de enfermagem. Deste modo, o questionamento e justificação dos cuidados a prestar é associado a momentos/situações de avaliação pelo que o estudante tenta rapidamente obter uma resposta para não demonstrar fragilidades nos seus conhecimentos e capacidade de fundamentação teórica. D' Espiney (1999) identifica uma situação semelhante quando conclui que há domínio de solicitação de respostas fabricadas e não um espaço em que se faça emergir um saber prévio e de confronto

com as diferentes visões do problema, o que parece ajudar a manter estes comportamentos do estudante.

A fundamentação exigida ao aluno traduzia-se assim na reprodução das respostas previamente leccionadas em sala de aula e demonstrativa de que aquele ao longo do ensino clínico, deve demonstrar que aprendeu, o que dificilmente vai permitir que os estudantes tenham à vontade e se disponham a revelar as suas dúvidas e dificuldades.

As vivências emocionais menos positivas como a ansiedade, o medo e o nervosismo, ligadas ao ambiente da prestação de cuidados são frequentemente ocasionadas pelo questionamento e exigência de fundamentação teórica da acção que vai realizar. Deste modo e sem o envolvimento dos enfermeiros da equipa na orientação directa de cuidados, recorrendo à demonstração, explicitando o seu processo de pensamento na acção ou ajudando o aluno a pensar sobre a acção, este continua a entender a prática como local de aplicação de saberes teóricos que já detêm. D' Espiney (1999) chega a resultados sobreponíveis a estes na sua investigação.

No grupo de estudantes do terceiro ano o **recurso aos pares** acontece fundamentalmente nas situações de prestação de cuidados quando os realizam em parceria ou quando informalmente trocam experiências e partilham conhecimentos relativos às pessoas que cuidaram. Parece uma situação decorrente de um ambiente em que nem sempre há proximidade e trabalho conjunto na supervisão do aluno (por um profissional) durante a prestação de cuidados. Nestes momentos o estudante assume responsabilidades muito próximas do profissional e embora as actividades que realiza sejam tuteladas pelo enfermeiro ou professor que valida as suas intervenções nem sempre tem a sua colaboração directa.

Assim, e como Roberts (2008) também identifica, há recurso a um colega que dá apoio e segurança na actividade, havendo uma conjugação de esforços e complementaridade na tentativa de suprimirem as dificuldades e limitações em termos de apoio do tutor ou enfermeiro da equipa. O docente intervém na minimização desta lacuna de orientação na acção, no acto de trabalho, e de forma integrada, e em estreita colaboração com o tutor, colabora com o aluno. Uma prática semelhante por parte dos professores foi encontrada por Fernandes (2006) contudo a autora questiona a sua eficácia.

Deste modo a equipa supervisiva no seu conjunto foi percebida para uns como um factor de influência facilitador do processo de aprendizagem, enquanto para outros houve a percepção de uma influência menos facilitadora o que não era expectável. No caso dos primeiros o trabalho para e na orientação do aluno didacticamente é caracterizado por um espírito de complementaridade, coerência, articulação, disponibilidade e trabalho conjunto em todo este processo. Enquanto para os segundos emergem percepções de uma equipa supervisiva que

proporciona pouco *feedback*, um baixo nível de articulação, coerência e trabalho conjunto para a sua supervisão.

Os estudantes estavam preparados (de acordo com as orientações que receberam no encontro de preparação para o ensino clínico e com o guia de orientação) para, neste período formativo, lhes ser proporcionado um orientador que se mobilizasse como recurso permitindo-lhes serem actores no seu processo de aprendizagem em que o papel do supervisor passava pela facilitação e desafio, situação que não se concretizou. Baxter e Rideout (2006) numa investigação realizada no primeiro ensino clínico identificou as mesmas dificuldades por parte dos estudantes em estudo.

Pelo contrário, os estudantes sentem-se pouco envolvidos e valorizados no seio da equipa e naquele contexto, por vezes como objecto substituindo o profissional na prestação directa de cuidados, com dúvidas, medos e em situação de fragilidade e sem conseguirem usar os seus recursos pessoais para assumir uma atitude mais activa e assertiva face ao processo de aprendizagem.

Assim, como refere Abreu (2007: 220) a aprendizagem não pode ser bem sucedida, uma vez que os estudantes “*desviam a sua atenção e esforços para áreas laterais*”. Saliente-se que inicialmente havia motivação, vontade e determinação para se mobilizarem e serem activos, depositarem toda a sua energia nesta etapa de formação. Em 2003, Papp, Markkanen & Bondsdorff, num estudo sobre a percepção dos estudantes sobre o ambiente de aprendizagem clínica concluem sobre a importância de se sentirem aceites na equipa, apoiados no planeamento das suas actividades, no tempo que lhes é dado para as realizar e na valorização do seu trabalho, são fundamentais para a sua aprendizagem. Pois, enquanto o aluno não se sentir aceite despende toda a sua energia a adaptar-se e não se centra no essencial do ensino clínico, não aprende.

Também Chan (2002) triangulando vários estudos encontra vulnerabilidade no estudante no local da prática, pois vem de um ambiente que o estimulava a pensar para um ambiente que realça o fazer. Assim, tem dificuldade em diferenciar o seu papel de aprendiz e trabalhador, pois está a aprender a prestar cuidados e a reacção da equipa perante o seu esforço é, muitas vezes, de afastamento.

Os espaços e tempos de distanciamento da actividade de prestação de cuidados directa para a discussão e análise reflexiva sobre o ensino clínico são poucos o que não facilita a expressão destas dificuldades e a partilha com o grupo analisando a situação e equacionando formas de a minimizar, promovendo a sua confiança.

A partilha com os colegas é também uma das formas que os estudantes do caso A consideram importante, no seu desenvolvimento, associam-na às actividades de discussão em grupo e aos relatos de situações experienciadas por outros servindo estas como espelho ou orientação das suas práticas e vivências. O envolvimento e proximidade da equipa na supervisão directa do estudante, de acordo com o modelo de supervisão em implementação, permitem ao estudante trabalhar e discutir as dúvidas e constrangimentos, que emergem das situações de cuidados com um profissional, seu orientador, no momento. Assim, na acção os colegas não são identificados como um recurso, pois o enfermeiro ou o docente estão presentes e disponíveis numa atitude de envolvimento e diálogo, e em díade partilham e orientam a actividade dando segurança e *feedback* (Bronfenbrenner, 1996). Nestes momentos o profissional que orienta o estudante na actividade de prestação de cuidados utiliza processos de reflexão na acção e de reflexão sobre a acção largamente abordados por Schön (2000), Alarcão (1996), Sá-Chaves (2000). O supervisor apela à exploração e argumentação do conhecimento sobre a acção realizada, e deste modo o aluno é ajudado a progredir nos seus conhecimentos, a adquirir confiança em si, isto é, começar a construir a sua forma pessoal de conhecer. Como refere Abreu (2007) nestes momentos de actividade supervisiva pelo diálogo, o supervisor identifica a etapa de desenvolvimento do estudante confirma saberes e dá pistas para a aquisição de outros, confere significados e favorece a consciencialização sobre si, os outros ou os contextos. Estes são resultados em continuidade com os apresentados por Fernandes (2006) sobre as formas de aprender dos sujeitos que estudou.

A partilha de experiências com os pares, como recurso mobilizado na aprendizagem, durante o ensino clínico deixa de ser valorizada com o afastamento temporal e a vivência de outras situações de prática em contexto clínico, percebendo-se que esta partilha (na acção de prestação de cuidados) com os colegas não terá sido marcante e significativa na aprendizagens desenvolvidas no ensino clínico. Havia uma relação diádica marcada pelas influências recíprocas, *feedback* e equilíbrio de poder (Bronfenbrenner, 1996) contudo, não há uma maior ou menor influência de cada um dos seus elementos pois o seu nível de desenvolvimento é semelhante o que poderá estar na génese desta evolução na percepção dos estudantes.

O docente como um elemento fundamental no processo de aprendizagem do estudante é identificado de forma enfática, em todos os casos investigados um ano mais tarde, salientando-se o seu papel enquanto promotor da sua formação pela exigência, desafios e *feedback* que apresentava mesmo em situações que durante o ensino clínico foram percebidas como de tensão ou constrangimento.

Com o afastamento temporal do ensino clínico os estudantes conseguem separar a visão que tinham no momento, identificando o nervosismo que a sua presença causava e o medo da

avaliação, como condicionadoras dessa percepção, do impacto que teve na sua aprendizagem. O questionar, fazer pensar, pela análise conjunta de processos ou situações, funções muitas vezes assumidas apenas pelo docente foram o mais significativo e impulsionador na mobilização dos seus próprios recursos para a aprendizagem. As competências pedagógicas do professor foram também salientadas por Kelly (2007) nos estudantes que investigou.

Em síntese poderemos dizer que os recursos mobilizados pelo estudante durante o período de aprendizagem são os pessoais, a sua orientação, isto é, o enfermeiro ou o docente, a pessoa cuidada e os seus pares. Não se evidenciam os recursos contextuais numa dimensão mais física e material apenas no que se prende com a atmosfera contextual.

São também estas características contextuais, do ambiente afectivo e relacional, que permitem uma maior ênfase na mobilização de alguns recursos ou facilidade de acesso a esses recursos, de um dos casos relativamente aos outros.

Das estratégias mobilizadas/utilizadas

As estratégias pedagógicas adoptadas durante o primeiro ensino clínico assumem um particular relevo dado estarmos perante um período de aprendizagem com especificidades que exigem uma atenção particular aos formandos. Sendo uma etapa em que o estudante está a dar continuidade à sua formação, está pela primeira vez num contexto de uma unidade de cuidados e com intervenção directa em pessoas a necessitarem de acções de enfermagem.

As situações de supervisão têm como finalidade capacitar o aluno para que, de forma autónoma, seja capaz de tomar as decisões mais adequadas e em cada momento dê resposta, atenda ou vá ao encontro das necessidades de intervenção das pessoas que cuida. O seu objectivo é maximizar as capacidades do estudante no domínio pessoal e deste modo ajudar no seu desenvolvimento profissional. Assim, de acordo com esta visão, na perspectiva de Alarcão e Tavares (2003: 71) uma relação supervisiva terá de se caracterizar por uma *“relação interpessoal, dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometido”*.

Para tal os principais actores deste processo nomeadamente aluno e supervisor têm de conjuntamente encontrar os meios e processos formativos que, estejam de acordo com a filosofia de formação, que melhor se adequa às condições contextuais, às tarefas a realizar e aos sujeitos nela envolvidos, isto é, a si. Resumidamente poder-se-á dizer que conjuntamente devem encontrar as melhores estratégias de supervisão.

Nos casos em estudo as principais categorias, no domínio **estratégias**, encontradas na informação recolhida são transversais aos três ambientes embora estes sejam marcados por modelos de supervisão com características bem diferenciadas. Num dos casos havia trabalho conjunto do docente com a equipa de enfermagem e um envolvimento significativo na orientação do estudante, noutro o grupo de estudantes e docentes trabalham por si, sem articulação significativa com a equipa, enquanto no terceiro havia trabalho conjunto entre docentes e equipa mas dentro desta havia a definição de tutores assumindo estes um papel importante na orientação do estudante.

A análise, discussão e reflexão, a experimentação em conjunto, a observação e as perguntas pedagógicas estão entre as principais estratégias de supervisão que emergiram da análise de conteúdo.

Uma ocorrência ligada ao ensino clínico, a actividade realizada pelo estudante, um estudo de caso, o processo de avaliação, o planeamento de actividades de ensino clínico, uma reflexão crítica sobre a aprendizagem, um incidente crítico ou outras são alguns exemplos de situações que conduziram à **análise, discussão e reflexão** entre estudantes e supervisores. Estas poderiam acontecer apenas em díade (aluno e supervisor), tríade ou téttrade (aluno(s), docente (s) e enfermeiro tutor) ou ainda em grupo alargado englobando todos os estudantes e supervisores.

Estas estratégias acontecem em díade (supervisor-aluno) de forma mais frequente para os estudantes do segundo e terceiro anos enquanto para os do primeiro terão ocorrido mais frequentemente em grupo isto é, em tríade, téttrade ou estruturas interpessoais mais amplas (Bronfenbrenner, 1996). Este resultado é decorrente do modelo de supervisão em uso pois nos dois primeiros casos há orientação do trabalho do aluno conjuntamente pelos docentes e equipa de enfermagem permitindo assim a observação mas também a percepção, por parte do aluno, de alguns momentos de uma atenção individual e direccionada a si. Já, no caso dos estudantes do primeiro ano, toda a orientação do ensino clínico está muito centrada nos dois docentes fazendo com que o rácio estudante/orientador seja elevado e haja uma menor disponibilidade de tempo para trabalho em díade, evidenciando-se uma maior frequência de encontros supervisivos que reuniam todo o grupo de estudantes e docentes.

A supervisão de grupo condicionou a orientação ou análise detalhadas do ocorrido, a discussão e identificação de potencialidades, constrangimentos, erros, lacunas de conhecimentos, temas a explorar ou a aprofundar, chamadas de atenção ou recomendações direccionadas especificamente a um estudante. Estes meios formativos permitiram ao estudante conhecer a situação (analisando-a) em maior detalhe e profundidade, direccionando a aprendizagem

sobretudo para os processos, desenvolvendo o espírito crítico, pensamento e a reflexão (Abreu, 2007).

A orientação supervisiva (para os estudantes do caso B) não se direccionava para particularidades e necessidades de cada estudante tendo fundamentalmente em vista ajudar o aluno a equacionar as respostas para o conjunto de actividades de prestação de cuidados, de forma atempada, de acordo com os princípios que teoricamente tinha aprendido, e sem cometer erros ou falhas graves. Neste espaço em que o docente controla a actividade e o ritmo a que ela decorre os estudantes têm poucas possibilidades para pensarem a sua intervenção e as suas responsabilidades ficam limitadas à aplicação dos conhecimentos aprendidos em sala de aula o que vem reforçar resultados identificados por D' Espiney (2000).

Dentro destas estruturas interpessoais amplas de acordo com a denominação de Bronfenbrenner (1996) em que há análise, discussão ou reflexão, os estudantes atribuem maior importância formativa aos que têm proximidade temporal com a actividade (no início e fim de cada dia de ensino clínico). As que ocorriam no início do turno destinavam-se a planejar o dia de trabalho dos estudantes, quem iria ser o “seu doente”, com que docente poderiam articular a actividade, que acções realizar, como as poderiam sequenciar ao longo do turno ou ainda esclarecer dúvidas que cada aluno poderia apresentar. A principal valorização atribuída pelo aluno está no grau de segurança que este planeamento lhe dá para iniciar o dia de ensino clínico. A ênfase é colocada na oferta ao aluno de um conjunto de respostas para a intervenção imediata na consciencialização sobre os riscos que a pessoa pode correr. Deste modo parece não haver “*recurso a metodologias desencadeadoras de conflito cognitivo*” que segundo Sá-Chaves (2000) são elementos impulsionadores do desenvolvimento.

A valorização atribuída aos encontros no final do turno prende-se com a apreciação que o docente realizava. Havia *feedback* sobre o dia de trabalho e sobre o desempenho do grupo de alunos, a interacção estabelecida permitia fundamentalmente esta avaliação formativa. As reuniões que aconteciam no ambiente escolar eram debilmente valorizadas, pois o estudante nem sempre identifica a sua intencionalidade formativa. O ensino clínico é entendido como prática e os encontros semanais de discussão e análise dessas práticas fugiam a esta regra. Estes tinham como objectivo dissecar mais profundamente as experiências que cada um tinha vivenciado apresentando-as aos pares e conjuntamente reflectindo sobre elas, com a ajuda do docente que seria um facilitador da identificação e compreensão da situação. Usando esta metodologia havia a pretensão de os alunos alternarem a reflexão sobre o vivido e o observado compreendendo como deveriam agir, isto é, segundo a terminologia usada por Schön (2000) a análise de situações homológicas (Alarcão, 1996). Saliente-se que a dinâmica de trabalho num

grupo tão alargado nem sempre permitiu a compreensão, a obtenção dos melhores resultados isto é, que os estudantes conferissem sentido a estas estratégias formativas. A sua intencionalidade formativa, foi pouco trabalhada com os estudantes, de modo que estes conseguissem conferir-lhe sentido. Nunca conseguiram desligar-se da visão do docente como “avaliador” do seu desempenho.

Numa investigação em 2005, Lindgren de forma semelhante concluiu que a reflexão sobre a acção em supervisão de grupo pode ser frustrante para estudantes com pouca experiência clínica pelo que tem de ser implementada com uma grande sensibilidade por parte do supervisor equilibrando entre apoio, desafio e desenvolvimento.

Também Kelly (2007) identifica a necessidade do aluno na fase inicial necessitar de ser ouvido, ter *feedback* privado e oportuno, sendo este um aspecto muito importante na aprendizagem do estudante.

As práticas, os processos que estiveram na sua origem, como decorreram ou o que daí resultou não foram desconstruídas e analisadas por cada um dos estudantes conjuntamente com o supervisor (no momento em que ocorreram) o que fez com que o aluno nem sempre tenha identificado o que esteve envolvido no que realizou ou observou. Posteriormente na apresentação aos pares houve dificuldades na verbalização do pensamento sobre o ocorrido e um baixo nível de exploração ficando a apresentação apenas pela descrição genérica da experiência. D’Espiney (1999) conclui de forma semelhante, situação que justificava referindo que nesta fase os saberes provenientes da experiência só podem ser construídos em partilha com os profissionais. De forma díspar, o National Council of State Boards of Nursing (2005), usando resultados de trabalhos de investigação identifica que os estudantes mais jovens tendem a beneficiar mais, tendo melhores resultados, com uma abordagem mais estruturada enquanto aqueles que têm uma menor (ou sem) preparação prévia beneficiam mais quando na avaliação de uma tarefa de saúde é utilizada uma abordagem não estruturada. Em ambas as situações é evidenciada a evolução da sua capacidade de pensamento crítico.

Os meios formativos que envolvem análise, discussão e reflexão emergem como muito significativa para o grupo de alunos do segundo e terceiro anos. O questionamento e a atenção individualizados, nos encontros com o supervisor, para análise e *feedback* de um trabalho que o aluno realizou ou uma actividade de prestação de cuidados conferem-lhe esse valor. O significado atribuído a esta estratégia formativa advém da constatação que o supervisor nestes momentos foi um facilitador da aprendizagem, ajudou o aluno a aprender, tal como Schön (2000: 25) explicitou quando refere “*ao estudante não se pode ensinar o que ele precisa saber (...)*” embora possa ser ajudado a adquirir esse conhecimento.

No encontro entre estudante e supervisor que ocorre durante a actividade de prestação de cuidados a análise e reflexão aconteceu pelo diálogo que estabelecem com a própria acção integrando aquilo que o procedimento exigia em cada momento, e que muitas vezes implicava alguma reformulação. Eram momentos de reflexão na acção frequentemente seguidos de reflexão sobre a acção em que os estudantes eram levados a pensar sobre o que tinham realizado ou observado por questionamento identificando como a acção ocorreu, o que esteve subjacente à sua actuação, que reformulações seriam necessárias, identificando erros ou falhas e a necessidade de trabalho complementar (Schön, 2000; Alarcão, 1996). Seguindo as palavras de Alarcão e Tavares (2003: 36) são momentos de “*verbalização do pensamento como expressão da reflexão na acção*”. A importância da reflexão foi concluída por Rua (2009) no desenvolvimento de competências dos alunos durante os ensinamentos clínicos no curso.

Nos encontros para análise, discussão e reflexão em grupo o seu relevo acontece pelas situações de homologia. A partilha de situações vividas, por um dos estudantes do grupo, permitia a identificação pelos outros de paralelismos com situações que também vivenciaram e deste modo com “*olhares de proximidade e distanciamento tal qual acontece numa sala de espelhos*” vão compreendendo, reconstruindo e conhecendo como poderiam agir em situações similares no futuro (Alarcão, 1996: 21; Schön, 2000).

A reflexão sobre a acção é identificada pelos estudantes como um dos papéis que o docente assume com maior ênfase e em geral associado à definição de trabalho de pesquisa bibliográfica mas também dando contributos sobre outros domínios do saber, explicando, apresentando teorias. Parece que, deste modo, está a assumir uma postura de ensino mais tradicional, mas importante, dado estar perante estudantes a realizar o primeiro ensino clínico.

Saliente-se que conjuntamente com a reflexão na acção não se registava questionamento contudo quando tal acontecia (especialmente no caso C) era sentido pelo aluno como uma situação constrangedora e ocasionadora de ansiedade pois estavam perante o doente e esta era sentida como uma forma de fragilizar o aluno e expor a sua condição de não saber e assim o seu envolvimento com o doente ficava comprometido.

Na discussão dos resultados da investigação de Suikkala, Leino-Kilpi & Katajisto (2007) a mesma situação é identificada.

Um ano mais tarde estes dois grupos de estudantes consideram que a análise, discussão e reflexão se forem aprendidas, treinadas e integradas (desde os primeiros momentos de aprendizagem clínica), no processo formativo tornar-se-ão mandatórias da sua actividade em contexto de prática e noutros contextos de vida futura, nomeadamente profissionais. Os resultados de Arvidsson *et al* (2008) vêm ao encontro e são concordantes com este aspecto.

Saliente-se que no caso dos estudantes do 3º ano pela baixa ocorrência destes momentos durante o ensino clínico eles são apreciados como uma falha em termos de estratégia adoptada pela supervisão pedagógica. Consideram que sendo o primeiro ensino clínico os momentos de paragem na actividade em contacto directo com as pessoas cuidadas para se obter algum distanciamento, ouvir os colegas potencialmente espelhando-se nas suas vivências, partilhando o que em situações similares ocorreu consigo, questionando e questionando-se teria sido importante pois algumas das suas angústias, medos, indecisões, alegrias e recompensas seriam atenuadas pela partilha no grupo e com o supervisor. Também McAllister (2007) identifica as reuniões entre estudantes com estas características como promotoras de fortalecimento no processo de formação. Numa investigação que se baseia na visão distanciada de um ano relativamente ao ensino clínico dos estudantes de enfermagem, Arvidsson (2008) conclui de modo similar considerando que a partilha de experiências e dúvidas dá resiliência ao stress no trabalho, capacidade para fazer e implementar planos de trabalho realistas.

Este é um aspecto tanto mais significativo quando se atende a que muitos estudantes consideraram que o ambiente proporcionado no ensino clínico foi menos facilitador do seu processo de aprendizagem pois havia a percepção de afastamento da equipa e pouco à vontade.

Evidências sobre as actividades de análise e discussão sobre as práticas clínicas similares são descritas por Saarikoski *et al* (2006) quando conclui que os estudantes adquiriram um conhecimento mais profundo dos casos dos seus doentes nestas sessões do que a que tinham experienciado no contexto da prática clínica e que o papel do docente foi importante na ajuda à construção do conhecimento teórico e intervenção na situação da prática.

Os momentos da análise e reflexão que têm como finalidade a avaliação do período de ensino clínico são valorizados e considerados significativos no processo de aprendizagem pelo seu carácter formal e estruturado, conferem um maior significado a estes momentos em todos os casos em investigação.

A estratégia em que o aluno desenvolve actividades sob a orientação individualizada do seu supervisor na denominação de Schön, **experimentação em conjunto** (Alarcão, 1996) em que há uma atenção, demonstração e questionamento antes, durante e após a acção foram consideradas estruturantes para o desenvolvimento e aprendizagem nesta unidade curricular.

O facto de se tratar do primeiro ensino clínico com toda a inexperiência, insegurança, medos e mitos que lhe estão associados exige um trabalho de proximidade mesmo para as actividades simples em que o aluno saiba como responder, contudo necessita de validação sobre o que vai realizar os seus gestos e comportamentos. A proximidade do supervisor no contacto com a situação de prestação de cuidados orientando sobre a acção a seguir é fundamental mesmo um

ano mais tarde. Estes, são resultados em desacordo com os de Fernandes (2006), pois conclui que numa fase inicial o estudante sente a necessidade, precisa de demonstrar independência, de praticar sozinho. Também Lofmark *et al* (2001) concluem que a maioria dos estudantes se sentem capazes de praticarem sozinhos no início do seu estágio clínico, o que leva os autores a questionarem a sua capacidade de auto-avaliação.

Associado e como parte integrante da prática orientada há recurso à demonstração, situação frequente nos casos em investigação em que o supervisor sabendo que o estudante estava pela primeira vez perante uma determinada situação de prestação de cuidados coloca-o numa situação de observação e demonstra. Acompanha a demonstração com comentários sobre os processos que está a seguir, isto é, reflexão na acção (Schön, 2000) ou questionamento fazendo o estudante acompanhar a sua acção mobilizando os seus conhecimentos validando-os ou explicitando as suas lacunas. Utilizando a terminologia de Perrenoud (2002), Fernandes (2006: 210) conclui que no primeiro estágio foi importante para os estudantes esta actividade partilhada para se apropriarem de saberes a partir de “um treino quase reflexivo”.

A prática orientada em que há um envolvimento partilhado entre supervisor e estudante na realização da acção com diálogo, nos contributos que cada um coloca para a resolução dos problemas proporciona um ambiente emocional de ajuda e à vontade. Deste modo o estudante sente que é valorizado, que há reciprocidade com *feedback* mútuo e equilíbrio de poder. Constitui-se deste modo uma díade de actividade conjunta de acordo com o conceito de Bronfenbrenner (1996). Estas díades evoluíram durante o ensino clínico em que progressivamente o aluno foi solicitado a propor alternativas de intervenção para a resolução do problema, e deste modo “*o equilíbrio de poder gradualmente se altera em favor da pessoa em desenvolvimento*” (Bronfenbrenner, 1996: 47).

A prestação de cuidados com recurso a estes meios é uma das formas de iniciação e estímulo do estudante para a tomada de decisão pois no diálogo que se estabelece na acção é confrontado com hipóteses de resolução e o ter de fazer escolhas sobre elas. Contudo, este não foi um contributo identificado pelos sujeitos em investigação.

Saliente-se que, no caso B, não há percepção por parte dos estudantes de que a actividade conjunta se revista das características descritas mas globalmente na investigação são estas que mais contribuem para o relato de vivências emocionais positivas ligadas à atmosfera afectiva e emocional no ensino clínico. Em oposição a estes resultados salientamos a investigação de Belo (2003) que identifica a experiência de sentimentos menos positivos por parte dos estudantes em situação de supervisão idênticas.

O **questionamento** também surge como uma estratégia isoladamente e de forma mais evidente nos casos A e B. Em ambos os casos, é percebida a sua importância formativa embora a interpretação e o sentido que lhe é atribuído seja díspar:

- No caso A ele surge na análise das situações de prestação de cuidados e o aluno identifica-o como uma estratégia para promoção dos seus conhecimentos, pois permite identificar lacunas de conhecimentos ou outros domínios de aprofundamento, mas também pensar sobre formas alternativas de intervenção, reformulações a partir do levantamento de hipóteses de solução. Pós-acção o questionamento é uma estratégia a que o docente recorre mais frequentemente e que é interpretada pelos estudantes como forma de os ajudar a darem sentido às acções realizadas e estimular o seu empenhamento auto-formativo por uma estratégia pessoal de pesquisa.

McAllister (2007) e Carlson *et al* (2009) apresentam resultados similares que evidenciam a valorização e potencial formativo das questões pedagógicas dos orientadores na prática clínica.

- No caso B surge especialmente por parte do docente para identificar o conhecimento do aluno para fundamentar a actividade que vai ou está a realizar, contudo na percepção do aluno é identificado como uma forma de avaliação. Esta situação faz com que nestes momentos surjam sentimentos de desconforto e ansiedade, embora lhes seja reconhecida importância formativa e se identifique que esta é a melhor metodologia para que se envolva e motive a trabalhar mais e a aprofundar os seus conhecimentos.

A identificação do questionamento como uma estratégia de avaliação fundamental durante a prática clínica foi salientada por Hand, em 2006, considerando que é fundamental o recurso a esta estratégia por parte do mentor na primeira fase do ensino clínico.

A **observação** embora implícita na prática orientada ou trabalho conjunto também surge como uma estratégia isoladamente, identificada no caso C, especialmente pelos enfermeiros tutores que a ela recorrem na supervisão dos estudantes do primeiro ensino clínico. Consideram que especificamente neste período tem de haver proximidade física com presença contínua e observação pois: i) poderá estar em causa a segurança da pessoa cuidada; ii) têm de assumir a responsabilidade pelos cuidados prestados; iii) a sua presença dá tranquilidade e confiança ao aluno e; iv) dá segurança e confiança à pessoa cuidada. Neste caso a preparação/formação anterior do aluno parece ter influência quando o tutor não dá tanto relevo à experimentação em conjunto considerando que a observação é uma das estratégias mais adequadas.

Tanto a observação como o questionamento no decurso do ensino clínico (especialmente no início) foram factores desencadeadores de vivências emocionais como a ansiedade, o nervosismo, o medo ou a insegurança pois eram percebidas como momentos de teste e avaliação independentemente da preparação prévia dos estudantes. Contudo no decurso do

ensino clínico apenas aqueles que frequentavam o 1º ano continuaram a reagir deste modo perante a observação ou o questionamento por parte do supervisor.

A sua importância formativa é salientada, são considerados meios que tendo sido “incómodos” durante o período de aprendizagem foram o combustível para o seu empenho auto-formativo e consequente aprendizagem. Foi através destes que o estudante conseguiu identificar que a aplicação das “regras” que conheciam eram insuficientes, teriam de desenvolver novos raciocínios, de compreender, de equacionar uma melhor caracterização das situações e consequentemente outras formas de intervenção. Esta é uma visão coincidente com aquilo que os supervisores consideram ser uma das suas funções e que muitos autores como Carlson *et al* (2009) ou Hossein *et al* (2009), expressam.

Dos papéis desempenhados

Num processo de supervisão do ensino clínico entendido como um processo de ensino-aprendizagem, de acordo com a visão que temos vindo a apresentar e de acordo com múltiplos autores, tais como Alarcão e Tavares (2003) dois dos seus principais elementos são os sujeitos (com as suas características de desenvolvimento e personalidade) e as tarefas a realizar no processo.

Entre os sujeitos que com maior frequência e directamente têm um papel activo na supervisão estão os estudantes e os seus supervisores podendo estes ser docentes, tutores e enfermeiros. Numa perspectiva mais abrangente e ecológica outros actores influenciam o desenvolvimento do estudante, tais como, as pessoas internadas a quem prestam cuidados ou outros profissionais do contexto de ensino clínico. Contudo para efeitos de análise, sobre os papéis desempenhados só os dos primeiros serão trabalhados em maior detalhe. Supervisores e supervisandos são actores que embora tenham diferentes graus de desenvolvimento ambos continuam em desenvolvimento e aprendizagem. De acordo com a perspectiva teórica apresentada e com a qual concordamos mesmo sendo o supervisor um profissional continua em processo de aprendizagem. Os supervisores serão detentores de um conjunto de competências nos domínios psico-pedagógico, didáctico e do conhecimento da área de intervenção específica da enfermagem, enquanto os segundos estarão ainda a construir algumas estruturas que lhe irão servir de suporte na resolução dos múltiplos problemas no desempenho de funções profissionais no futuro. Isto é, de acordo com a visão apresentada por Alarcão e Tavares (2003) em que, supervisor e supervisando, embora em estádios diferentes do seu processo de formação, ambos se mantêm em desenvolvimento e aprendizagem.

Entendendo-se a supervisão de acordo com Sá-Chaves (2000: 75) “um processo mediador” daqueles processos, supervisor e supervisando irão assumir tarefas diferenciadas ou funções próprias, mas sempre no sentido de uma maior evolução e progresso de ambos, com uma ênfase particular na ajuda ao estudante a progredir na “construção de si”, enquanto pessoa e na sua profissionalidade. Isto é, cada uma delas espera-se que vá assumir uma série de actividades e relações dependendo da posição que ocupa naquele contexto, segundo Bronfenbrenner (1996) um papel.

Dependendo do modelo de supervisão em implementação em cada um dos casos em investigação é expectável alguma especificidade de funções entre os supervisores. Mas decorrente da dimensão epistemológica pela qual, cada um destes sujeitos compreende o conceito de competência, teremos práticas profissionais distintas. É para esta situação de diferenciação interpessoal que Sá-Chaves (2000: 99) alerta quando considera que cada profissional traduz na acção a *“compreensão pessoal e dialéctica dos conhecimentos a ela referentes, com os critérios que regulam o quadro de valores que (...) decidem o rumo dessa mesma acção”*.

Na análise da informação recolhida sobre o domínio “o supervisor” destacava-se por um lado aquilo que é a percepção do estudante (informação reunida por entrevista) e o que é observável sobre este actor (informação em notas de campo), que denominámos “figura do supervisor” e por outro aquilo que os próprios consideram que é, assumir a tarefa de “ser supervisor”, que implicações e exigências lhe estão associadas.

A pessoa do supervisor de acordo com as suas práticas, conhecimentos, os seus comportamentos e atitudes, na interacção com o seu supervisando ou com os outros estudantes vai definindo/evidenciando os traços mais característicos da sua forma de “fazer” supervisão, isto é, o seu **perfil de supervisor**.

Em todos os casos em investigação se encontram supervisores com características enquadráveis em qualquer uma das três categorias que foram dedutivamente definidas, contudo no contexto A emerge quase exclusivamente uma tipologia de supervisor que assume um papel de “facilitador” no processo de aprendizagem do estudante pelo ambiente proporcionado e pelos estímulos e desafios que continuamente lhe coloca. Enquanto nos contextos dos casos B e C verifica-se algum equilíbrio entre a visão de uma figura de supervisor “autoritário e directivista” e uma de “facilitador”.

O assumir o **papel de ser supervisor** é marcado por um conjunto de **funções a desempenhar**. Estas são identificadas, com maior ou menor ênfase, por todos os sujeitos entrevistados o que nos permite afirmar que as funções identificadas no papel de supervisor: i) acontecem independentemente do contexto em que se é supervisor; ii) das características dos seus

supervisandos; iii) do conhecimento que têm destes; iv) das percepções individuais próprias; v) da qualificação individual para o papel; vi) dos valores e convicções de cada um sobre a enfermagem e a supervisão. Identificam, assim, as funções de: i) **orientação, acompanhamento e/ou ensino**; ii) **análise, avaliação e reflexão**; iii) **criar uma relação propícia** (com o estudante); iv) **definição de critérios**.

O **orientar, acompanhar e/ou ensinar** o estudante acontece tanto, directamente na realização da actividade de prestação de cuidados, como na sua preparação e no aprofundamento de conhecimentos que este tem de realizar, de acordo com as lacunas e erros que identifica. Não há diferenciação entre os momentos em que o supervisor considera que deve ensinar ou apenas acompanhar o estudante o que está em desacordo com o advogado por Abreu (2007), ao considerar que o aprofundamento, dos domínios científico e relacional, deve acontecer a partir da definição de patamares progressivos.

O papel de supervisor passa por **analisar, avaliar e reflectir** a actividade que o estudante realiza ou o próprio processo de aprendizagem e deste modo identificar a etapa de desenvolvimento das suas competências clínicas (Abreu, 2007). Identificam-se também, funções que se centram na ajuda ao estudante na análise da actividade explicando-lhe e verbalizando o que faz e porque faz sempre que percebe que o estudante está pela primeira vez a confrontar-se com um problema daquele teor. Questionando-o, levando-o a pensar e a justificar, conduzindo o seu processo de pensamento, usando e valorizando os seus recursos, dando-lhe *feedback* para que seja capaz de avaliar e reflectir de forma integrada. Saliente-se que isto acontece mesmo perante problemas considerados fáceis e iniciais, característicos de um primeiro contacto com um ambiente que não se conhece mas sobre o qual se criaram alguns pré-conceitos e até alguns mitos. Estes, são resultados concordantes com os de Fernandes (2006) que identifica nos seus tutores a discussão, o questionamento e o fazer reflectir no desenvolvimento da acção. De forma similar, Elgicil & Sari (2006) identificam entre as características importantes no comportamento do supervisor clínico o *feedback* positivo, a avaliação e o criticismo construtivo suportados pela capacidade de comunicação.

O assumir o papel de ser supervisor passa por **estabelecer, com o estudante, uma relação propícia** ao seu envolvimento naquele contexto, sendo promotora de desenvolvimento e aprendizagem durante o ensino clínico. Pelo relacionamento promove uma identidade positiva, ajuda a gerir emoções ou está atento a situações de isolamento ou sofrimento do supervisando (Abreu, 2007). O supervisor assumir como função sua, criar um ambiente de acolhimento dos estudantes demonstrando explicitamente uma atitude positiva e de abertura para que estes estejam à vontade, se sintam seguros, não pressionados ou com medo para poderem intervir

de forma eficiente. Só deste modo os problemas que surgem no processo de aprendizagem são adequadamente trabalhados. Estudos como os de Fonseca (2004) e de Carlson *et al* (2009) convergem para evidências similares.

Ainda é identificada como inerente ao papel do supervisor **estabelecer** um conjunto de **critérios** orientadores do desempenho do estudante definindo limites temporais, de execução ou de comportamento.

A caracterização expressa entende o processo supervisivo marcado pela proximidade com o estudante, com ajuda, orientação e ensino nas actividades que desenvolve ou na identificação de pistas de trabalho complementar num relacionamento interpessoal positivo de confiança e colaboração, isto é, centrando todo o processo na pessoa do formando (Alarcão e Tavares, 2003). Os supervisores consideram que o facto de se tratar da primeira experiência em contexto de um serviço de saúde, o processo tem a sua ênfase num estilo de supervisão mais **colaborativo e facilitador** da aprendizagem. Pois a sua função passa sempre por encontrar as melhores, mais adequadas e ajustadas situações ou experiências às necessidades formativas do estudante, estimulando-o e desafiando-o na procura de respostas ou soluções conducentes à resolução do problema. Ao longo de todo o processo o supervisor ajuda e apoia num ambiente de relacionamento favorável, que intencionalmente ajudou a criar. Uma visão coincidente é apresentada por Hossein *et al* (2009) que considera que o essencial da formação clínica está na cooperação entre estudantes e supervisores.

Estes resultados reiteram os de Vallant & Neville (2006), contudo estes autores concluem também sobre a importância da atitude dos estudantes na construção desse ambiente relacional.

A **especificidade** no papel de supervisor de um estudante no **1º ensino clínico** está na necessidade de um apoio com proximidade física efectiva e em todos os momentos do desenvolvimento da acção. Isto acontece porque o supervisor sabe que aos estudantes faltam capacidades perceptivas que só a experiência lhes trará, que não conseguem “ler” os fenómenos, explicitá-los e dar ênfase aos aspectos mais pertinentes ou estabelecer consigo uma comunicação eficaz pois ainda não atribuem os mesmos significantes aos mesmos significados. Em conformidade com esta ideia de necessidade de ajuda estão Abreu (2007) e Fernandes (2006). Para uma primeira etapa de ensino clínico esta autora conclui sobre a importância do desenho cuidadoso do tempo, número de experiências e características de orientação pedagógica para que a apreensão dos saberes não se tornem noutros indesejáveis. Os estudantes identificam este modo de actuação do supervisor caracterizando-o por ter um papel em que: i) identifica a etapa de desenvolvimento do estudante proporcionando a realização de intervenções adequadas a esse nível de desenvolvimento; ii) dá segurança na

realização da actividade utilizando os meios didácticos e as formas de intervenção mais adequadas à orientação e; iii) ajuda a desenvolver um espírito crítico. Saliente-se que os estudantes expressam que tinham uma expectativa de um apoio superviso diferente entre docente e enfermeiro da equipa ou tutor. Do primeiro esperavam uma atitude de maior afastamento da sua actividade de prestação de cuidados e funções de validação dos seus conhecimentos teóricos com vista à avaliação mas também alguém que os ajudasse a estabelecer ligações entre a teoria e as práticas que observavam ou realizavam. Dos enfermeiros esperavam fundamentalmente uma orientação na acção directa de prestação de cuidados exigindo-lhes que soubessem o que realizar e como realizar, sem a componente de ensino que sentem ter.

Estes resultados denotam uma evolução relativamente aos descritos por Belo, em 2003, que concluiu sobre a percepção de uma supervisão não adequada e facilitadora na percepção dos estudantes.

O conjunto de funções que o supervisor identifica, e pelo modo como expressa que as efectiva, conduzem a uma imagem de formador que se assume como um facilitador do desenvolvimento do estudante. Contudo, esta imagem de supervisor não é uniforme entre os estudantes e dentro de cada caso em estudo. Enquanto no caso A apresentam características referenciadoras de um supervisor “facilitador”, no B e C há uma subdivisão evidente entre um supervisor “facilitador” e outro “distante e directivista”.

No caso B o supervisor identifica como mais relevantes as funções de **orientação, acompanhamento e ensino** do estudante na preparação, realização e análise e avaliação da actividade. A definição de critérios assim como a apresentação de alguns condicionantes centra-se, regra geral, na análise da actividade desenvolvida pois a esta é dada uma valorização particular tanto no cumprimento atempado como na correcção da execução.

Há valorização e enfoque nos saberes fazer e nos saberes teóricos, que lhe estão subjacentes, dando segurança para a intervenção, isto é, para o desenvolvimento das actividades de prestação de cuidados. Nestes momentos há a adopção de uma atitude prescritiva, indicando o que deve fazer e como. Os saberes que se podem construir a partir da experiência não são abordados ou explorados nesta *estrutura interpessoal de desenvolvimento* (Bronfenbrenner, 1996). Conclusões semelhantes foram encontradas por Belo (2003), na sua investigação.

O supervisor, neste caso exclusivamente o docente, centraliza em si todo o planeamento e controlo do ensino clínico e das actividades a realizar, situação que é claramente reconhecida pelos estudantes atribuindo-lhe um estatuto de autoridade manifestado: i) por cumprirem sem questionar as indicações recebidas; ii) assumindo um papel passivo no decurso do ensino

clínico; iii) por terem comportamentos mais rigorosos e demonstração de mais empenho quando o docente está presente; iv) considerando-o o supervisor de referência perante uma dúvida no ensino clínico ou um problema pessoal; v) por evitarem os momentos de orientação pelo docente ou; vi) por experimentarem sentimentos de medo e ansiedade nos contactos.

Embora se evidencie, um baixo grau de autonomia e de elevada dependência face ao orientador tal não condiciona que o estudante o percepcione e o caracterize como facilitador assumindo os mesmos argumentos que Alarcão e Tavares (2003: 78) referem, para os professores estagiários preferirem um estágio mais directivo. Consideram facilitador ser-lhes dito *“o que devem fazer pela simples razão que se sentem fora, perdidos, novatos (...) faltam-lhes não só os conhecimentos necessários para, com base neles, tomarem, decisões acertadas, mas também a prática de terem de tomar decisões e a confiança nas suas decisões”*.

Parece que, a este nível, o desenvolvimento das características de personalidade e de espírito crítico fazem com que aceitem e assumam um papel mais passivo em termos de postura para aprender. Confrontada com uma situação semelhante Fernandes (2006: 348) conclui questionando como se poderão formar *“enfermeiros pensadores se as práticas pedagógicas não recorrerem a processos que promovam o pensamento crítico e a reflexão no processo”*.

Ao enfermeiro da equipa, raramente são atribuídas características de “autoritário ou distante” ou de “empático e atencioso”. A maioria dos estudantes entendem o seu supervisor como sendo o docente pois os momentos em que são orientados por um enfermeiro da equipa (caracterizam-no como facilitador) acontecem por indicação expressa ou pedido do docente. O pedido é acompanhado de informação sobre a finalidade da colaboração, indicação dos meios a utilizar e alerta sobre as características que conhece do estudante. Uma situação diferente foi concluída por Baxter & Boblin (2008) que identificam que os estudantes nos primeiros ensinos clínicos na avaliação para a tomada de decisão usam fundamentalmente as fontes documentais e os tutores como recursos para ajuda neste processo.

O supervisor tanto para estudantes do 1º ano como do 3º, assume também uma **postura distante e autoritária**. O modo como interage com os estudantes no processo de supervisão definindo (e impondo) critérios, estabelecendo períodos temporais para a realização de actividades, clarificando consequências do seu não cumprimento, identificando lacunas de aprendizagem e confrontando-os com isso, demonstrando autoridade e baixa assertividade, são caracterizadores desse perfil. Assim, o contacto aluno-docente é marcado por um clima em que há desequilíbrio de poder e falta de diálogo o que induz a vivência de sentimentos menos positivos como a ansiedade, o medo, o nervosismo ou o constrangimento em situação de orientação.

Esta situação parece estar ligada ao número de estudantes a orientar e ao modelo de supervisão em uso em que tudo se centra à volta dos docentes sem uma integração e envolvimento próximo da equipa de enfermagem, no caso B. O elevado número de alunos a orientar a par com as actividades de prestação de cuidados que assume faz com que o docente dê indicações sem questionar ou perceber o seu grau de compreensão o que transmite falta de proximidade e disponibilidade. Saliente-se que o docente, deste modo, desempenha também o papel de enfermeiro da unidade de cuidados.

A figura de um supervisor autoritário e distante, para os estudantes do caso C, acontece tanto entre os tutores como entre os docentes. No docente acontece sempre que identifica e explicita lacunas no processo de aprendizagem numa atitude recriminatória e de penalização fazendo com que o contacto desencadeie no aluno sentimentos menos positivos. Já com o enfermeiro tutor a situação é atribuída a um contacto difícil pela falta de comunicação, havendo também a percepção de falta de orientação e acompanhamento na actividade de prestação de cuidados e de envolvimento em todo o seu processo de aprendizagem. O estudante assume, junto da pessoa a cuidar, o papel de enfermeiro experimentando sentimentos de insegurança e ansiedade. Estes são dois dos factores que mais influem para as vivências emocionais menos positivas no ambiente do ensino clínico. Factores que corroboram estes resultados foram identificados por Kelly (2007), Bradbury-Jones, Sambrook & Irvine (2007) e Fernandes (2006) que concluem sobre a evidência da relação pedagógica na supervisão das práticas clínicas, nos valores da ajuda, no interesse pela condição humana, na atenção ao sofrimento ou na solidariedade.

Saliente-se que se identifica também, e em todos os casos, um supervisor **empático e atencioso**, sendo estas características referentes fundamentalmente ao docente. Este, de forma aparentemente intencional, encontra motivos para no diálogo (individualmente ou em grupo), em momentos de trabalho conjunto com o estudante, referenciar desenvolvimentos no seu trabalho, comportamentos e actividades ajustadas, salientar o seu potencial enquanto estudante e manifestar a sua compreensão, solidariedade e ajuda perante dificuldades pessoais que o estudante enfrenta. Acontece também em situações de vivências emocionais do estudante mais difíceis de gerir como o contacto com o sofrimento das pessoas, o agravamento da sua situação de saúde ou mesmo a morte em que o supervisor ajudou a gerir a tristeza e o choque ou esteve atento e actuou perante o sofrimento ou isolamento do estudante. Estes momentos foram promotores de uma identidade positiva no estudante, de um ambiente de confiança e proximidade entre docente e estudante com a vivência de sentimentos positivos.

Saliente-se que, a este nível, se evidenciam diferenças nos contextos em investigação. Sendo a gravidade e a tipologia das pessoas internadas semelhante a percepção de vivências menos agressivas neste domínio, por parte dos estudantes do caso A, terá acontecido porque o apoio da equipa de supervisão, nestas situações, acontecia preventivamente pelo planeamento de actividades e acompanhamento do aluno fazendo com que estes estivessem mais preparados para se exporem de uma forma emocionalmente menos agressiva/lesiva. Este contributo da supervisão na gestão emocional perante a morte parece estar em oposição ao que Mercadier (2004) defende quando considera que a formação tem pouco impacto no desenvolvimento destas capacidades nos profissionais.

Assim, em síntese, a identificação pelos estudantes de um docente ou tutor que desempenhe um papel de facilitador, acontece porque este assume um papel activo e participativo na actividade de prestação de cuidados, promovendo a segurança do estudante ou identificando a etapa do seu desenvolvimento e actuando consigo de acordo com essa identificação. Parece que a significativa diferenciação, entre as funções percebidas como da sua competência e a representação que alguns estudantes têm do modo como são concretizadas, é devida à capacidade de diálogo e ao gosto pelo ensino. Esta situação tem subjacente aspectos relativos à preparação pedagógica geral, às características de personalidade, ao conhecimento dos fins e objectivos, ao conhecimento das características dos supervisandos e conhecimento profissional, o que está de acordo com a perspectiva de Sá-Chaves (2000).

Desempenhar o papel de supervisor traz consigo um conjunto vasto de **contributos** e simultaneamente alguns **constrangimentos** que independentemente de se tratar de tutores ou enfermeiros que colaboram com o docente na orientação, expressam-se de formas muito similares.

A supervisão dos estudantes no primeiro ensino clínico (de forma mais evidente) levanta **dificuldades de tempo e sobrecarga de trabalho** aos enfermeiros no quotidiano da prestação de cuidados. A inexperiência dos estudantes que os faz despender mais tempo na realização das actividades associada à necessidade de disponibilidade, presença e atenção permanentes do supervisor, leva a que também este consuma mais tempo na orientação. A necessidade de apoio, ensino e segurança do aluno na prestação de cuidados conduzem a dificuldades de gestão de tempo no dia a dia de trabalho do enfermeiro que assume este papel. Para o enfermeiro ter um aluno para orientar não representa qualquer redução do número de pessoas a cuidar, na gravidade da sua situação de saúde ou necessidade em cuidados de enfermagem. Esta situação contribui significativamente para agravar a sua carga de trabalho e desencadear sentimentos de insatisfação pela percepção que está a realizar um trabalho de menor

qualidade. Nos trabalhos de Franco (2000), Kelly (2007), Croxon & Maginnis (2008) encontramos concordância com estes resultados.

Neste tipo de situações os enfermeiros/tutores assumem como preferencial o seu papel e responsabilidade nos cuidados à pessoa em detrimento do apoio e ensino ao estudante. Esta tomada de decisão não deixa de ser sentida como problemática e ocasionadora de insatisfação. Orientar o aluno no sentido de passar da prestação para a observação é problemática, para o supervisor, pois de algum modo compromete o papel que assumiu de proporcionar aos alunos actividades com uma complexidade crescente de forma contínua e sistemática (Abreu, 2007). Nestes momentos a relação supervisiva assume a situação de uma díade observacional que segundo Bronfenbrenner (1996: 46) satisfaz as condições mínimas necessárias para a aprendizagem observacional. Contudo, nesta situação, a exigência interpessoal para que a aprendizagem ocorra, pode estar comprometida pois o supervisor está a observar (Bronfenbrenner, 1996).

Assim, a orientação do estudante em ensino clínico, surge como uma sobrecarga em termos de trabalho, manifestada pelo maior cansaço, pelo nível de alerta e atenção necessário aos cuidados que são prestados e pelo número de solicitações a que é exposto durante um turno de trabalho.

A preparação pedagógica e a articulação de funções entre ser enfermeiro e ser supervisor são outros dos **constrangimentos** expressos. A dificuldade em ter alguém a observar, deixando-se observar (expondo-se à observação para que o observador consiga perceber a intencionalidade e o que está subjacente aos seus gestos, comportamentos e atitudes) adequando o ritmo a que desenvolve a(s) actividade(s) ao ritmo de compreensão ou de execução do aluno, em simultâneo dar-lhe atenção, sem deixar de a dar ao trabalho de prestação de cuidados em si, é percebido como complexo e exigindo competências pedagógicas.

Deste modo o aluno percebe que o supervisor pode ser um recurso potencialmente facilitador no seu processo de aprendizagem pelo que a preparação surge como um elemento importante para encontrar as melhores metodologias para o tornar compreensível, isto é, segundo Sá-Chaves (2000), obter conhecimento pedagógico geral. Assim, assumir o papel de supervisor de um estudante do primeiro ensino clínico é mais exigente pelo que é necessário ter conhecimento dos *curricula*, dos objectivos e finalidades da aprendizagem e dos meios formativos, e acima de tudo conhecer os estudantes e as suas características o que exige uma preparação pedagógica e em supervisão que os supervisores pensam estar além daquela que possuem. Por estes motivos é identificada como constrangimento.

Em conformidade com estes resultados estão os de Chan (2001) e de Vallant & Neville (2006) que concluem que os enfermeiros necessitam de ser devidamente preparados e apoiados a nível organizacional (escola e serviço de saúde) para assumirem o papel de supervisores com qualidade, dada a complexidade e exigência do conteúdo da actividade e as relações esperadas entre ambos (Bronfenbrenner, 1996).

Conhecer as características dos formandos, as suas convicções, objectivos, motivações, nível de actividade ou temperamento, é sentido como um constrangimento particularmente difícil no primeiro ensino clínico (Bronfenbrenner & Morris, 1999). O supervisor sente que o aluno por estar num ambiente e com pessoas que não conhece tem dificuldade em se expor, mas ele necessita de conhecer as suas características, “*a realidade do formando*” para planear estratégias de formação adequadas à sua personalidade e susceptíveis de gerar aprendizagens significativas (Abreu, 2007: 233).

Há uma visão unânime entre enfermeiros/tutores que não sabem se a forma como assumem o seu papel na orientação é a melhor. Consideram que a possibilidade de partilhar as suas experiências com outros, aprender com as experiências dos pares analisando-as desconstrutivamente, teria um poder securizante para o seu trabalho relativamente ao que acontece.

Pela falta de sustentáculo formativo socorrem-se dos colegas com mais experiência em orientação de estudantes mas fundamentalmente usam como modelo aquilo que foram as suas vivências enquanto formandos e tentam adoptar a mesma metodologia daqueles que foram os seus supervisores mais marcantes. Situação similar foi documentada por Seldomridge & Walsh (2006) numa investigação sobre a articulação e colaboração entre a instituição de formação e os enfermeiros do serviço. Por seu lado, Paterson & Burns (2007: 16), concluem evidenciando o resultado da implementação de um programa em que introduziram “*the role of practice education facilitator*” para melhorarem a qualidade do ambiente de aprendizagem pelo apoio dos supervisores.

Saliente-se que no caso A e C alguns dos sujeitos referem ter frequentado um curso de supervisão clínica proporcionado pela instituição escolar contudo, sentem-se pouco preparados. As suas referências são as já expressas, um saber que foram construindo na prática, com a experiência que acumularam nas várias situações em que já foram supervisores, isto é, um saber prático.

O **papel de ser tutor/orientador** destes estudantes é globalmente apreciado como gratificante pois traz consigo muitos **contributos** de ordem pessoal, profissional e social. Ser supervisor de um estudante é por si só formativo pela pesquisa que exige para uma actualização e preparação teórica, mais ou menos constante, e de acordo com os problemas e dificuldades

que emergem das apreciações reflexivas sobre as práticas que realiza com o estudante. Na sua auto-apreciação sente que é um modelo para o estudante o que lhe faz sentir uma responsabilidade acrescida enquanto enfermeiro. Assim, o seu trabalho, as suas práticas têm de ser analisadas e reflectidas de uma forma intencional e sistemática, o que tem significativos benefícios para si, numa dimensão formativa pessoal, e para a prestação de cuidados pela segurança e validação (porque são *mais pensados*) da sua qualidade. O questionamento, por parte do estudante, e a discussão são sentidos como potencialmente formadores pois conduzem à reflexão e obrigam a abrandar o ritmo de trabalho o que é promotor da qualidade global dos cuidados prestados e, tal como Castledine (2001) também advoga, tem reflexos na sua satisfação pessoal.

Ter a responsabilidade de orientar um estudante com a diversidade de actividades e de mobilização de capacidades que exige tem também **contributos de ordem intrapessoal**. Ao longo deste processo identifica em si algumas competências que não conhecia ou, pelo contrário, confronta-se com lacunas que ainda não tinha percebido e assim, passa a conhecer-se melhor, o assumir daquele papel tem uma função de auto-revelação. O que nos faz pensar que a reflexão sobre a sua actividade foi construída pela atenção dialogante com a própria realidade, *back talk* na terminologia de Schön referida por Alarcão (1996).

Consideram que ser supervisor faz com que se sintam mais responsáveis enquanto profissionais pelo facto de terem o desenvolvimento de um estudante do primeiro ensino clínico a seu cargo. Assim, o seu desempenho parece tornar-se mais ponderado e rigoroso. Esta é, também, uma forma de ver reconhecido o seu desempenho, pois a atribuição da orientação de um estudante no primeiro ensino clínico é de uma responsabilidade acrescida e assim o enfermeiro percebe a imagem que os outros têm de si. É promotor da sua auto-estima.

No papel de supervisores identificam a necessidade de um conjunto de **aptidões** ou de **competências** para o desempenho eficaz. Genericamente em todos os casos em investigação há uma percepção expressa por parte dos enfermeiros de falta de preparação para poderem dar resposta adequada às exigências da supervisão dos estudantes durante o ensino clínico.

Ao supervisor é exigível que tenha capacidades em termos de trabalho de enfermagem, isto é, segundo (Sá-Chaves, 2000), conhecimento de conteúdo sendo capaz de: i) organizar as actividades de prestação de cuidados entre enfermeiro e estudante; ii) responder às necessidades das pessoas que tem para cuidar, estando simultaneamente junto do aluno justificando e explicitando o como e o porque realiza; iii) demonstrar com as suas práticas o que é a prestação de cuidados seguindo padrões de qualidade.

Para se poder assumir o papel de supervisor é fundamental também ter algumas características de personalidade e desenvolvido um conjunto de competências pessoais para poder ser capaz de dar resposta a esta dimensão da sua actividade como “profissional de educação” (Tavares, 1997). Ser uma pessoa assertiva, com confiança em si, que assume e se identifica com a sua profissão, motivada no seu desenvolvimento pessoal e ser capaz de adoptar uma postura de proximidade do estudante.

Consideram que ter **capacidades pedagógicas** para poder ajudar os supervisandos no desenvolvimento das aprendizagens, tendo subjacente um clima de relacionamento favorável e acolhedor é uma exigência fundamental para os supervisores dos três casos. O facto de se tratar do primeiro ensino clínico reforça esta necessidade de formação, na visão dos supervisores, pela maior necessidade de intencionalmente se implicarem na construção de uma interacção com o formando que lhe permita, como ponto de partida da relação supervisiva, conhecerem-se reciprocamente.

Saliente-se que o saber acolher o aluno, dialogar com ele, estimulá-lo e fazê-lo pensar dando-lhe tempo, saber o que lhe exigir adequando o seu nível de desenvolvimento e o seu estado emocional com os desafios que lhe coloca, estão entre as competências mais referidas e valorizadas. Deste modo, de acordo com a terminologia referida por Alarcão e Tavares (2003: 47) as suas competências passam por criar um “*contexto afectivo-relacional propício à aprendizagem*”.

Contudo, esta percepção do supervisor está em oposição, contraria aquilo que alguns estudantes dos casos B e C conseguiram perceber nos seus comportamentos, quando identificam um conjunto de condicionantes sistémicas menos positivas como o afastamento da equipa, apoio e ajuda deficitários, a falta de vontade ou a falta de estímulos e desafios. Esta percepção emergiu revalorizada para alguns estudantes do 3º ano quando um ano mais tarde exprimem sentimentos de revolta e angústia (com manifestações de descontrolo emocional) ao falarem sobre o seu tutor e a orientação que lhes proporcionou. Evidencia-se assim, a importância de uma formação que permita a estes supervisores obterem “*uma melhor compreensão do sentido que dão ao sentido das suas práticas*” (Canário, 2000: 125).

Saliente-se no caso C, alguns dos sujeitos, referem que não reúnem estas aptidões o que consideram menos positivo no seu balanço global como supervisores. Toda a orientação do estudante poderá estar comprometida se o supervisor não conhecer as características do estudante pois, a tarefa de ser supervisor tem de partir do conhecimento e da compreensão do supervisando enquanto pessoa.

Assim, no desempenho deste papel têm surgido conflitos tanto de ordem pessoal como com o seu supervisor que se prendem com a dificuldade em conseguirem estabelecer com este uma relação propícia ao seu envolvimento.

No papel de supervisores do estudante durante o primeiro ensino clínico, há **partilha de funções** entre docente e enfermeiro/tutor em que os actores genericamente não identificam actividades específicas de supervisão atribuídas ou assumidas por cada um. Contudo, tanto estudantes como supervisores esperam ou percebem que há funções realizadas preferencialmente pelo tutor e funções realizadas preferencialmente pelo docente. Sem haver uma explicitação ou definição de papéis, tacitamente ao docente é atribuído o papel de conhecer o aluno, questioná-lo, apoiá-lo ou ajudá-lo a decidir em situações difíceis e de ordem pessoal, assumir a avaliação e apreciar os documentos que realiza. Do enfermeiro/tutor esperam ajuda sempre que surgem problemas ou dúvidas na supervisão da prestação de cuidados do estudante reconhecendo-lhe um papel mais diferenciado e informado em todo o processo.

As **especificidades/constrangimentos** surgem nas zonas de indefinição, mostrando que há falta de diálogo e articulação na construção conjunta do planeamento do ensino clínico, na discussão das concepções de formação e nas estratégias a adoptar.

O docente assume deste modo o papel de líder no processo supervisor nos três casos em estudo, em que todos os actores o reconhecem. Assim, no papel de supervisor compete-lhe: i) participar em todas as actividades de orientação do próprio estudante; ii) colaborar com o enfermeiro/tutor dialogando sobre o desenvolvimento do estudante, ajudando a resolver conflitos, propondo soluções ou intervenções para os problemas que aquele lhes coloca; iii) assumir momentos de análise, discussão e reflexão da actividade com o estudante; iv) apreciar os documentos (narrativas, planos de cuidados, ...) que o estudante realiza em tempo complementar ao da actividade na unidade de cuidados. Esta é uma análise em que se evidenciam diferenças relativamente às conclusões de Franco (2000: 47) que identificou claramente que *“ao docente cabe a ‘orientação pedagógica’ enquanto que ao enfermeiro cabe a ‘orientação prática’*. Saliente-se que nos casos em estudo aquele em que esta articulação de papéis se desvia do descrito é o caso B, pois tal como já referimos os docentes assumem uma orientação do grupo de estudante sem envolvimento significativo e articulação com a equipa de enfermagem.

Enquanto que no caso C formalmente há proximidade, diálogo e partilha entre docentes e tutores no assumir o papel de supervisor. Contudo, esses aspectos não se evidenciam no dia a dia para os estudantes identificando pelo contrário falta de diálogo e proximidade. A situação

tem consequências no ambiente de aprendizagem, no apoio proporcionado ao estudante em que há vivência de sentimentos de abandono por não se sentirem apoiados no desempenho das actividades de prestação de cuidados.

Em síntese

Com este capítulo 4 evidenciaram-se os principais resultados obtidos numa análise conjunta com as perspectivas de alguns investigadores que realizaram trabalhos neste domínio.

Da sua discussão emergem os aspectos mais relevantes que dão resposta à questão de investigação formulada assim como aos objectivos do estudo.

Assim, afigura-se-nos importante salientar a evidência do impacto formativo do primeiro ensino clínico no estudante de enfermagem, para o qual concorrem de forma decisiva a preparação e os conhecimentos prévios que irão sustentar as suas práticas e consequentemente o processo de aprendizagem. Concorrem também e de forma talvez mais marcante os contextos de aprendizagem e os processos de supervisão implementados ao longo daquele período.

Resta-nos, ainda, apresentar uma síntese das principais evidências da investigação bem como os aspectos que poderão ser equacionados como limitações e sugestões e, deste modo, darmos por concluído este relatório.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

Ao terminar este percurso de investigação, podemos afirmar que a elaboração do seu relatório terá constituído a etapa mais difícil. O acto da escrita, pela escolha das palavras, pela estruturação do texto de forma compatível com a natureza das nossas ideias é um processo que se qualifica, sem recurso a palavras como fácil, simples ou rápido na sua adjectivação. Por isso ao concluir este trabalho estamos convictos, e assim reforçamos aquilo que muitos autores já largamente referiram, que a investigação na área da formação e simultaneamente na saúde se reveste de alguma complexidade (Morin, 2003). Deste modo, os resultados desta investigação apenas podem dar um modesto contributo na compreensão do fenómeno da formação dos estudantes de enfermagem em contexto de prática clínica.

A investigação surge-nos de um conceito/ideia que fomos lentamente burilando à medida que trabalhávamos sobre o objecto em estudo. Aquilo que agora podemos ver de forma objectiva e sistematizada, foi conseguido com um olhar intencionalmente integrador à medida que a pesquisa se desenvolvia e as dificuldades se faziam sentir.

A conclusão deste trabalho foi desenvolvida tentando fazer um exercício onde, em primeiro lugar, lançamos um olhar retrospectivo e de síntese sobre o que de mais significativo ele poderá trazer para a construção de formas novas ou renovadas de enquadrar o primeiro ensino clínico dos estudantes de enfermagem no curso de formação inicial. Para tal, passamos em revista as principais conclusões que emergem do trabalho de comparação e síntese, entre os três casos estudados, pondo em evidência as principais potencialidades e constrangimentos que em cada situação se configuram. Em segundo lugar, olhando ainda retrospectivamente, apresentamos um conjunto de aspectos que ao longo de todo o percurso de investigação se foram mostrando como pontos fortes a prosseguir e a reforçar mas, também, algumas debilidades que apesar de todas as tentativas de controlo não foram eliminadas pelo que, também devem ser explicitadas. A este exercício, de duplo sentido, resultante da nossa reflexão enquanto desenvolvíamos a investigação, denominamos simplesmente como limitações do estudo. Posteriormente e olhando prospectivamente, apresentamos um conjunto de sugestões que se prendem com as perspectivas abertas para este trabalho em termos de desenvolvimentos futuros mas também o seu potencial aproveitamento na implementação de estratégias formativas em ensino clínico.

Conclusões da Investigação

Durante o percurso de investigação, pela postura questionadora e analítica que adoptámos, foram emergindo múltiplos elementos que iam ao encontro dos objectivos formulados e que contribuíam para dar resposta às questões orientadoras da investigação. Contudo, na compreensão do que é o primeiro ensino clínico identificámos, também, dúvidas que se revelaram pontos de novos desenvolvimentos e aprofundamento.

Respondendo à questão central da investigação podemos concluir que o primeiro ensino clínico é um período de aprendizagem estruturante para o estudante pois vai: i) conhecer-se melhor enquanto pessoa; ii) conhecer como lida ou reage com situações que não consegue controlar; iii) compreender as limitações e as potencialidades dos seus conhecimentos; iv) compreender e aprender a lidar com situações que são únicas, irrepetíveis e contextualizadas; v) aprender a confrontar-se com o sofrimento e eventualmente a morte, isto é, situações marcantes e limite; vi) compreender que não se aprendem as soluções para os problemas mas os meios que se utilizam na sua análise e as respostas que se podem “experimentar” (que não há uma solução para um problema mas um conjunto de elementos que têm de ser analisados conjuntamente para se equacionarem possíveis respostas ou eventualmente encontrar a melhor resposta); vii) perceber a importância da sua postura perante a formação como um dos elementos mais significativos no seu desenvolvimento e aprendizagem; viii) iniciar-se ou desenvolver competências nos domínios, técnico-instrumental, comunicacional, pessoal, psicossocial e de análise e concepção; ix) conhecer o que é um contexto de saúde numa perspectiva profissional; x) conhecer o que é ser enfermeiro e a enfermagem enquanto profissão.

Na procura de resposta à primeira das sub-questões formuladas, identifica-se que os **conceitos prévios** que os estudantes transportam ao iniciar o ensino clínico marcam a sua postura inicial, que é de grande apreensão mas também de motivação para conhecerem e se integrarem no contexto da unidade de cuidados onde são colocados. Num primeiro contacto percepção-se uma visão irrealista sobre si e sobre a actividade a desenvolver, desfocada dos seus objectivos e sem conseguirem a compreensão daquele contexto onde se encontram, isto é, como refere Schön (2000), surge como uma estrutura caótica e indeterminada, para a qual dispõem de um conjunto de elementos que não sabem como equacionar para responderem da melhor forma.

Iniciam considerando que estão a aprender de forma mais fácil e mais rápida mas que a sua preparação é manifestamente insuficiente tanto nos conhecimentos que sustentam a acção como na sua capacidade emocional para lidarem com “a prática”. Assim, identificam tal como Abreu (2001) referiu, as capacidades formativas que a própria prática encerra.

Nomeadamente os estudantes com um menor tempo de curso, de preparação anterior, iniciam o ensino clínico convictos que os saberes processuais ensinados na escola irão dar resposta aos problemas com que se vão deparar, não entendendo a construção da sua aprendizagem a partir de uma alternância composta pelos contextos escolares e da instituição de saúde. A perspectiva de construção de um conhecimento contextualizado a partir das situações vivenciadas e ancorado no conhecimento científico e técnico que já detêm parece não estar presente.

A vivência do ensino clínico e a análise e reflexão que, de forma distanciada, conseguem fazer sobre ele permite uma transformação e consciencialização na evolução conceptual considerando-o um período de aprendizagem com impacto no seu percurso formativo pelo conhecimento dos contextos de saúde, pelos aspectos de construção pessoal mas fundamentalmente pelo início de uma aprendizagem contextualizada com construção de saberes que, usando a terminologia de Sá-Chaves (2000), lhe vão permitir identificar, conhecer e de algum modo controlar mais conscientemente as múltiplas variáveis inerentes ao acto de cuidar.

O primeiro ensino clínico permitiu ainda um **auto-conhecimento** do estudante sobre as suas capacidades e potencialidades para o desempenho da actividade de enfermagem. A actividade permitiu esta clarificação sobre a opção profissional mas também o confronto consigo próprio fazendo emergir muitas dúvidas e indefinições sobre essa opção e os recursos pessoais para o seu desempenho. Foram as dúvidas e o processo de questionamento pessoal que criaram a possibilidade de ideias mais claras e seguras sobre a sua identificação com a profissão. Este conhecimento sobre as suas capacidades e potencialidades é condição indispensável para o desenvolvimento e transformação qualitativa de si próprio e das situações que experiencia (Sá-Chaves, 2000).

Nesta transformação o **ambiente de acolhimento e apoio** com que foram confrontados por parte da equipa de enfermagem contribuiu decisivamente para minimizarem a apreensão e medo com que iniciaram o ensino clínico mas também para lidarem com a atmosfera pesada e emocionalmente difícil que a situação das pessoas internadas lhes transmitia.

Nos factores contextuais, um dos seus maiores receios prendia-se com o **contacto com as pessoas** alvo de cuidados e o modo como estas aceitavam a sua presença e intervenção. A este nível concluímos que houve uma evolução muito significativa pois a receptividade e o *feedback* que transmitiram ao estudante, permitiram-lhe ter uma percepção identitária positiva e sentimentos de recompensa e gratificação. Foi nestes contactos que encontraram forte apoio, fonte de motivação para se empenharem no processo de aprendizagem, sempre que o

envolvimento e proximidade da equipa não correspondiam ao esperado e ia(m) ao encontro das suas necessidades.

A percepção de um ambiente de acolhimento mais deficitário, sem abertura ao ensino e ajuda no processo de aprendizagem acontece por parte de alguns estudantes do terceiro ano que, tendo uma postura mais crítica e exigente, expressam desagrado e revolta pelo ambiente relacional com que se confrontaram.

Nas representações construídas concluímos também, que a actividade de prestação de cuidados de enfermagem era associada a uma actividade complexa e exigente para a qual se sentiam preparados pois poderiam mobilizar os referenciais operatórios aprendidos. Contudo, o ensino clínico permitiu-lhes perceber que os seus conhecimentos eram insuficientes e dificilmente mobilizáveis ou directamente transferíveis para as suas práticas. O ensino clínico fez-lhes compreender a necessidade de trabalho de aprofundamento do seu conhecimento e de serem orientados constantemente na prática, pois as situações com que se deparam são sempre únicas, diferentes, imprevisíveis e pouco claras. Assim, não basta escolher a técnica que melhor se adapta àquela situação, necessitam de a caracterizar bem estando atentos a aspectos menos definidos, pensando criticamente os acontecimentos, necessitando para isso de ajuda. Isto permitiu-lhe perceber que a complexidade da tarefa era maior do que estava no seu conceito e que não existem respostas ou soluções feitas. Por isso, o ensino clínico apenas tinha dado subsídios para se continuarem a desenvolver o que está de acordo com o que Sá-Chaves (2000) defende ao enunciar o princípio de inacabamento. Concluímos que o conceito de primeiro ensino clínico, integrado pelo estudante e expresso numa visão distanciada, é um período emocionalmente difícil em que os conhecimentos subjacentes à actividade são estruturantes, exige implicação pessoal, empenho, rigor, responsabilidade e organização, influencia a representação que têm de si enquanto futuros profissionais mas também enquanto pessoas, pela sustentação que construíram em termos formativos.

Sobre os **recursos mobilizados** no processo de aprendizagem, podemos concluir que na expectativa do estudante estava o confronto com um contexto propício à aprendizagem, marcado pelo apoio proporcionado e facilitado pelos enfermeiros da equipa, pelos docentes, pelos pares e pelas pessoas a cuidar. Contudo pela sua vontade de auto-implicação e motivação para a aprendizagem centrando em si uma parte significativa da responsabilidade neste processo, o aluno assumiu-se como um recurso fundamental na sua construção a par com a equipa de ensino clínico.

A aprendizagem de **procedimentos técnico-instrumentais** foi significativa durante o primeiro ensino clínico. Os estudantes com uma preparação em contexto escolar maior identificam a

dificuldade de ali integrarem a interação comunicacional com a pessoa, evidenciando assim uma leitura abrangente da situação e o reconhecimento que a prestação de cuidados tem uma natureza multi e transdisciplinar. Para os do primeiro ano é a quantidade e diversidade de procedimentos executados e a capacidade de os cumprirem seguindo as orientações aprendidas em contexto escolar que são significativos.

As aprendizagens no domínio das competências de **comunicação e relação** foram, desde a apresentação de expectativas até à visão distanciada do ensino clínico, percebidas como as mais significativas. Desde a apresentação das expectativas para o ensino clínico que, no domínio comunicação e relação, se verifica uma disposição para aprender por parte do estudante, estes eram conteúdos com uma natureza e um significado lógico para ele tendo-se assim, relacionado de forma não arbitrária e substantiva com os conhecimentos que já detinha e, assim, estas aprendizagens emergiram como potencialmente significativas evidenciando o que a preparação anterior permitira assimilar: a actividade de enfermagem tem na sua génese o facto de ser uma profissão de relação e interação (Ausubel, 2003; Abreu, 2007).

A execução de um procedimento ou a vivência de uma situação no contacto com as pessoas cuidadas constituíram uma das principais formas pelas quais aprenderam no domínio técnico-instrumental e de comunicação e relação. Deste modo, a pessoa cuidada surge como um recurso importante, pelo conjunto completamente novo de interrogações que se levantam neste período, assim como pela sua abertura e receptividade a partilhar as suas experiências de vida ou situação de saúde e doença. Esta evidência para os estudantes do primeiro ano apenas acontece numa visão distanciada pois durante o ensino clínico a sua importância está apenas na possibilidade de realizar um conjunto de acções, há uma valorização da componente instrumental da intervenção o que parece apontar para uma aprendizagem do tipo acomodativo (Kolb, 1984).

Concluimos que a **concepção e planeamento de projectos de cuidados**, pelos níveis de análise e síntese que exigem, não foi além do desenvolvimento de conhecimentos de base em que o estudante, perante pequenas tarefas ou actividades parcelares, dos cuidados globais à pessoa doente, conseguiu aprender e desenvolver as várias etapas correctamente sendo mesmo capaz de propor formas de intervenção e tomar decisões mas sem conseguir ter uma visão holística e integradora.

Concluimos que, neste domínio, o tempo de preparação escolar, as estratégias supervisivas e o ambiente relacional da unidade de cuidados influenciaram significativamente os estudantes do primeiro ano, que consideram a melhor evidência do seu desenvolvimento e aprendizagem foi conseguirem completar atempadamente os cuidados habitualmente realizados ao seu doente e

sem perturbar o funcionamento do serviço. Enquanto os estudantes do terceiro ano sentem a importância da concepção e planeamento de cuidados pela construção de uma imagem antecipatória, mas não a conseguem realizar pela emergência de responderem às actividades mais frequentes e interdependentes. Assim, a preparação prévia do estudante e os factores contextuais (marcados pelos modelos da prática e estratégias de supervisão na prática clínica) surgem como elementos significativamente influentes das aprendizagens neste domínio.

Salienta-se como conclusão que, especialmente os alunos do segundo e terceiro anos, consideram a dificuldade de integração conjunta da comunicação e relação na execução de um procedimento técnico-instrumental. O seu valor formativo é atribuído ao facto de passarem a distanciar-se da execução apenas pela execução, valorizando a interacção com a pessoa em todas as fases do procedimento e considerando-a o elemento a partir do qual se estruturam os cuidados a prestar. O desenvolvimento da comunicação funcionou como promotor de outras aprendizagens e aquilo que de mais relevante lhes ficou do primeiro ensino clínico. O que evidenciou que os estudantes com um melhor nível de preparação prévia desenvolveram um estilo de aprendizagem (Kolb, 1984) com uma ênfase mais significativa nas competências de relação.

Relativamente às **características pessoais** e aos **recursos de conhecimento**, concluímos que estes se mostraram insuficientes ou ineficazes para, por si só, serem determinantes na aprendizagem em contexto de prática. Os conhecimentos têm de ser promovidos pois não há transferência linear entre o que aprenderam e as práticas que realizam ou observam, tornando o supervisor ou a equipa supervisiva um factor de influência significativo pelo ambiente que pode ajudar a construir e pela problematização e *feedback* que proporciona ao estudante. Assim, os estudantes desenvolvem um estilo de aprendizagem convergente em que oscilam entre a conceptualização abstracta desenvolvida na sua preparação teórica e a experiência activa a partir da qual desenvolvem processos intelectuais de reflexão promovendo a sua capacidade de resolução dos problemas que a prática lhes coloca (Kolb, 2002).

Os pares surgem como um recurso sempre que a proximidade e trabalho conjunto com um supervisor não acontece, emergindo nestas situações a percepção de pouco envolvimento e valorização no seio da equipa. Exceptua-se o caso A em que a partilha com os pares é significativa e promotora de aprendizagem porque é associada às actividades de discussão em grupo (mediadas pelo docente) e aos relatos de situações experienciadas servindo estas como espelho ou orientação das suas práticas e vivências. Esta foi a experiência que ficou como potencialmente significativa e referente à mobilização de recursos. O docente é considerado, um ano mais tarde, em todos os casos, um recurso fundamental no processo de aprendizagem pelo papel impulsionador da sua formação, pela sua exigência, desafios e *feedback*. A sua

intervenção não é substituível por qualquer outro dos recursos disponibilizados pois o questionar, o fazer pensar, a análise conjunta de processos e situações, o *feedback* e o apoio emocional foram impulsionadores na mobilização, por parte dos estudantes, dos seus próprios recursos para a aprendizagem.

Entre as **estratégias pedagógicas** adoptadas durante o primeiro ensino clínico assumem particular relevo a análise, discussão e reflexão sobre uma actividade desenvolvida pelo estudante que pode acontecer em díade ou em grupo, a experimentação em conjunto, a observação e as perguntas pedagógicas.

Concluimos que o recurso à **análise, discussão e reflexão** foi muito frequente em todos os casos em investigação tendo acontecido contudo de formas diferentes e com significados e impactos também diferentes.

Nos estudantes com um menor tempo de preparação e pela metodologia de supervisão em implementação (centrada no docente) a mobilização desta estratégia formativa acontecia fundamentalmente em grupo e com a finalidade de planeamento do dia de trabalho ou de proporcionar *feedback* sobre ele, contudo sem grande impacto formativo pois a metodologia de orientação valorizava o saber-fazer de acordo com os conhecimentos teóricos aprendidos, havia um ênfase na aplicação dos conhecimentos científicos aos problemas concretos que o ensino clínico colocava (Schön 2000; Alarcão, 1996). Em estudantes com elevados níveis de ansiedade por terem de demonstrar conhecimentos e capacidades de execução, seria necessária uma atenção individualizada para, detalhadamente, analisarem e construir conhecimento a partir do vivido ou observado e deste modo conferirem sentido à actividade desenvolvida.

Nos estudantes do 2º e 3º anos, a análise, discussão e reflexão emergiu como muito significativa pelo questionamento e atenção individualizadas (em díade supervisor-estudante) nos encontros com o supervisor para análise e *feedback* de uma actividade de prestação de cuidados ou de um trabalho que realizaram. O supervisor foi um facilitador da aprendizagem ajudando o estudante a aprender tanto pela reflexão na acção como na reflexão pós-acção. Este era conduzido no seu processo de pensamento sobre o que tinha realizado ou observado por questionamento identificando como a actividade ocorreu, o que esteve subjacente à sua actuação, identificando erros ou falhas, que reformulações seriam necessárias e a necessidade de trabalho complementar.

A mesma estratégia formativa **em grupo** constituiu-se como tempo e espaço privilegiado de interacção, para os estudantes com um maior tempo de preparação prévia, em que pela ajuda

do outro, cada qual procura reequacionar conhecimentos adquiridos e apropriar-se de outros. Funciona, assim, como uma *sala de espelhos* em que, por olhares de distanciamento e proximidade vão compreendendo, reconstruindo e procurando resolver problemas, equacionando soluções para agir em situações similares, no futuro (Schön, 1992; Alarcão, 1996; Sá-Chaves, 2000).

Deste modo e numa análise distanciada, os estudantes consideram que a análise e reflexão, se forem aprendidas, treinadas e integradas no processo formativo em contexto do primeiro ensino clínico, tornar-se-ão mandatárias da sua actividade tanto nos contextos da prática como noutros de vida futura.

No que se prende com a **prática orientada** poderemos concluir que a inter-relação estudante-supervisor é fundamental no êxito destas situações. Sempre que o estudante desenvolve actividades sob orientação individualizada do seu supervisor, experimentação em conjunto (Schön, 2000; Alarcão, 1996) em que há atenção, demonstração e questionamento antes, durante e após a acção, foi considerada estruturante para o desenvolvimento do estudante no primeiro ensino clínico. Pela inexperiência, insegurança, medos e mitos do estudante exige-se proximidade do supervisor para orientar passo a passo, validando as suas opções ou propondo outras e simultaneamente estimulando a tomada de decisão. Esta estratégia pelo envolvimento partilhado e dialogante proporciona um ambiente emocional de ajuda e à vontade em que o estudante se sente valorizado e há reciprocidade, *feedback* mútuo e equilíbrio de poder, constituindo-se uma díade de actividade conjunta que pode evoluir para uma díade primária (Bronfenbrenner, 1996).

Nesta investigação esta foi uma estratégia pouco identificada e sem impacto significativo entre os estudantes do caso B o que atribuímos a que nos momentos de prática orientada estas características de uma díade não estavam presentes.

Sobre a importância do **questionamento** poderemos concluir que é uma estratégia identificada como significativa em termos de desenvolvimento e aprendizagem. Está subjacente e é integrada por outras mas o sentido que o estudante lhe atribui sofre grande influência da atmosfera afectiva e relacional em que ocorre. Identificámos que sendo o primeiro ensino clínico o questionamento é entendido apenas como forma de avaliação se não for integrado conjuntamente com outros meios formativos num ambiente afectivo e relacional em que o estudante sente no comportamento do seu supervisor reciprocidade e ajuda para o seu desenvolvimento.

A **observação** isoladamente é uma estratégia apenas identificada nos tutores do caso dos estudantes do 3º ano, o que parece estar relacionado por um lado, com a preparação anterior dos estudantes e a dificuldade dos tutores se desligarem das estruturas curriculares em que

foram formados, pois iniciavam “o estágio” em fases mais precoces do curso e por outro as concepções de formação não estarem compreendidas e integradas.

Concluimos que um ano mais tarde todas as estratégias formativas foram consideradas significativas. O questionamento e a observação conjuntamente integrados na prática orientada foram consideradas o “combustível” para o empenho auto-formativo durante o ensino clínico. Os momentos de análise, discussão e reflexão quando acontecem em díade foram aqueles que proporcionaram que a sucessão de experiências se tenham transformado em aprendizagens consistentes.

No que se refere aos **papéis desempenhados** pelos vários actores no primeiro ensino clínico identificaram-se de forma preferencial os dos supervisores e do estudante. Sobre o papel de supervisor concluimos que ele é marcado por um conjunto de funções a desempenhar, contributos e constrangimentos, mas para o qual são exigíveis aptidões ou competências em vários domínios assim como uma preparação ou formação específicas.

Das **funções a desempenhar** no papel de supervisor pudemos concluir que elas se centram em orientar, acompanhar e ensinar o estudante, analisar, reflectir e avaliar as actividades que desenvolve ou o seu processo de aprendizagem, criar uma relação propícia ao seu desenvolvimento e também definir critérios orientadores do seu desempenho ou da postura a assumir.

O processo supervisivo no primeiro ensino clínico é marcado pela proximidade com o estudante, com **ajuda, orientação e ensino** nas actividades que desenvolve ou na identificação de pistas de trabalho complementar a desenvolver num ambiente de relacionamento interpessoal positivo de confiança e colaboração centrando todo o processo na pessoa do formando o que é sobreponível com os papéis do supervisor definido por Alarcão e Tavares (2003). Por se tratar da primeira experiência formativa em contexto de saúde a ênfase tem de ser colocada num estilo de supervisão colaborativo e facilitador da aprendizagem. A especificidade do papel do supervisor no primeiro ensino clínico está na necessidade de apoio com proximidade física efectiva (observação directa) e em todos os momentos do desenvolvimento da acção. O facto de o estudante não ter desenvolvido algumas capacidades perceptivas que só construirá com a experiência, o não conseguir analisar os fenómenos, explicitá-los, salientar os aspectos mais pertinentes e não ser capaz de os comunicar eficazmente exigem aquelas especificidades no papel do supervisor.

Sobre as funções que o papel de supervisor comporta concluimos que a falta de preparação, as características pessoais e os constrangimentos institucionais poderão explicar o facto de o

supervisor não desempenhar o seu papel de acordo com o que exprime ser sua função. Esta conclusão emerge da percepção de alguns estudantes que expressam uma figura de supervisor marcada pelo afastamento, autoritarismo e directividade na relação supervisiva.

A diferença significativa entre as funções percebidas como da sua competência e a representação que alguns estudantes têm do modo como são concretizadas acontece pela capacidade de diálogo e gosto pelo ensino. Estas têm subjacente de acordo com Sá-Chaves (2000) e com a qual concordamos aspectos relativos à preparação pedagógica geral, características de personalidade, conhecimento dos fins e objectivos, conhecimentos das características dos supervisandos e conhecimento profissional.

Concluimos, também, que o papel de supervisor encerra um conjunto de contributos e constrangimentos, muitos deles dependentes de se tratar de estudantes do primeiro ensino clínico.

A necessidade de apoio, ensino e segurança do aluno na prestação de cuidados associado à inexperiência conduzem a dificuldades de tempo para assumir o papel de enfermeiro pois mantem os mesmos doentes para cuidar e assim há sobrecarga de trabalho. Também o ser observado, adequar o ritmo de trabalho ao ritmo de compreensão ou execução do aluno, dar-lhe atenção sem comprometer a prestação de cuidados, conhecer as suas características, convicções, objectivos, motivações, nível de actividade ou temperamento é complexo e exige competências pedagógicas.

Independentemente de todos os constrangimentos ser supervisor é gratificante pois: i) é um trabalho formativo pela necessidade de constante actualização e revalorização dos seus conhecimentos (de conteúdo) e pelas apreciações que faz com o estudante onde o auto-questionamento emerge; ii) é um “modelo” o que lhe faz ter responsabilidade acrescida enquanto enfermeiro; iii) analisa as suas práticas intencional e sistematicamente com valorização da prestação de cuidados pela segurança e confirmação da validade em termos de qualidade; iv) promove a sua auto-estima por lhe ser confiada a orientação de um estudante o que é revelador da imagem que os outros têm de si; v) tem uma função de auto-revelação pois no seu desempenho identifica competências que não conhecia em si.

Limitações

As opções metodológicas adoptadas para o desenvolvimento desta investigação embora nos pareçam, ter sido as mais adequadas, dada a natureza do problema, não deixam de nos ter confrontado com alguns problemas.

Esta dualidade verificou-se ao longo de todo este processo pois aquilo que por vezes se configurava como uma limitação da investigação trazia associada uma potencialidade. São estas, que nos parece oportuno aqui espelhar.

Pensamos que a principal responsabilidade pela riqueza de resultados a que chegámos está directamente relacionada com os sujeitos em estudo. Embora seja uma constatação já largamente referenciada, é de toda a justiça continuar a salientar o seu decisivo contributo para este trabalho. A abertura e receptividade à temática em estudo e à nossa presença mas também a disponibilidade e empenho, que efectivamente demonstraram, para que pudéssemos fazer uma vasta recolha de dados tanto qualitativa como quantitativamente foram decisivos no êxito do trabalho de campo.

Saliente-se que os dados colhidos diziam respeito à acção observada e à interpretação que os próprios conseguiam verbalizar o que torna ainda mais significativo o contributo destes actores pelo exercício de reflexão que sobre si eram solicitados a fazer. A limitação que poderíamos ter pelas dificuldades que seriam levantadas nos momentos de observação ou na realização de entrevistas, transformaram-se em potencialidades que efectivamente nos surpreenderam. Independentemente da qualidade da informação colhida, impõe-se que salientemos tratar-se de um estudo de casos com todas as limitações que prudentemente lhe devem ser colocadas na interpretação e generalização dos resultados (Yin, 2005).

A nossa presença no local onde as actividades de ensino clínico ocorriam revestiu-se de muitas “particularidades”, pois alguns eram contextos com actores com os quais já tínhamos contactado enquanto outros eram completamente desconhecidos. Inicialmente a percepção foi de que a nossa presença levantava alguns constrangimentos em que os vários actores tentavam pensar as palavras e controlar os gestos ou se esforçavam por nos agradar e facilitar a observação pelo que, tivemos de intencionalmente usar estratégias para que a nossa presença deixasse de funcionar como elemento condicionador do quotidiano dos actores (Spradley, 1979; Olabuénaga, 2007).

O facto de o investigador ser um professor e estar presente em observação no terreno poderia constituir outra limitação pela dificuldade de observação isenta de juízos e interpretações pelo que foi também intencionalmente que, ao constituir os relatórios diários de observação, realizámos uma análise crítica mais detalhada separando a interpretação da descrição do observado. Por outro lado, a triangulação de dados e de técnicas de colheita e da própria análise da informação, em que desvalorizámos a informação que observámos em favor daquela que nos foi transmitida pelos sujeitos, permitiu controlar um enviesamento de resultados. Frequentemente, na apresentação de dados, valorizámos os excertos das entrevistas aos

estudantes e aos enfermeiros enquanto os das notas de campo apenas surgem pontualmente, embora estas tenham estado subjacentes em todo este processo. Por outro lado, o facto de o observador ser um professor com uma larga experiência na supervisão de estudantes em ensino clínico permitiu estar atento à situação observada, captando-a numa maior abrangência. Salientamos também como possível limitação a observação ter ocorrido em contextos diferentes, a que acresce o facto de se tratar de uma abordagem qualitativa, em que, previamente, os processos e os materiais a ser analisados, não podem ser validados. Pois, em cada momento e em cada situação, as decisões tinham de ser equacionadas e analisadas à luz do conjunto de princípios que norteiam a conduta ética do investigador em observação. Decorrente desta técnica de recolha de dados, salientamos também a imprevisibilidade do tempo de permanência em contacto com os sujeitos estar muito dependente da calendarização do próprio ensino clínico e da emergência de observação do máximo de situações, pois este seria irrepetível.

O facto de a observação ter de ocorrer exactamente naquele período (em que o ensino clínico estava planeado) e termos de colher uma informação rica não permitiu qualquer interrupção para fazer uma análise em profundidade dos dados colhidos podendo reorientar a observação de uma forma mais fundamentada e consequentemente segura, o que podemos considerar uma limitação.

Em último lugar salientamos a limitação decorrente da nossa falta de experiência na utilização das técnicas de observação e mesmo na entrevista. Pensamos que fomos adquirindo perícia nestas competências, tanto pelo trabalho de auto-reflexão sobre a qualidade do que realizávamos, como pela continuidade e melhor conhecimento das pessoas e dos contextos. Estes foram fundamentais no desenvolvimento de competências e na riqueza de informação obtida. O factor tempo pode ser apresentado como uma limitação mas também como uma potencialidade. A dedicação em exclusividade à investigação durante os períodos de observação foi um elemento fundamental no desenvolvimento das competências como investigador no terreno e consequentemente na riqueza da informação obtida. A sobreposição de actividades profissionais ao longo do percurso que condicionou longos períodos sem qualquer trabalho e desenvolvimento do projecto limitou a rentabilização, fazendo com que, ao retomar o trabalho, houvesse grandes quebras e perdas de tempo até atingir o ponto onde o tínhamos interrompido.

Implicações/Sugestões

Ao concluir esta investigação fluem ao nosso pensamento um conjunto de ideias, de reflexões que nos parecem importante aqui expressar pelo interesse de que se podem revestir na formação mas, fundamentalmente, para quem pretenda continuar a analisar e a dar contributos sobre a temática do ensino clínico no curso de enfermagem.

Sendo esta investigação apenas um pequeno contributo neste domínio ela necessita de ser confrontada com outros que se venham a realizar, pois é necessário continuar a investigar para desenvolver o conhecimento e encontrar os melhores meios para que os jovens estudantes possam enfrentar esta fase de transição de uma forma mais segura, informada e tranquila com menos apreensões, indecisões, medos e tensões. Pois só deste modo, é possível que este período seja, para todos, efectivamente uma experiência de aprendizagem por excelência.

A partir da análise que conseguimos desenvolver sobre este trabalho, as principais implicações que se evidenciam são sobretudo ao nível da formação, nomeadamente em tudo o que se prende com a formação para e no ensino clínico. Da nossa reflexão emergem, como muito significativo, a revalorização da formação dos supervisores, assim como a preparação dos estudantes para iniciarem ensino clínico. No que se prende com os primeiros, evidenciam-se a necessidade de implementar, por parte das instituições escolares, programas estruturados que tenham como finalidade preparar supervisores de forma que estes enfrentem com maior tranquilidade/segurança e eficácia o trabalho de orientação do estudante na sua aprendizagem em ensino clínico.

O desenvolvimento dos seus conhecimentos pedagógicos, com ferramentas que lhes permitam desenvolver metodologias mais centradas no aluno e na sua aprendizagem, trabalhando as várias estratégias formativas, os seus princípios e adequação ao nível de desenvolvimento dos estudantes e aos fins e objectivos da formação, os critérios e instrumentos de avaliação. Este trabalho formativo dos supervisores será fundamental para que os seus referenciais possam deixar de ser os seus modelos enquanto formadores e consigam assumir rupturas nos paradigmas de formação em uso.

A par com esta preparação, exige-se que passe pelas instituições escolares uma articulação interinstitucional, tanto a nível directivo, compatibilizando as melhores formas de colaboração na formação de novos profissionais, como directamente em contexto com os profissionais que vão estar em contacto directo com cada ensino clínico para que os estudantes, desde início, sintam que o ambiente da unidade de cuidados é propício e facilitador do seu desenvolvimento.

Ainda no que se prende com a formação emerge da nossa reflexão a importância da preparação dos estudantes para o ensino clínico de um modo específico e orientado. Ajudando-

o a consciencializar-se sobre a importância de uma atitude activa e assertiva no processo de aprendizagem e a compreender que a natureza da formação em ensino clínico está centrada no desenvolvimento das suas competências e não em modelos tradicionais de formação, o que é concordante com os princípios de Bolonha. Com esta preparação algumas das dificuldades sentidas pelos estudantes no ensino clínico poderão ser minimizadas, fazendo-os canalizar as suas energias para a principal finalidade desta etapa – a aprendizagem.

Consideramos que as sugestões ou implicações apresentadas devem ser seguidas de novas investigações que acompanhem estas propostas de formação tendo como finalidade compreender o seu impacto, introduzir e desenvolver reestruturações à medida que os seus resultados vão emergindo. Esta é uma área em que nos parece que o conhecimento não está saturado tanto mais que a formação em Enfermagem continua a ser alvo de significativas alterações decorrentes da implementação do processo de Bolonha que urge investigar. Sendo uma área que nos motiva particularmente, estamos empenhados em dar continuidade a esta investigação tanto por intermédio de acção-investigação, como referimos (pela implementação das sugestões apresentadas), como na especificação e aprofundamento da temática **primeiro ensino clínico**. Será importante também compreender: i) que modelos de articulação entre instituições de saúde onde decorre o ensino clínico e instituições escolares permitirão conciliar as suas políticas de gestão com a formação dos estudantes de enfermagem em contexto de prática de acordo com os princípios de Bolonha; ii) como uma formação baseada na educação pelos pares influencia a entrada do estudante no primeiro ensino clínico identificando os processos usados, a percepção e o valor que imputam a aprender com o outro.

É fundamental a definição conjunta entre instituições, mas fundamentalmente entre actores do processo supervisivo dos estudantes, de modelos de supervisão onde se explicitem as áreas de intervenção e responsabilidade de cada um dos actores, a explicitação de papéis e formas de articulação entre actores baseado no diálogo e proximidade para que se construa um ambiente estimulante, envolvente e propício ao desenvolvimento. Esta é uma construção que tem de se perspectivar aberta e flexível mas, fundamentalmente, contextualizada pois cada contexto encerra uma especificidade que é necessário também modelizar.

A existência de um modelo de supervisão que seja conhecido e analisado por supervisores e supervisandos será, potencialmente, um instrumento que minimizará muitos dos constrangimentos vivenciados, como se espelhou neste trabalho.

Em síntese, consideramos que deste estudo poderão surgir (e já surgiram) algumas implicações e sugestões pertinentes na promoção do processo de formação em contexto de prática clínica de estudantes de enfermagem, mas também dos restantes actores que nela participam nomeadamente os supervisores.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, A. – **Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais**. Coimbra: Formasau, 2008. ISBN 978-972-8485-96-2
- ABREU, W. – **Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-87-0 (Sinais Vitais Livro, 49)
- ABREU, W. – **Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau e EDUCA, 2001. ISBN 972-8485-21-2
- ABREU, W. – **Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?** Coimbra: Formasau, 2003. ISBN 972-8485-35-2
- ALARCÃO, I – **Formação e supervisão de professores: uma nova abrangência**. *Sísifo. Revista de Ciências de Educação*. Lisboa. ISSN 1646-4990. Nº8 (2009), p. 119-127
- ALARCÃO, I. – **Escola reflexiva e desenvolvimento institucional: que novas funções supervisivas**. In OLIVEIRA-FORMOSINHO, J. – **A supervisão na formação de professores I: da sala à escola**. Porto: Porto Editora, 2002. ISBN 972-0-34457-1 p. 79-90 p. 218-238
- ALARCÃO, I. – **Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores**. In ALARCÃO, I. (org) – **Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão**. Porto: Porto Editora, 1996. ISBN 972-0-34721-X. p 9-39
- ALARCÃO, I.; SÁ-CHAVES, I. – **Supervisão de professores e desenvolvimento humano: uma perspectiva ecológica**. In TAVARES, J. – **Para intervir em educação: contributos dos colóquios CIDInE**. Aveiro: CIDInE, 1994. ISBN 972-8067-06. p. 201-232
- ALARCÃO, I; SÁ-CHAVES, I. – **Supervisão de professores e desenvolvimento humano: uma perspectiva ecológica**. In SÁ-CHAVES, I. – **Formação, conhecimento e supervisão: Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais**. Aveiro. Universidade de Aveiro: Unidade de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores, 2000. ISBN 972-789-011-3. p. 143-159
- ALARCÃO, I; TAVARES, J. – **Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem**. 2ª ed. revista e desenvolvida. Coimbra: Almedina, 2003. ISBN 972-40-1852-0

- ALLAN, H; SMITH, P; LORENTZON, M. – **Leadership for learning: a literature study of leadership for learning in clinical practice.** *Journal of Nursing Management.* Oxford. ISSN 1365-2834. Vol.16, nº5 (2008), p. 545-555
- AMARAL, M; MOREIRA, M; RIBEIRO, D. – **O papel do supervisor no desenvolvimento do professor reflexivo: Estratégias de Supervisão.** In ALARCÃO, I. (org) – **Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão.** Porto: Porto Editora, 1996. ISBN 972-0-347213-X. p. 89-122
- AMENDOEIRA, J. – **Ensino de enfermagem: perspectivas de desenvolvimento.** *Pensar Enfermagem.* Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol 13, nº1 (2009), p.2-12
- AMENDOEIRA, J. – **Uma biografia partilhada da enfermagem: a segunda metade do século XX 1950-2003.** Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-67-0
- ANDRÉ, M. – **Etnografia da prática escolar.** 7ª ed. São Paulo: Papyrus Editora, 2002. ISBN 8530803760
- ANDREWS, M; WALLIS, M. – **Mentorship in nursing: a literature review.** *Journal of Advanced Nursing.* Oxford. ISSN 0309-2402. Vol 29, nº 1 (1999), p. 201-207
- ARVIDSSON, B; SKÄRSÄTER, I; ÖIJERVALL, J; FRIDLUND, B – **Process-oriented group supervision implemented during nursing education: nurses conceptions 1 year after their nursing degree.** *Journal of Nursing Management.* Oxford. ISSN 1365-2834. Vol.16, nº 7 (2008), p. 868-875
- AUSUBEL, D. – **Aquisição e retenção de conhecimentos: uma perspectiva cognitiva.** Lisboa: Plátano, 2003. ISBN 972-707-364-6
- BAILLAUQUÈS, S – **Trabalho de representações na formação dos professores.** In PAQUAY, L; PERRENOUD, P; ALTET, M; CHARLIER, E. – **Formando professores profissionais: Que estratégias? Quais competências?.** 2ª ed. São Paulo: Artmed, 2001. ISBN 85-7307-774-3. p. 37-54
- BAKER, A; JENSEN, P; KOLB, D. – **Conversational learning: an experiential approach to knowledge creation.** London: Quorum Books, 2002. ISBN 1-56720-498-8
- BASTO, M. – **Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: proposta de um percurso.** *Pensar Enfermagem.* Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol 13, nº 2 (2009), p. 11-18

- BAUDOUIN, Jean-Michel; JOSSO, C. – **Penser la formation: contributions épistémologiques de l'éducation des adultes**. Geneve: Univ. De Geneve, 1993 (Cahiers de la section des Sciences de l'Education. Pratiques et théorie, 72)
- BAXTER, P; BOBLIN, S. – **Decision making by baccalaureate nursing students in the clinical setting**. *Journal of Nursing Education*. New Jersey. ISSN 0148-4834. Vol. 47, nº. 8 (2008), p. 345-350
- BAXTER, P; RIDEOUT, E. – **Second-year baccalaureate nursing students' decision making in the clinical setting**. *Journal of Nursing Education*. New Jersey. ISSN 0148-4834. Vol. 45, nº4 (2006), p. 121-127
- BELO, A. – **Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectiva do aluno**. Aveiro: [s.n.] 2003. (Tese de Mestrado)
- BENNER, P. – **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 989-558-052-5
- BENTO, M. – **Cuidados e formação em enfermagem: que identidade?** Lisboa: Fim de Século, 1997. ISBN 972-754-112-7
- BERBAUM, J. – **Aprendizagem e formação**. Porto: Porto Editora, 1993. ISBN 972-0-34105-X.
- BERNARD, J; GOODYEAR, R. – **Fundamentals of clinical supervision**. 2nd ed. London: Allyn and Bacon, 1998. ISBN 0-205-17531-7
- BEVIS, O; WATSON, J. – **Rumo a um curriculum de cuidar: uma nova pedagogia para a enfermagem**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN 972-8383-98-3
- BIGGS, J. – **Calidad del aprendizaje universitario**. Madrid: Narcea Ediciones, 2005. ISBN 9788427713987
- BIREAUD, A. – **Os métodos pedagógicos no ensino superior**. Porto: Porto Editora, 1995. ISBN 972-0-34114-9
- BISHOP, S. – **História e filosofia da ciência**. In TOMEY, A; ALLIGOOD, M. – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5^a ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. p 35-45
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. – **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN 972-0-34112-2

BOND, M; HOLLAND, S. – **Skills of clinical supervision for nurses: a practical guide for supervisees, clinical supervisors and managers** Buckingham: Open University Press, 1998. ISBN 0-335-19661-6

BRADBURY-JONES, C; SAMBROOK, S; IRVINE, F. – **The meaning of empowerment for nursing students: a critical incident study.** *Journal of Advanced Nursing.* Oxford. ISSN 0309-2402. Vol. 59, nº. 4 (2007), p. 342-350

BRAGA, M. – **O Primeiro Ensino Clínico em Contexto Hospitalar: Enquadramentos e níveis de ansiedade dos alunos de enfermagem.** Braga: [s.n.] 2007. (Tese de Mestrado)

BRONFENBRENNER, U. – **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados.** 2ªed. Porto Alegre: Artmed, 2002. ISBN 85-7307-173-7

BRONFENBRENNER, U. – **The ecology of human development: experiments by nature and design.** Cambridge: Harvard University Press, 1979. ISBN 978-0-674-02884-5

BRONFENBRENNER, U. – **The ecology of human development: research models and fugitive findings.** In WOZNIAK, R.; FISCHER, K. – **Development in context: acting and thinking in specific environments.** New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1993. ISBN 0-8058-0769-1. p.3-44

BRONFENBRENNER, U; MORRIS, P. – **The ecology of developmental processes** In GOMES-PEDRO, J. (ed) – **Stress e violência na criança e no jovem.** Lisboa: Departamento de Educação Médica e Clínica Universitária de Pediatria, 1999. ISBN 972-9349-04-5. p. 21-89

BRUSCO, A. – **Humanización de la asistencia al enfermo.** Madrid: Centro de Humanización de la Salud, 1999. ISBN 84-293-1282-X.

BRYKCZYNSKI, K. – **Patricia Benner de principiante a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem.** In TOMEY, A.; ALLIGOOD, M. – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p. 185-207

CAIRES, S; ALMEIDA, L. – **Os estágios na formação dos estudantes do ensino superior: tópicos para um debate em aberto.** *Revista Portuguesa de Educação.* Braga. ISSN 0871-9187. Vol. 13, nº2 (2000), p. 219-241

CAMPINHA-BACOTE, J. – **The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care.** *Transcultural Nursing.* ISSN 1043-6596. Vol 13, nº 3 (2002), p. 181-184

- CANADIAN NURSES ASSOCIATION - **Achieving excellence in professional practice: a guide to preceptorship and mentoring**. Ottawa: Canadian Nurses Association, 2004. ISBN 1-55119-989-0
- CANÁRIO, R. – **Educação de adultos: um campo e uma problemática**. Lisboa: Educa, 2000. ISBN 972-8036-21-3
- CANÁRIO, R. – **Formação e mudança no campo da saúde**. In CANÁRIO, R. (org) – **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora. 1997. ISBN 972-0-34125-4 (Col. Ciências da Educação)
- CANÁRIO, R. – **Ser enfermeiro hoje**. Caderno de Currículo e Ensino. Rio de Janeiro. ISSN 1519.32-33. Vol V, nº 8 (2005), p. 9-23
- CARAPINHEIRO, G. – **A saúde enquanto matéria política**. In CARAPINHEIRO, G. - **Sociologia da saúde: estudos e perspectivas**. Coimbra: Pé de Página, 2006. ISBN 978-989-614-052-6
- CARAPINHEIRO, G. – **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Porto: Afrontamento, 1993. ISBN: 972-36-0306-3
- CARLSON, E.; WANN-HANSSON, C.; PILHAMMAR, E. – **Teaching during clinical practice: strategies and techniques used by preceptors in nursing education**. *Nurse Education Today*. Edinburgh. ISSN 0260-6917. Vol. 29, nº 5 (2009), p. 522-526
- CARPER, B. – **Fundamental of knowing in nursing**. In CODY, W (Ed.) – *Philosophical and Theoretical Perspectives for Advanced Nursing Practice*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2006. ISBN 978-0-7637-4030-6
- CARVALHAL, R. – **Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectiva dos actores**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-40-1
- CARVALHO, A. – **Factores que influenciam a aprendizagem do aluno de enfermagem**. Porto: [s.n.] 1996. (Tese de Mestrado)
- CARVALHO, M. *et al* – **Expectativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital**. *Revista Escola Enfermagem USP*. São Paulo. ISSN 1980-220X. Vol. 33, nº 2 (1999), p. 200-205
- CASTLEDINE, G. – **Clinical teaching is the key to improve practice**. *British Journal of Nursing*. London. ISSN 0966-0461. Vol. 10, nº 19 (2001), p.1307- 1308

CASTLEDINE, G. – **Value of clinical teaching must be recognized.** *British Journal of Nursing.* London. ISSN 0966-0461. Vol. 12, nº 22 (2004), p.1355- 1356

CHAN, D - **Combining qualitative and quantitative methods in assessing hospital learning environments.** *International Journal of Nursing Studies.* Oxford. ISSN 0020-7489. Vol. 38, nº 4 (2001), p. 447- 459

CHAN, D. – **Development of the clinical learning environment inventory: using the theoretical framework of learning environments studies to assess nursing students' perceptions of the hospital as a learning environment.** *Journal of Nursing Education.* New Jersey. ISSN 0148-4834. Vol. 41, nº 2 (2002), p. 69-75

CHAN, D. – **Perception of hospital learning environment: a survey of Hong Kong nursing students.** *Nurse Education Today.* Edinburgh. ISSN 0260-6917. Vol. 27, nº 7 (2007), p. 677-684

CHINN, P.; KRAMER, M. – **Theory and nursing: integrated knowledge development.** 5th ed. Missouri: Mosby, 1999. ISBN 0-323-00317-6

CHIZZOTTI, A. – **A pesquisa qualitativa e ciências humanas e sociais: evolução e desafios.** *Revista Portuguesa de Educação.* Braga. ISSN 0871-9187. Vol 16, nº2 (2003), p. 221-236

CLAMOTE, T. – **Pluralismo médico: configurações estruturais, racionalidades e práticas sociais.** In CARAPINHEIRO, G. - **Sociologia da saúde : estudos e perspectivas.** Coimbra: Pé de Página, 2006. ISBN 978-989-614-052-6

CLARKE, A; COLLINS, J. – **Glickman's supervisory belief inventory: a cautionary note.** *Journal of Curriculum and Supervision.* Alexandria. ISSN 0882-1232. Vol. 20, nº 1 (2004), p. 76-87

CLIBBENS, N; ASHMORE, R; CARVER, N – **Group clinical supervision for mental health nursing students.** *British Journal of Nursing.* London. ISSN 0966-0461. Vol. 16, nº 10 (2007), p. 594-598

CODY, W (Ed.) – **Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice.** Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2006. ISBN 978-0-7637-4030-6

COLLIÈRE, M. – **Cuidar... a primeira arte da vida.** 2^a ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-53-3

COLLIÈRE, M. – **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** 2^a ed. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN: 972-757-109-3

- CORREIA, M. – **A construção do currículo no ensino de enfermagem: um estudo de caso.** Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-69-X
- CORREIA, M. – **A observação participante enquanto técnica de investigação.** *Pensar Enfermagem.* ISSN 0873-8904. Vol 13, nº 2 (2009), p. 30-36
- CORREIA, M. – **Identidade profissional e supervisão das práticas clínicas: estudo de caso centrado nos enfermeiros chefes e responsáveis de serviço.** Aveiro: [s.n.], 2004. (Tese de Mestrado)
- COULON, A. – **Etnometodologia.** Petrópolis: Vozes, 1995. ISBN 85.326.1411-6
- COUTINHO, C; CHAVES, J. – **O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal.** *Revista Portuguesa de Educação.* Braga. ISSN 0871-9187. Vol. 15, nº1 (2002), p. 221-243.
- CRAIG, J; SMYTH, R. – **Prática Baseada na Evidência: Manual para enfermeiros.** Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4
- CRAVER, N; ASHMORE, R; CLIBBENS, N – **Group clinical supervision in pré-registration nurse training: The views os mental health nursing students.** *Nurse Education Today.* Edinburgh. ISSN 0260-6917. Vol. 27, nº 7 (2007), p. 768-776
- CRESWELL, J. – **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. ISBN 978-85-363-0892-0
- CROXON, L; MAGINNIS, C – **Evaluation of clinical teaching models for nursing practice.** *Nurse Education in Practice.* ISSN 1471-5953. Vol. 9, nº 4 (2009), p. 236-243
- CUTCLIFFE, J. – **An alternative training approach in clinical supervision.** In: GHAYE, T.; LILLYMAN, S. – **Effective clinical supervision: the role of reflection.** Wiltshire: Quay Books, 2000. ISBN 1-85642-125-2. p. 93-112
- CUTCLIFFE, J.; BUTTERWORTH, T. ; PROCTOR, B. – **Fundamental themes in clinical supervision.** London: Routledge, 2001. ISBN 0-415-22887-5
- D' ESPINEY, L. – **Aprender a aprender pela experiência: a formação inicial de enfermeiros.** Lisboa: [s.n.], 1999. (Tese de Mestrado)
- D' ESPINEY, L. – **Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos.** *Sísifo.Revista de Ciências da Educação.* ISSN 1646-4990. Nº 6 (2008), p. 7-20
- DECRETO REGULAMENTAR nº 3/88. Diário da República, I Série. (22-01-1988). 6493-6494

- DECRETO-LEI n.º 161/96. Diário da República I Série – A. n.º 205 (04-09-1996) 2959-2962.
- DECRETO-LEI n.º 205/95. Diário da República I Série – A. n.º 182 (08-08-1995) 4973-4976
- DECRETO-LEI n.º 353/99. Diário da República I Série – A. n.º 206 (03-09-1999) 6198-6201
- DECRETO-LEI n.º 480/88. Diário da República I Série – A. n.º 295 (23-12-1988) 5070-5072.
- DECRETO-LEI n.º 104/98. Diário da República I Série – A. n.º 93 (21-04-1998) 1739-1757
- DECRETO-LEI n.º 175/2004. Diário da República I Série – A. n.º 170. (21-07-2004) 4509-4512
- DECRETO-LEI n.º 437/91. Diário da República I Série – A. n.º 257 (08-11-1991) 5723-5741
- DECRETO-LEI n.º 46448. Diário da República I Série. n.º 160 (20-07-1965) 1023-1024.
- DENZIN, N.; LINCOLN, Y. – **O planeamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. ISBN 85-363-0663-7
- DUBAR, C. - **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. Porto: Porto Editora, 1997. ISBN 972-0-34124
- ELGICIL, A.; SARI, H.- **Students' opinions about and expectations of effective nursing clinical mentors**. *Journal of Nursing Education*. New Jersey. ISSN 0148-4834. Vol. 47, n.º 3 (2008), p. 118-123
- ESCOBAR, L. – **O sexo das profissões: género e identidade socioprofissional em enfermagem**. Porto: Afrontamento, 2004. ISBN 972-36-0692-5
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM CIDADE DO PORTO – **Ensino clínico de enfermagem hospitalar**. [S.l.]: [s.n.], 2006
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM CIDADE DO PORTO – **Histórias e memórias da Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-56-8
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE BISSAYA BARRETO – **Curso de licenciatura em enfermagem: plano de estudos**. [S.l.]: [s.n.], 1999
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE BISSAYA BARRETO – **Ensino clínico I: orientações**. Coimbra: [s.n.], 2005
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE FRANCISCO GENTIL – **Curso Superior de Enfermagem: licenciatura**. Lisboa: [s.n.], 1999

- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE FRANCISCO GENTIL – **Fundamentos de Enfermagem: programa**. Lisboa: [s.n.], 2005
- FALVEY, J. – **Managing clinical supervision: ethical practice and legal risk management**. Califórnia: Brooks/Cole, 2002. ISBN 0-534-53074-5
- FERNANDES, O. – **Entre a teoria e a experiência: desenvolvimento de competências em enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura**. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-36-3
- FERREIRA, S. – **Primeiro ensino clínico na perspectiva do estudante: das expectativas à prática**. Aveiro: [s.n.], 2008. (Tese de Mestrado)
- FLICK, U. – **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. ISBN 85-363-0414-6
- FONSECA, M. – **Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: perspectiva do docente**. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-68-9
- FRANCO, J. – **Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação**. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº 1 (2000), p. 32-50
- FRIEDSON, E. – **La profession médicale**. Paris: Payot, 1984.
- GANZ, F; KAHANA, S. – **Perceptions of Israeli student nurses regarding clinical specialties and factors that influence these perceptions**. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford. ISSN 0309-2402. Vol 56, nº1 (2006), p. 88-98
- GAUTHIER, J; *et al* – **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. ISBN 85-277-0436-6
- GHAYE, T; LILLYMAN, S. – **Effective clinical supervision: the role of reflection**. United Kingdom: Shipping Within. 2000. ISBN 1-85642-125-2.
- GIBBS, G. – **Análise de dados Qualitativos**. Porto Alegre: Artmend, 2009. ISBN 978-85-363-2055-7
- GIULIANO, K. – **Expanding the use of empiricism in nursing: can we bridge the gap between knowledge and clinical practice?** *Nursing Philosophy*. Bristol. ISSN 1466-7681. Vol. 4, nº 1 (2003), p. 44-52

GLEESON, M. – **Preceptorship: facilitating student nurse education in the Republic of Ireland.** *British Journal of Nursing*. London. ISSN 0966-0461. Vol. 17, nº6 (2008), p. 376-380

GLICKMAN, C. – **Supervision of instruction: a developmental approach.** Boston: Allyn and Bacon, 1985. ISBN 0-205-08468-0

GRAÇA, L. – **A arte da enfermagem do séc. XVIII.** [em linha]. (2005). [Consult. 17/02/2008]. Disponível em WWW:<<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos.173html>>.

GRAÇA, L. - **Ethel Fenwick: o combate pela profissionalização da enfermagem na Grã-Bretanha e no resto do mundo.** [em linha]. (2002). [Consult. 17/02/2008]. Disponível em WWW:<<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos.141html>>.

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. – **Evolução da prática e do ensino da enfermagem em Portugal.**[em linha]. (2000). [Consult. 17/02/2008]. Disponível em WWW:<<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos.62html>>.

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. – **Florence Nigthingale e Ethel Fenwick: da ocupação à profissão de Enfermagem.** [em linha]. (2000). [Consult. 17/02/2008]. Disponível em WWW:<<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos.63html>>.

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. - **Proto-história da Enfermagem em Portugal. II Parte.** [em linha]. (2000). [Consult. 17/02/2008]. Disponível em WWW:<<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos.65html>>.

GRAÇA, L.; HENRIQUES, A. – **Proto-história da Enfermagem em Portugal. I Parte.** [em linha]. (2004). [Consult. 17/02/2008]. Disponível em WWW:<<http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos.64html>>.

Guidelines on the Key points that May be Considered When Developing a Quality clinical Learning environment/ An Bord Altranais. 1st ed. Dublin: [s.e.], 2003

GUNTHER, M; ALLIGOOD, M. – **A discipline-specific determination of high quality nursing care.** *Journal of Advanced Nursing*. Oxford. ISSN 0309-2402. Vol. 38, nº.4 (2002), p. 353-359

HAND, H.- **Assessment of learning in clinical practice.** *Nursing Standard*. Middlesex. ISSN 0029-6570. Vol 21, nº 4 (2006), 48-56

HARRIS, B. – **Paradigms and parameters of supervision in education.** In **Handbook of research on school supervision/** ed. Gerald Firth, Edward Pajak. New York: Macmillan Library Reference USA, 1998. ISBN: 0-0286-4662-2

HAWKINS, P; SHOET, R. – **Supervision in the helping professions**. Buckingham: Open University Press, 1989.

HAWTHORNE, R; HOFFMAN, N. – **Supervision in nonteaching professions**. In **Handbook of research on school supervision/** ed. Gerald Firth, Edward Pajak. New York: Macmillan Library Reference USA, 1998. ISBN: 0-0286-4662-2. p. 555-571

HESBEEN, W. – **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8

HESBEEN, W. – **Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7

HOLLOWAY, E. – **Clinical supervision: a systems approach**. London: Sage Publications, 1995. ISBN 0-8039-4223-0

Hospital de Pulido Valente: Uma porta aberta para a sua recuperação – Passado/Presente. Lisboa: [s.n.]: [s.d].

HOSSEIN, K; *et al* – **Teaching style in clinical nursing education: A qualitative study of Iranian nursing teachers' experiences**. *Nurse Education in Practice*. Livingstone. ISSN 1471-5953. Vol. 10, nº1 (2010), p. 8-12

HOWK, C. – **Hildegard E. Peplau: Enfermagem psicodinâmica**. In TOMEY, A; ALLIGOOD, M. – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p. 423-444

HUNG, B; HUANG, X; LIN, M. – **The first experiences of clinical practice of psychiatric nursing students in Taiwan: a phenomenological study**. *Journal of Clinical Nursing*. Oxford. ISSN 0962-1067. Vol.18, nº 22 (2009), p. 3126-3135

HYRKÄS, K; PAUNONEN-ILMONEN, M – **The effects of clinical supervision on the quality of care: examining the results of team supervision**. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford. ISSN 0309-2402. Vol. 33, nº 4 (2001), p. 492-502

IM, E; MELEIS, A. – **Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach**. *Advances in Nursing Science*. Frederick. ISSN 0161-9268. Vol. 22, nº2 (1999), p. 11-24

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. CIPE® Versão 1.0. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; ICN, 2006. ISBN: 92-95040.36-8

Investigação social: da problemática à colheita de dados / org. B. Gauthier. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-55-X

JOHNS, C. – **Becoming a reflective practitioner: a reflective and holistic approach to clinical nursing, practice development and clinical supervision**. London: Blackwell Science, 2000. ISBN 0-632-05561-8

JONES, A. – **Putting practice into teaching: an exploratory study of nursing undergraduates' interpersonal skills and the effects of using empirical data as a teaching and learning resource**. *Journal of Clinical Nursing*. Oxford. ISSN 0962-1067, Vol.16, nº12 (2007), p. 2297-2307

KELLY, C. – **Student's perceptions of effective clinical teaching revisited**. *Nurse Education Today*. Edinburgh. ISSN 0260-6917. Vol. 27, nº 7 (2007), p. 885-892

KÉROUAC, S. *et al* – **La pensée infirmière: conceptions et stratégies**. Québec: Maloine, 1994. ISBN 2-224-02284-0

KILCULLEN, N. – **Said another way: the impact of mentorship on clinical learning**. *Nursing Forum*. Philadelphia. ISSN 0029-6473. Vol. 42, nº 2 (2007), p. 95-104

KOLB, D. – **Experiential learning: experience as the source of learning and development**. London: Prentice Hall, 1984. ISBN 0-13-295261-0

KOLB, D; BAKER, A; JENSEN, P. – **Conversation as experiential learning**. In BAKER, A; JENSEN, P; KOLB, D. – **Conversational learning: an experiential approach to knowledge creation**. London: Quorum Books, 2002. ISBN 1-56720-498-8

LATIMER, J. – **Investigação qualitativa avançada para enfermagem**. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. ISBN 972-771-811-6

Le MOIGNE, J. – **O Construtivismo: dos fundamentos**. Vol I. Lisboa: Instituto Piaget, 1999. ISBN: 972-771-104-9

LEITÃO, M. – **Formação inicial em enfermagem, concepções e práticas de orientação**. Universidade Católica. 2000. (Tese de Mestrado)

LESNE, M. – **Trabalho pedagógico e formação de adultos: elementos de análise**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1977.

LESSARD-HÉBERT, M; GOYETTE, G; BOUTIN, G. – **Investigação qualitativa: fundamentos e práticas**. Lisboa: Instituto Piaget, 1994. ISBN: 972-9295-75-1

- LEVETT-JONES, T. *et al* – **Staff-student relationships and their impact on nursing students' belongingness and learning.** *Journal of Advanced Nursing.* Oxford. ISSN 0309-2402, Vol. 65, nº2 (2009), p. 316-324
- LINDGREN, B; BRULIN, C; HOLMLUND, K; ATHLIN, E. – **Nursing students' perception of group supervision during clinical training.** *Journal of Clinical Nursing.* Oxford. ISSN 0962-1067, Vol.14, nº 7 (2005), p. 822-829
- LOPES, M. – **A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance.** Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-6-X
- LOPES, N. – **Recomposição profissional da enfermagem: estudo sociológico em contexto hospitalar.** Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN: 972-8717-17-2
- LOPES, N. – **Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização.** In CARAPINHEIRO, G. - **Sociologia da saúde: estudos e perspectivas.** Coimbra: Pé de Página, 2006. ISBN 978-989-614-052-6. p. 107-134
- LÜDKE, M; ANDRÉ, M. – **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 2003. ISBN 85-12-30370-0
- MALGLAIVE, G. – **Ensinar adultos: trabalho e pedagogia.** Coleção Ciências da Educação. Porto: Porto Editora, 1995. ISBN 972-0-34116-5
- MAMCHUR, C; MYRICK, F. – **Preceptorship and interpersonal conflict: a multidisciplinary study.** *Journal of Advanced Nursing.* Oxford. ISSN 0309-2402, Vol. 43, nº 2 (2003), p. 188-196
- MARQUES, F. – **Entre a continuidade e a inovação: O ensino superior de enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de enfermagem.** *Revista Lusófona de Educação.* Lisboa. ISSN 1645-7250, Vol. 5 (2005), p. 153-171
- McALLISTER, M; TOWER, M; WALKER, R. – **Gentle interruptions: transformative approaches to clinical teaching.** *Journal of Nursing Education.* New Jersey. ISSN 0148-483446, Vol. 46, nº 7 (2007), p. 304-312
- McBRIEN, B. – **Clinical teaching and support for learners in the practice environment.** *British Journal of Nursing.* London. ISSN 0966-0461, Vol.15, nº12 (2006), p. 672-677
- MELEIS, A. – **Theoretical nursing: development & progress.** 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, 1997. ISBN 0-397-55259-9
- MELEIS, A.; *et al* – **Experiencing transitions: an emerging middle-range theory.** *Advances in Nursing Science.* Frederick. ISSN 0161-9268. Vol. 23, nº1 (2000), p. 12-28

- MELO, M. – **Comunicação com o doente: certezas e incógnitas**. Loures: Lusociência, 2005. ISBN: 972-8383-86-X
- MERCADIER, C. – **O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: o corpo, âmago da interacção prestador de cuidados-doente**. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-82-7
- MORIN, E. – **Introdução ao pensamento complexo**. 4ª ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2003. ISBN 972-771-383-1
- MORIN, E. – **Os sete saberes para a educação do futuro**. 4ª ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2002. ISBN 972-771-540-0
- MORRISON, P. – **Para compreender os doentes**. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. ISBN 972-8449-97-6
- MORSE, J. – **Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa**. Coimbra: Formasau, 2007. ISBN 978-972-8485-89-4
- NASCIMENTO, C. – **Docentes de enfermagem: necessidades de formação em supervisão clínica**. In RODRIGUES, Â. *et al* – **Processos de formação na e para a prática de cuidados: Ciclo de colóquios**. Loures: Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-35-6. p. 02-46
- NEWMAN, M. – **A world of no boundaries**. *Advanced in Nursing Science*. Frederick. ISSN 0161-9268. Vol. 26, nº 4 (2003), p. 240-245
- NÓVOA, A. (Coord.) – **Os professores e a sua formação**. 2ª ed. Lisboa: Dom Quixote, Instituto de Inovação educacional, 1995. ISBN 972-20-1008-5
- OLABUÉNAGA, J. – **Metodología de la investigación cualitativa**. 4ª ed. Bilbao: Universidad Deusto, 2007. ISBN 978-84-7485-423-7
- OLIVEIRA, C. – **O stress e coping dos alunos em estágio e a relação com o cliente – II**. *Servir*. Lisboa. ISSN 0871-2370. Vol. 48, nº4 (2002), p. 178-184
- OLIVEIRA-FORMOSINHO, J. – **Em direcção a um modelo ecológico de supervisão de professores: uma investigação na formação de educadores de infância**. In OLIVEIRA-FORMOSINHO, J. – **A Supervisão na formação de professores I: da sala à escola**. Porto: Porto Editora, 2002. ISBN 972-0-34457-1
- OOIJEN, E.- **Clinical Supervision: A practical guide**. London: Churchill Livingstone, 2000. ISBN 0-443-05842-3

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais**. Lisboa: Divulgar. Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; Enunciados descritivos**. Lisboa: Divulgar. Ordem dos Enfermeiros, 2002.

PAJAK, E. – **Clinical supervision and psychological functions: a new direction for theory and practice**. *Journal of Curriculum and Supervision*. Alexandria. ISSN 0882-1232. Vol.17, nº 1 (2002), p. 189-205

PAPAI, P; BOURBONNAIS, F; CHEVRIER, J. – **Transcultural reflection on clinical teaching using an experiential teaching-learning model**. *Journal of Continuing Education in Nursing*. Thorofare. ISSN 0022-0124. Vol. 47, nº 8 (2008), p. 260-267

PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO - **Directiva 2005/36/CE de 07 de Setembro de 2005**. *Jornal Oficial da União Europeia* (30-09-2005) 22-142.

PARSE, R. – **Nursing science: the transformation of practice**. *Journal of Advanced Nursing*. Oxford. ISSN 0309-2402. Vol. 30, nº6 (1999), p. 1383-1387

PATERSON, I; BURNS, I. – **Making practice perfect**. *Journal of Nursing Management*. Oxford. ISSN 1365-2834. Vol. 14, nº 1 (2007), p. 12-16

PAULINO, M. – **Vivências e percepções do estágio nos estudantes de enfermagem**. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. ISSN 0874-7695. nº 16 (2007), p. 24-31

PELIZZARI, A. et al – **Teoria da aprendizagem significativa segundo Ausubel**. *Revista PEC*. Curitiba. Vol 2, nº 1 (2002), p 37-42

PEREIRA, F. – **Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 2009. ISBN 978-989-8269-06-5

PERRENOUD, P. – **A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica**. São Paulo: Artmed, 2002. ISBN 85-7307-963-0

PERRENOUD, P. – **O trabalho sobre o habitus na formação dos professores: análise das práticas e tomada de consciência**. In PAQUAY, L; PERRENOUD, P; ALTET, M; CHARLIER, E. – **Formando professores profissionais: Que estratégias? Quais competências?**. 2ª ed. São Paulo: Artmed, 2001. ISBN 85-7307-774-3. p. 161-184

- PFETTSCHER, S. – **Florence Nightingale: enfermagem moderna**. In TOMEY, A; ALLIGOOD, M. – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-74-6. p. 73-93
- POLIT, D; BECK, C; HUNGLER, B. – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. ISBN 85-7307-984-3
- PORTARIA nº 1450/2002. “Diário da República I Série – B”. nº 259. (09-11-2002) 7190-7191
- PORTARIA Nº 799-D/99. “Diário da República I Série – B”. nº 219. (18-09-1999) 6510-(2)-6510-(3)
- PORTUGAL, G. – **Ecologia e desenvolvimento humano em Bronfenbrenner**. CIDInE. 1992. Aveiro.
- PORTUGAL. Direcção-Geral de Saúde – **O hospital português**. Lisboa: DGS, 1998. ISBN 972-9425-60-4
- POSTIC, M. – **Para uma estratégia pedagógica do sucesso escolar**. Porto: Porto Editora, 1995. ISBN 972-0-34118-1
- Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros/** ed. lit. Jean Craig, Rosalind L. Smith. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4
- PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – **Problemas e propostas para o sistema de saúde**. [S.l.] Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 2000. ISBN 972-27-1037-0
- RAMOS, M. – **A preceptoría como estratégia de formação em estágio de enfermagem pediátrica**. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol 7, nº1 (2003), p. 3-11
- RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO EXTERNA, **Curso de licenciatura em enfermagem: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto**. AVALIAÇÃO EXTERNA DOS CURSOS DE ENFERMAGEM. Comissão I, Sub-comissão I-4. 2005a
- RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO EXTERNA, **Curso de licenciatura em enfermagem: Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto**. AVALIAÇÃO EXTERNA DOS CURSOS DE ENFERMAGEM. Comissão I, Sub-comissão I-5. 2005b
- RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO EXTERNA, **Curso de licenciatura em enfermagem: Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil**. Lisboa. AVALIAÇÃO EXTERNA DOS CURSOS DE ENFERMAGEM. Comissão I, Sub-comissão I.1. 2005c
- RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS nº 140/98. “Diário da República I Série – B”. nº 280. (04-12-1998) 6692-6696

- RISPAIL, D. – **Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem.** Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-42-8
- ROBERTS, D. – **Learning in clinical practice: the importance of peers.** *Nursing Standard.* London. ISSN 0029-6570. Vol. 23, nº 12 (2008), p. 35-41
- RODRIGUES, Â. – **Da teoria à prática: necessidades de formação dos formadores.** In RODRIGUES, Â. *et al* – **Processos de formação na e para a prática de cuidados:** Ciclo de colóquios. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-35-6. p. 78-90
- RODRIGUES, M. – **Sociologia das profissões.** 2ª ed. Oeiras: Celta Editora, 2002. ISBN 972-774-151-7
- RODRIGUES, M; PEREIRA, A; FERREIRA, C. – **Da aprendizagem construída ao desenvolvimento pessoal e profissional.** Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 972-8485-69-7
- RUA, M. – **De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico.** Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde. 2009. (Tese de Doutoramento)
- SAARIKOSKI, M; *et al* – **Group supervison in facilitating learning and teaching in mental health clinical placements: a case example of one student group.** *Issues in Mental Health Nursing.* London. ISSN: 0161-2840, Vol 27, nº 3 (2006), p. 273-285
- SÁ-CHAVES, I. – **A construção de conhecimento pela análise reflexiva da *praxis*.** Lisboa: Ed. Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2002. ISBN 972-31-0957-3
- SÁ-CHAVES, I. – **Os “portfolios” reflexivos (também) trazem gente dentro: reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos.** Porto: Porto Editora, 2005. ISBN 972-0-34737-6
- SÁ-CHAVES, I. (1) – **Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais.** Aveiro. Universidade de Aveiro: Unidade de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores, 2000. ISBN 972-789-011-3
- SÁ-CHAVES, I. (2) – **Portfolios Reflexivos: Estratégias de Formação e Supervisão.** Aveiro: Universidade de Aveiro. Unidade de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores, 2000. ISBN 972-789-006-7. (Cadernos Didáticos, Série Supervisão Nº1)

- SCANLAN, J. – **Learning clinical teaching: is it magic?**. *Nursing and Health Care Perspectives*. New York. ISSN 1094 2831. Vol. 22, nº 5 (2001), p. 240-247
- SCHÖN, D. – **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000. ISBN 85-7307-638-0
- SCHÖN, D. – **Formar professores como profissionais reflexivos**. In NÓVOA, A. (Coord.) – **Os professores e a sua formação**. 2ª ed. Lisboa: Dom Quixote. Instituto de Inovação Educacional, 1995. ISBN 972-20-1008-5
- SCHÖN, D. – **La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones**. Barcelona: Centro de publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia y Ediciones Paidós, 1992. ISBN 84-7509-730-8
- SELDOMRIDGE, L; WALSH, C – **Evaluating student performance in undergraduate preceptorships**. *Journal of Nursing Education*. Thorofare. ISSN 0148-48344. Vol. 45, nº5 (2006) p. 169-176
- SENHORAS, E. – **A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem**. *Revista Electrónica de Comunicação Informação & Inovação em Saúde*. [em linha]. 1:1 (2007) p. 45-55 [consultado em 04/01/2010]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/45>> ISSN 1981-6278
- SERRA, H. – **Da tecnologia à tecnocracia. Estratégias de poder médico no limiar das fronteiras entre especialidades: o caso da transplantação hepática**. In CARAPINHEIRO, G. - **Sociologia da saúde: estudos e perspectivas**. Coimbra: Pé de Página, 2006. ISBN 978-989-614-052-6. p. 77-106
- SERRA, M. – **Supervisão pedagógica de estudantes de enfermagem realizada por enfermeiros dos contextos de prática clínica: a perspectiva dos actores**. In RODRIGUES, Â. *et al* – **Processos de formação na e para a prática de cuidados: Ciclo de colóquios**. Loures: Lusociência, 2007. ISBN: 978-972-8930-35-6. p. 125-173
- SHANLEY, M; STEVENSON, C. – **Clinical supervision revisited**. *Journal of Nursing Management*. Oxford. ISSN 1365-2834. Vol.14 (2006), p. 586-592
- SHIN, K. – **The meaning of the clinical learning experience of Korean nursing**. *Journal of Nursing Education*. Thorofare. ISSN 0148-483446. Vol. 39, nº6 (2000), p. 169-176
- SIMÕES, J. – **Supervisão em ensino clínico de enfermagem – A perspectiva dos enfermeiros cooperantes**. Universidade de Aveiro. 2004. (Tese de Mestrado)

- SIMÕES, J; ALARCÃO, I; COSTA, N. – **Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes.** *Referência.* Coimbra. ISSN 0874- 0283. IIª Série, nº 6 (2008), p. 91-108
- SLOAN, G; WATSON, H. – **Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations.** *Nursing Standard.* ISSN 0029-6570. London. Vol 17, nº4 (2002), p. 41-46
- SOARES, M. – **Da blusa de brim à touca branca: contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1880-1950).** Lisboa: Educa, 1997. ISBN 972-8036-14-0
- SOUSA, C. – **Desenvolvimento cognitivo e aprendizagem: implicações no modelo de activação do desenvolvimento psicológico.** In ALMEIDA, L.; TAVARES, J. – **Conhecer, aprender, avaliar.** Porto: Porto Editora, 1998. ISBN 972-0-34724-4. p. 76-109
- SOVERAL, M. – **A entrevista de explicitação: uma abordagem metodológica.** *Pensar Enfermagem.* ISSN 0873-8904. Lisboa. Vol 9, nº1 (2005), p.26-35
- SPRADLEY, J. – **Participant observation.** United Kingdom: Wadsworth Thomson Learning, 1980. ISBN: 0-03-044501-9
- SPRADLEY, J. – **The ethnographic interview.** United Kingdom: Wadsworth Thomson Learning, 1979. ISBN: 0-03-044496-9
- STRAUSS, A.; CORBIN, J. – **Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada.** Medellín, Colômbia: Universidad de Antioquia, 2002. ISBN 958-655-624-7
- STRAUSS, A; CORBIN, J. – **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, Bookman, 2008. ISBN 978-85-363-1043-5
- SUIKKALA, A; LEINO-KILPI, H; KATAJISTO, J. – **Factors related to the nursing student-patient relationship: the students' perspective.** *Nurse Education Today.* Edinburgh. ISSN 0260-6917. Vol. 28, nº 5 (2008), p. 539-549
- TANG, F; CHOU, S; CHIANG, H. – **Students' perceptions of effective and ineffective clinical instructors.** *Journal of Nursing Education.* Thorofare. ISSN 0148 4834. Vol. 44, nº 4 (2005), p. 187-193
- TANNER, C. – **The art and science of clinical teaching.** *Journal of Nursing Education.* Thorofare. ISSN 0148 4834. Vol. 44, nº 4 (2005), p. 151-153

- TAVARES, J. – **A Formação como construção do conhecimento científico e pedagógico.** In Sá-CHAVES, I. – **Percursos de formação e desenvolvimento profissional.** Porto: Porto Editora, 1997. ISBN 972-0-34723-6
- THOMPSON, I; MELIA, K; BOYD, K. – **Ética em enfermagem.** Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-67-3
- TOMEY, A; ALLIGOOD, M. – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6
- TUCKMAN, B. – **Manual de investigação em educação.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000. ISBN 972-31-0879-8
- VALLANT, S; NEVILLE, S – **The relationship between student nurse and nurse clinician: impact on student learning.** *Nursing Praxis in New Zealand.* Palmerston North. Vol. 22, nº 3 (2006), p. 23-33
- VIELVA, J. – **Ética de las profesiones: ética profesional de la enfermería.** Bilbao: Desclée, 2002. ISBN 84-330-1668-7
- WATSON, S. – **Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations.** *Nursing Standard.* London. ISSN 00296570 Vol. 17, nº 4 (2002), p. 41-46
- WINSTANLEY, J; WHITE, E. – **Clinical supervision: models, measures and best practice.** *Nurse Researcher.* Philadelphia. ISSN 1351-5578. Vol 10, nº 4 (2003), p. 7-38
- WITUCKI, J. – **Margaret A. Newman: Modelo de Saúde.** In TOMEY, A; ALLIGOOD, M. – **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem.** 5ª ed. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6. p. 655-682
- YIN, R. – **Applications of case study research.** Applied Social Research Methods Series, Vol 34. 2nd ed. London: SAGE Publications, 2003. ISBN 0-7619-2551-1
- YIN, R. – **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. ISBN 85-363-0462-6
- ZABALZA, M. – **Diários de clase: un instrumento de investigación y desarrollo profesional.** Madrid: Narcea Ediciones, 2004. ISBN: 84-277-1469-6
- ZEICHNER, K. – **Novos caminhos para o *practicum*: uma perspectiva para os anos 90.** In NÓVOA, A. (Coord.) – **Os professores e a sua formação.** 2ª ed. Lisboa: Dom Quixote. Instituto de Inovação educacional, 1995. ISBN 972-20-1008-5